

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten!

Der folgende ausführliche Fragebogen ist ein notwendiger Bestandteil Ihrer Psychotherapie. Vielleicht sind Sie zunächst irritiert über die Menge und die Genauigkeit der Fragen. Dafür gibt es wichtige praktische und theoretische Hintergründe: Der Fragebogen soll einerseits Ihnen selbst durch die Besinnung auf die eigene Lebensgeschichte vieles deutlicher und bewußter machen, andererseits mir Informationen über Sie und Ihr Leben, Ihre Einstellungen, Ihre Probleme und Ihre Krankheitsvorgeschichte geben. Viele meiner Patienten haben Suchtkrankheiten. Deshalb sind die Fragen dazu besonders ausführlich. Sollte Sie das nicht betreffen, gehen Sie einfach zu den anderen Bereichen des Fragebogens über. Es gibt kein richtig oder falsch, nur ein ehrlich oder unehrlich.

Bei der Arbeit z.B. mit Ausbildungsteilnehmern im Bereich der Psychotherapie muß ich allzuoft feststellen, daß die Anamnesen zu ungenau sind, so daß die Schwerpunkte u.U. falsch gesetzt werden und wichtige Bereiche unbearbeitet bleiben. Im persönlichen Gespräch haben wir alle ein gewisses Geschick, heikle oder gar peinliche Bereiche auszulassen oder in ihrer Bedeutung herunterzuspielen. Durch den Fragebogen kann dieses Problem in der Regel vermieden werden.

Nachdem Sie den Fragebogen bearbeitet haben, besprechen wir das Ergebnis in ein oder mehreren Therapiestunden gründlich nach.

Sollten Ihnen die Freiräume im Formular zu klein sein, können Sie gern Blätter hinzufügen, auf denen Sie Ihre Ergänzungen anbringen. Natürlich stehe ich Ihnen für Rückfragen gerne zur Verfügung. Alle Angaben, die Sie machen, unterliegen selbstverständlich den strengen Regeln der ärztlichen Schweigepflicht.

PSYCHO-SOZIALE VORGESCHICHTE

NAME _____

GEB.-DATUM _____ ALTER _____ FAMILIENSTAND _____

WOHNORT _____ STRASSE _____

ÜBERWEISENDE STELLE: _____

Was war für Sie das auslösende Erlebnis, zu uns in Therapie zu kommen?

Alkohol/Medikamente/Drogen - Vorgeschichte

Glauben Sie, daß Ihr Gebrauch von Alkohol, Drogen bzw. Medikamenten exzessiv geworden ist? () Ja () Nein

Was _____ ist _____ Ihre _____ bevorzugte Droge? _____

Bitte geben Sie an, welche Drogen (hier als Oberbegriff für alle suchterzeugenden Stoffe) Sie benutzt haben. Beschreiben Sie die Daten des ersten und des letzten Gebrauchs, wie oft, welche Mengen, wie eingenommen (z. B. geraucht, intravenös, geschluckt)!

Drogen, die auf das zentrale Nervensystem beruhigend wirken:

() Alkohol () Barbiturate
() Valium () bzw. andere Tranquilizer
Präparate? _____

Drogen, die das zentrale Nervensystem stimulieren:

() Kokain (einschl. Crack) () Amphetamine

Opiate (starke Schmerzmittel) () Heroin () Codein
() Morphin () Methadon

Cannabinoide: () Marihuana () Haschisch

Halluzinogene: () LSD () Peyote

() Mescaline () Psilocybin

Designer-Drogen: () Ecstasy

Andere Drogen (z. B. Schnüffelstoffe usw.) _____

In der folgenden Liste kreuzen Sie alle Aussagen an, die auf Sie zutreffen:

() Frühere Alkohol- bzw. Medikamenten- oder Drogenbehandlung. Orte und Zeiten:

