



Therapeuteneinschätzung für jgdl. Patienten (ab 13 Jahre)

Im Folgenden geht es um die Einschätzung verschiedener Probleme bei Ihrem/r Patienten/in.
Bitte beantworten Sie aber zunächst die folgenden Fragen zu Merkmalen der Therapie.

Chiffre: (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum TT.MM.JJJJ)

Therapeut/in: _____ **Supervisor/in:** _____

Alter: _____ **Geschlecht:** _____ **Geb.-Datum:** _____

Vorname des Patienten/der Patientin: _____ **Datum heute:** _____

Diagnose(n) (F / ICD-10): 1. F _____ 2. F _____ 3. F _____

Therapiedauer (in Monaten): _____

Beantragt wurden: tiefenpsychologisch fundiert psychoanalytisch
____ Stunden (**insgesamt**) mit ____ Stunden **Patientenarbeit** und ____ Stunden **Elternarbeit**

Therapieform: stationär ambulant Einzeltherapie Gruppentherapie
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 Analytische Psychotherapie
 Verhaltenstherapie

Medikation: ja nein

Wird/wurde Elternarbeit bzw. Arbeit mit Bezugspersonen durchgeführt: ja nein
Falls ja, Anzahl der Stunden: _____ Falls ja, mit wem: _____
Falls nein, warum nicht: _____

Die Elternarbeit war: sehr gut gut befriedigend schlecht sehr schlecht

Staatsangehörigkeit der Patientin/des Patienten: _____

Der/die Patient/in selbst ist immigriert: nein ja, aus: _____

Ist Elternteil der Patientin/des Patienten nach Deutschland immigriert?

Vater, aus: _____ Mutter, aus: _____

Mutter: Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Vater: Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Zurzeit besucht der/die Jugendliche folgende Schulklasse: ____ und folgenden
Schultyp: _____

Familienform: Zweielternfamilie Einelternfamilie Stieffamilie Adoptivfamilie
 Sonstiges: _____

Die Eltern sind: verheiratet geschieden/getrennt lebend Sonstiges: _____

Anzahl Geschwister: ____, davon weiblich ____, männlich ____

Anzahl Stiefgeschwister: ____, davon weiblich ____, männlich ____

Anzahl Halbgeschwister: ____, davon weiblich ____, männlich ____

Geschwisterstellung: ältestes Kind mittleres Kind jüngstes Kind

Aktueller Zeitpunkt: nach Probatorik Umwandlung KZT-LZT vor Verlängerung

Ende Therapie Abbruch d.h. nach Stunde _____

Stimmt diese Aussage für den/die Patienten/in?		nein	eher nein	teils/teils	eher ja	ja
0 = nein= trifft gar nicht zu 1 = eher nein = trifft eher nicht zu 2 = teils/teils = trifft teilweise zu 3 = eher ja = trifft eher zu 4 = ja = trifft genau zu						
1.	Enge Beziehungen zu Freunden machen ihm/ihr Angst.	0	1	2	3	4
2.	Die Beziehung zu den Eltern ist viel zu eng, das macht ihm/ihr Angst bzw. ihn/sie wütend.	0	1	2	3	4
3.	In engen Freundschaften/Beziehungen hat sie/er ständig Angst vor Verlust.	0	1	2	3	4
4.	Bei dem Gedanken sich von den Eltern zu trennen bekommt er/sie Panik.	0	1	2	3	4
5.	In allen Beziehungen ordnet sie/er sich auffallend gerne unter.	0	1	2	3	4
6.	Er/sie kümmert sich nicht um Regeln, egal ob in der Schule, auf Station, zuhause.	0	1	2	3	4
7.	Unter den Freunden hat er/sie eindeutig das Sagen.	0	1	2	3	4
8.	Er/sie rebelliert nicht offiziell, macht aber dann doch was er/sie möchte.	0	1	2	3	4
9.	Er/sie wird von den Eltern regelrecht mit allem überschüttet, daher braucht er/sie sich um nichts zu kümmern.	0	1	2	3	4
10.	Um die Bedürfnisse des Patienten/der Patientin kümmert sich wirklich niemand in der Familie.	0	1	2	3	4
11.	Er/sie muss häufig für sich selbst sorgen/auf sich selbst achten.	0	1	2	3	4
12.	Ihm/ihr ist wichtig, dass andere sich nur um ihn/sie kümmern.	0	1	2	3	4
13.	Er/sie will ständig bewundert werden.	0	1	2	3	4
14.	Es ist ihm/ihr wichtig bessere Leistungen zu erbringen als andere, damit man sieht, dass er/sie allen überlegen ist.	0	1	2	3	4
15.	Er/sie glaubt, es nicht verdient zu haben, von Anderen wertgeschätzt zu werden.	0	1	2	3	4
16.	Er/sie vergleicht sich ständig mit Mitschülern, und das geht meistens negativ aus.	0	1	2	3	4
17.	Er/sie macht sich immer Vorwürfe, wenn etwas in der Familie schiefgeht.	0	1	2	3	4
18.	Er/sie fühlt sich stark dafür verantwortlich, dass es allen in der Familie gut geht.	0	1	2	3	4
19.	Aus seiner/ihrer Sicht, hat er/sie die schrecklichsten Eltern der Welt.	0	1	2	3	4
20.	Er/sie beschuldigt seine/ihre Eltern, dass es ihm/ihr heute psychisch und körperlich so schlecht geht.	0	1	2	3	4
21.	Er/sie konkurriert ständig um den attraktivsten Jungen/Mädchen.	0	1	2	3	4
22.	Er/sie beeindruckt andere gerne mit seinem/ihrer Körper.	0	1	2	3	4
23.	Im Umgang mit dem anderen Geschlecht ist er/sie äußerst gehemmt.	0	1	2	3	4
24.	Er/ sie findet Sexualität absolut eklig.	0	1	2	3	4
25.	Er/sie kann sich nicht festlegen, wer er/sie sein möchte, die vielen Möglichkeiten beängstigen und verwirren ihn/sie .	0	1	2	3	4
26.	Er/sie hat ständig neue Idole, denen er/sie unkritisch nacheifert.	0	1	2	3	4
27.	Er/sie scheint getrieben, ständig Neues (äußere Erscheinung, Hobbies, Beziehungen) auszuprobieren.	0	1	2	3	4
28.	Er/sie hat absolut keine Ahnung, wer er/sie ist und wie er/sie das herausfinden kann.	0	1	2	3	4
BSSK-KJ						
Beurteilung für den Zeitraum der letzten 7 Tage		Keine	Leicht	Mittel	Schwer	Sehr Schwer
0 = keine 1 = Leicht 2 = Mittel 3 = Schwer 4 = Sehr Schwer						
1.	Psychische Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
2.	Körperliche Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
3a.	Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit den Eltern	0	1	2	3	4
3b.	Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Geschwistern	0	1	2	3	4
3c.	Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Freunden	0	1	2	3	4
4.	Beeinträchtigung im Leistungsbereich	0	1	2	3	4

