

Name:

Datum:

## Fragebogen zur Lebensgeschichte

Liebe Patientin, lieber Patient,

um die Therapie von Ihrer Krankenkasse/ Beihilfestelle finanzieren zu lassen, ist ein ausführlicher psychotherapeutischer Bericht über Ihre aktuellen Beschwerden und ihre Entstehung erforderlich. Als Grundlage hierfür benötige ich Ihre Angaben aus dem folgenden Fragebogen. Er soll dazu dienen, einen umfassenden Eindruck Ihres lebensgeschichtlichen Hintergrunds, Ihrer derzeitigen Situation und der aktuellen Belastungen zu erlangen. Der von Ihnen ausgefüllte Fragebogen wird nicht an Ihre Krankenkasse weitergeleitet. Bitte füllen Sie den Fragebogen leserlich aus. Falls der Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte die Rückseite oder ein zusätzliches Blatt.

Die aufgeführten Fragen sind auch eine Vorbereitung auf die psychotherapeutischen Gespräche, in denen verschiedene Fragen noch einmal durchgesprochen werden. Sie können dann Ihre Angaben jederzeit ergänzen oder korrigieren.

Ein Anliegen ist mir wichtig: bemerken Sie bei einzelnen Themen oder Fragen, dass Sie diese im Moment nicht beantworten können oder wollen, nehmen Sie sich die Freiheit, sie unbeantwortet zu lassen. Wenn die Beantwortung zu belastend ist, machen Sie eine Pause. Fahren Sie später oder an einem anderen Tag fort. Vielleicht gibt es manche Dinge, die Sie lieber im persönlichen Gespräch mit mir besprechen möchten oder vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt in der Therapie.

### Persönliche Daten

Name:.....

Geburtsname:.....

Geburtsdatum/-Ort:.....

Adresse:  
.....  
.....

Telefon:  
Privat:.....  
Mobil.....  
E-mail Adresse.....

Familienstand (bitte zutreffendes unterstreichen):  
ledig    verheiratet    wiederverheiratet    getrennt    geschieden    verwitwet

Kinder(Name, Geb. Datum):.....  
.....  
.....  
.....

Beruf:.....  
.....

Mit wem leben Sie zur Zeit zusammen? Bitte alle Personen aufführen.

.....  
.....  
.....  
Wohnsituation (Größe der Wohnung, Zimmerzahl, Lage der Wohnung, Miete oder Eigentum?)  
.....  
.....

Erleben Sie Einschränkungen oder Belastungen bezüglich Ihrer Wohnsituation?  
.....  
.....

Religionszugehörigkeit .....

Sind Sie religiös aktiv?.....

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben oder berentet, wenn ja seit wann?  
.....  
.....

**Krankenkasse:**  gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt  Unfallversicherung

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis:  nein  ja (Wie viel Prozent?).....

### **Beschreibung der Beschwerden**

Welcher der nachfolgenden Störungsbereiche trifft am ehesten auf Sie zu?

(Mehrfachankreuzungen möglich; jeder Bereich wird im Anschluss noch einmal genauer erfragt)

- Ängste  Partnerprobleme  Zwänge  Sexuelle Probleme
- Depression  Schmerzen oder andere körperliche Störungen
- Folgen traumatischer Erlebnisse  Schlafprobleme
- Probleme mit dem Essverhalten  Probleme durch Alkohol-, Drogen-Medikamentengebrauch
- Probleme im Umgang mit Mitmenschen  Andere Probleme

***Sie konnten oben auswählen, welche Störungsbereiche auf Sie zutreffen. Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen zu diesen Problembereichen. Beantworten Sie bitte die Fragen zu allen Problembereichen, auch wenn Sie in dem einen oder anderen keinerlei Schwierigkeiten haben.***

#### **I. Angst**

**Eine Panikattacke besteht aus plötzlich einsetzender intensiver Angst, Furcht oder Schrecken, oft im Zusammenhang mit dem Gefühl drohender Gefahr. Dabei treten häufig zur gleichen Zeit sehr unangenehme körperliche Symptome auf, wie z. B. Herzrasen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Schwitzen oder Atemnot.**

3. Haben Sie jemals eine solche Panikattacke erlebt?

nein (weiter mit Frage 6)  ja

Wenn ja, wie häufig treten diese Panikattacken auf?

---

4. Treten oder traten diese Panikattacken wie aus heiterem Himmel auf?

nein  ja

5. Gibt es Situationen oder Tätigkeiten, die Sie vermeiden, weil Sie fürchten, dass dabei eine solche Panikattacke auftreten könnte (z.B. Auto fahren, Kaufhäuser, Menschenmengen, enge Räume, Brücken usw.)?  nein  ja

Wenn ja, was sind das für Situationen oder Tätigkeiten?

