

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Es ist Aufgabe dieses Fragebogens, einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Fragebögen dieser Art sind in einer wissenschaftlichen Therapie notwendig, um möglichst gründlich mit den jeweiligen Problemen arbeiten zu können. Indem sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, erleichtern und beschleunigen Sie die Behandlung. Vielen Menschen sind allein schon beim Ausfüllen dieses Bogens wichtige Zusammenhänge bewusst geworden. Ich bitte Sie, die Fragen in Ruhe zu Hause zu beantworten.

Es wird Sie interessieren, was mit Ihren Informationen geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlich sind. Selbstverständlich sind alle Therapieunterlagen und persönlichen Informationen absolut vertraulich. KEIN AUSSENSTEHENDER (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) ERHÄLT OHNE IHRE ERLAUBNIS ZUGANG ZU DIESEN INFORMATIONEN!

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so machen Sie einfach einen Strich.

Datum:.....

Name:.....Vorname:.....

Adresse:.....

.....

Alter:.....Telefon:.....

Berufsausbildung:.....

Art der gegenwärtigen Beschäftigung:.....

Vollzeit/Teilzeit/arbeitslos/in Ausbildung/erwerbslos (bitte einkreisen)

Wer hat Sie hierher empfohlen?

Mit wem leben Sie derzeit zusammen (bitte führen Sie alle Menschen/Tiere auf)?

.....

Leben Sie in einer Wohnung, einem Apartment, zur Untermiete, im eigenen Haus? Wie viele Räume bzw.

Quadratmeter stehen Ihnen zur Verfügung?

.....

Zeichnen Sie hier eine kleine Skizze Ihrer Wohnung:

Familienstand: ledig, verlobt, verheiratet, wiederverheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet

.....

Wenn verheiratet:

seit wann:..... Name des Partners:.....

Alter des Partners:.....Beschäftigung des Partners:.....

Religionszugehörigkeit: a) während der Kindheit:.....

b) heute:

Religiöse Aktivität: a) während der Kindheit: ja - nein

b) heute ja - nein

Beschreiben Sie mit eigenen Worten, weshalb Sie eine Behandlung wünschen bzw. was Sie in meine Praxis führt?

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

Was möchten Sie durch die Behandlung für sich erreichen?

1.....

2.....

3.....

Beschreiben Sie kurz Geschichte und Entwicklung Ihrer Beschwerden bzw. Ihres Problems. Wann genau (!) und wie begannen diese? Welche anderen wichtigen Lebensereignisse und Umstände haben zu dieser Zeit für Sie eine wichtige Rolle gespielt?

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

Wie haben sich die Beschwerden bis heute weiterentwickelt?

.....

.....
Wie häufig und unter welchen Bedingungen treten die Beschwerden jetzt auf?

.....
.....
Wie reagiert Ihre Umwelt (Partner, Eltern, Kinder, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, Freunde) auf Ihre Beschwerden?.....

.....
.....
Wie erklären Sie sich selbst die Entstehung und Bedeutung der Beschwerden? Was vermuten Sie?

.....
.....
Wie erklärt sich Ihre Umwelt Entstehung und Bedeutung der Beschwerden?

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

.....
Wer steht einer solchen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

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

.....
.....
Was müsste geschehen, damit Ihr Problem von selbst verschwindet?

.....
Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie Ihr Problem halten?

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

.....
Was haben Sie bislang selbst gegen die Beschwerden bzw. Ihr Problem unternommen?

.....
.....
.....
Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegen. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?

Für Sie:.....

Für andere:.....

Benutzen Sie Ihre Probleme auch schon mal als Ausrede? Was sagen Sie dann?

.....
Wen haben Sie bislang wegen Ihrer momentanen Beschwerden um Rat oder Behandlung gebeten?

Monat/Jahr Praxis/Einrichtung/Klinik Art der Behandlung/Beratung

.....

Welche Personen außer Ihnen würden von einem Behandlungserfolg profitieren?

.....

Wer unterstützt Sie sonst noch im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?

