

**Datum:**

**Name:**

### **Fragebogen zur Lebensgeschichte**

Dieser Fragebogen soll einen Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund vermitteln. Er dient der Ergänzung meiner Diagnostik und erleichtert die psychotherapeutische Behandlung.

Sollten Sie eine Frage nicht beantworten wollen oder die Frage nicht auf Sie zutreffen, machen Sie einen Strich oder lassen Sie das Antwortfeld frei. Wenn ich den Fragebogen zurück erhalten habe, haben wir die Gelegenheit, über einzelne Punkte zu sprechen und sie können gerne mündlich Ihre Antworten ergänzen.

---

Familienstand: ledig – verlobt – verheiratet – wieder verheiratet – getrennt lebend – geschieden – verwitwet

Kinder (Anzahl, Alter):

Religionszugehörigkeit:

Erlerner Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Krankenkasse:

Waren sie evtl. schon einmal in Therapie? Ambulant oder stationär?

Wann?

Wie viele Stunden?/Bei wem?

Um welches/welche Problem(e) ging es dabei/was haben Sie von der Behandlung profitiert?

### **A. Anlass Ihres Kommens**

Schildern Sie bitte mit Ihren eigenen Worten Ihre Beschwerden und Probleme/Konflikte derentwegen Sie psychologische Behandlung wünschen? Wann und wie haben die Beschwerden angefangen? Wie häufig treten die Beschwerden auf?

Welche körperlichen/physiologischen Reaktionen erleben Sie in Zusammenhang mit Ihren Problemen?

Wie versuchen Sie sich selbst zu helfen, wenn Ihr Problem auftritt?

Worauf führen Sie diese Beschwerden zurück?

Wie reagiert Ihre Umwelt auf Ihre Probleme? Welche Folgen haben die Probleme für Sie?

Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie ihr Problem halten (bitte unterstreichen):

leicht störend – mittelschwer – sehr schwer – extrem schwer – unerträglich

Was war der unmittelbare Anlass, dass Sie gerade jetzt therapeutische Hilfe suchen?

Welche Veränderungen streben Sie vordringlich an? Was versprechen Sie sich von einer Therapie?

Wie ist z.Zt. Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, was, wie viel, in welchen Situationen?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Konsumieren Sie irgendwelche (anderen) Drogen?

**Kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie momentan zutreffen könnte!**

Kopfschmerzen	Schwindelgefühle	Ohnmachtsanfälle
Herzrhythmusstörungen	Magenbeschwerden	Angst
Verdauungsbeschwerden	Ich bin ein Nichts	Appetitlosigkeit
Ärger	Beruhigungsmittel	Schuldgefühle
Alpträume	Panische Angst	Alkohol, Nikotin, Drogenabhängigkeit
Spannungsgefühl	Konflikte	Zittern
Depressionen	Selbstmordgedanken	Allergien
Versagensängste	Voll Hass	Ruhelos
Gehemmt im Umgang mit anderen	Schreckliche Gedanken	Schlechte häusliche Bedingungen
Dumm	Aggressiv	Missverstanden
Intelligent	Optimistisch	Voll Energie
Unfähig zu entspannen	Abneigung gegen Urlaub und Wochenende	Kann keine Entscheidungen treffen
Übermäßiger Ehrgeiz	Schwierigkeiten Freunde zu gewinnen	Sexuelle Probleme
Ungeliebt	Einsamkeit	Minderwertigkeitsgefühle
Wertlos, nutzlos	Attraktiv	Fröhlich
Schwierigkeiten mich zu vergnügen	Probleme am Arbeitsplatz	Müdigkeit
Häufiges Grübeln, immer wiederkehrende Gedanken	Essprobleme	Ich ertappe mich dabei, bestimmte Dinge grundlos immer wieder zu machen
Konzentrationsschwierigkeiten	Übermäßiges Schwitzen	Probleme mit dem Gedächtnis
Probleme mit dem Partner	Habe gute Freunde	Finde das Leben lebenswert
Lache oft	Weine sehr oft	Bin meistens traurig
Hilfsbereit	Erschöpfung	Erröten
Mutig	Finanzielle Probleme	Ich lerne gerne Neues
Sehe pessimistisch in die Zukunft	Schlaflosigkeit, Zeitweise	Familiäre Probleme
Ich finde Ruhe in mir	Interessenverlust	Keine sexuelle Lust
Morgentief	Wache vorzeitig auf	Starke Gewichtsveränderung
Lahm gelegt	Freudlosigkeit	Hyperaktivität

Gibt es noch wichtige Merkmale Ihres derzeitigen Befindens, die in der Liste nicht erwähnt sind? Wenn ja, notieren Sie diese bitte:

Was sind Ihre häufigsten Ängste/Befürchtungen derzeit?