.....

6. Haben Sie jemals Angst davor gehabt oder war es Ihnen unangenehm, in Gegenwart anderer Menschen zu sprechen, zu essen oder zu schreiben?

nein  ja

Wenn ja, in welchen Situationen kommt es dazu?

.....

7. Gibt es noch andere Dinge, vor denen Sie Angst haben, wie z. B. in einem Flugzeug zu sitzen, Blut zu sehen, sich in geschlossenen Räumen aufzuhalten, vor bestimmten Tieren oder vor Höhen?  nein  ja

Wenn ja, vor welchen Situationen oder Dingen haben Sie Angst?

.....

.....

8. Würden Sie sich als jemand bezeichnen, der durchgehend besorgt oder ängstlich ist?  nein (weiter mit Frage 10)  ja

Wenn ja, wie äußert sich dies/ Worüber machen Sie sich Sorgen?

.....

.....

9. Ist es schwer für Sie, die Sorgen zu kontrollieren, d. h. haben Sie Schwierigkeiten, aufzuhören, sich zu sorgen?  nein  ja

Wenn ja, wie äußert sich dies / worüber machen Sie sich Sorgen?

.....

### II. Zwang

10. Haben Sie schon einmal sich wiederholende Ideen, Gedanken, Impulse oder Vorstellungen gehabt, die Sie– zumindest anfänglich – als lästig oder unsinnig empfunden haben, z. B. die Vorstellung, sich zu beschmutzen oder zu infizieren, der Gedanke, Sie könnten einem anderen Menschen Gewalt antun; oder ein dauerndes Grübeln darüber, dass etwas Schlimmes passiert sein könnte?

nein  ja

Wenn ja, beschreiben Sie dies genauer:

.....

.....

11. Haben Sie jemals den Drang verspürt, irgendwelche Dinge immer wieder tun zu müssen, obwohl Sie dies selbst als übertrieben oder unvernünftig empfunden haben, wie z.B. mehrfach hintereinander die Hände zu waschen oder öfter hintereinander zu kontrollieren, ob Sie ein elektrisches Gerät ausgeschaltet haben oder aber das Gefühl, nicht damit aufhören zu können, bestimmte Zahlenreihen zu sagen oder bestimmte Dinge anzufassen?  nein  ja

Wenn ja, beschreiben Sie diese Handlungen bitte:

.....

### III. Depression

12. Waren Sie jemals über einen längeren Zeitraum nahezu jeden Tag niedergeschlagen oder bedrückt oder hatten kein Interesse oder keine Freude mehr an Dingen oder Tätigkeiten, die Ihnen sonst viel bedeutet haben?

nein (weiter mit Frage 14)  ja

Kreuzen Sie bitte im Folgenden an, welche der aufgeführten Gefühle oder Zustände während dieser Zeit bei Ihnen auftraten:

- deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme
- Schuldgefühle
- verminderter oder gesteigerter Appetit
- Konzentrationsverlust
- Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf
- Entscheidungsunfähigkeit

- Ruhelosigkeit/ ständig in Bewegung sein  wiederkehrende Gedanken an den Tod
- Verlangsamung der Bewegungen / des Sprechens  Selbstmordgedanken
- Müdigkeit oder Energieverlust  Selbstmordversuch
- Gefühl der Wertlosigkeit

13. Leiden Sie auch gegenwärtig unter dieser niedergeschlagenen oder bedrückten Stimmung?  
 nein  ja

**IV. Folgen traumatischer Erlebnisse**

14. Sind Ihnen schon einmal extrem schreckliche Dinge zugestoßen, wie z.B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden (z.B. Katastrophe, schwerer Unfall, Überfall, Vergewaltigung/Missbrauch, Folter, Opfer von verbaler oder körperlicher Gewalt) oder haben Sie zusehen müssen, wie einer anderen Person etwas Derartiges passiert ist?  nein (weiter mit Frage 16)  ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte in Stichworten diese Erlebnisse:

.....

15. Durchleben Sie den Schrecken dieser Ereignisse in Alpträumen, Vorstellungen oder Gedanken, die Sie nicht loswerden können, immer wieder, oder geraten Sie sehr durcheinander, wenn etwas Sie an diese Ereignisse erinnert?  nein  ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte in Stichworten diese Erlebnisse:

.....

