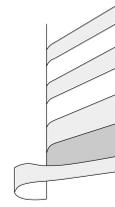


Verlaufsbeobachtung Verhaltenstherapie 1.Test: ✗ 2.Test: ✗

Datum: _____

Sie haben sich aufgrund einer psychosomatischen/seelischen Erkrankung in unsere Behandlung begeben. Wir möchten vor Aufnahme der Behandlung und dann später auch nach Abschluss der Behandlung einen Eindruck davon gewinnen, in welchen Lebensbereichen Sie durch die behandlungsbedürftige psychische Erkrankung Einschränkungen bzw. im Verlauf Verbesserungen erkennen können.



Wir bitten Sie hierzu, auf einer **Skala von 0-10**, je nach Ausprägungsgrad/Schweregrad durch Ankreuzen eine Zuordnung vorzunehmen. Das heißt: **0** bedeutet keinerlei Auswirkungen | **10** bedeutet maximale Auswirkungen

Haben Sie das Gefühl verloren, dass Sie Ihre Zukunft gestalten können?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Fühlen Sie sich oft traurig?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Können Sie Dinge, die Ihnen eigentlich Freude machen, nicht mehr genießen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Haben Sie Schuldgefühle?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Weinen Sie häufiger als sonst?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sind Sie reizbarer als sonst?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Haben Sie das Interesse an anderen Menschen verloren?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Sind Sie weniger entschlossen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Ist Ihr Schlaf beeinträchtigt?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Erleben Sie Ängste und Hemmungen, eigene Vorsätze umzusetzen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Grübeln Sie häufig?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Gehen Ihnen häufig beunruhigende Gedanken durch den Kopf?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Ist Ihre Konzentration beeinträchtigt?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Fühlen Sie sich in Ihren Aktivitäten gebremst?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Machen Sie sich Sorgen, an einer ernsthaften Krankheit zu leiden?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

**Verminderung von Allgemeiner Lebensfreude, Lebenszufriedenheit
Verminderung von Energie und Antrieb durch Belastungen im Zusammenleben
mit anderen Menschen:**

- Privat/Partner
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Privat/Kinder
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Privat/Eltern und Geschwistern
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Privat/Nachbarn
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Privat/andere -Bitte ggf benennen:)
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Beruflich/Vorgesetzte
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Beruflich/Kollegen
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Beruflich/Kunden
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Beruflich/andere -Bitte ggf. benennen:)
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

**Besteht eine Verminderung von beruflicher Leistungsfähigkeit, beruflichem
Vorankommen, Bedrohtheit/Verlust des Arbeitsplatzes?**

- Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Probleme beim Wiedererlangen eines Arbeitsplatzes
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Probleme im Umgang mit Ämtern und Behörden
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Probleme im Umgang mit Ärzten/Gesundheitssystem
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

Wenn sie Kinder haben:

Bestehen

- Probleme im Umgang mit Schulen/Lehrern?
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Probleme im Umgang mit Kindergarten/Erziehern?
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10
- Probleme im Umgang mit anderen? (Bitte ggf. benennen:)
0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

**Haben Sie Schwierigkeiten, sich anderen Personen deutlich zu machen
haben Sie Schwierigkeiten, „Nein“ zu sagen/sich abzugrenzen
wie stark ist Ihre Angst, durch andere Menschen bestraft (sanktioniert) zu
werden, wenn sie sagen das sie möchten oder nicht möchten?**

Wie stark ist Ihre Angst, durch andere Menschen bestraft (sanktioniert) zu werden,
wenn Sie sich abgrenzen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie stark ist Ihre Angst, durch andere Menschen bestraft (sanktioniert) zu werden,
wenn Sie das tun, was Sie gerne möchten?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie stark erleben Sie Angst und innere Unruhe?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie stark fühlen Sie sich innerlich gehemmt und unentschlossen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie stark sind Ihre Ängste, anderen Menschen zu begegnen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie stark sind Ihre Ängste, sich an volle Plätze und Orte zu begeben?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

Wie stark ist Ihr Vermeidungsverhalten in Bezug auf:

Supermärkte?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Aufzüge?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Öffentliche Verkehrsmittel?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

Schmerzen (nur ausfüllen, wenn Sie unter Schmerzen leiden):

Wie stark leiden Sie unter Schmerzen?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Wie stark werden Sie durch diese Schmerzen in Ihrem Alltagsleben eingeschränkt?

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Punktzahl: _____

**Besteht oder bestand in Ihrem Leben eine Essstörung
(Magersucht, Ess-Brechsucht oder Esssucht)?**

JA ⚭ NEIN ⚭

Fragen zu belastenden Lebensereignissen:

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, **entweder persönlich oder als Zeuge**. Bitte kreuzen Sie **JA** an, wenn dies der Fall war, und **NEIN**, wenn dies nicht der Fall war.

1. schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)

JA ☐ NEIN ☐

2. Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)

JA ☐ NEIN ☐

3. gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)

JA ☐ NEIN ☐

4. gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schusswaffe bedroht werden, Stichverletzung zugefügt bekommen)

JA ☐ NEIN ☐

5. sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

JA ☐ NEIN ☐

6. sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

JA ☐ NEIN ☐

7. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet

JA ☐ NEIN ☐

8. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)

JA ☐ NEIN ☐

9. Folter

JA ☐ NEIN ☐

10. lebensbedrohliche Krankheit

JA ☐ NEIN ☐

11. anderes traumatisches Ereignis (z.B. Verkehrsunfall oder ähnliches)

JA ☐ NEIN ☐

Bitte beschreiben Sie dieses Ereignis: _____

ACHTUNG, wichtig:

Wenn Sie bei den vorangehenden Fragen mehrmals **JA** angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Ereignisses an, das Sie am meisten belastet: Nr. _____

Bitte zählen Sie die Punktzahl der Seiten 1-3 zusammen – Vielen Dank!

Gesamtpunktzahl aus allen Bereichen Seiten 1-3: _____

Vielen Dank – Ihre praxis-ostenhellweg!