

## 1.9 Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und genau beantworten, ermöglichen Sie mir eine gründliche Beschäftigung mit Ihren Anliegen und erleichtern sogleich die therapeutische Zusammenarbeit.

Es wird Sie interessieren, was mit dieser Information geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlicher Natur sind. Therapieunterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich. Kein Außenstehender (weder nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt noch irgendwelche Institutionen) erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, schreiben Sie einfach: "Möchte nicht beantworten". Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung brauchen, schreiben Sie bitte auf der leeren Rückseite weiter.

### 1. Allgemeine Daten

Datum: .....

Name /Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Sind Sie  
arbeitsunfähig seit: ..... arbeitslos seit: ..... berentet seit: .....

Jetzige Beschäftigung: .....

Berufe, die Sie früher ausübten (bzw. Ausbildung oder Studium) in zeitlicher Reihenfolge:

Befriedigt Sie Ihre derzeitigen beruflichen Situation?                      Ja                      Nein  
Wenn „nein“, warum sind Sie unzufrieden?

Was waren Ihre früheren Berufsziele?

Was sind heute Ihre Ziele?

Mit welchen Personen leben Sie zurzeit zusammen (Vornamen und Verhältnis z.B. Bruder, Frau, Freundin, Kind etc.)?

Familienstand: ledig, verheiratet + zusammenlebend, verheiratet + getrenntlebend, geschieden, verwitwet, wieder verheiratet (*bitte unterstreichen*)

Partnerbeziehung: alleinstehend, zeitweilige Beziehung, feste Beziehung (*bitte unterstreichen*)

Wohnsituation: allein lebend, mit Eltern / Elternteil, mit Partner / Partnerin, mit Kind / Kindern, mit Freunden / Bekannten, mit sonstigen Personen (*Mehrfachantworten möglich*)

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?

Wenn unzufrieden, warum sind sie unzufrieden?

Verfügen Sie über ein eigenes Einkommen/Einnahmen? ja nein

Wie ist Ihre finanzielle Situation? Keine finanziellen Sorgen, finanziell knapp, finanziell sehr eng, Schulden (Privatinsolvenz), gut, sehr gut (*bitte unterstreichen*)

Kommen Sie mit dem Ihnen zur Verfügung stehenden Geld aus? ja nein

Wie glauben Sie, wird ihre finanzielle Situation in der Zukunft sein?

Religionszugehörigkeit:

- während der Kindheit
- heute

Sind Sie religiös aktiv?

- während der Kindheit:
- heute:

## 2. Angaben zur Problematik

Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme/Anliegen wegen denen sie eine Psychotherapie beginnen.

Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?

Wie häufig treten diese Beschwerden auf? fortlaufend, stündlich, täglich, 1mal pro Woche, mehrmals wöchentlich, mehrmals pro Monat (*bitte unterstreichen*)

Unter welchen der aufgeführten Beschwerden leiden Sie am meisten?

Waren Sie wegen dieser Probleme schon in medizinischer oder psychologischer Behandlung (ambulante Behandlung, bei einem Arzt, stationäre Behandlungen in einer Klinik)?

Falls ja: Wo und wann waren Sie in Behandlung?

Ambulante Psychotherapien? (PA, TP, VT) – (gesetzliche Krankenkasse, PKV, Selbstzahler)

Wo? .....	Wann? .....	Therapieart?
Wo? .....	Wann? .....	Was? .....
Wo? .....	Wann? .....	Was? .....
Wo? .....	Wann? .....	Was? .....
Wo? .....	Wann? .....	Was? .....

Welche Veränderungen bewirkten die Behandlungen?

Stationäre Behandlungen (psychologisch, psychosomatisch und medizinisch)?

Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....

Welche Veränderungen bewirkten die Behandlungen?

Ambulante medizinische Behandlungen?

Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....  
 Wo? ..... Wann? .....

Haben Sie sonst noch etwas unternommen, um Ihre Probleme zu bewältigen?

Warum suchen Sie zum jetzigen Zeitpunkt eine psychotherapeutische Behandlung?

Schildern Sie bitte kurz die Entwicklung Ihrer Probleme von Zeitpunkt des Einsetzens bis heute:

Hat sich vor Beginn der Hauptbeschwerden etwas Bemerkenswertes in Ihrem Leben verändert, oder gab es vor Beginn der Hauptbeschwerden eine anhaltende Belastung?

Gibt es Zeiten / Situationen, in denen Ihre Probleme nicht oder nur selten auftreten? Wenn ja, in welchen?

Was sind die jeweiligen Folgen ihrer Probleme, für Sie und / oder andere Personen?

Bitte beschreiben sie eine typische wiederkehrende Problemsituation.