**V. Essverhalten**

16. Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Derzeitiges Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

17. Bitte geben Sie nachfolgend Ihr höchstes und niedrigstes Körpergewicht seit Ihrem 14. Lebensjahr an:

höchstes: \_\_\_\_\_ kg im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

niedrigstes: \_\_\_\_\_ kg im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

18. Von Essanfällen spricht man, wenn in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge gegessen wird und man sich dabei dem Drang zu essen ausgeliefert fühlt. Haben Sie jemals einen solchen Essanfall erlebt?  nein (weiter mit Frage 20)  ja

19. Führen Sie nach einem Essanfall Maßnahmen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Diäten oder Fasten durch, damit Sie durch Ihr Essen nicht zunehmen

nein  ja

Wenn ja, welche Maßnahmen führen Sie durch?

.....

20. Bemühen Sie sich, Ihr Körpergewicht unter einer bestimmten Grenze zu halten?

nein  ja

Wenn ja, wie hoch ist diese Grenze? \_\_\_\_\_ kg

21. Was tun Sie, damit Sie nicht zunehmen?

.....

22. Erleben Sie Ihr Essverhalten als problematisch?

nein  ja (bitte erläutern)

**VI. Probleme im Umgang mit Mitmenschen**

23. Leiden Sie unter zwischenmenschlichen Problemen?  nein  ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die passende Kategorie an und erläutern Sie diese kurz:

häufige Streitereien mit anderen:

häufig ausgenutzt werden:

andere würdigen meine Leistung nicht genug/ angemessen:

andere Menschen sind häufig von mir genervt:

- häufig nicht ernst genommen werden:
- Freundschaften brechen häufig auseinander:
- möchte häufig im Mittelpunkt stehen:
- kann mich schlecht durchsetzen / „Nein“ sagen:
- fühle mich häufig missverstanden:
- kann mich schwer unterordnen:
- möchte zu oft Recht haben:
- Partnerschaften brechen häufig auseinander:
- andere Schwierigkeiten:

**VII. Partnerschaft**

(wenn zurzeit keine Partnerschaft, dann weiter mit Frage 27)

24. Wie lange besteht Ihre Partnerschaft?

25. Wie unglücklich bzw. glücklich würden Sie Ihre Ehe / Partnerschaft im Augenblick einschätzen?

unglücklich - eher unglücklich - eher glücklich - glücklich

26. In welchen Bereichen gibt es Probleme, worüber streiten Sie sich?

.....  
 .....

**VIII. Sexuelle Probleme**

27. Leiden Sie unter sexuellen Problemen?  nein  ja

Wenn ja, bitte ankreuzen:

- fehlende oder zu geringe Erregung  Erektionsprobleme
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr  frühzeitiger Samenerguss
- Orgasmusstörungen  Schuldgefühle
- besondere Vorlieben  Sonstiges:

**IX. Schmerzen oder andere körperliche Störungen**

28. Gab es Zeiten, in denen Sie über mindestens sechs Monate hinweg immer wieder Schmerzen hatten?  nein  ja

29. Empfinden Sie häufig so starke Schmerzen, dass es Ihnen schwer fällt, sich auf irgendetwas anderes zu konzentrieren?  nein  ja

Wenn ja, beschreiben Sie bitte Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:

.....  
 .....

30. Wenn ja, wo empfinden Sie Schmerzen? (Kreuzen Sie bitte an, welches/welche der folgenden Körperteile bei Ihnen betroffen ist/sind.)

- Mund / Gesicht / Kopf  unterer Rücken / Gesäß
- Hals- / Nackenbereich  Hüfte / Beine / Füße
- Schulter / Arme / Hände  Beckenbereich
- Brustkorb / oberer Rücken  Geschlechtsorgan / After
- Bauchbereich  sonstiges:

Sind medizinische Ursachen bekannt?.....

**X. Schlafprobleme**

31. Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?  nein  ja

Wenn ja, wie lange dauert es in der Regel nach dem Zubettgehen, bis Sie eingeschlafen sind?.....

32. Haben Sie Probleme durchzuschlafen (unruhiger Schlaf, häufiges Wachwerden)?  nein  ja

Wenn ja, wie viele Stunden schlafen Sie nachts insgesamt? .....

33. Passiert es Ihnen häufiger, dass sie tagsüber plötzlich für kurze Zeit einschlafen?

nein  ja

34. Leiden Sie unter häufigen Alpträumen?  nein  ja, Themen:

.....  
 .....

**XI. Probleme durch Alkohol-, Drogen-, Medikamentengebrauch**

35. An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?

36. Wie viel Alkohol (und welche Sorte) trinken Sie an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?  
37. Gab es eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie mehr Alkohol getrunken haben, als Sie nach Meinung anderer Leute trinken sollten?  nein  ja  
Wenn ja, wie viel Alkohol haben Sie damals getrunken?
- 

Wann war das? \_\_\_\_\_

38. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mindestens einem Monat irgendwelche Drogen genommen?  nein  ja, und zwar:
- .....

