

## Fragebogen zu Problemen und psychischen Beschwerden

Name \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**1.a) Bitte schildern Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und wie lange Sie schon unter ihnen leiden:**

**b) Angenommen, die psychotherapeutische Behandlung ist erfolgreich – was haben Sie dann erreicht?**

**2.) Was war der unmittelbare Anlass dafür, jetzt therapeutische Hilfe aufzusuchen?**

**3.) Schätzen Sie bitte auf der Skala ein, wie schwer Sie Ihr Problem (Ihre Probleme) empfinden:**

- leicht beunruhigend
- mittelschwer
- sehr schwer
- äußerst schwer
- bringt mich vollkommen aus der Fassung

**4.) Kreuzen Sie alles, was auf Sie zutrifft an:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen                       | <input type="checkbox"/> Selbstmordgedanken           |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen                         | <input type="checkbox"/> Alpträume                    |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühle                    | <input type="checkbox"/> Gedächtnisprobleme           |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden               | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche       |
| <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche                    | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche                 |
| <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden                    | <input type="checkbox"/> Sinnlosigkeitsgefühle        |
| <input type="checkbox"/> Chronische Müdigkeit                | <input type="checkbox"/> Finanzielle Probleme         |
| <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme                   | <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug             |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle                    | <input type="checkbox"/> Feuchte Hände                |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                     | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit                  |
| <input type="checkbox"/> Zittern                             | <input type="checkbox"/> Diffuse Ängste               |
| <input type="checkbox"/> Allergien                           | <input type="checkbox"/> Chronisches Gefühl der Leere |
| <input type="checkbox"/> Verstärkte Menstruationsbeschwerden | <input type="checkbox"/> Fressanfälle                 |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit                   | <input type="checkbox"/> Morgentief                   |

Psychologischer Psychotherapeut Eckard Nass, Dipl.-Psych., Süderstr. 2 a, 25541 Brunsbüttel,  
Tel. 04852 / 22 24 Telefax 04852 / 5 21 22, www. Psychotherapiepraxis-nass.de  
E-Mail: nass@psychotherapiepraxis-nass.de

### **Unter welchen Zwangsgedanken leiden Sie?**

**O Zwangsideen und –befürchtungen:**z. B. die Befürchtung, eine Arbeit nicht richtig gemacht zu haben, oder Ängste, dass dem Ehepartner etwas Schlimmes zustoßen könnte

**O Aggressive Zwangsgedanken:** Befürchtungen, jemandem Schaden zuzufügen, sexuell verwerfliche Dinge zu tun, jemanden zu beleidigen etc.

**O Grübelzwang** (bestimmte Themen müssen wieder und wieder durchdacht werden. Es ist nicht möglich, dabei zu einer Entscheidung oder zu einer Lösung zu kommen)

**O Zwanghafte Zweifel:** Unsicherheit, Handlungen nicht zufriedenstellend abgeschlossen, etwas falsch verstanden, getan oder unterlassen zu haben

**O Zählzwang:** Bestimmte Dinge, die im Alltag auftauchen, werden gezählt

**O Wiederholungen:** Bestimmte Gedanken müssen ritualisiert wiederholt werden

### **Unter welchen Zwangshandlungen leiden Sie?**

**O Reinlichkeitszwang:** der Zwang, sich z. B. dauernd die Hände zu waschen

**O Kontrollzwang:** ständige Überprüfung von Herdplatten, Türschlössern, Gashähnen, Aschenbechern, wichtigen Papieren etc.

**O Ordnungszwang:** der Zwang, immer Symmetrie, perfekte Ordnung oder ein Gleichgewicht herzustellen, indem Dinge wie Bücher, Kleidung oder Nahrungsmittel nach genauen Regeln präzise angeordnet werden

**O Berührzwang:** der Zwang, bestimmte Dinge anzufassen oder gerade nicht anzufassen, etwa jede Straßenlaterne zu berühren

**O verbale Zwänge:** Ausdrücke, Sätze oder Melodien werden ständig wiederholt

### **Unter welchen Gefühlszuständen leiden Sie häufiger, und wenn ja in welchen Situationen besonders?**

Psychologischer Psychotherapeut Eckard Nass, Dipl.-Psych., Süderstr. 2 a, 25541 Brunsbüttel,  
Tel. 04852 / 22 24 Telefax 04852 / 5 21 22, www. Psychotherapiepraxis-nass.de  
E-Mail: nass@psychotherapiepraxis-nass.de

- 0 Ärgerzustände.....
- 0 Einsamkeit.....
- 0 Minderwertigkeitsgefühle.....
- 0 Hemmungen im Umgang mit anderen.....
- 0 Niedergeschlagenheit.....
- 0 Hilflosigkeit.....
- 0 Resignation.....
- 0 Ohnmächtige Wut.....

**Unterstreichen Sie alle folgenden Bezeichnungen, von denen Sie meinen, daß sie auf Sie zutreffen:**

deprimiert ; wertlos ; leer ; unfähig ; inkompetent ; ängstlich ; gehetzt ; feige ; unfähig sich durchzusetzen ; aggressiv ; häßlich ; abstoßend ; einsam ; ungeliebt ; missverstanden ; gelangweilt ; ruhelos ; verwirrt

Sonstiges:

**Nennen Sie Ihre hauptsächlichsten Ängste: .....**

.....

.....

.....

**Was ist noch wichtig?**

.....

.....

.....

.....

.....

Psychologischer Psychotherapeut Eckard Nass, Dipl.-Psych., Süderstr. 2 a, 25541 Brunsbüttel,  
 Tel. 04852 / 22 24 Telefax 04852 / 5 21 22, www. Psychotherapiepraxis-nass.de  
 E-Mail: nass@psychotherapiepraxis-nass.de