Situation:

Was wurde bei Ihnen ausgelöst?

Welche Gedanken hatte Sie dabei?

Wie/Womit reagierte Ihr Körper?

Was fühlten sie?

Mit welchem Verhalten reagierten Sie?

Welche Konsequenzen folgten?

Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwer Sie Ihre Probleme/Beschwerden halten?

-----  
 leicht störend                      mittelschwer                      sehr schwer                      extrem schwer                      total unerträglich

Haben Sie Vermutungen wie die Probleme entstanden sein könnten oder womit sie zusammenhängen?

Was würde sich Wesentliches verändern, wenn Sie ihre Beschwerden los wären?

Bitte unterschreiben Sie, was bei Ihnen vorkommt:

Angst vor .....	Gedankenkreisen / Grübeln /Kopfkino
Kopfschmerzen, Migräne	Herzklopfen, Herzrasen
Selbstmordgedanken	nehme gelegentlich Drogen, Spielsucht / Kaufsucht
Fremdheitsgefühle	nehme oft Schmerztabletten
Depressionen	kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen
Sorge nicht gut für mich	Schwächeperioden (Ohnmacht)
Ärgerzustände	Minderwertigkeitsgefühle, Selbstzweifel
Niedergeschlagenheit	schüchtern unter Leuten / Hemmungen
starkes Schwitzen, Schwindel, Zittern	Spannungsgefühle, Selbstverletzungen
Hilflosigkeit, Kontaktprobleme	Ablehnen von Wochenenden / Ferien
Magenbeschwerden, Durchfall	Schwierigkeiten/unfähig, Entscheidungen zu treffen
Appetitlosigkeit,	Verzicht auf Nahrungsaufnahme
Überehrgeizig	Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisschwäche
Antriebslosigkeit, Antriebsschwäche	Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Selbstzweifel
Verdauungsstörungen	Unruhe, Anspannung, Überforderung / Unterforderung
Grundlos anhaltende Traurigkeit	Schlafstörungen, Ein- / Durchschlafen / Früherwachen
Konflikte, innere / mit anderen Personen	Atembeschwerden, Asthma
Sexuelle Probleme, Libidoverlust	Alpträume, Schlafwandeln, Müdigkeit
Häufiger Arbeitsplatzwechsel	Schwierigkeiten, sich zu amüsieren
Unfähigkeit sich zu entspannen	bin sehr anspruchsvoll, Prüfungsangst
Gefühl von Einsamkeit	Unfähigkeit, Freundschaften zu schließen
Heißhunger, Essattacken (mit Erbrechen?)	Unfähigkeit, eine Arbeit längere Zeit zu behalten
Energieverlust, Erschöpfung	zwanghafte Handlungen, wenn ja welche? .....
Bewegungsmangel	zwanghafte Gedanken, wenn ja, welche? .....
Gibt es noch etwas weiteres, das Sie beunruhigt, was Sie aber bisher noch nicht erwähnt haben?	

### 3. Entwicklungsgeschichte bis heute

Bitte unterstreichen Sie, was auf Ihre Kindheit zutrifft:

Alpträume, Bettnässen, Schlafwandeln, „Schlüsselkind“, Daumenlutschen, Ängste vor .....

keine Freunde, Schulschwierigkeiten, Schule schwänzen, aggressives Verhalten, Stehlen, Zündeln, Stottern, Trotz, Lispeln, Ausreißen, glückliche Kindheit, unglückliche Kindheit, Kasperverhalten, Asthma, Nägel kauen, Zwänge, Traurigkeit, Eifersucht, Haare ausreißen, Einsamkeit, Tics, Geschwisterrivalität.

Sonstige Auffälligkeiten:

Spiele, Interessen, Hobbys und sportliche Neigungen oder Pflichten während der Kindheit und Jugendzeit:

Alter bei Schulbeginn: ..... Alter beim Verlassen der Schule: .....  
Rückstufung nach Schulwechsel der Grundschule?

Art des höchsten Schulabschlusses:

Berufsausbildung/en bzw. Weiterbildungen oder Studium (von - bis):

Wie war der Kontakt zu den Mitschülern?

Womit konnte man Sie hänseln? Hatten oder haben Sie einen Spitznamen?

Fällt es Ihnen schwer, Bekanntschaften oder Freundschaften zu schließen/aufrechtzuerhalten?

Wie lange halten Ihre Freundschaften?

Wie viele Freunde/Freundinnen und Bekannte haben Sie?

Haben Sie aus Ihrer Sicht genügend Freunde und Bekannte? Ja / Nein

Wie oft haben Sie zu denen Kontakt?

Welche Menschen bedeuten Ihnen viel in Ihrem Leben?