Wenn ja, haben Sie auch während des letzten Monats irgendwelche Drogen genommen?  nein  ja

39. Waren Sie jemals abhängig von Medikamenten oder haben Sie mehr davon genommen als Ihnen verschrieben wurde?  nein  ja, und zwar:
- .....

Wenn ja, haben Sie auch während des letzten Monats in dieser Weise Medikamente genommen?  nein  ja

## **XII. Andere Probleme und sonstige Angaben**

40. Haben Sie irgendwann einmal Dinge gehört (z. B. Geräusche oder Stimmen) oder gesehen, die andere Menschen nicht wahrnehmen konnten?  nein  ja

Bitte geben Sie an, wann diese Erlebnisse waren und wie sich diese genau geäußert haben:

.....

41. Hatten Sie jemals eine Phase, in der Sie sich so gut fühlten, dass andere dachten, es wäre etwas nicht in Ordnung oder Sie deswegen in Schwierigkeiten gerieten?  nein  ja

Bitte geben Sie an, wann diese Erlebnisse waren und wie sich diese genau bemerkbar gemacht haben:

.....

42. Haben Sie ein Problem damit, dass Sie ein Verhalten übermäßig („suchthaft“) zeigen?  nein  ja

Wenn ja, kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffenden Verhaltensweisen an und erläutern Sie diese kurz:

- übermäßiges Geldausgeben:
- übermäßiger Internetgebrauch (chatten, surfen usw.):
- übermäßige sexuelle Aktivität:
- übermäßiges Computerspielen:
- übermäßiges Fernsehen:
- übermäßiges Glücksspiel:
- sonstiges suchthafte Verhalten:

43. Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen, oder hatten Sie jemals die feste Absicht dazu?

nein (weiter mit Frage 45)  ja, bislang einmal  ja, mehrfach, wie oft?

44. Bitte geben Sie an, wann das (jeweils) war und welche Gründe Sie dazu bewogen hatten:

.....

45. Haben Sie sich schon einmal selbst verletzt?  nein (weiter mit Frage 47)  ja

Wenn ja, auf welche Weise (z. B. Schneiden, Kratzen)?

46. Bitte geben Sie an, wann das war und welche Gründe Sie dazu bewogen hatten:

.....

47. Kreuzen Sie bitte an, unter welchen der folgenden Gefühle oder Verhaltensweisen Sie leiden, und erläutern Sie diese kurz:

- Einsamkeit:
- kann mich schwer auf lästige Dinge konzentrieren:



Wie reagieren Ihre Mitmenschen auf Ihre Beschwerden/Beeinträchtigungen?

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

Unter welchen Umständen treten die Beschwerden/Beeinträchtigungen verstärkt auf?

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

Unter welchen Umständen machen Ihnen die Beschwerden/Beeinträchtigungen weniger zu schaffen?

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

Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie Ihre Beschwerden/Beeinträchtigungen halten.  
(bitte zutreffendes unterstreichen):

leicht      mittel      schwer      sehr extrem      total störend      unerträglich

Was verhindert Ihr Problem? Was macht es in Ihrem Leben unmöglich?

.....  
.....

Beschreiben Sie frühere Beschwerden/Beeinträchtigungen auf psychischen Gebiet

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

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, wann, wie lange, weswegen, bei wem? Klinik? Welches Psychotherapieverfahren?

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

Wie hat Ihr bisheriger Therapeut ihr Problem benannt( Diagnose)?



.....  
.....  
.....  
Wann fühlten Sie sich zuletzt körperlich und seelisch für längere Zeit wohl?

.....  
.....  
.....  
Welche körperlichen Krankheiten haben/ hatten Sie? Diagnosen? Operationen?

Zutreffendes bitte ankreuzen	Ja	Nein
Haben Sie verminderten oder vermehrten Appetit?	Ja	Nein
Haben Sie weniger Freude und Interessen?	Ja	Nein
Zweifeln Sie sich an und haben Sie Angst zu versagen?	Ja	Nein
Können Sie sich konzentrieren?	Ja	Nein
Fühlen Sie sich langsamer als früher oder vermehrt nervös oder angespannt?	Ja	Nein
Haben Sie Probleme mit Alkohol oder anderen Substanzen?	Ja	Nein
Hat Ihnen schon jemand geraten, mit dem Konsum aufzuhören?	Ja	Nein
Haben Sie öfter morgens oder schon bei der Arbeit konsumiert?	Ja	Nein
Waren sie morgens verkatert?	Ja	Nein
Sind Sie der Schule oder der Arbeit ferngeblieben, weil sie am Abend vorher konsumiert hatten?	Ja	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, weil sie konsumiert haben?	Ja	Nein
Sind Sie schon einmal Auto gefahren, nachdem sie einige Gläser Alkohol getrunken hatten?	Ja	Nein
Haben Sie Schwierigkeiten ihre Ess-Mengen zu kontrollieren?	Ja	Nein
Fasten Sie öfter, haben Sie Gewichtsschwankungen oder treiben sie extrem viel Sport?	Ja	Nein

**Bedingungsanalyse:**

Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Beschwerden/ Beeinträchtigungen bekannt?  
Was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

.....  
.....  
.....  
In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Beschwerden/ Beeinträchtigungen gehäuft auf?

In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Beschwerden/ Beeinträchtigungen nicht bzw. seltener auf? Wann fühlen Sie sich besser?

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

**Erlebnisebene:**

Welche typischen Gedanken bestimmen heute Ihr Leben?

.....  
.....

Welche Gefühle sind damit verbunden?

.....  
.....

Welche körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit ihren Problemen?

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

Wie verhalten Sie sich, wenn Ihre Probleme/Beschwerden/Beeinträchtigungen auftreten? Was tun Sie, um sich zu helfen?

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

**Familie**

Vater:

Geburtsjahr/Alter:.....

Beruf:.....

Gesundheit/Krankheit:.....

.....  
.....

falls verstorben, wann? Woran?

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

wie alt waren Sie damals?

Mutter

Geburtsjahr/Alter:.....

Beruf:.....

Gesundheit/Krankheit:.....

.....  
.....

falls verstorben, wann? Woran?

.....  
.....  
.....  
wie alt waren Sie damals?.....

Wie war die Ehe Ihrer Eltern, welche Atmosphäre herrschte im Elternhaus, welche Konflikte gab es?

.....  
.....

Haben Sie Geschwister? Alter und Geschlecht:

.....  
.....

Wie war früher die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern?

.....  
.....

Wie ist heute die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern?

.....  
.....

Haben sich Ihre Eltern Ihnen gegenüber anders verhalten als gegenüber Ihren Geschwistern?

.....  
.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und seine Einstellung / sein Verhalten Ihnen gegenüber:

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

Schreiben Sie bitte 3 typische Sätze Ihres Vaters auf:

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

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und ihre Einstellung / ihr Verhalten Ihnen gegenüber:

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

Schreiben Sie bitte 3 typische Sätze Ihrer Mutter auf:

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

Gab es Alkohol- oder Gewaltprobleme seitens der Eltern?    JA        NEIN

In welcher Form und wofür wurden Sie als Kind von Ihren Eltern bestraft?

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

Falls sich Ihre Eltern getrennt haben, wie alt waren Sie damals?.....  
Wie haben Sie die Trennung erlebt? Bei welchem Elternteil haben Sie nach der Trennung gelebt?

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

Falls Sie eine Stiefmutter oder einen Stiefvater hatten, wie alt waren Sie, als diese / dieser in Ihr Leben trat? .....

Wie war Ihre Beziehung zu diesem neuen Elternteil?

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

Falls Sie nicht von Ihren Eltern großgezogen worden sind: Bei wem sind Sie aufgewachsen? In welcher Zeit? Wie waren die Beziehungen?

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

Worauf wurde in Ihrer Familie Wert gelegt?

Z.B. Ordnung, Pünktlichkeit, Sauberkeit, Fleiß, Leistung, Zuverlässigkeit, Ehrlichkeit, Höflichkeit, Rücksichtnahme, Geld, Sparsamkeit, Treue, Liebe, Zeit, Kontakt, Zärtlichkeit, Geduld, Vertrauen, Religion, Ästhetik, Vernunft (bitte Zutreffendes unterstreichen oder anderes nennen)

.....  
.....

Gab es andere wichtige Bezugspersonen in Ihrer Kindheit / Jugend?

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

Welche Bindung / Beziehung haben Sie heute zu Ihren Eltern?

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

Gab es wichtige einschneidende Ereignisse in Ihrer Familie (Tod von Angehörigen, körperliche oder psychische Krankheiten, Unfälle, Arbeitslosigkeit, usw.)?

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

Hat sich jemals irgend jemand (Eltern, Verwandte, Freunde) in persönliche Angelegenheiten (Partnerschaft, Beruf, usw.) eingemischt?

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

Welche Personen spielen die wichtigste Rolle in Ihrem Leben?

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

### Persönliches

Geb. Gewicht.....  
Gewicht heute.....

Geburtsgröße.....  
Größe heute.....

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

Alpträume	Bettnässen	Schlafwandeln
Daumenlutschen	Nägelkauen	Stottern
Ängste	glückliche Kindheit	unglückliche Kindheit
Sonstige		

Auffälligkeiten.....  
.....

Liegen bei Ihnen angeborene Krankheiten oder Behinderungen vor? Welche?

.....  
.....

Beschreiben Sie nun bitte mit ein paar Worten sich selbst und bedeutsame Ereignisse (z.B. Umzüge, einschneidende Erlebnisse, Krankheiten oder Operationen) in jedem der folgenden Lebensabschnitte

#### Geburt bis Einschulung

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

#### Einschulung bis Beginn Pubertät( ca 14 Jahre)

.....  
.....

.....  
.....  
Jugendzeit( ca. 14- 18 Jahre)  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
Junges Erwachsenenalter( Ca. 18- 25 Jahre)  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
Erwachsenenalter(ab 25 Jahre)  
.....  
.....  
.....

Sportliche Neigungen:  
.....  
.....

Heutige Hobbies und Interessen:  
.....  
.....  
.....  
.....

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit (Fernsehen, PC, Internet, Freunde, Sonstiges)?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wie war früher Ihr Kontakt zu Gleichaltrigen? Schlossen Sie schnell Freundschaften? Hielten diese an?  
.....  
.....  
.....  
.....

Gab es in Ihrer Pubertät besondere Ereignisse oder Erfahrungen?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Was ist aus diesen Problemen geworden?  
.....  
.....  
.....  
.....

Welche wichtigen Menschen(oder auch Tiere) haben Sie verloren?Wie haben Sie auf den Tod reagiert?

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

**Schule/ Ausbildung/ Beruf**

Welche Schulen haben Sie besucht? (von – bis)?

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

Welchen Abschluß haben Sie gemacht?

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

Wie waren Ihre schulischen Leistungen im Durchschnitt (zutreffendes bitte unterstreichen)?

sehr gut    gut    befriedigend    ausreichend    mangelhaft    ungenügend

Was waren Ihre besonderen Stärken / Lieblingsfächer?

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

Was waren Ihre Schwächen / Fächer, die Sie nicht mochten?

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

Welche Berufsausbildung(en), evtl. Studium haben Sie gemacht? Welche Abschlüsse? (von –bis)

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

Welche Berufs- und Lebensziele hatten Ihre Eltern für Sie vorgesehen?

.....  
.....

Was waren Ihre eigenen Wünsche?

.....  
.....  
Haben Sie Wehr- oder Zivildienst geleistet? Haben Sie ein freiwilliges soziales Jahr absolviert?  
Wann und wo?

.....  
.....  
Welche Arbeitsstellen haben Sie gehabt? Bitte möglichst alle Stellen und ggf. Grund der  
Beendigung angeben (von – bis)

.....  
.....  
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus, seit wann?

.....  
.....  
Stehen in nächster Zeit berufliche Veränderungen, besondere Prüfungen oder Abschlüsse an?

.....  
.....  
Befriedigt Sie Ihre Arbeit (Ausbildung, Studium)? Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden?

.....  
.....  
Fühlen Sie sich in Ihrer Tätigkeit unter- oder überfordert? Warum?

.....  
.....  
Wie kommen Sie mit Arbeitskollegen/Innen, mit Vorgesetzten zurecht?

.....  
.....  
Was waren Ihre früheren Berufsziele? Was ist daraus geworden?

.....  
.....  
Welche Ziele, Berufswünsche haben Sie für die Zukunft?  
.....  
.....  
.....

Wovon bestreiten Sie finanziell Ihren Lebensunterhalt?  
.....  
.....  
.....  
.....

Bestehen Schulden oder finanzielle Probleme?  
.....  
.....

**Ehe/ Partnerschaft / Kinder**

Name/Alter des Partners / der Partnerin:.....

Sein / Ihr Beruf:.....

Wie lange sind Sie verheiratet / befreundet?.....

Hochzeitsdatum:.....

Wie lange kannten Sie Ihren Partner vor der Eheschließung?.....

Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit des Partners / der Partnerin:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung?  
.....  
.....  
.....

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?  
.....  
.....  
.....

Was meinen Sie sollte Ihr Partner ändern, um die Beziehung zu verbessern?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Was müssten Sie selbst ändern, um die Beziehung zu verbessern?