.....

Tragen Sie bitte in die folgende Tabelle ein, welche Medikamente oder Drogen Sie einnehmen

Name des Medikaments bzw. der Droge Einnahme seit Häufigkeit pro Tag

Kaffee (Koffein)

Zigaretten/Zigarren/Pfeife

Alkohol

Geburtsdatum:..... Geburtsort:.....Uhrzeit der Geburt:.....

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft, soweit es Ihnen bekannt ist:.....

.....

.....

Kreuzen Sie an, welche Aussagen zu Ihrer Kindheit zutreffen:

Alpträume - Bettnässen - Schlafwandeln

Daumenlutschen – Nägelkauen- Stottern

Ängste - glückliche Kindheit - unglückliche Kindheit

Sonstige Auffälligkeiten:.....

.....

Gesundheitszustand während der Kindheit:.....

Gesundheitszustand während der Jugend:.....

Bitte listen Sie in der folgenden Tabelle chronologisch alle wichtigen Krankheiten, Unfälle, Verletzungen und Operationen Ihres Lebens auf:

Jahr - Ihr Alter - Art der Krankheit, des Unfalls, der Operation oder der Krankenhausaufenthalte

.....

.....

Zurückgebliebene Folgen bzw. Ihr Kommentar

.....
Ihre heutige Größe:.....cm Ihr heutiges Gewicht:.....kg Ihre Ruhepulsfrequenz:Schläge/Minute

Besuchten Sie einen Kindergarten und wie ging es Ihnen dort gegebenenfalls:.....
.....

Spiele und Interessen während der Kindheit:.....
.....
.....

Interessen und Hobbys während der Jugendzeit:.....
.....
.....

Sportliche Neigungen: früher:.....

heute:.....

Momentane Hobbys und Interessen:.....
.....

Vereinsmitgliedschaften:.....

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?.....
.....

Was machen Sie am Wochenende?.....

Wie oft und wie lange machen Sie Urlaub? Wie gestalten Sie diesen?.....
.....

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu anderen Menschen?.....
.....

Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle Ihre Schullaufbahn und Ihre Berufsausbildung ein:

Von / bis - Ihr Alter - Art der Schule bzw. Ausbildung - Art des Abschlusses

.....
.....

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

Was waren Ihre eigenen Wünsche?

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern bzw. Arbeitskollegen?

.....
Stärken in der Schule:.....

Schwächen in der Schule:.....

Womit konnte man Sie in der Schule hänseln, welchen Spitznamen hatten Sie?.....
.....

Mit wem besprechen Sie persönliche Dinge?.....

Wie schnell schließen Sie Freundschaften?.....

Von wem geht das Kontaktangebot aus?.....

Wie lange halten diese Freundschaften an?.....

Wie viele sehr gute Freunde haben Sie?.....

Wie ist gewöhnlich Ihre Grundstimmung?.....

Bitte markieren Sie, was auf Sie zutrifft

Wertlos – nutzlos - ein Niemand - Leben ist sinnlos - inadäquat – dumm

Schreckliche Gedanken - naiv - mache nichts richtig – schuldig - böse - liege moralisch falsch

inkompetent - feindlich - voller Hass - ängstlich - getrieben - selbstunsicher

Panikneigung - aggressiv - hässlich - deformiert - unattraktiv - abstoßend

Deprimiert - einsam - ungeliebt - missverstanden - gelangweilt - hoffnungslos

ruhelos - verwirrt - ohne Zuversicht - im Konflikt - voll Ablehnung - wertvoll

sympathisch - attraktiv - intelligent - optimistisch - vernünftig - hoffnungsvoll

Anderes:.....

Schreiben Sie Ihre fünf größten Ängste auf:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Dachten Sie schon einmal an Selbstmord? Wenn ja: wann und warum?.....
.....

Hat jemand in Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis einen Selbstmordversuch unternommen?
.....

