

3 Persönliche Stimmenhörgeschichte

Umstände	ja/nein	Alter	Stimmen
Belastende Veränderungen			
Zum ersten Mal allein leben			
Umzug in eine neue Unterkunft, Wechsel der Schule, der Stadt, des Dorfes			
Studien- oder Ausbildungsbeginn			
Prüfung nicht bestanden			
Arbeitslosigkeit, Entlassung, Geschäftsaufgabe			
Änderungen im Arbeitsverhältnis/Status/Job			
In Rente gehen, Arbeitsunfähigkeit			
Kinder verlassen das Haus			
Finanzielle Probleme, Schulden			
Erkrankung und Tod			
Ernsthafte körperliche Verletzung oder Erkrankung			
Einlieferung in ein Allgemeinkrankenhaus oder Anästhesiegabe			
Tod eines nahen Familienangehörigen oder eines engen Freundes			
Tod eines geliebten Haustieres			
Ernste Erkrankung einer geliebten Person			
Einlieferung in ein psychiatrisches Krankenhaus			
Konfrontation mit einem Suizid oder mit einem Suizidversuch			
Liebe und Sexualität			
Scheidung, Ende einer engen Freundschaft			
Problematische Menstruation, (ungewollte) Schwangerschaft			
Sich verlieben und abgelehnt werden			
Starke Spannungen zu Hause oder innerhalb der Beziehung			
Konfrontation mit gesellschaftlich weniger akzeptierten Formen der Sexualität, wie Homosexualität			
Unerwartete Veränderungen in der Beziehung, wie die eigene Untreue oder ein untreuer Partner			
Religion, Spiritualität, mystische oder kosmische Erfahrungen			
Teilnahme an einer spiritistischen Sitzung, einem satanischen Ritual, einem spirituellen Ereignis			
Probleme mit einer religiösen Gemeinschaft oder Sekte			
Weiteres			

4 Auslöser der Stimmen

Haben Sie bemerkt, ob die Stimmen präsent sind, wenn Sie bestimmte Emotionen fühlen?
Prüfen Sie bitte die folgende Liste. Treten die Stimmen auf, wenn Sie Emotionen wie die folgenden erleben?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unsicherheit | <input type="checkbox"/> Eifersucht |
| <input type="checkbox"/> Furcht | <input type="checkbox"/> Trauer |
| <input type="checkbox"/> Zweifel | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Verliebtheit | <input type="checkbox"/> Traurigkeit/Depression |
| <input type="checkbox"/> Wut/Verärgerung oder Aggression | <input type="checkbox"/> Fröhlichkeit/Zufriedenheit |
| <input type="checkbox"/> Ihre eigenen sexuellen Gefühle | <input type="checkbox"/> Einsamkeit |
| <input type="checkbox"/> Die sexuellen Gefühle anderer | |