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

Welche Veränderungen wünscht sich Ihr/e Partner/in von Ihnen?

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

Wieviele Kinder haben Sie aus der jetzigen Partnerschaft? (Bitte Alter und Geschlecht angeben):

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

Wieviele Kinder haben Sie aus früheren Partnerschaften? (Alter und Geschlecht):

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

Hatten Sie Fehlgeburten / Abtreibungen?

.....  
.....

Wie kommen / kamen Sie mit der Erziehung der Kinder zurecht, gibt es gravierende Probleme?

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

Bitte machen Sie (vor allem wenn Sie zur Zeit ohne festen Partner leben) Angaben über bedeutende frühere Partnerschaften / Ehen:

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

### **Angaben zur Sexualität**

Wie erleben Sie Zärtlichkeit / Sexualität? Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten damit (Ängste, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden, Orgasmus- oder Potenzstörungen, abweichendes Sexualverhalten)?

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

In welchem Alter machten Sie die ersten sexuellen Erfahrungen? Gab es für Sie negative Erfahrungen im Zusammenhang mit Sexualität? Wann?

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

Wie ist Ihre Sexuelle Orientierung ? (hetero-/ homo-/ bisexuell/ unklar)

.....

Was möchten Sie im sexuellen Bereich anders erleben?

.....  
.....

Gab/ gibt es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?

.....  
.....

### **Soziale Beziehungen**

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

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

Haben Sie Schwierigkeiten, andere Menschen kennenzulernen und Bekanntschaften / Freundschaften aufrechtzuerhalten (wenn ja, was fällt Ihnen dabei schwer)?

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

Welche Schwierigkeiten haben Sie, Ihre Wünsche und Bedürfnisse in Beziehungen auszudrücken?

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

Was möchten Sie an Ihren Beziehungen zu anderen Menschen ändern?

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

.....  
.....  
**Selbstbeschreibung**

Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft:

wertlos / nutzlos / ein Niemand / Leben ist sinnlos / dumm / inkompetent / naiv / mache nichts richtig / schuldig / böse / schreckliche Gedanken / voller Haß / ängstlich / getrieben / unsicher / neige zur Panik / aggressiv / unattraktiv / abstoßend / deprimiert / einsam / ungeliebt / unverstanden / langweilig / ohne Hoffnung / ruhelos / verwirrt / voller Konflikte / abgelehnt / wertvoll / sympathisch / attraktiv / intelligent / optimistisch / vernünftig / lebensbejahend / mutig / engagiert / voller Interessen / beliebt /

sonstiges:.....  
.....

Schreiben Sie Ihre fünf größten Ängste auf:

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

Unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft:

Verdauungsstörungen - Spannungsgefühle - überehrgeizig - häufige Arbeitslosigkeit - nehme oft Schmerzmittel - Kopfschmerzen – Schwindelgefühle – Ohnmachtsanfälle – Herzklopfen – Magenbeschwerden – Appetitlosigkeit – Magersucht – Übergewicht – Gebrauch von Abführmittel – Darmbeschwerden – Arbeitsstörungen – Diäten – Hemmungen – Erröten – Schwitzen – Kloßgefühl – Angst vor dem Alleinsein – Einsam.- Zittern – Examensnöte – Alkohol – Nikotin – Unfähigkeit zum Entspannen – Müdigkeit – Glücklich - Schlaflosigkeit – Sprachstörungen – Stottern – Tagträume – Verfolgungsgedanken – Katastrophenvorstellungen – Schuldgefühle – grundlos anhaltende Traurigkeit – Zukunftsängste – Sorge mich um meine Gesundheit - häufiger Arbeitsplatzwechsel – häufiger Wohnungswechsel –Hilflosigkeit – körperliche Unruhe – Benommenheit – Arbeitssucht – Kontaktprobleme – Konflikte – Ärger – Lustlosigkeit – Überforderung – Unterforderung – Entscheidungsprobleme – Einsamkeit – Gedächtnisprobleme – Antriebslosigkeit – Allergien – Asthma – unkontrollierte Wutausbrüche – Reizbar - sich nicht vergnügen können – keine Wochenenden oder Ferien mögen – überehrgeizig – schüchtern - keine Freunde gewinnen können – Minderwertigkeitsgefühle – familiäre Schwierigkeiten – Geldsorgen – nicht konzentriert arbeiten können – nicht lange bei der Sache bleiben können – Von anderen nicht geschätzt – Zu schnell gekränkt – Eifersüchtig – Selbstvertrauend – Mangel an Selbstvertrauen.

sonstiges:.....  
.....