Bitte markieren Sie, was auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen - Schwindel - Schwächeperioden - Ohnmachten

Herzklopfen - Magenstörung - Verdauungsstörung - Beruhigungsmittelleinnahme

Appetitlosigkeit - Schlaflosigkeit - Ärgerzustände – Alpträume – Panikgefühle – Alkoholsucht

Spannungsgefühle – Konflikt - Zittern - Depressionen - Selbstmordgedanken - Drogeneinnahme

unfähig zur Entspannung – Minderwertigkeitskomplexe - schüchtern unter Leuten - mag keine Wochenenden und Ferien - unfähig, Freundschaften zu schließen - überehrgeizig - unfähig zu Entscheidungen – schlechte Familienverhältnisse - kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen - Kaufsucht
Essprobleme – Arbeitssucht - Schwierigkeiten, mich zu amüsieren - finanzielle Probleme
Konzentrationsschwierigkeiten - starkes Schwitzen- Gedächtnisschwäche - einsam - kann Arbeit nicht längere Zeit behalten - nehme oft Schmerzmittel

Notieren Sie bitte jegliche weiteren Probleme:.....
.....

Beschreiben Sie Ihre jetzige Beschäftigung:.....
.....

Geben Sie in der Tabelle früher ausgeübte Berufe und Beschäftigungen an:

Von / Bis Art der Beschäftigung

Wie sehr befriedigt Sie die Tätigkeit, die Sie zur Zeit beruflich ausüben:.....
.....

Worauf führen Sie das zurück?.....
.....

Was verdienen Sie (netto)?.....

Wie viel kostet ihr Lebensunterhalt?.....

Was streben Sie finanziell an?

Was waren Ihre früheren Berufsziele?.....

Was sind Ihre heutigen Ziele?.....

Angaben zur Sexualität

Einstellung der Eltern zur Sexualität:.....

Wurden Sie aufgeklärt? Wurde über Sex gesprochen?.....

In welcher Form?.....
.....

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

Wann und auf welche Weise wurden Ihnen zum erstenmal Ihre eigenen sexuellen Impulse bewusst?.....

Welche Ängste oder Schuldgefühle haben Sie schon einmal aufgrund sexueller Gefühle (z.B. bei der Masturbation) gehabt? Bitte beschreiben Sie diese.....

.....

Bitte beschreiben Sie wichtige Details Ihrer ersten sexuellen Erfahrungen:.....

.....

.....

Welche besonderen wichtigen hetero- oder homosexuellen Erfahrungen gibt es für Sie?.....

.....

.....

Wie befriedigend ist Ihr momentanes Sexualleben?.....

.....

Wo liegen auf sexuellem Gebiet Ihre Hemmungen?.....

.....

Gibt es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?.....

Zur Menstruation

Alter bei der ersten Periode:.....

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

.....

Wie regelmäßig sind die Perioden?.....

Dauer der Periode?.....

Haben Sie Schmerzen?.....

Wie beeinflusst die Periode Ihre Stimmung?.....

Ehe/Partnerschaft:

Falls Sie nicht verheiratet sind, aber mit einem Partner zusammenleben, oder in einer engen Beziehung stehen,

füllen Sie bitte die Fragen für diesen Partner aus.....

Alter des Ehe-Partners:.....

Sein/Ihr Beruf:.....

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

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

Waren Sie verlobt?.....

Wenn ja, wie lange?.....

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

.....
.....

In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung?.....

.....

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?.....

.....

Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner nach Ihrer Meinung entwickeln, um die Beziehung zu verbessern?.....

.....

Welche Verhaltensweisen würden Sie gern lernen, um die Beziehung zu verbessern?.....

.....

Welche Verhaltensweisen würde Ihr Partner gern bei Ihnen häufiger sehen?.....

.....

Welche Verhaltensweisen stören Sie so sehr, dass Sie froh wären, wenn sie weniger häufiger aufträten?.....

.....

Welche Verhaltensweisen von Ihnen stören Ihren Partner so sehr, dass er froh wäre, wenn Sie sich weniger häufig so verhalten würden?.....

.....

Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres Partners aus?.....

