



Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen dient dazu, über das Erstgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihrer Lebensgeschichte zu erhalten. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher möglichst vollständig und genau. Die Inhalte dieses Fragebogens werden absolut vertraulich behandelt. Kein Außenstehender – weder nahe Verwandte noch Ihr Hausarzt – erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach „Möchte ich nicht beantworten“. Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung einer Frage benötigen, schreiben Sie bitte auf einem zusätzlichen Blatt weiter. Vielen Dank!

Name: _____ Datum: _____

Aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich): alleinlebend mit Eltern/ Elternteil
 mit Kind/ Kindern mit Partner/ Partnerin mit Freunden/ Bekannten mit sonstigen Personen (z.B. Großeltern, Wohngruppe) Wohnung Haus Miete Eigentum

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation?

sehr zufrieden eher zufrieden teils teils eher unzufrieden sehr unzufrieden

Bemerkung:

Derzeitige berufliche Tätigkeit: angestellt selbstständig arbeitslos krankgeschrieben
 arbeitsunfähig Rentenantrag GdB Berufsbezeichnung: _____

Ihr schulischer Werdegang:

Ihr beruflicher Werdegang:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit?

sehr zufrieden eher zufrieden teils teils eher unzufrieden sehr unzufrieden

Wenn unzufrieden, warum?



Wie sieht Ihre finanzielle Situation aus? gut mittel schlecht

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

Haben Sie Schulden? ja nein

Besteht oder bestand eine Strafverfolgung? ja nein

Religionszugehörigkeit

während der Kindheit: _____

heute: _____

Angaben zur Problematik

Beschreiben Sie bitte in eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Anliegen:

Schildern Sie bitte kurz die Geschichte und die Entwicklung Ihrer Probleme (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute; Auslöser):

Wie häufig treten diese Probleme auf?

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

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

Bitte schätzen Sie durch ein Kreuz auf der folgenden Skala ein, für wie schwer Sie Ihre Probleme halten: leicht störend ----- total unerträglich



Kam es bei Ihnen während kritischer Lebensereignisse zu ...

Suizidhandlungen? ja nein

Suizidabsichten? ja nein

Suizidgegedanken? ja nein

Welche Schritte haben Sie bisher zur Bewältigung Ihrer Probleme unternommen?

Waren Sie bisher in stationärer oder ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja Falls ja, wann und wo waren Sie in Behandlung?

Familie: Vater

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Gesundheit: _____

Falls verstorben, Ursache: _____

Wann: _____ Wie alt waren Sie? _____

Familie: Mutter

Geburtsjahr: _____

Beruf: _____

Gesundheit: _____

Falls verstorben, Ursache: _____

Wann: _____ Wie alt waren Sie? _____

Falls Ihre Eltern getrennt leben/ geschieden/ wiederverheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils?

Sind Sie bei Ihren Eltern aufgewachsen? ja nein

Falls nein, von wem wurden Sie in welchem Zeitraum erzogen?

Beschreiben Sie bitte die Persönlichkeit Ihres Vaters/entsprechenden Erziehungsperson:



Wie würden Sie seine Einstellung Ihnen gegenüber beschreiben?

früher:

heute:

Beschreiben Sie bitte die Persönlichkeit Ihrer Mutter bzw. der entsprechenden Erziehungsperson:

Wie würden Sie ihre Einstellung Ihnen gegenüber beschreiben?

früher:

heute:

Haben Sie Geschwister? ja nein

Falls ja, Anzahl Brüder/ Schwestern und Alter:

Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern beschreiben?

früher:

heute:



Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dem Haus, in dem Sie aufgewachsen sind. Wie kamen Ihre Eltern bzw. Erziehungspersonen miteinander und mit den Kindern aus?

Gab es regelmäßige Mahlzeiten in der Familie? ja nein

Gab es gemeinsame Aktivitäten bzw. Unternehmungen der Familie? ja nein

Wenn ja, welche?

Konnten Sie Ihren Eltern bzw. Erziehungspersonen vertrauen?

