

## Fragebogen zur Vorgeschichte und den Lebensumständen

*Es ist Aufgabe dieses Fragebogens, einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich beantworten, erleichtern Sie die Behandlung. Ich bitte Sie, die Fragen am Computer oder handschriftlich in Ruhe zu Hause zu beantworten. Selbstverständlich sind alle persönlichen Informationen absolut vertraulich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so machen Sie einfach einen Strich. Wenn der Platz für die Beantwortung nicht reicht, benutzen Sie ein zusätzliches Blatt (Din A4). Bitte beschriften Sie keine Rückseite und benutzen Sie eine deutlich lesbare Tinte. Das erleichtert es, den Fragebogen zu scannen.*

Von wem wurden Sie überwiesen oder bekamen Informationen über die Therapiestelle?

### **Persönliche Daten**

Anfangsbuchstabe Ihres Nachnamens:

Ihr Geburtsdatum:

Geschlecht: weiblich ( ) männlich ( )

Familienstand(mehrfach Angaben möglich): ledig ( ) verheiratet ( )

wiederverheiratet ( ) getrennt lebend ( ) verwitwet

Haben Sie Kinder Ja ( ) nein ( )

Fehlgeburten (mit Datum):

Schwangerschaftsunterbrechungen (mit Datum):

Ihre Größe:

Ihr Gewicht:

Religionszugehörigkeit

a) während der Kindheit:

b) heute:

Sind Sie religiös aktiv?

a) während der Kindheit: ( ) ja ( ) nein

b) heute: ( ) ja ( ) nein

Welchen Beruf üben Sie aus?

Seit wann?

Sind Sie krankgeschrieben ( ) arbeitslos ( ) in Rente ( )

Seit wann?

### **Wohnverhältnisse**

Leben Sie im eigenen Haus ( ) Wohnung ( ) oder zur Miete ( )

Mit wem leben Sie zusammen?

Erleben Sie in Ihrer Wohnsituation Einschränkungen oder Belastungen? Wenn ja, welche?

**Problembeschreibung**

Beschreiben Sie mit eigenen Worten die wichtigsten Probleme, derentwegen Sie einen Therapeuten aufsuchen?

Geben Sie bitte eine kurze Auskunft bezüglich der Geschichte und der Entwicklung Ihrer Beschwerden (Wann erstmalig; gab es ein auslösendes Ereignis?).

Wann und unter welchen Umständen treten sie heute auf?

Welche Folgen haben Ihre Beschwerden für Sie selbst und/oder andere Personen?

Wie häufig haben Sie die Beschwerden?

täglich ( ) wöchentlich ( ) anderer Rhythmus (welcher?):

Sind die Beschwerden in der letzten Zeit vermehrt aufgetreten?

ja ( ) nein ( )

Wenn ja, geben Sie wenn bitte an, seit wann! Gab es ein auslösendes Ereignis?

Beschreiben Sie bitte den genauen, typischen Verlauf einer Problemsituation:

Unter welchen Umständen macht Ihnen das Problem weniger zu schaffen?

Für wie schwerwiegend halten Sie Ihr Problem?

Leicht störend ( ) mittelschwer ( ) sehr schwer ( ) extrem schwer ( ) unerträglich ( )

Was vermuten sie, welche Ursachen Ihre Beschwerden haben?

Wen haben Sie wegen Ihrer Beschwerden bislang um Rat gebeten? Was haben Sie selbst versucht, um Ihre Beschwerden zu beheben?

Was glauben Sie würde sich ändern, wenn Ihr Problem nicht mehr vorhanden wäre?

