

# ANAMNESE

## KINDER- UND JUGENDLICHEN PSYCHOTHERAPEUT

**DR. PHILIPP KÜHN**

Bahnhofstraße 43  
87719 Mindelheim

kontakt@praxiskuehn.net

08261 / 7981722

Name: \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum)

### Symptomatik:

Beschreiben Sie in eigenen Worten Ihre hauptsächlichen Beschwerden und Schwierigkeiten, wegen denen Sie psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen möchten:

---

---

---

Wann und wie häufig treten diese Schwierigkeiten auf?

---

---

---

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft (mehrere Kreuze möglich):

- |   |                                 |   |
|---|---------------------------------|---|
| Kopf-/ Bauchschmerzen                       | Schwindel                       | Selbstmordgedanken                        |
| Müdigkeit                                   | Herzklopfen                     | Panikgefühle                              |
| Heißhunger                                  | Appetitlosigkeit                | Minderwertigkeitsgefühle                  |
| Schlaflosigkeit                             | Alpträume                       | Schwierigkeiten mit Freundschaften        |
| Unruhe                                      | Alkoholmissbrauch               | Konzentrationsschwierigkeiten             |
| Zittern                                     | Depressionen                    | schlechte Familienverhältnisse            |
| Einnahmen von Drogen                        | Ängste                          | sexuelle Probleme                         |
| Schwierigkeiten mit den Eltern              | Unzufriedenheit mit sich selbst | Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen |
| Schüchternheit                              | finanzielle Schwierigkeiten     | Gefühl von Einsamkeit                     |
| Unzufriedenheit mit Beruf/Ausbildung/Schule |                                 |   |

Schildern Sie kurz, wann Ihre Beschwerden zum ersten Mal auftraten, wie es zu den Beschwerden kam und wie sie sich entwickelt haben (von Anfang bis jetzt):

---

---

---

In welchen Bereichen fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden und Probleme beeinträchtigt (z.B. in der Schule, in der Freizeit, in der Familie, im Kontakt mit anderen etc.)?

---

---

---

Schildern Sie bitte ein Beispiel aus der letzten Zeit, in dem Ihre Schwierigkeiten auftraten:

---

---

---

Wann und wie häufig treten diese Schwierigkeiten auf?

---

---

---

Gibt es etwas, was Sie wegen Ihrer Schwierigkeiten vermeiden bzw. nicht machen können? Wenn ja, welche Situationen sind das?

---

---

---

Gibt es Situationen, in denen Ihre Probleme nicht oder nur selten/weniger auftreten?

---

---

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Gegen welche Beschwerden?

---

---

---

Alkohol pro Tag/Woche/Monat: \_\_\_\_\_

Nikotin pro Tag/Woche/Monat: \_\_\_\_\_

Sonstige Drogen pro Tag/Woche/Monat: \_\_\_\_\_

Welche Versuche haben Sie unternommen, um besser mit Ihren Schwierigkeiten zurecht zu kommen?

---

---

---

Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Ihre Schwierigkeiten nicht mehr wären?

---

---

---

Kennen Sie jemanden in Ihrer Familie/Ihrem Freundes-/Bekanntenzirkel, der ähnliche Probleme hat wie Sie?

---

---

---

Manchmal stecken in Problemen und Schwierigkeiten auch Chancen und gute Seiten.  
Welche könnten in Ihren Problemen stecken?

---

---

---

## Zur Familie

Ihre Eltern sind

verheiratet/zusammen

getrennt/geschieden seit \_\_\_\_\_

Bei Trennung/Scheidung: Wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil?

---

Von wem werden/wurden Sie vorwiegend erzogen/betreut?

Vater      Mutter      andere \_\_\_\_\_

Wie bzw. mit was wurden/werden Sie von Ihren Eltern überwiegend belohnt?

---

Wie bzw. mit was wurden/werden Sie von Ihren Eltern überwiegend bestraft?

---

Würden Sie Ihre Kindheit als glücklich oder unglücklich bezeichnen? Warum?

---

---

---

Wie erleben Sie die Atmosphäre in Ihrer Familie?

harmonisch

hektisch

durch Streit geprägt

ruhig

konfliktvermeidend

unpersönlich

angespannt

liebepoll

\_\_\_\_\_

**Dein Vater:**

Beschreiben Sie Ihren Vater und Ihre Beziehung zu ihm:

---

---

---

Schreiben Sie drei typische Sätze auf, die Ihr Vater sagt:

---

---

---

**Ihre Mutter:**

Beschreiben Sie Ihre Mutter und Ihre Beziehung zu ihr:

---

---

---

Schreiben Sie drei typische Sätze auf, die Ihre Mutter sagt:

---

---

---

**Ihre Geschwister:**

Falls Sie Geschwister haben, bitte geben Sie ihr Alter an und beschreiben Sie kurz, welche Beziehung Sie zu ihnen haben:

---

---

---

Gibt es andere Personen, die Ihnen sehr wichtig sind (Freunde, Großeltern, Verwandte etc.)?

---

---

**Kindergarten-, Schul- und Ausbildungszeit**

Haben Sie einen Kindergarten besucht? Wenn ja, sind Sie gerne gegangen? Beschreiben Sie eine Erinnerung:

---

---

---

Wie würden Sie Ihre Grundschulzeit beschreiben? Was war schwierig? Was hat Ihnen Freude bereitet?  
Was waren Ihre Stärken? (bzgl. Fächern, Beziehung zu Mitschülern, Lehrern, Lernen etc.)

---

---

---

Wie würden Sie Ihre Mittelschul-/Realschul-/Gymnasialzeit bzw. Zeit in einer anderen weiterführenden Schule beschreiben? Was war schwierig? Was hat Ihnen Freude bereitet? Was waren Ihre Stärken? (bzgl. Fächern, Beziehung zu Mitschülern, Lehrern, Lernen etc.)

---

---

---

In welcher beruflichen Tätigkeit/Ausbildung/Studium sind Sie aktuell? Macht Ihnen diese Freude?  
Sind Sie unzufrieden – wenn ja, womit?

---

---

---

Falls Sie noch nicht in einer beruflichen Ausbildung/ beruflichen Tätigkeit sind, welchen Beruf möchten Sie später ausüben? Welchen auf keinen Fall?

---

---

---

**Freundschaften:**

Haben Sie viele Freunde/Freundinnen in der Kindheit (etwa Grundschule) oder waren Sie eher Außenseiter?

---

---

---

Haben/hatten Sie viele Freunde/Freundinnen in der Jugend oder waren/sind Sie eher Außenseiter?

---

---

---

Was ist Ihnen heute bei Freundschaften wichtig? Was bereitet Ihnen heute Schwierigkeiten?

---

---

---

**Partnerschaft und Sexualität:**

Wie ist die Einstellung zum Thema Sexualität in Ihrer Familie? Wie und wann wurden Sie aufgeklärt?  
Wird darüber gesprochen?

---

---

---

Wann hatten Sie den ersten sexuellen Kontakt mit anderen?

---

---

---

Gab es jemals für Sie unangenehme sexuelle Erlebnisse?

---

---

Hatten oder haben Sie eine feste Beziehung? Wenn ja, was schätzen Sie an Ihrem Partner/Ihrer Partnerin besonders?  
Was stört Sie/fehlt Ihnen?

---



---



---

**Freizeit und Interessen:**

Welche Hobbys und Freizeitinteressen haben Sie?

---



---



---

Mit wem verbringen Sie Ihre Freizeit am meisten:  
(bitte jeweils ein Kreuz setzen)

	Eher viel			Eher wenig
Allein	_____	_____	_____	_____
Partner/-in	_____	_____	_____	_____
Eltern	_____	_____	_____	_____
Geschwister	_____	_____	_____	_____
Freunde	_____	_____	_____	_____
Verwandte	_____	_____	_____	_____

## Selbstbeschreibung

Andere sehen mich vielleicht so:

→ Eltern:

---

---

---

→ Geschwister:

---

---

---

→ Beste Freunde:

---

---

---

→ Schlimmster Feind bzw. jmd. der Sie nicht leiden kann:

---

---

---

→ Ich mich selbst (bitte ausführlich beschreiben):

---

---

---

---

---

---

---

Bitte ergänze folgende Satzanfänge:

Andere Leute \_\_\_\_\_

Meine Familie \_\_\_\_\_

Ich beneide \_\_\_\_\_

Ich kann nicht \_\_\_\_\_

Am liebsten \_\_\_\_\_

In der Zukunft \_\_\_\_\_

Niemand \_\_\_\_\_

Das Schlimmste \_\_\_\_\_

Mein Aussehen \_\_\_\_\_

Oft denke ich \_\_\_\_\_

Am meisten ärgere ich mich wenn/über \_\_\_\_\_

Ich fürchte \_\_\_\_\_

Mein Vater \_\_\_\_\_

Ich brauche \_\_\_\_\_

Ich bin stolz \_\_\_\_\_

Im Dunkeln \_\_\_\_\_

Meine Mutter \_\_\_\_\_

Liebe \_\_\_\_\_

Ich bin sehr \_\_\_\_\_

Die meisten Jugendlichen \_\_\_\_\_

Es ist mir peinlich \_\_\_\_\_

Freunde \_\_\_\_\_

Ganz im Geheimen \_\_\_\_\_

Mein Körper \_\_\_\_\_

Mein größter Wunsch \_\_\_\_\_