Wen oder was haben Sie wegen Ihrer momentanen Beschwerden bisher zu Rate gezogen?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Falls ja.....welche, in welcher Dosierung, mit welchem Ergebnis?

**B. Angaben zur Herkunftsfamilie**

Angaben zum Vater: Alter bei Ihrer Geburt:

Alter: Beruf:

Krankheiten?

*Falls verstorben, Todesursache:*

Wann? Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?

Angaben zur Mutter: Alter bei Ihrer Geburt:

Alter: Beruf:

Krankheiten?:

*Falls verstorben, Todesursache:*

Wann? Wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?

Wie war die familiäre Situation zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?

Angaben zu Geschwistern: Wie viele? Machen Sie bitte Angaben zur Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf und Erkrankungen.

Leben oder lebten Ihre Eltern zusammen oder gab es eine Trennung? Wenn ja, wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?

Beschreiben Sie bitte Ihren **Vater** näher; seine Charaktereigenschaften sowie seine Einstellung Ihnen gegenüber.

*Früher:*

*Heute:*

Beschreiben Sie bitte Ihre **Mutter** näher; ihre Charaktereigenschaften sowie ihre Einstellung Ihnen gegenüber:

*Früher:*

*Heute:*

Schildern Sie bitte die Atmosphäre Ihres Elternhauses (bzw. wo Sie aufgewachsen sind):

Wie sind Ihre Eltern miteinander ausgekommen?

Fühlten Sie sich bei Ihren Eltern geborgen? Konnten Sie Ihre Sorgen mit ihnen besprechen?

Wie wurden Sie als Kind von Ihren Eltern bestraft?

Hat sich irgendjemand (Eltern, Verwandte, Freunde etc.) jemals in Ihre Ehe/Partnerschaft, Beruf usw. eingemischt?

Inwiefern haben sich Ihre Eltern Ihnen gegenüber anders verhalten als gegenüber Ihren Geschwistern?

Leidet jemand in Ihrer Familie oder weiteren Verwandtschaft unter Alkoholismus, Epilepsie oder einer Geistes- oder Gemütskrankheit?

Gibt es andere nennenswerte Krankheiten in Ihrer Familie?

Gab es außer Ihren Eltern/Geschwistern andere wichtige Bezugspersonen (z.B. Verwandte, Nachbarn, Freunde)? Beschreiben Sie deren Bedeutung für Sie:

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre religiöse Erziehung.

Ergänzen Sie bitte jegliche weiteren Erfahrungen, die Ihnen Angst oder Kummer bereitet haben, und die Sie noch nicht erwähnt haben:

### **C. Allgemeine Entwicklung**

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft und Geburtsverlauf (soweit es Ihnen bekannt ist):

**Unterstreichen Sie bitte alles, was während Ihrer Kindheit auf Sie zutraf:**

*Nächtliches Aufschrecken/Alpträume/Ängste – Bettnässen – Schlafwandeln – Daumenlutschen –*

*Nägelkauen – Stottern – Ängste – Hemmungen – Schulschwierigkeiten - Erziehungsschwierigkeiten*

*(z.B. Fortlaufen, Stehlen, Lügen) – glückliche/unglückliche Kindheit*

Sonstige Auffälligkeiten:

Ernste Erkrankungen während der Kindheit und Jugendzeit?

Unfälle, Operationen? (welche, in welchem Alter)

Anfälle? (welcher Art, in welchem Alter)

Bestehen heute noch Beeinträchtigungen, die von früheren Erkrankungen herrühren? Wenn ja, welche?

Spiele, Hobbies, Interessen, sportliche Betätigungen usw. während der Kindheit und Jugendzeit:

Wie war der Kontakt zu Altersgenossen/Mitschülern?

Wurden Sie oft gehänselt, wenn ja, womit? Hatten Sie einen Spitznamen?

Gelang es Ihnen leicht, Freunde zu gewinnen? (beste/r Freund/in, Dauer der Freundschaften)

Wichtige Ereignisse oder Erlebnisse während Ihrer Kindheit/Jugendzeit:

Beschreiben Sie sich selbst als Kind

Beschreiben Sie sich selbst als Jugendliche

#### **D Schulbildung und berufliche Entwicklung**

Alter bei Schulbeginn:                      Alter beim Verlassen der Schule:

Art des Schulabschlusses:

Erfolg/Misserfolg in welchen Schulfächern:

Wie kamen/kommen Sie mit Lehrern, Ausbildern und Vorgesetzten zurecht?