—

—

- () Teilnahme an 12-Schritte-Programmen, Unfähigkeit, „trocken“ bzw. „clean“ zu bleiben
- () Alkohol und/oder Drogen häufiger genommen und in größeren Mengen als beabsichtigt,
- () viel Zeit verbraucht bei Aktivitäten, die notwendig waren, um Drogen, Alkohol oder Medikamente zu bekommen, einzunehmen oder sich von dem Einfluß der Suchtstoffe zu erholen,
- () häufiger Konsum, Rausche oder Entzugssymptome wenn am Arbeitsplatz, in der Schule oder zu Hause wichtige Verpflichtungen bestanden,
- () Abnahme sozialer, beruflicher oder Erholungs-Aktivitäten,
- () fortgesetzte Suchtmittelleinnahme trotz der Kenntnis der entsprechenden Konsequenzen,
- () vermehrte Toleranz gegenüber Suchtstoffen,
- () Abnahme der Toleranz gegenüber Suchtstoffen,
- () charakteristische Entzugssymptome wie Zittern, Schweißausbrüche, Schlafstörungen, vermehrte Angstgefühle etc.
- () „Filmrisse“, Gedächtnislücken,
- () Alkohol und/oder Drogeneinnahme, um Entzugssymptome zu vermeiden oder zu mildern,

- () welche Hilfe und Unterstützung haben Sie durch Ihr Umfeld?
Können Sie es genauer beschreiben?

—

—

—

- ()) Starke Isolation oder Rückzug von sozialen Kontakten,
- ()) Umgebung, in der Therapie kaum Erfolg haben kann,
- ()) die Familie oder wichtige andere Menschen sind gegen Ihre Therapie hier,
- ()) Sie leben allein. (Wenn Sie nicht allein leben, mit wem leben Sie momentan zusammen?)
- ()) Es gibt jemanden in Ihrem Haushalt, der momentan Alkohol, Medikamente oder Drogen einnimmt oder einen schlechten Einfluß auf Ihre Nüchternheit hat.

Bitte überprüfen Sie die folgenden Bereiche in Ihrem Leben, wo Sie momentan oder früher negative Konsequenzen Ihrer Suchtmittleinnahme erfahren haben:

- | | | |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|
| ()) Finanzen | ()) soz. Umfeld | ()) Körper |
| ()) Gesetzeskonflikte | ()) Arbeitsplatz | ()) Psyche |
| ()) Familie | ()) Schule | ()) Sexualität |

Psychische Gesundheit:

Waren Sie früher schon in psychotherapeutischer Behandlung (ambulant und/oder stationär) aus Gründen, die nicht mit der Sucht zusammenhängen? Bitte beschreiben:

—

—

1.) Geben Sie in der folgenden Liste an, welche Verluste und einschneidende Ereignisse Sie durchgemacht haben (mit Datum)!

Datum

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ()) _____ Tod eines nahestehenden Menschen | ()) _____ Arbeitsplatz |
| ()) _____ Scheidung / Trennung | ()) _____ finanz. Veränderung |
| ()) _____ andere Beziehungen | ()) _____ körp. Behinderungen |
| ()) _____ Fehlgeburt/Totgeburt | ()) _____ schwere Krankheit |
| ()) _____ Abtreibung | ()) _____ Umzug |
| ()) _____ Haustiere | ()) _____ anderes |

Beschreiben Sie die Situation und alle damit zusammenhängenden, noch nicht bewältigten Gefühle (z. B. Trauer, Ärger, Wut, Schmerz, Schuldgefühle, Scham)!

—

—

—

—

—

—

Welche menschliche Unterstützung hatten Sie während dieser Verluste:

—

—

Beschreiben Sie wichtige Veränderungen in Ihrem Verhalten, Ihren Gefühlen als Ergebnis dieser Verluste!

—

—

—

2.) Welche der folgenden Symptome hatten Sie über einen Zeitraum von zwei Wochen oder mehr im letzten Jahr?