#### 4. Gesundheit

Ihre Größe: ..... Ihr Gewicht: .....

Haben Sie zurzeit ernsthafte körperliche Probleme mit Ihrer Gesundheit? ja nein  
Wenn ja, welcher Art sind Ihre Gesundheitsprobleme?

Seit wann bestehen diese Gesundheitsprobleme?

Hatten Sie bisher Krankenhausaufenthalte? ja nein  
 Wenn ja, nennen Sie bitte den Anlass und das jeweilige Alter:

Hatten Sie irgendwelche Unfälle? ja nein  
 Wenn ja, nennen Sie bitte die Art des Unfalls und das jeweilige Alter:

### 5. Medikamente, Alkohol, Essen und Drogen

Nehmen Sie zurzeit Medikamente (verordnete und nicht verordnete)? ja nein  
 Wenn ja, welches Präparat, wie häufig?

Medikament (Name)	Seit wann?	Dosierung (Menge)	täglich				bei Bedarf
			m	m	a	n	
.....	.....	.....	-	-	-	-	.....
.....	.....	.....	-	-	-	-	.....
.....	.....	.....	-	-	-	-	.....
.....	.....	.....	-	-	-	-	.....
.....	.....	.....	-	-	-	-	.....
.....	.....	.....	-	-	-	-	.....

Trinken Sie zur Zeit Alkohol? Wenn ja, was sind Ihre Lieblingsgetränke? ja nein

An wie viel Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol – wie viel trinken Sie dann?

Haben Sie sich schon mal geärgert, weil Ihr Trinkverhalten von anderen kritisiert wurde?

Haben Sie sich schon einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholkonsums?

Haben Sie Probleme im Zusammenhang mit Essen? ja nein

Beschreiben Sie kurz Ihr Essverhalten. Erwähnen Sie bitte insbesondere Essanfälle, Erbrechen, Abmagern, Diäten und Einnahme von Appetitzüglern oder Abführmitteln:

Rauchen Sie? Anzahl der Zigaretten pro Tag?

Nehmen oder nahmen Sie Drogen ein? ja nein  
 Wenn „Ja“, welche Drogen, Zeitraum und Mengen:

Gibt es substanzlose Süchte? Wenn ja, welche?

### 6. Sexualität

Wie wurde in Ihrem Elternhaus mit Nacktsein umgegangen?

In welchem Alter traten bei Ihnen diesbezüglich Schamgefühle auf?

Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen gehört?

Ihr Alter der ersten Regelblutung ..... des ersten Samenergusses? .....

Waren Sie darauf vorbereitet und informiert, oder kam es uninformatiert oder als Schockerlebnis?

## 7. Ehe / Partnerschaft

Falls sie nicht in einer Partnerschaft leben, wie erleben Sie diese Situation?

Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben:

Alter des Partners / der Partnerin heute:

Seine / Ihre Beschäftigung:

Wie lange sind Sie verheiratet / befreundet?

Falls verheiratet, wie lange kannten Sie Ihren Ehepartner vor der Eheschließung?

Bitte beschreiben Sie Ihre Beziehung:

Welche Wunschvorstellungen verbinden Sie mit einer Partnerschaft?

Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners mit eigenen Worten:

In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung mit Ihrem Partner / Partnerin?

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?

Welche konkreten Verhaltensweisen sollten Ihr Partner Ihrer Meinung nach abbauen oder entwickeln, um die Beziehung zu verbessern?

Welche eigenen Verhaltensweisen würden Sie gern verändern, um die Beziehung zu verbessern?

Welche Verhaltensweisen würde Ihr Partner gern bei Ihnen seltener und welche häufiger sehen?

Wie kommt jede(r) von Ihnen mit den Verwandten / Freunden des anderen aus?

Haben Sie Kinder? ja    nein

Wenn ja:

Vornamen? (Geschlecht)    Alter?    Welche Kinder stammen aus früherer Partnerschaft?

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte beschreiben Sie den Kontakt zu Ihren Kindern früher.

Wie ist die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Kindern heute?

Hatten Sie eine oder mehrere Fehlgeburten? ja    nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie schon mal eine Schwangerschaft abgebrochen? ja    nein

Wenn ja, wann?

Falls Sie geschieden sind, von wann ..... bis wann ..... dauerte diese Ehe?  
Gründe der Trennung?

Gibt es etwas über frühere Partnerschaften zu sagen, was für die Therapie wichtig sein könnte?

## 8. Ursprungsfamilie

a) Vater:    Name:    Geburtsjahrgang:

Beruf:

Gesundheit:

Falls verstorben, Ursache:    Wann?    Wie alt waren Sie?