**Welche Beschwerden haben Sie gegenwärtig (bitte ankreuzen)?**

Zittern ( ) Schwitzen ( ) Benommenheit ( ) Herzklopfen ( ) Atemnot ( )  
Brustschmerzen ( ) Hitze-Kälteschauer ( ) Schwindel ( ) Taubheit ( ) Kribbeln ( )  
Todesangst ( ) Angst verrückt zu werden ( ) Back-Flashes ( )

Niedergeschlagenheit ( ) Insuffizienzgefühle ( ) Erschöpfbarkeit ( )  
Selbstvorwürfe ( ) innere Unruhe ( ) Schlafstörungen ( ) Schlaflosigkeit ( ) schlafe  
zu viel ( ) Einschlafstörungen ( ) Durchschlafstörungen ( ) Hoffnungslosigkeit ( )  
Selbstabwertung ( ) Interessenverlust ( ) Schuldgefühle ( ) Denken verlangsamt  
( ) Ärgerzustände ( ) Aggressionen ( ) Alpträume ( ) Panikgefühle ( )  
Selbstmordgedanken ( )

**Beschreiben Sie:** Zwanghafte Handlungen- oder Rituale, Gedanken,  
Gedankenketten (z.B. Händewaschen, Licht kontrollieren, Essen, Erbrechen)  
Und zwar welche:

**Selbsteinschätzung (Bitte ankreuzen)**

wertlos ( ) nutzlos ( ) ein Niemand ( ) Leben ist sinnlos ( ) inadäquat ( ) dumm ( )  
inkompetent ( ) naiv ( ) mache nichts richtig ( ) schuldig ( ) böse ( ) liege  
moralisch falsch ( ) schreckliche Gedanken ( ) feindlich ( ) voller Hass ( )  
ängstlich ( ) getrieben ( ) selbstunsicher ( ) neige zur Panik ( ) aggressiv ( )  
hässlich ( ) deformiert ( ) unattraktiv ( ) abstoßend ( ) deprimiert ( ) einsam ( )  
ungeliebt missverstanden ( ) gelangweilt ( ) ohne Hoffnung ( ) ruhelos ( ) verwirrt  
( ) habe keine Zuversicht ( ) im Konflikt ( ) voll Ablehnung ( ) wertvoll ( )  
sympathisch ( ) attraktiv ( ) intelligent ( ) optimistisch ( ) vernünftig ( ) voller  
Hoffnung ( ) kann Arbeit nicht längere Zeit behalten ( ) Schwierigkeiten, sich zu  
amüsieren ( ) kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen ( )

**Kreuzen Sie bitte an, was auf Sie zutrifft:**

Kopfschmerzen ( ) Schwindel ( ) Schwächeperioden ( ) Magenstörungen ( )  
Ohnmachten ( ) Verdauungsstörungen ( ) nehme Beruhigungsmittel ( )  
Appetitlosigkeit ( ) „Fressattacken“ ( ) ich habe sehr zugenommen ( ) ich habe  
sehr abgenommen ( ) Alkoholsucht ( ) Spannungsgefühle ( ) Verspannungen  
(z.B. Nacken, Rücken etc.) ( ) Depressionen ( ) nehme Drogen ( ) Unfähigkeit zur  
Entspannung ( ) Gedächtnisschwäche ( ) Konzentrationsprobleme ( ) schlechte  
Familienverhältnisse ( ) nehme oft Schmerzmittel ( ) finanzielle Probleme ( )

**Schreiben Sie Ihre fünf größten Ängste auf:**

**Medikation/Drogen/Klinikaufenthalte**

Nehmen Sie irgendwelche Medikamente?

ja ( )                      Nein ( )

Falls ja, welche?

Wie viel und wie häufig?  
Mit welchen Ergebnissen?

Rauchen Sie?

ja (wie viel täglich) ( )

Nein ( )

Nehmen Sie Drogen (z. B. Marihuana oder andere, bewusstseinsweiternde Drogen)

ja ( )

Nein ( )

Falls ja, welche, wie viel und wie häufig?

Wie war Ihr Gesundheitszustand in der

Kindheit: gut ( ) Mittel ( ) schlecht ( )

Heute: gut ( ) Mittel ( ) schlecht ( )

Welche Krankheiten hatten Sie als Kind / Heranwachsender / erwachsener Mensch?

Haben Sie sich Operationen unterzogen (bitte mit Altersangaben und Kliniknamen)?

Irgendwelche Unfälle oder bleibende Beeinträchtigungen aus solchen?

Leiden Sie an einer körperlichen Behinderung?

Sehen Sie irgendwelche Zusammenhänge zwischen Ihrer körperlichen Entwicklung, dabei aufgetretenen Störungen und Ihren jetzigen Problemen?