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern bzw. Erziehungspersonen geliebt und akzeptiert?

Wussten Ihre Eltern bzw. Erziehungspersonen in Ihrer Kindheit und Jugend in der Regel, wo Sie sich aufhielten...? ja nein womit Sie sich beschäftigen? ja nein

Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern bestraft worden?

Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern belohnt worden?



Welches Verhältnis haben Sie heute zu Ihrer Familie?

Gibt es Familienangehörige, die an psychischen Störung/Suchtprobleme oder schweren möglicherweise relevanten Krankheiten leiden? ja nein

Falls ja: Benennen Sie bitte Familienmitglieder und Störungen/Krankheit?

Beziehungen der Familie zur Außenwelt: eher offen eher abgeschottet

Bei der folgenden Frage sind Mehrfachantworten möglich:

Wie waren die Kontakte der Familie speziell

zur Verwandtschaft?	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht
zu Freunden/ Bekannten?	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht
zur Nachbarschaft?	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht

Besonderheiten in der Familie, die für die Therapie von Interesse sein könnten:

Entwicklungsgeschichte bis heute – körperliche und psychosoziale Entwicklung

Gesundheitszustand (Krankheiten, Operationen, Unfälle) während der Kindheit und Jugend:

Unterstreichen Sie bitte, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:

Ängste, Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Geschwisterrivalitäten, Tics, Bettläufer, Einkoten, Essensverweigerung, Schlafstörungen (Alpträume, Schlafwandeln,...), Stottern, Selbstverletzungen, Daumen lutschen, Nägel kauen, Schulschwierigkeiten, glückliche Kindheit, unglückliche Kindheit.

Sonstige Auffälligkeiten während der Kindheit:



Spielen, Interessen, Hobbys und sportliche Neigungen während der Kindheit und Jugend:

Alter bei Schulbeginn: _____ Alter bei Verlassen der Schule: _____

Stärken und Schwächen in der Schule:

Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern/ Mitschülerinnen?

Womit konnte oder kann man Sie hänseln?

Fällt es Ihnen schwer Freundschaften zu schließen? ja nein

Halten Ihre Freundschaften lange? ja nein

Welche Menschen bedeuten Ihnen am meisten?

Entwicklungsgeschichte bis heute – sexuelle Entwicklung

Welche Einstellung haben/ hatten Ihre Eltern zur Sexualität?

Wurde bei Ihnen zu Hause über Sexualität gesprochen? ja nein



Wenn ja, in welcher Form?

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

Wie wurden Sie aufgeklärt?

Wann haben Sie zum ersten Mal sexuelle Interessen verspürt?

Wie würden Sie Ihre ersten sexuellen Erfahrungen beschreiben? Wie alt waren Sie?

Hatten oder haben Sie Ängste oder Schuldgefühle aufgrund sexueller Impulse?

Haben Sie Vergewaltigungen, sexuellen Missbrauch oder Ähnliches erlebt?

Wie empfinden Sie Ihre Geschlechterrolle?

Sind Sie mit Ihrem momentanen Sexualleben zufrieden? ja nein

Falls nein, warum nicht?



Ehe/ Partnerschaft:

Was soll Ihre Partnerschaft Ihnen geben oder ermöglichen?

Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben:

Alter des Partners/ der Partnerin: _____

Seine/ ihre Beschäftigung: _____

Wie lange sind Sie als Paar zusammen? _____

Falls verheiratet: Wie lange kannten Sie Ihren Ehepartner vor der Eheschließung? _____

Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners/ Ihrer Partnerin:

In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung zwischen Ihnen und Ihrem/r Partner/in?

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?

Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner/ Ihre Partnerin Ihrer Meinung nach abbauen oder entwickeln, um zur Verbesserung der Beziehung beizutragen?

Welche Ihrer Verhaltensweisen würden Sie gerne verändern, um die Beziehung zu verbessern?



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

Möchten Sie noch etwas über eventuelle frühere Ehen/ Partnerschaften sagen?

