

### 13 Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und von Ihren 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: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

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

Jetzige Beschäftigung: .....

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

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

Was waren Ihre früheren Berufsziele?

Was sind heute Ihre Ziele?

Mit welchen Personen leben Sie zur Zeit 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? ja nein

Wie ist Ihre finanzielle Situation? keine finanziellen Sorgen, finanziell knapp, finanziell sehr eng, Schulden (*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 und Anliegen.

Seit wann leiden Sie unter diesen Beschwerden?

Wie häufig treten diese Beschwerden auf? fortlaufend, stündlich, täglich, ca. 1 mal pro Woche, ca. 2-3 mal pro Woche, 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?

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

Stationäre Behandlungen (psychologisch und medizinisch)?

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

Ambulante medizinische Behandlungen?

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 Geschichte und 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?

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

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

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

Haben Sie Vermutungen darüber, wie die Probleme entstanden sein könnten und womit sie zusammenhängen?

Was würde sich Wesentliches verändern, wenn sie ihre Leiden loswären oder sie verändern könnten?

Unterschreiben Sie bitte, was bei Ihnen vorkommt:

Kopfschmerzen	Herzklopfen
Selbstmordgedanken	nehme gelegentlich Drogen
Fremdheitsgefühle	Gedächtnisschwäche
Depressionen	kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen
Sorge nicht gut für mich	Schwächeperioden (Ohnmacht)
Ärgerzustände	Minderwertigkeitsgefühle
Alpträume	schüchtern unter Leuten
starkes Schwitzen	Spannungsgefühle
Schwindel	Ablehnen von Wochenenden / Ferien
Magenbeschwerden	Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen
Appetitlosigkeit	Konzentrationsschwierigkeiten
Schlaflosigkeit	Selbstvorwürfe
Verdauungsstörungen	Unruhe / Anspannung
Schlafstörungen	verlange viel von mir
Konflikte	Atembeschwerden
Sexuelle Probleme	Müdigkeit
Zittern	Schwierigkeiten, sich zu amüsieren
Unfähigkeit sich zu entspannen	bin sehr anspruchsvoll
Gefühl von Einsamkeit	Unfähigkeit, Freundschaften zu schließen
Heißhunger / Heißhungerattacken	Unfähigkeit, eine Arbeit längere Zeit zu behalten
Energieverlust, Erschöpfung	zwanghafte Handlungen / zwanghafte Gedanken

Gibt es noch etwas weiteres, das Sie beunruhigt, das Sie aber bisher noch nicht erwähnt haben?

### 3. Entwicklungsgeschichte bis heute

Bitte unterstreichen Sie, was von folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:

Alpträume	Bettnässen	Schlafwandeln
Daumenlutschen	keine Freunde	Stottern
Ängste	glückliche Kindheit	unglückliche Kindheit
„Schlüsselkind“	Schulschwierigkeiten	Nägel kauen

Sonstige Auffälligkeiten:

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

Alter bei Schulbeginn: ..... Alter beim Verlassen der Schule: .....

Art des höchsten Schulabschlusses:

Stärken und Schwächen in der Schule:

Wie war der Kontakt zu den Mitschülern?

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

Fällt es Ihnen schwer, Freundschaften zu schließen?

Wie lange halten Ihre Freundschaften?

Welche Menschen bedeuten Ihnen viel in Ihrem Leben?

#### **4. Gesundheit**

Ihre Größe: .....

Ihr Gewicht: .....

Haben Sie zur Zeit ernsthafte 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 zur Zeit Medikamente (verordnete und nicht verordnete)? ja nein  
 Wenn ja, welches Präparat, wie häufig mit welchem Ergebnis?

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

Trinken Sie zur Zeit Alkohol? ja nein  
 Wenn ja, was sind Ihre Lieblingsgetränke? – Wie viel trinken Sie?

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 Alkoholtrinkens?

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:

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

## 6. 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:

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 sollte 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?

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

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?

Möchten Sie noch etwas über eventuelle frühere Partnerschaften sagen?

## 7. 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):

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):

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

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchem Zeitraum erzogen?

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

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?

Konnten Sie Ihren Eltern / Beziehungspersonen vertrauen?

c) Geschwister: 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?

In wieweit haben Ihre Eltern /Verwandt, Freunde) Sie bei Fragen wie Beruf, Partnerschaft etc. beeinflusst?

Gibt es Mitglieder in Ihrer Familie, die unter psychischen Störungen leiden oder von deren Krankheit es wichtig ist zu wissen?

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 den Therapeuten wichtig sein könnten.

## 8. Selbstbeschreibung

Unterstreichen Sie bitte, wie Sie sich selbst sehen:

wertlos, genussfähig, nutzlos, sympathisch, das Leben erscheint mir sinnlos, dumm, ausgeglichen, naiv, unfähig, lebensfroh, schuldig, böse, beliebt, voller Hass, habe Ängste, schreckliche Gedanken, feindselig, wertvoll, getrieben, selbstunsicher, neige zu Panikgefühlen, voller Hoffnung, aggressiv, deprimiert, intelligent, hässlich, unattraktiv, optimistisch, einsam, ungeliebt, vernünftig, missverstanden, gelangweilt, attraktiv, im Konflikt, selbstsicher

Ergänzungen:

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 ...

Beschreiben Sie ein zwischenmenschliche Situation,  
- in der Sie sich sehr wohl fühlen:

- in der Sie traurig sind oder die Ihnen sehr unangenehm ist:

Stellen Sie sich vor, jemand anderes 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:

## 9. Zur Therapie

Was erhoffen Sie sich von der Therapie ?

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

Welche **Gefühle** würden Sie gerne verändern?

Welche **Ursachen** sehen Sie für Ihre Probleme?

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 und wie lange meinen sie, sollte die Therapie dauern?