### **Herkunftsfamilie**

Alter des Vaters:

Was war/ist er von Beruf :

Seine Gesundheit :

Falls verstorben, wann (Jahr) und woran?

Wie alt waren Sie?

Alter der Mutter:

Was war/ist ihr Beruf:

Ihre Gesundheit:

Falls verstorben, wann (Datum) und woran:

Wie alt waren Sie?

### **Geschwister**

Zahl Ihrer Schwestern:

Alter:

Anzahl Ihrer Brüder

Alter :

Falls verstorben, wann (Datum) und woran?

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter mit mindestens 5 Eigenschaften (z. B. liebevoll, freundlich, lustig, dominant, gewalttätig)

**Wie hat sie sich Ihnen gegenüber verhalten?**

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters mit mindestens 5 Eigenschaften (z. B. liebevoll, freundlich, lustig, dominant, gewalttätig)

**Wie hat er sich Ihnen gegenüber verhalten?**

**Schildern Sie die Atmosphäre in ihrem Elternhaus** (harmonisch, ruhig, vertrauensvoll, laut, ungerecht). Geben Sie bitte so ausführlich wie möglich eine Schilderung!

Wie vertrugen sich die Eltern miteinander? Gab es viel Streit (wenn ja, worüber)? Wurden Sie von den Eltern in deren Streitigkeiten einbezogen?

Wer traf in Ihrem Elternhaus Entscheidungen?

Wie vertrugen sich die Eltern mit den Kindern?

Welche Bindung besteht heute in Bezug auf Ihre Eltern?

**Bitte ausfüllen, soweit sich Ihre Eltern getrennt haben/scheiden ließen!**

Wie alt waren Sie (Jahr):

Bei welchem leiblichen Elternteil haben Sie dann gelebt:

Hat eines/beide Elternteile erneut geheiratet? Wenn ja, wann?

Beschreiben Sie den Stiefelternanteil mit mindestens 5 Adjektiven (z. B. liebevoll, freundlich, lustig, dominant, gewalttätig)

Wie hat sich Ihr Stiefvater(mutter) Ihnen gegenüber verhalten?

**Falls Sie nicht von Ihren Eltern oder Stiefeltern aufgezogen worden sind**

Bei wem sind Sie aufgewachsen?

In welcher Zeit (Daten)?

Wie war Ihre Beziehung zu den Erziehenden?

Welche andere(n) wichtige(n) Bezugsperson(en) gab es in Ihrer Kindheit / Jugend?

**In welcher Form wurden Sie als Kind bestraft: von**

Ihren Eltern

Stiefeltern

Erziehenden

Wie war früher die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern und wie ist sie heute?

Haben sich Ihre Eltern Ihnen gegenüber anders verhalten als gegenüber Ihren Geschwistern? Wenn ja, in welcher Weise?

Wie war Ihr Kontakt zu Gleichaltrigen? gut ( ) mittel mäßig ( ) schlecht ( )

Schlossen Sie schnell Freundschaften? Ja ( ) nein ( )

Hielten diese lange an (wie lange)? Ja ( ) nein ( )

Spiele, Hobbys, sportliche Neigungen und Interessen während der Kindheit?

Womit konnte man Sie hänseln? Hatten Sie einen Spitznamen?

Hatten Sie wichtige Probleme in Ihrer Kindheit (welche)?

Was ist aus diesen Problemen geworden?

Gab es eine religiöse Erziehung (Ritualien, Kirchgänge etc.)!

Haben sich Eltern/Stiefeltern/Erzieher in Ihre persönlichen Angelegenheiten (Schule/Ehe/Beruf o.ä.) gegen Ihren Willen eingemischt eingemischt?

ja ( ) Nein ( )

Haben Sie Ihren Eltern vertraut?

ja ( ) Nein ( )

Haben Ihre Eltern Verständnis für Sie gezeigt, wenn Sie sich mit Problemen an sie gewendet haben?

ja ( )                      Nein ( )  
Fühlten (fühlen) Sie sich von Ihren Eltern geliebt und respektiert?  
ja ( )                      Nein ( )

Gab es Ereignisse in Ihrer Familie (Tod von Angehörigen, Krankheiten, Unfälle, Arbeitslosigkeit usw.) die Ihnen wehgetan haben? Wenn ja, welche? Warum?