Persönlichkeit Ihres Vaters/ Pflegevaters und seine Einstellung zu Ihnen (früher u. heute):

Was ich von meinem Vater gebraucht, aber nicht bekommen habe, ist ...

b) Mutter:    Name:    Geburtsjahrgang:

Beruf:

Gesundheit:

Falls verstorben, Ursache:    Wann?    Wie alt waren Sie?

Persönlichkeit Ihrer Mutter/ Pflegemutter und Ihrer Einstellung zu Ihnen (früher u. heute):

Was ich von meiner Mutter gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...

Falls Ihre Eltern getrennt leben / geschieden / wiederverheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils zum Zeitpunkt der Trennung und Scheidung / erneuter Heirat?

Verlief die Trennung gütlich oder gab es im Zusammenhang mit der Trennung Streit? Hatten Sie nach der Trennung zu beiden Elternteilen weiterhin Kontakt?

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern, oder zeitweise nicht bei ihnen aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchem Zeitraum erzogen/betreut?

Wie war die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. wo Sie aufgewachsen sind? Wie kamen Ihre Eltern/ Bezugspersonen und mit den Kindern aus?

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?

Konnten Sie Ihren Eltern / Beziehungspersonen vertrauen? Sich mit Problemen an sie wenden?

Wie wurden Sie von Ihren Eltern/Bezugspersonen bestraft?

c) Geschwister/Halbgeschwister: ja      nein

Zahl der Brüder: Alter:

Zahl der Schwestern: Alter:

Die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern:  
Früher:

Heute:

Falls verstorben, Ursache: Wann:      Wie alt waren Sie?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer Familie heute?

In wie weit haben Ihre Eltern, Verwandte, Freunde Sie in Bezug auf Beruf, Partnerschaft etc. beeinflusst?

Gibt es Familienmitglieder mit psychischen Erkrankungen oder von deren Krankheit es wichtig ist zu wissen? Wenn ja, wer/welche?

Bitte nennen Sie weitere bedeutende, wichtige Erfahrungen oder auch quälende Erinnerungen, die Sie noch nicht erwähnt haben, von denen Sie aber glauben, dass sie für die Therapie wichtig sein könnten.

## 9. Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte, wie Sie was für Sie zutrifft:

wertlos, genussfähig, nutzlos, sympathisch, das Leben erscheint mir sinnlos, dumm, liebevoll, ausgeglichen, naiv, unfähig, lebensfroh, schuldig, böse, beliebt, voller Hass, ängstlich, feindselig, schreckliche Gedanken, wertvoll, getrieben, selbstunsicher, neige zu Panikgefühlen, voller Hoffnung, aggressiv, deprimiert, intelligent, hässlich, unattraktiv, optimistisch, einsam, ungeliebt, vernünftig, missverstanden, gelangweilt, attraktiv, im Konflikt, selbstsicher, voller Wut, zornig, arbeite zu viel, verantwortungsbewusst, überfordert, zufrieden, ruhelos, inkompetent, dominant, perfektionistisch, nett.

Ergänzungen:

Bitte benennen Sie Ihre fünf größten Ängste:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Bitte zählen Sie Situationen auf, in denen Sie sich entspannt und wohl fühlen:

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? Hobbys, Interessen?

Wie sieht es in Situationen aus, in denen Sie mal die Kontrolle über sich selbst verlieren?

Welche Körperempfindungen sind für Sie besonders angenehm?

Welche Körperempfindungen sind für Sie besonders unangenehm?

Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist

Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist

Bitte Beschreiben Sie zwischenmenschliche Wohlfühlsituationen:

Zwischenmenschliche Situationen in der Sie traurig sind oder die Ihnen sehr unangenehm sind:

Bitte, stellen Sie sich vor, jemand anderes sollte Sie beschreiben. Was glauben Sie, wie würden folgende Menschen Sie beschreiben?

Ihr Vater:

Ihre Mutter:

Ihr Partner / Ihre Partnerin:

Ihr bester Freund / Ihre beste Freundin:

Jemand, der sie nicht leiden kann:

### **10. Zu Therapiezielen**

Was erhoffen Sie sich von der Therapie?

Was, an Ihrem momentanen **Verhalten** würden Sie gern verändern?

Welche **Gefühle** würden Sie gerne verändern?

**Woran erkennen Sie, dass Sie Ihre Therapieziele erreicht haben?**

Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach ein guter Therapeut / gute Therapeutin haben?

Wie würden Sie eine wünschenswerte Beziehung zu einem Therapeuten beschreiben?

Was kann Ihrer Meinung nach, die Therapie für Sie leisten?

Wie lange meinen sie, sollte die Therapie dauern?