Fragebogen Ängste und Phobien

Hinweis: Dieser Fragebogen ist ***ergänzend*** zum „Allgemeinen Anamnesebogen für Hypnosetherapie“ mit den Angaben zur gesundheitlichen Situation und der Klärung der Kontraindikationen anzuwenden.

Name, Vorname:

Empfinden Sie starke Angst- oder Panikgefühle, wenn Sie sich an bestimmten Orten, in bestimmten Situationen oder in der Gegenwart bestimmter Menschen befinden? Wenn ja, beschreiben Sie die Situation bitte genauer.

Seit wann ist das so?

Gab es einen bestimmten Verlauf?

Hat es sich mit der Zeit verstärkt oder vermindert?

Macht Sie allein der Gedanke an diese Situation/en nervös oder verursacht er Angstgefühle?

Empfinden Sie sich als übersensibel bezüglich eines bestimmten, möglicherweise angstbesetzten Themas oder wurden Sie von anderen diesbezüglich als übersensibel bezeichnet?

Verharmlosen Sie manchmal Ihre Empfindungen gegenüber anderen?

Versuchen Sie sie zu verbergen?

Vermeiden Sie bestimmte Orte, Situationen oder Personen, gegenüber denen Sie unangenehme Gefühle oder Ängste empfinden?

Wurde Ihr Leben in den letzten Jahren bzw. seit Beginn Ihrer Abneigung bzw. Angst eingeschränkter?

Haben Sie sich zurückgezogen oder können Sie an einer oder mehreren bestimmten Aktivitäten aufgrund Ihrer Ängste nicht mehr teilnehmen, an der Sie früher teilnehmen konnten?

Sind diese Ängste / Gefühle abhängig von irgendwelchen äußeren Faktoren wie Stress, Privatleben, Ernährung oder Gesundheit allgemein?

Sind sie phasenweise stärker oder schwächer (evtl. auch ganz verschwunden?) und lässt sich erkennen, wieso?

Haben Sie bei sich schon einmal Tendenzen zu einer Zwangsstörung festgestellt oder lag schon einmal eine tatsächliche Zwangsstörung vor (Zwangsgedanken / Zwangshandlungen o.ä.) und wenn ja, besteht irgendeiner Form ein Zusammenhang zu Ihren Ängsten?

Haben Sie (evtl. zusätzlich zur bisher beschriebenen Symptomatik) Angst vor einer oder mehrerer der folgenden konkreten Situationen, Personen oder Tätigkeiten?

- Höhe (wenn ja, wie hoch?)
- Fliegen im Flugzeug
- Enge Räume (z.B. Fahrstühle, Kernspintomograph o.ä.)
- Geschlossene Räume bzw. Räume, die man nicht schnell verlassen kann (Tunnel, Konzerthallen)
- Spritzen, Blut, Anblick von Verletzungen
- Prüfungen oder andere Situationen, in denen Sie sich vor anderen Menschen beweisen müssen Reden halten oder in anderer Form vor größeren Gruppen von Menschen auftreten (z. B. In der Abteilungsbesprechung ein Projekt vorstellen oder als Braut den Weg zum Altar schreiten, während alle Sie ansehen)
- Wetterphänomene (Donner / Blitz / Sturm)
- Autofahren (wenn ja, in welchen Situationen ab welcher Geschwindigkeit?)
- Fahren mit dem Schiff oder Boot
- Tiere (z. B. Ratten, Mäuse, Spinnen, aber auch Haustiere wie Hunde oder Katzen)
- Bestimmte Menschen (z. B. Kollege, Chef, Nachbar)
- Sonstige Situationen, die zuvor noch nicht genannt wurden...

Wie fühlt es sich an, wenn Sie in der jeweiligen Situation Angst oder unangenehme Gefühle haben?

- Nervosität
- Innere Unruhe
- Kribbeln im Körper
- Taubheitsgefühle im Körper
- Herzklopfen oder Auffälligkeit des Herzschlags in anderer Form (Poltern, Stolpern)
- Auffälliges Pochen einer Ader z.B. am Hals
- Schwäche- oder Schwindelgefühl
- Todesangst, Panik, Verlangen, sofort zu fliehen
- Atembeschwerden (besonders schnelles Atmen, nach Luft schnappen, Enge Gefühl)
- im Brust- oder Bauchbereich)
- Gefühl, auf die Toilette zu müssen (nur gefühlt oder tatsächlich)
- Sonstige Gefühle oder Wahrnehmungen, die bisher noch nicht genannt wurden...

Möchten Sie ansonsten noch etwas anmerken, das bisher vielleicht noch nicht erwähnt wurde?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Hypnosebehandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

---------- ----------

Unterschrift des Klienten Unterschrift des Therapeuten