Haben Sie Familienmitglieder, bei denen Ihnen Informationen über Krankheiten, Alkoholismus, psychische Störungen o.ä. bekannt sind?

Kreuzen Sie bitte an, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:  
Alpträume ( ) Bettnässen ( ) Schlafwandeln ( ) Daumenlutschen ( ) Nägelkauen ( )  
Stottern ( ) Ängste ( ) glückliche Kindheit ( ) unglückliche Kindheit ( )

Andere Selbstbeobachtungen Ihrerseits:

### Schule/Beruf

Alter bei Schulbeginn:

Alter bei Verlassen der Schule:

Art des Schulabschlusses:

Weiterführende Ausbildungsgänge mit Abschlüssen:

Schule:            Grundschule von bis \_\_\_\_\_  
                     Realschule von bis \_\_\_\_\_  
                     Gymnasium von bis \_\_\_\_\_

Ausbildung/Studium: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis

Wie waren Ihre Schulleistungen?

gut ( ) mittel ( ) mäßig ( ) schlecht ( )

Angaben über die Beschäftigung

Üben Sie zurzeit einen Beruf aus?                      nein ( )

ja, und zwar seit

als

Wenn sie keinen Beruf ausüben, sind Sie  
arbeitslos    nein ( )                                    ja, und zwar seit                                    wegen  
krank geschrieben    nein ( )                                    ja, und zwar seit                                    wegen  
Berentet                nein ( )                                    ja, und zwar seit                                    wegen

Steht in nächster Zeit eine berufliche Veränderung bei Ihnen an oder stehen irgendwelche Prüfungen, Abschlüsse bevor?

Berufe die Sie vor Ihrer jetzigen Tätigkeit ausgeübt haben (bitte mit Daten in chronologischer Reihenfolge)

Befriedigt Sie Ihre Arbeit (Studienfach)?

Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden?

Fühlen Sie sich über- ( ) oder unterfordert ( ) bei Ihrer Tätigkeit?

Wie kommen Sie mit Kollegen(innen), Vorgesetzten (innen) zurecht?

Was waren Ihre früheren Berufsziele?

Würden Sie sich beruflich gerne verändern? Ja ( ) nein ( )

Wie ist Ihre finanzielle Lage?

gut ( ) mittel ( ) schlecht ( )

Wenn Sie von jemandem finanziell abhängig sind:

a. Von wem

b. Seit wann

Ist Ihnen gute Leistung im Beruf heute wichtig? Nein ( ) Ja ( )

Warum?

### **Ehe / Partnerschaft / Kinder**

Alter des Partners (in)

Sein / ihr Beruf:

Wie lange sind Sie verheiratet/ befreundet?

Wie lange kannten Sie Ihren EhepartnerIn vor der Eheschließung?

Bitte beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres jetzigen Partners.

In welchen Bereichen stimmen Sie überein und in welchen Bereichen haben Sie gegenteilige Auffassungen?



Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner / Ihre Partnerin Ihrer Meinung nach entwickeln, um die Beziehung zu verbessern, bzw. welche Verhaltensweisen sollte er/sie seltener zeigen

Welche Verhaltensweisen würden Sie selbst gerne lernen, um die Beziehung zu verbessern, bzw. welche Verhaltensweisen sollten Sie nach Ihrer Meinung seltener oder häufiger zeigen

Welche Verhaltensweisen würde Ihr Partner / Ihre Partnerin gerne bei Ihnen seltener/häufiger sehen?

### **Frühere Partnerschaften/Ehen**

Waren Sie zuvor schon einmal verheiratet? nein ( )  
ja, und zwar von / bis (Jahr).  
Weshalb ist die Beziehung auseinander gegangen?

Hatten Sie zuvor schon einmal eine längere Beziehung? nein ( )  
ja, und zwar von / bis (Jahr).  
Weshalb ist die Beziehung auseinander gegangen?