.....

Bitte beschreiben Sie kurz eventuelle frühere Ehen oder andere wichtige Partnerschaften:.....

.....

.....

Angaben zu Ihren Eltern: Zwischenzeitlich geschieden?.....

Vater

Mutter

Geburtsjahr.....

Hochzeitsjahr.....

Alter bei Ihrer Geburt.....

Heutiges Alter.....

Beruf.....

Gesundheit, eventuelle Süchte.....

Falls verstorben: Todesj.....

Todesursache.....

Wie alt waren Sie?.....

Typische Eigenschaften des Elternteils.....

Schreiben Sie drei typische Sätze des Elternteils auf:

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

Erziehungsstil (Lob, Strafen, Zuwendung, Strenge)

Welche Erlebnisse mit dem betreffenden Elternteil prägen Sie heute noch?.....

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

Wie versuchen Sie heute, die Beziehung zu dem betreffenden Elternteil befriedigend zu gestalten?

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

Ihre Geschwister:

Geburtsjahr.....

Vorname..... Geschlecht.....

Beruf Gesundheit.....

Wie war die Beziehung früher/ heute.....

Charakter.....

Eigene Kinder:

Name, Alter, Geschlecht (in chronologischer Reihenfolge), welche Kinder stammen aus früheren Ehen? (Bitte führen Sie auch Fehlgeburten und Abtreibungen auf)

Geburtsjahr.....

Name

Geschlecht.....

Charaktereigenschaften.....

Hat eines Ihrer Kinder spezielle Probleme?

.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters oder Pflegevaters und seine Einstellung zu Ihnen früher und heute

.....

.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter oder Pflegemutter und Ihre Einstellung zu Ihnen früher und heute

.....

In welchen Eigenschaften und Verhaltensweisen ähneln Sie selbst Ihren Eltern?

Mutter Vater

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre zu Hause bzw. in der Familie, in der Sie aufgewachsen sind.

Wie kamen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern aus?

.....

.....

Wie sehr konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?

.....

Wie fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?

.....

.....

Falls Sie Stiefeltern hatten, wie alt waren Sie bei der Wiederheirat des einen Elternteils?

Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:

.....

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchen Zeitraums erzogen?

Wer (Eltern, Verwandte oder Freunde) hat sich in Ihre Ehe oder Ihren Beruf eingemischt?

.....

Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

.....

Leidet jemand in Ihrer Familie an Alkoholsucht, Epilepsie oder etwas, das man als psychische Störungen oder Behinderung bezeichnen kann?

.....
Gibt es irgendwelche anderen Mitglieder in Ihrer Familie, deren Krankheit oder ähnliches interessant ist zu wissen?

.....
Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren wichtigen Furcht- oder Stress auslösenden Erfahrungen, die Sie bis jetzt noch nicht erwähnt haben:

.....
Zählen Sie beliebige Situationen auf, in denen Sie sich entspannen und wohlfühlen:

.....
Wie sieht es aus, wenn Sie schon mal die Kontrolle über sich verlieren (Weinkampf, Wut- oder Aggressionsfälle) ? Beschreiben Sie dies bitte:

.....
Bitte führen Sie alle Informationen auf, die dem Therapeuten zum Verständnis und Beistand bei Ihren Problemen weiterhelfen könnten, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt worden sind:
.....
.....

Bitte vergeben Sie die Schulnoten 1 bis 5 für folgende Fragen:

1 2 3 4 5 6

Für wie hilfreich halten Sie Psychotherapie? sehr hilfreich wenig hilfreich

Wie ist Ihr Gesamtbefinden? 1 2 3 4 5 6

Wie ist Ihre körperliche Gesundheit? 1 2 3 4 5 6

Wie ist Ihre psychische Gesundheit? 1 2 3 4 5 6

Wie sind Ihre Beziehungen? 1 2 3 4 5 6

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie Medikamente einnehmen?

wegen akuter Erkrankungen: nie häufig

als Dauermedikation wegen chronischer Leiden: nie häufig

Psychopharmaka: nie häufig

Wie häufig gehen Sie jährlich zum Hausarzt?.....Mal/Jahr

Wie häufig gehen Sie jährlich zum Facharzt?.....Mal/Jahr

Wie viele Tage sind Sie jährlich krankgeschrieben?.....Tage/Jahr

Wie viele Tage verbringen Sie pro Jahr im Krankenhaus?.....Tage/Jahr

Selbstbeschreibung

Worin liegen Ihre Begabungen und Fähigkeiten?