Beschreiben Sie, wie es aussieht, wenn Sie schon mal die Kontrolle über sich verlieren (z.B. Weinkrampf oder Wutanfall):

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

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 ist / war Ihr unvernünftigster Gedanke oder Einfall?

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

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

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

Beschreiben Sie eine zwischenmenschliche Situation, in der Sie sich sehr unwohl fühlen:

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

Welche Rolle übernehmen Sie in einer Gruppe (Führungsposition / Anpassung?)

.....  
.....

Wie würden folgende Personen Sie beschreiben:

Ihr Partner / Ihre

Partnerin:.....

.....  
.....

Ihr bester Freund /  
Freundin:.....  
.....

jemand, der Sie nicht mag  
.....  
.....

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze (möglichst mit dem, was Ihnen zuerst einfällt):

Ich bin ein Mensch,  
der .....

Während meines ganzen  
Lebens.....

Seit meiner Kindheit.....

Eins worauf ich stolz bin,  
ist.....  
Es fällt mir schwer,  
zuzugeben.....

Ich kann nicht verzeihen,  
daß.....

Ich fühle mich schuldig,  
weil.....

Es tut mir weh, wenn andere mich /  
mir.....

Mutter war immer.....

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

Vater war immer.....

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

Wenn ich jemand anderes sein könnte, würde ich  
gerne.....

Was ich von meinem/er Partner/in brauchte, aber nie bekommen habe  
ist.....

Der Nachteil beim Erwachsen - Werden  
ist.....

Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich.....  
.....

**Zur Therapie**

Was an Ihrem momentanen Verhalten wollen Sie gerne ändern?  
.....  
.....  
.....

Was würden Sie an Ihrer Lebenssituation gerne ändern?  
.....  
.....  
.....

Was hindert Sie noch daran?  
.....  
.....  
.....

Welche Gefühle würden Sie gerne ändern?  
.....  
.....

Welche Erwartungen haben Sie an die Therapie? Welche Gewinne erhoffen Sie sich?  
.....  
.....  
.....  
.....

Haben Sie irgendwelche Befürchtungen in bezug auf die Therapie? Wenn ja, welche?  
.....  
.....  
.....  
.....

Welche Erwartungen haben Sie an den Therapeuten?  
.....  
.....  
.....  
.....

Wer möchte außer Ihnen noch, dass Sie sich in Therapie begeben?  
.....  
.....

Wer steht einer solchen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

.....  
.....

### **Ressourcen**

Was/ wer tut Ihnen momentan gut?

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

Was hat Ihnen bei früheren Krisen geholfen?

.....  
.....

Welche Stärken sehen Sie in Ihrer Person, die es Ihnen ermöglichen, mit früheren Problemen bis zu einem gewissen Maß umzugehen?

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

Welchen Tätigkeiten und Beschäftigungen gehen Sie in Ihrer freien Zeit nach? Womit befassen Sie sich besonders gern und intensiv dabei?

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

An welchen Punkten können Sie zur Ruhe kommen und auftanken? Bitte beschreiben Sie eventuell entsprechende Situationen!

.....  
.....

### ***Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten:***

- Was können Sie gut? Was macht ihnen Spaß?

.....  
.....

- Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

.....  
.....

- Welche Stärken und Fähigkeiten haben Sie?

.....  
.....

- Was beruhigt Sie?

.....  
.....

### ***Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfertigkeiten***

- Wie haben Sie sich bisher selbst bei Krisen und Lebensproblemen geholfen?

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

- Welche Anforderungen des Lebens fallen Ihnen besonders schwer?

.....  
.....

- Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

.....  
.....

- In welcher Situation fühlen Sie sich völlig hilflos?

.....  
.....

- Was vermeiden Sie?

.....  
.....

### ***Motivationsanalyse***

- In welcher Form können Sie selbst zur Unterstützung Ihrer gewünschten Veränderung beitragen?

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

- Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem?

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

### ***Therapieziele***

a) Nennen Sie bitte Ihre fünf wichtigsten Veränderungsziele:

1.....

- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

b) Was ist zu tun, um diese Ziele zu erreichen?

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

c) Wie haben Sie bereits selbst begonnen, sich zu verändern, oder was könnten Sie zusätzlich noch zu Ihrer Veränderung beitragen?

.....

.....

.....

d) Welche Veränderungsschritte kosten am wenigsten Mut?

.....

.....

.....

e) Welche am meisten?

.....

.....

.....

Sie haben es geschafft, ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Bitte bringen Sie den Bogen in die nächste Sitzung mit oder senden Sie mir den Bogen bitte zu. ( Je nachdem, was vereinbart wurde)