- | | |
|---|--|
| () Zittern oder wackelig fühlen | () Muskelverspannungen oder Muskelkater |
| () Leichte Ermüdbarkeit | () Herzjagen oder Herzklopfen |
| () Kurzatmigkeit | () Trockener Mund |
| () Schwitzen oder kaltschweißige Hände | () Brechreiz, Durchfall |
| () Schwindel oder Benommenheitsgefühl | () Konzentrationsprobleme |
| () Häufiges Wasserlassen | () erregte oder reizbare Stimmung |
| () Einschlaf- oder Durchschlaf-schwierigkeiten | () Unsicherheit |

Beschreiben Sie die aufgeführten Symptome, nennen Sie Daten, wo Sie sie zuerst und zuletzt gefühlt haben, wie die Symptome zugenommen haben und wie lange sie angedauert haben.

—

—

—

Beschreiben Sie, wie diese Symptome in Ihrem Leben Schwierigkeiten verursachen!

—

—

—

3.) Erinnern Sie sich häufig an frühere dramatische Erlebnisse oder hatten Sie entsprechende Träume oder Alpträume?
Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz:

—

—

—

4.) Welche der folgenden Aussagen treffen für das letzte Jahr auf Sie zu?
Beschreiben Sie genau und geben die Zeiten an!

() Depressive Stimmung oder Nachlassen von Interesse oder Freude an üblichen Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten

—

—

() Appetitstörung, d. h. Abnahme oder Zunahme von Appetit

—

() Gewichtsveränderung (mehr als 5 % des Körpergewichtes innerhalb eines Monats)

—

() Energieverlust

—

() Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuld

—

() Häufige Gedanken an den Tod, Gedanken an Selbstmord oder Selbstmordversuche.

Beschreiben Sie:

—

() Gedanken jemanden anderen zu verletzen oder umzubringen Beschreiben Sie:

—

() Gewalttätigkeit, handgreifliche Auseinandersetzungen, Zerstörung von Eigentum.
Nähere Angaben:

—

5.) Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bezogen auf die letzten 6 Monate:

() Ich habe keine nahen Freunde (oder nur einen) außerhalb der unmittelbaren Familie

() Ich vermeide soziale oder berufliche Aktivitäten.

—

() Furcht vor anderen Menschen bloßgestellt oder beleidigt zu werden

() Erlebe unnormale Furcht bei täglichen Routinetätigkeiten

Einige Fragen zum kulturellen und religiösen Hintergrund:

(J) (N) Sind Sie zwei- oder mehrsprachig aufgewachsen?

(J) (N) Haben Sie sich isoliert oder abgespalten gefühlt, wegen Ihrer häuslichen Umgebung oder Kultur?

(J) (N) Hat ein religiöser Hintergrund in Ihnen Schuld, Scham oder Furcht hervorgerufen?

(J) (N) Haben Sie irgendwann etwas so Schlimmes getan, daß Sie nicht glauben, es könne Ihnen vergeben werden?

(J) (N) Haben Sie an irgendwelchen mystischen oder spirituellen Kulthandlungen teilgenommen, die Sie erschreckt haben, oder über die Sie nicht gern sprechen?

(J) (N) Haben Sie starke Angst vor dem Tod?

Beschreiben Sie Ihren religiösen Hintergrund und gegebenenfalls Ihre Schwierigkeiten mit Religion, Spiritualität und Glauben:

—

—

—

Wenn es Ihnen möglich ist, beschreiben Sie Ihre Gefühle gegenüber „Gott“!

–

–

–

(J) (N) Haben Sie schon Erfahrungen mit dem 12-Schritte-Programm ?

(J) (N) Sehen Sie irgendein spirituelles Problem, sich dem 12-Schritte-Programm zu nähern? Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz:

–

–

Welche Unterstützung oder Hilfe hätten Sie gern im Hinblick auf Ihre Spiritualität?

–

–

–

–

Ursprungsfamilie

Wo sind Sie geboren?_____. Wo sind Sie aufgewachsen?_____

Geben Sie Alter und Geschlecht Ihrer Geschwister an, sich selbst eingeschlossen, in der Reihenfolge der Geburt. Auch Geschwister, die gestorben sind sollen aufgeführt werden. Machen Sie einen Kreis um die Geschwister, die Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- oder anderweitige psychische -probleme haben.

–

–

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zur Ursprungsfamilie in der Kindheit und heute! Führen Sie dabei auch alle Probleme auf mit Alkohol, Drogen, Medikamenten, psychischen Auffälligkeiten, zwanghaftem Verhalten oder Probleme in der Beziehung!

Mutter: Kindheit _____

—

heute _____

—

Vater: Kindheit _____

—

heute _____

—

Geschwister: Kindheit _____

—

heute _____

—

Stiefeltern: Kindheit _____

—

heute _____

—

Großeltern: Kindheit _____

—

heute _____

—

Welche der folgenden Aussagen treffen auf Ihre Kindheit zu?

- () Es gab Geheimnisse.
- () Die Menschen in meiner Umgebung teilten ihre Gefühle nicht mit, wie z. B. Angst, Einsamkeit, Verletztsein.
- () Es war nicht erlaubt, außerhalb über Familienangelegenheiten zu sprechen.
- () Es gab unklare Erwartungen.
- () Die Dinge waren immer schwarz oder weiß, gut oder schlecht.
- () Ich habe Manipulation und Kontrolle erfahren.
- () Rigide Regelungen und Überzeugungen.
- () Disziplinierung durch Verletzungen oder Hervorrufen von Schamgefühlen.
- () Die Atmosphäre zu Hause war ungemütlich.
- () Häufige Krankheiten.
- () Unabhängigkeit war nicht gefragt.
- () Liebe war an Bedingungen geknüpft, mußte verdient werden.
- () Eifersucht und Verdächtigungen.
- () Mangel an Vertrauen und Liebe.
- () Geringer Respekt für persönlichen Freiraum.

Beschreiben Sie Ihre Kindheit, führen Sie auch verbalen, körperlichen oder sexuellen Mißbrauch auf, wenn Sie ihn selbst erfahren, oder bei Familienmitgliedern beobachtet haben, bzw. bei Verwandten und Nachbarn.

—

—

—

Momentane Familienverhältnisse:

—

—

Beschreiben Sie frühere Ehen bzw. wichtige Beziehungen! Daten von Scheidung bzw. Trennung, Probleme in der Beziehung:

—

—

Beschreiben Sie Ihren momentanen Partner und/oder wichtigen Mitmenschen!

—

—

Anzahl von Jahren zusammen /
verheiratet? _____

Beschreiben Sie Ihre Kinder:

—

—

Beschreiben Sie jede Form von verbalem, körperlichem oder sexuellem Mißbrauch, den Sie, Ihr Partner oder Ihre Kinder erfahren haben!

—

—

—

Beschreiben Sie Veränderungen, die Sie sich in Ihrer Familie wünschen:

—

—

—

Sexuelle Anamnese

Welches Geschlecht bevorzugen Sie als Sexualpartner?

–

(J) (N) Haben Sie jemals sexuelle Erfahrung mit einem gleichgeschlechtlichen Partner gehabt?

(J) (N) Haben Sie Zweifel an Ihrer sexuellen Identität?

(J) (N) Haben Sie eine Erinnerung daran, von jemandem sexuell belästigt oder berührt worden zu sein in einer Art, die Sie nicht mochten? Beschreiben Sie dies mit Angabe von Daten und Personen!

–

–

–

(J) (N) Haben Sie Anzeichen eines Kindheitstraumas gehabt, in Form von Blasen- oder Scheideninfektionen, chronischen Magenschmerzen oder -Geschwüren, Migräne

Asthma, Bettnässen, Alpträume, Zündeln (o. a.) ? Bitte die zutreffenden Aussagen unterstreichen!

–

(J) (N) Fühlen Sie sich, oder haben Sie sich ängstlich oder in Panik gefühlt, bei dem Gedanken allein zu sein, Angst vor Dunkelheit, mit jemandem von dem anderen Geschlecht oder dem gleichen Geschlecht allein zu sein, oder an bestimmten Plätzen? (Bitte unterstreichen)

–

(J) (N) Leiden Sie unter sexuellen Schwierigkeiten, wie Imüotenz, frühzeitiger Ejakulation Schmerzen oder Krämpfen während des Verkehrs, Orgasmusproblemen, Taubheit im Becken? Bitte unterstreichen!

–

(J) (N) Haben Sie sich schon einmal „außerhalb“ Ihres Körpers gefühlt, losgelöst von Ihrem Körper, unreal oder „depersonalisiert“? Bitte beschreiben!

–

–

–

(J) (N) Erinnern Sie sich an Situationen, wo Sie sich beschämt gefühlt haben, lächerlich gemacht wurden, man Ihnen Schimpfworte nachgerufen oder Sie schwer bestraft hat wegen Angelegenheiten, die mit Ihrem Geschlecht, Ihrer Sexualität Ihrem Körper, Ihrem sexuellen Verhalten oder Ihrer Erscheinung im Zusammenhang standen? Beschreiben Sie!

–

–

–

(J) (N) Haben Sie jemals Zweifel an Ihren Wahrnehmungen? Stellen Sie die Realität in Frage, fühlen Sie sich „verrückt“ oder glauben Sie, Sie hätten sich Ihre Erinnerungen zurechtgelegt? Wenn ja beschreiben Sie ein Beispiel:

–

–

–

(J) (N) Fürchten Sie sich davor attraktiv zu sein?

(J) (N) Fühlen Sie sich sexuell abweichend und fragen Sie sich, was normales sexuelles Verhalten ist?

(J) (N) Haben Sie jemals sexuell forderndes oder mißbräuchliches Verhalten anderer Leute entschuldigt, einfach akzeptiert oder haben Sie es gar nicht als solches wahrgenommen?

(J) (N) Beurteilen Sie Ihren Wert durch Feststellung und Vergleich Ihrer sexuellen Attraktivität?

- (J) (N) Haben Sie sich abgefunden mit sexuellem Mißbrauch, sexueller Entwertung, oder der Untreue eines Partners, um eine Beziehung aufrecht zu erhalten und Verlassen zu vermeiden?
- (J) (N) Konzentrieren Sie sich darauf, zu versuchen die sexuellen Wünsche und Bedürfnisse Ihres Partners zu erfüllen statt Ihrer eigenen?
- (J) (N) Fühlen sich Ihre sexuellen Beziehungen „leer“ an, vermissen Sie Intimität, Hingabe und Vertrauen?
- (J) (N) Haben Sie jemals angenommen, daß Ihre Beziehungen besser wären, wenn Sie attraktiver, sexuell reizvoller wären oder „besser im Bett“ ?
- (J) (N) Haben Sie jemals Scham empfunden wegen sexueller Aktivitäten anderer Menschen und haben versucht, dieses zu decken oder sie zu kontrollieren?
- (J) (N) Sind sexuelle Gefühle, Gedanken, Handlungen ein zentraler Punkt in Ihren Beziehungen?
- (J) (N) Sind Sie in sexuelle Situationen geraten, bei denen es ein ernsthaftes Risiko, Gefahr, gefährliche Partner, Krisen oder Angst gab? Beschreiben Sie:

—

—

—

- (J) (N) Fühlen Sie sich gezwungen, sexuelles Verhalten zu wiederholen innerhalb einer kuzen Zeitspanne? Wenn ja, beschreiben Sie:

—

—

- (J) (N) Haben Sie versucht, Teile Ihres sexuellen Verhaltens zu begrenzen, zu kontrollieren oder zu stoppen?
- (J) (N) Benutzen Sie Sex als Ausweichmöglichkeit, um sich zu entspannen, um einzuschlafen oder mit stressigen Gefühlen oder Angelegenheiten klarzukommen
- (J) (N) Begrenzen oder kontrollieren Sie Selbstbefriedigung oder benutzen Sie es, Gefühlen zu entkommen oder sie zu bewältigen?
- (J) (N) Finden Sie es schwierig, Kontakte zu anderen Menschen aufzunehmen, weil Sie Gedanken oder Phantasien haben, mit Ihnen sexuell zu verkehren?
- (J) (N) Rufen Ihre sexuellen Gedanken, Gefühle und Aktivitäten Probleme in Ihrer Beziehung mit Ihrem Partner hervor?
- (J) (N) Spielt Pornographie eine wichtige Rolle in Ihren sexuellen Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen?
- (J) (N) Hat Ihr sexuelles Verhalten dazu geführt, sich hoffnungslos oder suizidal (selbstmörderisch) zu fühlen?
- (J) (N) Sind Sie jemals festgenommen worden, oder fast, wegen sexueller Aktivitäten?
- (J) (N) Haben Sie jemals einen anderen Menschen sexuell mißbraucht?

Bitte sehen Sie sich die folgende Liste durch und kreuzen Sie Verhaltensweisen an, die Sie betreffen!

- | | |
|---|---|
| () Affairen | () Telefonsex |
| () Affairen des Partners | () Sex mit Gewalt |
| () Gebundenheit, Unfreiheit | () Mit dem Auto auf Partnersuche gehen |
| () Transvestitisches Verhalten | () Phantasien, Tagträumerei |
| () Prostitution | () Vergewaltigung |
| () Exhibitionismus | () Sex mit Jugendlichen oder Kindern |
| () Voyeurismus | |
| () Pornographie (Striptease, Sexvideos, Porno-Hefte) | |

Welche Veränderungen hätten Sie gern Ihren sexuellen Bereich betreffend?

–

–

–

Finanzen

Beschreiben Sie Probleme, die Sie im Bereich Ihrer Finanzen sehen!

–

–

Wie sind Ihre Finanzen mit betroffen von Ihren Problemen mit Alkohol, Medikamenten, Drogen oder emotionalen Problemen!

–

–

(J) (N) Waren Sie jemals bankrott?

(J) (N) Kaufen Sie auf Kredit, wenn Sie kein Geld haben? Beschreiben Sie dies!
Höhe der Schulden?

–

–

(J) (N) Haben Sie Probleme, Rechnungen zu bezahlen?

(J) (N) Kaufen Sie manchmal etwas, um sich besser zu fühlen?

(J) (N) Hat Ihr Spielverhalten (incl. Roulette, Spielautomaten, Karten, Lotterie, Pferderennen etc.) finanzielle Probleme gebracht für Sie oder in Beziehungen?

(J) (N) Leihen Sie sich Geld, um zu spielen, Rechnungen zu bezahlen, Einkäufe zu tätigen?

(J) (N) Haben Sie gelegentlich einen genauen Schuldentilgungsplan aufgestellt und ihn dann unter Druck dann wieder durchbrochen?

(J) (N) Leihen Sie sich gelegentlich kleinere Geldmengen von Freunden?

Probleme mit dem Gesetz

Beschreiben Sie alle laufenden Probleme mit dem Gesetz!

–

–

–

–

–

–

Beschreiben Sie frühere Probleme mit dem Gesetz!

–

–

–

–

–

(J) (N) Haben Sie irgendeinen Gerichtstermin innerhalb der nächsten Wochen:

–

–

Selbstbeschreibung

Wie würden Sie sich selbst beschreiben?

—

—

—

Kreuzen Sie in der folgenden Liste alles an, was auf Sie zutrifft oder Sie besonders beschäftigt

Ärger	()	nachgiebig	()
asozial	()	defensiv	()
kulturelle Unterschiede	()	Depression/Verzweiflung	()
abhängig	()	Hoffnungslosigkeit	()
Selbstbezogen/egozentrisch	()	Fatalismus	()
geringe Frustrationstoleranz	()	Trauer	()
Schuldgefühle	()	Indifferenz	()
Scham	()	Schwäche des Intellekts	()
intellektualisieren	()	manipulativ	()
allein	()	bagatellisieren	()
)			
medizinische bzw. psychiatrische	()	Stolz	()
Komplikationen		selbtsüchtig	()
Sexualität	()	ungeduldig	()
Beruf	()	resistent gegen Veränderung	()
)			
Bestätigungswünsche	()	Mangel an Einsicht	()
)			
kontrollierend	()	Probleme mit dem Gesetz	()
Verleugnung	()	Ehe/Familienorientiert	()
Unehrlichkeit	()	körperlicher Schmerz	()
Furchtlosigkeit	()	angestauter Groll	()
unreif	()	Selbstmitleid	()
soziale Bedürfnisse	()		

Kreuzen Sie bitte noch einmal (mit Sternchen) die vier **wichtigsten** Punkte an, mit denen Sie sich in der Therapie auseinandersetzen wollen!

Beschreiben Sie Ihre Fähigkeiten und Stärken:

-

-

-

Beschreiben Sie Ihre Schwächen:

-

-

-

Co-Abhängigkeits-Anamnesebogen

Teil I

Die folgenden Fragen werden dabei helfen, ein Bild Ihrer wichtigsten Lebensbereiche zu entwerfen.

Zutreffendes bitte ankreuzen.

	eher Ja	eher Nein
1.) Ich habe genug Zeit, jede Woche Dinge nur für mich zu tun.		
2.) Ich verbringe viel Zeit mit Kritik an mir selbst nach einer Auseinandersetzung mit jemand.		
3.) Ich passe gut genug auf mich selbst auf.		
4.) Es ist gewöhnlich am besten, jemanden nicht zu sagen, daß er/sie mich ärgert; es löst nur Streitigkeiten aus und verstimmt die anderen.		
5.) Wenn ich traurig oder ärgerlich bin, tu ich oft so, als sei ich glücklich		
6.) Selbst wenn ich die Zeit und das Geld hätte, würde ich mich unwohl fühlen, für mich Urlaub zu nehmen.		
7.) Ich hätte den Wunsch, eine Menge mehr zu erreichen als bisher.		
8.) Es ist schwer für mich, mit einer Autoritätsperson (Chef, Lehrer etc.) zu sprechen.		
9.) Ich bin zufrieden mit der Art, wie ich selbst für meine eigenen Bedürfnisse Sorge.		
10.) Normalerweise behandle ich meine Probleme ruhig und direkt.		
11.) Wenn ein Freund oder Verwandter mich um mehr Hilfe bittet als ich eigentlich geben mag, sage ich gewöhnlich trotzdem „ja“.		

	eher Ja	eher Nein
12.) Es gefällt mir, mich mit meinen neuen Problemen auseinanderzusetzen und bin gut darin, Lösungen dafür zu finden.		
13.) Um meine Gesundheit bin ich nicht sehr besorgt.		
14.) Die meiste Zeit fühle ich mich ruhig und friedlich.		
15.) Ich finde es schwierig, danach zu fragen was ich will.		
16.) Ich lasse mich von anderen Leuten nicht ausnutzen.		
17.) Wichtige Entscheidungen treffe ich ziemlich leicht.		
18.) Ich weiß ziemlich gut, wann es richtig ist, den Mund aufzumachen und wann es besser ist, den Wünschen anderer zu folgen		
19.) Alleinsein ist für mich ein Problem.		
20.) Wenn jemand den ich liebe mich ärgert, habe ich kein Problem, demjenigen das auch zu sagen.		
21.) In neuen Situationen traue ich mir nicht so viel zu wie ich möchte.		
22.) Ich verteidige mich gegenüber anderen zu sehr für das was ich tue oder sage.		
23.) Ich habe kein Problem Menschen mitzuteilen, daß ich mich über sie ärgere.		
24.) Ich tendiere dazu, mehr über andere als über mich selbst nachzudenken.		
25.) Die Menschen bewundern mich, weil ich so verständnisvoll für andere bin, auch wenn diese etwas tun was mich befremdet.		

	eher Ja	eher Nein
26.) Ich fühle mich wohl mit meiner eigenen Sexualität.		
27.) Ich glaube in der Tat, daß alles auseinanderfallen würde, ohne meine Bemühungen und meine Aufmerksamkeit.		
28.) Manchmal fühle ich mich beleidigt durch Verhaltensweisen von Menschen, die mir nahe stehen.		
29.) Ich tue zu viel für andere Menschen und wundere mich hinterher, warum ich so gehandelt habe.		
30.) Ich erledige meinen Teil der Arbeit und oft noch einiges mehr.		

Ausbildung:

Schulabschluß: _____

—

Beruflicher
Werdegang: _____

—

—

Wurde Ihre Ausbildung beeinflusst durch Ihre Alkohol-, Medikamenten- oder Drogen- oder emotionalen Probleme?

Beschreiben

Sie: _____

—

—

(J) (N) Sind Sie zufrieden mit Ihrem Ausbildungsstand?

Berufliche Situation:

Ausgeübte
Tätigkeit: _____

Arbeitgeber: _____

—

Wie lange sind Sie an Ihrer jetzigen Stelle
tätig? _____

(J) (N) Weiß Ihr Arbeitgeber, daß Sie in Therapie sind?

Wenn Sie arbeitslos sind, geben Sie bitte eine Erklärung der Umstände:

—

—

—

Beschreiben Sie bitte, wie Ihr Problem (Alkohol, Drogen, Depressionen etc.) Ihre Arbeit
beeinflußt hat:

—

—

Welche der folgenden Aussagen sind Teil Ihres Arbeitsstiles?

- () Mehr als 40 Stunden Arbeit/Woche.
 - () Ich nehme Arbeit mit nach Hause.
 - () Meine Verantwortung am Arbeitsplatz nimmt zu.
 - () Ich habe Schwierigkeiten, „nein“ zu sagen bei zusätzlichen Arbeitsanforderungen.
 - () Ich habe eine Reihe von Entlassungen und/oder Arbeitsplatzwechsel hinter mir.
- Geben Sie einen kurzen Überblick:

—

—

—

—

Teil II

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Menschen denken, fühlen und sich verhalten.

Bitte beantworten Sie diese Fragen bezogen auf den letzten Monat und wählen Sie die für Sie zutreffende Antwortmöglichkeit in der unten erläuterten Skala.

	1	2	0	3	4
—					
1.) Manchmal bin ich so deprimiert, daß ich nur noch schlafen möchte.					
2.) Ich scheine von Menschen angezogen zu werden, die Probleme haben.					
3.) Wenn ich mich um eine Person kümmere, setze ich deren Bedürfnisse vor meine eigenen.					
4.) Ich fühle mich oft gespannt und ängstlich					
5.) Einkaufen, Geld ausgeben und/oder Glücksspiel geraten außer Kontrolle.					
6.) Sich in einer nicht erfüllten Beziehung befinden ist besser als in gar keiner Beziehung zu leben.					
7.) Ich vergleiche oft die Dinge wie sie sind, mit den Wünschen wie ich sie gern hätte.					
8.) Menschen übervorteilen mich oft.					
9.) Ich bekomme Streßkopfschmerzen und/oder Magenbeschwerden					

	1	2	0	3	4
10.) Ich scheine oft von Menschen enttäuscht zu werden.					
11.) Ich versuche oft, Menschen die ich liebe, von Dingen abzuhalten die sie nicht tun sollten.					
12.) Ich fühle mich oft ängstlich, wenn Beziehungen sich in meinem Leben ändern.					
13.) Ich versuche, meine Gefühle zu unterdrücken bis ich mich manchmal wie kurz vor dem Explodieren fühle.					
14.) Ich wünsche mir oft, ich könnte andere vor den negativen Konsequenzen ihres Verhaltens beschützen.					
15.) Manchmal gerate ich in ein sexuelles Verhalten, das ich später bedaure.					
16.) Erst kürzlich bin ich Opfer körperlichen und/oder sexuellen Mißbrauchs geworden.					
17.) Manchmal denke ich über Selbstmord nach.					
18.) Mir kommt es oft so vor, daß Menschen die ich liebe dies nicht wertschätzen.					
19.) Manchmal kann ich nicht schlafen, weil ich mir um andere Sorgen mache.					
20.) Ich denke, ich könnte Menschen vor Schmerz bewahren, wenn sie nur tun würden, was ich sage.					