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

Kinder

Haben Sie Kinder? ja nein

Wenn ja, Vorname, Geschlecht, Alter, im Haushalt lebend?

Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Fehlgeburten? ja nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft abgebrochen? ja nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch? ja nein

Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte, wie Sie sich selbst sehen:

glücklich | unausgeglichen | misstrauisch | sympathisch | dumm | naiv | verschlossen | attraktiv | pessimistisch | einsam | tatkräftig | verletzbar | träge | ängstlich | nachdenklich | reizbar | optimistisch | selbstsicher | intelligent | ausgeglichen | energielos | gesprächig | kritisch | unglücklich | energisch | unattraktiv | teilnahmslos | aggressiv | gesellig | genau | eifersüchtig | nachlässig | oberflächig | ruhelos | anhänglich | wachsam | beständig | unkonzentriert | schutzbedürftig | uninteressant | unbefangen | ausdauernd | hilflos | eifrig | offen | lebendig | verträumt | tüchtig | freigiebig | verkrampt | fröhlich | selbstunsicher | neugierig



Ergänzungen:

Markieren Sie auf der untenstehenden Linie durch ein Kreuz, wo Sie sich zwischen den folgenden Alternativen einordnen:

Ich mag mich ----- ich mag mich nicht

Sonstige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und Ihrer körperlichen Verfassung:

Würden Sie sagen, dass Sie von irgendetwas abhängig sind (z.B. Alkohol, Arbeit, Essen, Tabletten, Drogen, Beziehungen, Sexualität, Nikotin, Spiel, Fernsehen, Internet...?)

Wenn ja, wie ist das Ausmaß der Abhängigkeit?

Benennen Sie bitte Ihre fünf größten Ängste:

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

Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:

- Ich bin ein Mensch, der _____
- Seit meiner Kindheit _____
- Eine der Sachen, auf die ich stolz bin, ist _____
- Es fällt mir schwer zuzugeben, _____
- Eine Art, wie man mir wehtun kann, ist _____
- Mutter war immer _____
- Was ist von meiner Mutter gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist _____
- Vater war immer _____



- Was ich von meinem Vater gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe ist _____

- Wenn ich nicht Angst hätte, „ich selbst“ zu sein, _____

- Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, _____
- Was ich von meinem Partner/ meiner Partnerin brauche, aber nie erhalten habe, ist _____

- Der Nachteil beim Erwachsenen werden ist _____
- Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist _____

- Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist _____

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

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? Was sind Ihre Hobbys/ Interessen?

Wie sieht es in den Situationen aus, in denen Sie mal die Kontrolle über sich selbst verlieren (z.B. Weinkrämpfe, Wutanfälle...)?

Beschreiben Sie eine für Sie sehr angenehme Fantasievorstellung:

Beschreiben Sie eine für Sie sehr unangenehme Fantasievorstellung:



Was halten Sie für Ihren irrationalsten Gedanken oder Ihre unvernünftigste Idee?

Stellen Sie sich vor, eine andere Person sollte Sie beschreiben. Was glauben Sie, würden folgende Menschen über Sie sagen?

Ihr Vater:

Ihre Mutter:

Ihr Partner/ Ihre Partnerin:

Ihr bester Freund/ Ihre beste Freundin:

Jemand, der Sie nicht leiden kann:

Bitte schreiben Sie jetzt noch alles auf, was dem Therapeuten zum Verständnis Ihrer Probleme weiterhelfen könnte, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt ist:

Zur Therapie

Wie fühlen Sie sich beim Beginn einer Psychotherapie?

Haben Sie bereits Therapieerfahrungen? ja nein

Wenn ja, was war für Sie daran besonders wichtig?



Was erhoffen Sie sich von einer Psychotherapie?

Was würden Sie gerne an Ihrem momentanen Verhalten ändern?

Welche Gefühle würden Sie gerne verändern?

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

Wie würden Sie eine wünschenswerte Beziehung zu einem Therapeuten beschreiben?

Was kann Ihrer Meinung nach Psychotherapie für Sie leisten, und wie lange sollte sie dauern?