### **Haben Sie Kinder? nein ( )**

Wenn ja, dann beantworten Sie bitte folgende Fragen (geben Sie bitte **FÜR ALLE KINDER** die Daten an und seien Sie so freundlich auch anzugeben, aus welcher Beziehung die Kinder stammen):

	Mädchen	Junge	geboren am?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Beschreiben Sie bitte **ausführlich** die Beziehung zu den Kindern? (z.B. konflikthaft, kalt, herzlich, warm). Gibt es Probleme in der Erziehung?

### **Angaben zur Sexualität**

Wie erleben Sie Sexualität und Zärtlichkeit?

Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten damit (Ängste, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden, Orgasmus- oder Potenzstörungen, negative Erlebnisse im Zusammenhang mit Sexualität?)

In welchem Alter machten Sie die ersten heterosexuellen Erfahrungen?

Gab es für Sie negative Erlebnisse im Zusammenhang mit Sexualität?

Haben / hatten Sie homosexuelle / lesbische Kontakte: nein ( )  
wenn ja, in welchem Alter?

Was möchten Sie im sexuellen Bereich anders erleben?

Haben Sie Probleme mit Ihrer Mensis? wenn ja, welche?

Sind Sie in der Menopause? Wenn ja, seit wann?

### **Soziale Beziehungen heute**

Wie verbringen Sie zur Zeit ihren Tag?

Welche Personen spielen heute die wichtigste Rolle in Ihrem Leben?

Haben Sie gute Freunde mit denen Sie Probleme und persönliche Dinge besprechen können?

Haben Sie Schwierigkeiten, andere Menschen kennen zulernen und Bekanntschaften oder Freundschaften aufrechtzuerhalten

Wenn ja, was fällt Ihnen dabei schwer?

Welche Schwierigkeiten haben Sie, Ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und durchzusetzen?

Was möchten Sie an Ihrer Beziehung zu anderen Menschen verändern?

### **Selbstbeschreibung**

Beschreiben Sie, wie es aussieht, wenn Sie schon mal die Kontrolle über sich verlieren

Was tun Sie, wenn Sie sehen, dass Sie Ihre Ziele nicht erreichen können?

Beschreiben Sie eine sehr angenehme Phantasievorstellung:

Beschreiben Sie eine sehr unangenehme Phantasievorstellung:

Was halten Sie für Ihren unvernünftigsten Gedanken oder Einfall?

Beschreiben Sie bitte ausführlich eine zwischenmenschliche Situation, in der sie sich sehr wohl fühlen

Beschreiben Sie bitte eine zwischenmenschliche Situation in der Sie sich sehr unwohl fühlen

Welche Rolle nehmen Sie in der Regel in einer Gruppe ein (dominieren Sie oder passen Sie sich an?)

**Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:**

Ich bin ein Mensch, der  
Während meines ganzen Lebens  
Seit meiner Kindheit  
Eine der Sachen, auf die ich stolz bin  
Es fällt mir schwer, zuzugeben dass  
Was ich nicht vergeben kann  
Ich fühle mich schuldig weil  
Wenn ich mir nicht solche Gedanken um meinen Eindruck auf andere machen  
wurde,  
Vater war immer  
Was ich von meinem Vater gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist  
Mutter war immer  
Was ich von meiner Mutter gebraucht, aber nie bekommen habe ist  
Wenn ich nicht Angst hätte, "ich selbst" zu sein würde ich  
Eines der Dinge, über die ich mich ärgere ist  
Was ich von meinem Partner brauche, aber nie erhalten habe, ist  
Der Nachteil des Erwachsenwerdens ist  
Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist  
Wenn ich mich trauen würde spontan zu sein, würde ich

Was glauben Sie, wie Sie von folgenden Personen beschrieben würden?  
Von sich selbst:

Von Ihrem Ehegatte (in), Ihr Partner (in):

Von Ihr Freund(in):

**Ihre Ziele in der Therapie**

Was an Ihrem momentanen Verhalten würden Sie gerne ändern?

Welche Gefühle würden Sie gerne ändern  
Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie?

Welche Gewinne erhoffen Sie sich?

Welche Erwartungen haben Sie an den Therapeuten / die Therapeutin?

Glauben Sie, dass Bezugspersonen (Partner(in), Freund(in), Eltern ...) bei der Therapie hilfreich sein könnten (ggfs. wer)?

Datum:

Ort: