

**Fragebogen zur Therapieverlängerung**

**Liebe Klientin, lieber Klient,**

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Wenn Sie Ihre Therapie von Ihrer Krankenversicherung finanzieren lassen wollen, stellen die Informationen aus diesem Fragebogen eine wichtige Grundlage dafür dar, dass ich bei Ihrer Krankenversicherung einen Antrag auf Bewilligung Ihrer Therapie stellen kann. Bitte füllen Sie den Bogen gut leserlich mit einem schwarzen Stift aus. Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen sollte, verwenden Sie bitte auch die Rückseite des Bogens. Dieser Fragebogen selbst wird nicht an Ihre Krankenversicherung weitergeleitet. Bitte wenden Sie sich bei weiteren Fragen bezüglich des Fragebogens gerne an mich.

**Anlass und Symptome:**

Was war für Sie der Anlass, zum jetzigen Zeitpunkt eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen?

---

---

---

Beschreiben Sie möglichst konkret Ihre derzeitigen körperlichen und psychischen Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen; Schlaflosigkeit; Angst, aus dem Haus zu gehen; traurige Stimmung usw.) und mögliche frühere Symptome, die mit den jetzigen Beschwerden in Zusammenhang stehen.

1)	2)
3)	4)
5)	6)

Wann begannen Ihre Hauptbeschwerden? Monat/Jahr: \_\_\_\_\_

Hatte sich vor Beginn der Hauptbeschwerden in Ihrem Leben etwas Bemerkenswertes ereignet oder verändert  Nein

Ja, und zwar

---

---

---

Gab es vor Beginn der Hauptbeschwerden eine anhaltende Belastung?

---

---

---

Wie haben sich Ihre Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

---

---

---

Was machen Sie seit Beginn Ihrer Beschwerden anders als früher?

---

---

---

Welche Auswirkungen haben Ihre Beschwerden auf Ihr.....

Umfeld?

---

Berufsleben?

---

Freizeitleben?

---

Haben Sie eine Vermutung darüber, wie Ihre Probleme entstanden sein könnten und/oder womit sie zusammenhängen könnten?  Nein

Ja, und zwar

---

---

**Familiärer Hintergrund:**

1) **Mutter** - Wie alt war sie bei Ihrer Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre

Wie war die Geburt:

normal  Kaiserschnitt  andere Komplikationen, welche? \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter als Kind? (z.B. konflikthaft, kalt, herzlich, warm usw.)

---

Wie ist Ihr Verhältnis zueinander heute?

---

Mutter verstorben, und zwar wann (Monat/ Jahr)

Woran?

---

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter:

---

---

In welcher Weise sind Sie von Ihrer Mutter behandelt worden?

---

---

---

Leidet oder litt Ihre Mutter an irgendwelchen psychischen Krankheiten?  Nein

Ja, und zwar:

---

---

2) **Vater** - Wie alt war er bei Ihrer Geburt: \_\_\_\_\_ Jahre

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater als Kind? (z.B. konflikthaft, kalt, herzlich, warm usw.)

---

Wie ist Ihr Verhältnis zueinander heute?

---

Vater verstorben, und zwar wann (Monat/Jahr)

Woran?

---

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters:

---

---

---

In welcher Weise sind Sie von Ihrem Vater behandelt worden?

---

---

---

Leidet oder litt Ihr Vater an irgendwelchen psychischen Krankheiten?  Nein

Ja, und zwar:

---

---

3) **Ihre Geschwister:**

a) **erstes Geschwister**

Schwester  Bruder Wann geboren? \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Verhältnis als Kind? (z.B. konflikthaft, kalt, herzlich, warm usw.)

---

Wie ist Ihr Verhältnis zueinander heute?

---

Erkrankungen?

---

**b) zweites Geschwister:**

Schwester     Bruder    Wann geboren? \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Verhältnis als Kind? (z.B. konflikthaft, kalt, herzlich, warm usw.)

---

Wie ist Ihr Verhältnis zueinander heute?

---

Erkrankungen?

---

**c) drittes Geschwister:**

Schwester     Bruder    Wann geboren? \_\_\_\_\_

Wie war Ihr Verhältnis als Kind? (z.B. konflikthaft, kalt, herzlich, warm usw.)

---

Wie ist Ihr Verhältnis zueinander heute?

---

Erkrankungen?

---

Gibt oder gab es außerdem noch Verwandte, die für Sie in Ihrem Leben eine besondere Bedeutung hatten oder haben? Wenn ja, um wen handelt es sich und inwiefern ist/war die Person für Sie wichtig?

---

---

Wie war das Verhältnis Ihrer Eltern zueinander während Ihrer Kindheit oder Jugend (soweit Sie es beurteilen können)?

---

Wie ist dieses Verhältnis heute?

---

---

**Entwicklungsgeschichte und soziale Beziehungen:**

(1) Besuchten Sie den Kindergarten?     Nein  
 Ja, und zwar von/bis \_\_\_\_\_ Jahr

Wie fanden Sie den Kindergarten? \_\_\_\_\_

(2) Schule:

Wie fanden Sie die Grundschule? \_\_\_\_\_

Schulische Leistungen?:

---

---

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Studium:

Was? \_\_\_\_\_ von - bis? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ von - bis? \_\_\_\_\_

Was? \_\_\_\_\_ Von - bis? \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? \_\_\_\_\_

War Ihnen schulische Leistung wichtig?  Nein  Ja

Warum? \_\_\_\_\_

Wie waren früher Ihre Kontakte zu Lehrern? \_\_\_\_\_

Wie waren Ihre Kontakte zu Mitschülern? \_\_\_\_\_

Wie waren Ihre Kontakte zu Gleichaltrigen außerhalb der Schule? \_\_\_\_\_

Wie sind Ihre Kontakte heute?

Zu Ihren Vorgesetzten? \_\_\_\_\_

Zu Ihren Kollegen? \_\_\_\_\_

Zu Freunden? \_\_\_\_\_

Sind Sie derzeit verheiratet oder haben einen Lebenspartner?  kein Partner und keine Ehe

Verheiratet, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)  In einer Partnerschaft, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Mit wem leben Sie zusammen?  Ehegatte  minderjährige Kinder  erwachsene Kinder

Lebenspartner  Allein  In einer Wohngemeinschaft  Andere, und zwar: \_\_\_\_\_

Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner:

Alter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie Ihre Beziehung zueinander beschreiben? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Probleme in Ihrer Partnerschaft? \_\_\_\_\_

Waren Sie zuvor schon mal verheiratet?  Nein

Ja, von/bis \_\_\_\_\_ (Jahr) Weshalb ist die Beziehung auseinander gegangen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie zuvor schon mal eine längere Beziehung?  Nein

Ja, von/bis \_\_\_\_\_ (Jahr) Weshalb ist die Beziehung auseinander gegangen? \_\_\_\_\_

Wenn Sie Kinder haben:

a) erstes Kind:  Junge  Mädchen  Wann geboren? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Wie ist die Beziehung? (z.B. konflikthaft, herzlich, kalt, warm) \_\_\_\_\_

Belastungen durch das Kind; Besonderheiten? \_\_\_\_\_

b) zweites Kind:  Junge  Mädchen  Wann geboren? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Wie ist die Beziehung? (z.B. konflikthaft, herzlich, kalt, warm) \_\_\_\_\_

Belastungen durch das Kind; Besonderheiten? \_\_\_\_\_

c) drittes Kind:  Junge  Mädchen  Wann geboren? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Wie ist die Beziehung? (z.B. konflikthaft, herzlich, kalt, warm) \_\_\_\_\_

Belastungen durch das Kind; Besonderheiten? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen**

Haben Sie schon einmal unter einer schweren körperlichen Erkrankung (z.B. Diabetes, Krebs) gelitten oder hatten Sie einen schweren Unfall?

Erkrankungen / Unfall	von - bis/Jahr	Therapien/Eingriffe

Leiden Sie derzeit unter einer körperlichen Erkrankung?  Nein

Ja, und zwar:

Derzeitige Therapie:

Derzeitige Medikation:

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung?  Nein

Ja, Diagnose:

Behandlung: wo, von - bis

(1)

(2)

Therapie war:  Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologische Therapie

Führen Sie bitte alle für Sie wichtigen Ereignisse in Ihrem Leben auf, die von den vorhergehenden Fragen noch nicht erfasst wurden (z.B. Tod von wichtigen Personen, schwierige berufliche oder private Begebenheiten usw.) :

---



---



---



---



---

Wie haben Sie bisher versucht, Ihre Probleme oder Beschwerden zu bewältigen?

---



---

## Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte, wie Sie sich selbst sehen:

glücklich • unausgeglichen • misstrauisch • sympathisch • dumm • naiv • neugierig  
verschlossen • attraktiv • pessimistisch • einsam • tatkräftig • verletzbar • träge ängstlich  
• nachdenklich • reizbar • optimistisch • selbstsicher • verschlossen intelligent •  
ausgeglichen • energielos • gesprächig • kritisch • unglücklich • energisch • unattraktiv •  
teilnahmslos • aggressiv • gesellig • genau • eifersüchtig nachlässig • oberflächlich •  
ruhelos • anhänglich • wachsam • beständig • unkonzentriert • schutzbedürftig •  
uninteressant • unbefangen • ausdauernd • hilflos eifrig • offen lebendig • verträumt •  
tüchtig • freigebig • verkrampft • fröhlich selbstunsicher

Ergänzungen:

Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, die es Ihnen ermöglichen, mit früheren Problemen umzugehen?

---

---

---

Welchen Tätigkeiten und Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer Freizeit nach? An welchen Punkten können Sie zur Ruhe kommen?

---

---

---

Was wünschen Sie sich für die Zukunft, was wollen Sie mithilfe der Therapie gerne erreichen?

---

---

---

**1. Welche Erfolge gibt es für Sie seit Therapiebeginn? Mögl. genau aufzählen?**

---

---

**2. Welche weiteren Schritte wollen Sie mit Hilfe des nächsten Therapieabschnitts erreichen? Woran würde man dies in Ihre Umgebung bemerken?**

---

---

---



Sie finden im nachstehenden Fragebogenteil eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte entscheiden Sie bei jeder einzelnen Frage, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 14 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie unter ...?

**0 = überhaupt nicht**  
**1 = ein wenig**  
**2 = ziemlich**  
**3 = sehr**  
**4 = sehr stark**

**0 1 2 3 4**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| 1. Kopfschmerzen   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Nervosität oder innerem Zittern   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört                                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 17. Zittern   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 18. dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 19. schlechtem Appetit  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 20. Neigung zum Weinen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Gedächtnisschwierigkeiten   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden                        | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren                   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Herz- und Brustschmerzen   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen                       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |  | 27. Kreuzschmerzen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |  | 28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen                  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |  | 29. Einsamkeitsgefühlen   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|  |  | 30. Schwermut   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| 31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen   | □□□□□ | 51. Leere im Kopf  | □□□□□ |
| 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren  | □□□□□ | 52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen                             | □□□□□ |
| 33. Furchtsamkeit   | □□□□□ | 53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben                            | □□□□□ |
| 34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen  | □□□□□ | 54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft                   | □□□□□ |
| 35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen   | □□□□□ | 55. Konzentrationsschwierigkeiten  | □□□□□ |
| 36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind   | □□□□□ | 56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen                                     | □□□□□ |
| 37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können                                    | □□□□□ | 57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein                                  | □□□□□ |
| 38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird                     | □□□□□ | 58. Schweregefühl in Armen oder Beinen   | □□□□□ |
| 39. Herzklopfen oder Herzjagen  | □□□□□ | 59. Gedanken an den Tod und ans Sterben  | □□□□□ |
| 40. Übelkeit oder Magenverstimmung  | □□□□□ | 60. dem Drang, sich zu überessen   | □□□□□ |
| 41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen   | □□□□□ | 61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden    | □□□□□ |
| 42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)  | □□□□□ | 62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind                     | □□□□□ |
| 43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden   | □□□□□ | 63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen     | □□□□□ |
| 44. Einschlafschwierigkeiten  | □□□□□ | 64. frühem Erwachen am Morgen  | □□□□□ |
| 45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun   | □□□□□ | 65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen | □□□□□ |
| 46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden  | □□□□□ | 66. unruhigem oder gestörtem Schlaf  | □□□□□ |
| 47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug   | □□□□□ | 67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern                         | □□□□□ |
| 48. Schwierigkeiten beim Atmen  | □□□□□ | 68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen                   | □□□□□ |
| 49. Hitzewallungen oder Kälteschauern   | □□□□□ | 69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen                                   | □□□□□ |
| 50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | □□□□□ | 70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino             | □□□□□ |

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist                         | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 72. Schreck- oder Panikanfällen  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten                | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen                                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 74. immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden                          | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 76. mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 89. Schuldgefühlen   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind            | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können           | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |
| 79. dem Gefühl, wertlos zu sein  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |
| 80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird                 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |
| 81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |
| 82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |
| 83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |  |