OPD-SFK-KJ		nein	eher nein	teils/ teils	eher ja	ja
Stimmt diese Aussage für den/die Patienten/in?						
0 = nein = trifft gar nicht zu 1 = eher nein = trifft eher nicht zu 2 = teils/teils = trifft teilweise zu 3 = eher ja = trifft eher zu 4 = ja = trifft genau zu						
1.	Er/sie erlebt sich manchmal wie eine fremde Person.	0	1	2	3	4
2.	Wenn er/sie viel über sich nachdenkt, gerät er/sie eher in Verwirrung.	0	1	2	3	4
3.	Er/sie glaubt, dass es gefährlich werden kann, wenn man andere zu nahe an sich heran lässt.	0	1	2	3	4
4.	Er/sie kann sich anderen oft schwer verständlich machen.	0	1	2	3	4
5.	In ihm/ihr herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass er/sie es gar nicht beschreiben könnte.	0	1	2	3	4
6.	Er/sie schätzt manchmal falsch ein, wie sein/ihr Verhalten auf andere wirkt.	0	1	2	3	4
7.	Wenn andere viel über ihn/sie wissen, fühlt er/sie sich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	0	1	2	3	4
8.	Seine/ihre Gefühle sind manchmal so intensiv, dass er/sie Angst bekommt.	0	1	2	3	4
9.	Er/sie ist schon sehr verletzt worden, weil er/sie sich in einem Menschen getäuscht hatte.	0	1	2	3	4
10.	Es fällt ihm/ihr schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.	0	1	2	3	4
11.	Er/sie hat kein gutes Selbstbewusstsein.	0	1	2	3	4
12.	Seine/ihre Erfahrung ist: Wenn man Menschen zu sehr vertraut, kann man böse Überraschungen erleben.	0	1	2	3	4
FTB-KJ		nein	eher nein	teils/ teils	eher ja	ja
Stimmt diese Aussage für den/die Patienten/in?						
0 = nein = trifft gar nicht zu 1 = eher nein = trifft eher nicht zu 2 = teils/teils = trifft teilweise zu 3 = eher ja = trifft eher zu 4 = ja = trifft genau zu						
1.	Er/sie freut mich auf die Stunden mit mir.	0	1	2	3	4
2.	Er/sie erzählt mir von den Dingen, die ihn/sie beunruhigen.	0	1	2	3	4
3.	Wenn er/sie bei mir ist, wünsche ich er/sie sich, dass die Stunde schnell zu Ende geht.	0	1	2	3	4
4.	Wenn er/sie sich mit mir trifft, spricht er/sie über Dinge, die ihn/sie ärgern.	0	1	2	3	4
5.	Er/sie verbringt gerne Zeit mit mir.	0	1	2	3	4
6.	Wenn er/sie bei mir ist, behält er/sie seine/ihre Probleme lieber für sich.	0	1	2	3	4
7.	Er/sie mag mich.	0	1	2	3	4
8.	Wenn ich ihn/sie nach seinen/ihren Problemen frage, erzählt er/sie mir davon.	0	1	2	3	4
9.	Er/sie würde lieber andere Sachen machen, als sich mit mir zu treffen.	0	1	2	3	4
10.	Er/sie hat das Gefühl, dass ich zu ihm/ihr halte und versuche, ihm/ihr zu helfen.	0	1	2	3	4
11.	Er/sie spricht mit mir über seine/ihre Gefühle.	0	1	2	3	4
12.	Er/sie wünschte, ich würde ihn/sie in Ruhe lassen.	0	1	2	3	4
YSR-K-ISK		nein	etwas	ja		
Beurteilung für den Zeitraum der letzten 6 Monate						
0 = nein = trifft nicht zu 1 = etwas = trifft manchmal/etwas zu 2 = ja = trifft häufig/genau zu						
1.	Er/sie ist unglücklich und traurig.	0	1	2		
2.	Er/sie hat Bauchschmerzen.	0	1	2		
3.	Er /sie streitet, widerspricht, motzt rum.	0	1	2		
4.	Er /sie glaubt alles perfekt machen zu müssen.	0	1	2		

5.	Er/sie ist gemein, rücksichtslos, schüchtert andere ein.	0	1	2
6.	Er/sie greift andere körperlich an.	0	1	2
7.	Er/sie ist ständig müde und erschöpft.	0	1	2
8.	Er/sie hat das Gefühl keiner mag / liebt sie/ihn.	0	1	2
9.	Er/sie zündelt gerne bzw. hat schon Feuer gelegt.	0	1	2
10.	Er/sie fühlt sich wertlos, klein und unterlegen.	0	1	2
11.	Er/sie weint leicht.	0	1	2
12.	Er/sie ärgert andere ständig.	0	1	2
13.	Er/sie ist nervös und angespannt.	0	1	2
14.	Er/sie fühlt sich körperlich schwach und kraftlos.	0	1	2
15.	Er/sie zerstört Dinge die anderen gehören.	0	1	2
16.	Er/sie hat oft Kopfschmerzen.	0	1	2
17.	Er/sie ist zu furchtsam und ängstlich.	0	1	2
18.	Er/sie ist lieber mit Älteren als mit Gleichaltrigen zusammen.	0	1	2
19.	Er/sie ist störrisch und eigensinnig.	0	1	2
20.	Er/sie hat starke Schuldgefühle.	0	1	2
21.	Er/sie hat Ausschläge, eine Allergie oder andere Hautprobleme.	0	1	2
22.	Er/sie ist impulsiv, handelt, ohne zu überlegen.	0	1	2
23.	Er/sie hat zu Hause und anderswo etwas gestohlen.	0	1	2
24.	Ihm/ihr ist oft schlecht/ übel.	0	1	2
25.	Er/sie ist niedergeschlagen und depressiv.	0	1	2
26.	Er/sie greift andere körperlich an.	0	1	2
27.	Er/sie macht sich zu viele Sorgen.	0	1	2
28.	Er/sie wird oft gehänselt.	0	1	2
29.	Er/sie schreit viel rum.	0	1	2
30.	Er/sie lügt, schwindelt oder betrügt	0	1	2

Zum Schluss:

Informationen zum Therapeuten

Ich bin: männlich weiblich Alter: _____ Jahre

In Ausbildung: ja nein, Berufserfahrung: _____ Jahre

Wurde die Behandlung regelmäßig supervidiert? ja nein