.....

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

.....

Was sind die Glanzleistungen Ihres Lebens?

Welche Lebensanforderungen können Sie besonders schwer erfüllen?

.....

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

.....

Was vermeiden Sie?

.....

Welche Lebensmaximen beeinflussen Ihr Leben (z.B. „Erst die Arbeit, dann der Spaß“)?

Nennen Sie die 5 wichtigsten:

.....

.....

.....

.....

.....

Durch welche Sätze haben Ihnen andere Menschen schon einmal sehr wehgetan? (Sätze, die Sie schlecht vergessen können)

.....

.....

.....

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.....

.....
Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann, ist.....

.....
Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil.....

.....
Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Image machen würde, würde ich.....

.....
Eine der Arten, wie andere mir wehtun, ist.....

.....
Vater war immer.....

.....
Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht 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 meiner (m) Frau (Mann) brauche, aber nie erhalten habe, ist.....

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

.....
Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist.....

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

Zur Therapie

Was an Ihrem momentanen Verhalten würden Sie gerne ändern?

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

.....
Was hindert Sie noch daran?

Welche Gefühle würden Sie gerne ändern?

.....
Welche physischen Empfindungen sind besonders

a) angenehm für Sie?.....

.....
b) unangenehm für Sie?.....

.....
Beschreiben Sie eine sehr angenehme Phantasie-Vorstellung:

.....
Beschreiben Sie eine sehr unangenehme Phantasie-Vorstellung:

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

.....
Beschreiben Sie eine zwischenmenschliche Interaktion (oder Situation).....

a) in der sich wohl fühlen:

.....
b) die Sie traurig macht oder Ihnen sehr unangenehm ist:

.....
Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der ideale Therapeut haben?

.....
Wie würden Sie eine ideale Beziehung (Interaktion) mit einem Therapeuten beschreiben?

.....
Wie stellen Sie sich den idealen Klienten vor?

.....
Was glauben Sie, davon nicht erfüllen zu können?

.....
Was befürchten Sie im Kontakt zu Ihrem Therapeuten?

.....

Wie würden Sie sich selbst als Mensch kurz beschreiben?

.....
.....

Wie würde Sie Ihr (Ehe)Partner als Mensch kurz beschreiben?

.....
.....

Wie würde Ihr bester Freund oder Ihre beste Freundin Sie kurz beschreiben?

.....
.....

Wie würde Sie jemand beschreiben, der Sie nicht leiden kann?

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

Behandlungsplan

Wieviel Prozent (von 1 bis 100) der Verantwortung für Ihr Problem tragen

Sie selbst:.....Prozent andere:.....Prozent

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

.....

Wieviel Zeit können Sie pro Tag für therapeutische Aufgaben zur Mobilisierung Ihrer Selbsthilfekräfte einplanen?.....

Wie haben Sie sich im Vorfeld der Therapie bereits mit Hilfsmöglichkeiten beschäftigt (z.B. Autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)?

.....

Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens etwas deutlicher oder bewusster geworden, das Ihnen selbst helfen könnte, die Probleme zu bewältigen?

.....

Welche Veränderungsschritte kosten am wenigsten Mut?

Welche am meisten?.....

Was möchten Sie gerne mit der freien Zeit tun, die Sie möglicherweise dann haben, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen müssen?

Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich bis hierher auszufüllen, dann ist dies bereits ein erster wichtiger therapeutischer Schritt. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur Anamnese-sitzung mit. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit,
Sabine Herrmann-Ikram