Bitte beschreiben Sie Ihren Ausbildungsverlauf von der Schule bis heute (mit ungefähren Jahresangaben und mit Angabe von Abschlüssen/Examina:

Wie ist Ihre jetzige Berufssituation/Ausbildungssituation?

Wie ist Ihre wirtschaftliche Lage? *gut – ausreichend - schlecht*

Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen Arbeits- und Ausbildungssituation zufrieden? Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden?

Welche beruflichen Pläne haben Sie?

### **D Sexuelle Entwicklung**

Wie gingen/gehen Ihre Eltern mit Sexualität um?

Wurde über Sexualität im Elternhaus gesprochen?

Wie und wann und von wem wurden Sie aufgeklärt?

Wann kamen Sie in die Pubertät? *früh – normal – spät*

*bei Frauen: Alter bei der ersten Periode?:*

Wie war das für Sie?

Wie waren Ihre ersten sexuellen Erfahrungen?

Fühlen Sie sich zum gleichen Geschlecht hingezogen? Falls ja, wann haben Sie dies gemerkt? Welche Erfahrungen haben Sie beim Coming-out gemacht?

Hatten Sie negative sexuelle Erfahrungen?

Welche Rolle spielt Sexualität in Ihrem heutigen Leben?

Haben Sie jemals Schuldgefühle oder Ängste in Bezug auf sexuelle Gefühle oder Selbstbefriedigung gehabt?

Leiden Sie in irgendeiner Weise an hormonellen Beschwerden (Schilddrüsenerkrankung, etc.)?

#### **D. Partnerschaft und Freundschaften**

Haben Sie Schwierigkeiten, Beziehungen (z.B. Freundschaften) aufzubauen oder aufrecht zu erhalten? Wenn ja, wie sehen diese Schwierigkeiten aus?

Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken? Wenn ja, wie sehen diese Schwierigkeiten aus?

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

Sind Sie verheiratet bzw. leben Sie in einer Partnerschaft? Wenn ja, mit wem (Alter, Beruf)?

Seit wann sind Sie miteinander verheiratet bzw. befreundet?

Wie lange kannten Sie sich vor der Eheschließung?

Haben Sie mit Ihrem/r Partner/in gemeinsame Kinder? Haben Sie selbst oder Ihr Partner/Ihre Partnerin Kinder mit in die Partnerschaft gebracht?

Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres/r Partners/in:

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

In welchen Bereichen haben Sie Schwierigkeiten miteinander?

Möchten Sie Dinge in Ihrer Partnerschaft verändern, wenn ja, welche?

In welcher Hinsicht sollte sich nach Ihrer Meinung Ihr/e Partner/in verändern?

In welcher Hinsicht würden Sie sich in Bezug auf Ihre Partnerschaft gerne verändern?

Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres/r Partners/in aus?

Was war ggfs. an früheren Partnerschaften befriedigend oder unbefriedigend, und warum?

Gab es in Ihrem Leben typische Beziehungsverläufe?

Falls Sie Kinder haben, wie kommen Sie mit jedem von ihnen jeweils zurecht?

Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?

### **G. Selbstbeschreibung**

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

Wie sieht es aus, wenn Sie schon mal die Kontrolle über sich verlieren (z.B. Weinkrampf, Wut- oder Aggressionsanfälle?)

Welche körperlichen Empfinden sind besonders  
angenehm für Sie?

unangenehm für Sie?

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

Beschreiben Sie bitte eine zwischenmenschliche Interaktion (oder Situation)

in der Sie sich wohl fühlen:

die Sie traurig macht oder Ihnen sehr unangenehm ist:

Geben Sie bitte eine kurze Beschreibung von sich selber, wie sie gegeben würde

- von Ihnen selbst:

- von Ihrem/r Partner/in:

- von Ihrer besten Freundin bzw. Ihrem besten Freund:

- von jemandem, der Sie nicht leiden kann:

**Bitte ergänzen Sie folgende Sätze:**

Ich bin ein Mensch, der.....

Während meines ganzen Lebens.....

Seit meiner Kindheit.....

Eine der Sachen, auf die ich stolz bin, ist.....

Es fällt mir schwer zuzugeben, dass.....

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

(Unter anderem) fühle ich mich schuldig,.....

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

.....

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

Vater war immer.....

Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist .....

.....

Mutter war immer.....

Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist.....

.....

Wenn ich nicht Angst hätte, „ich selbst“ zu sein,.....

Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ist.....

Was ich von meiner/m Frau/Mann brauche, aber nie erhalten habe, ist.....

.....

Der Nachteil des Erwachsenwerdens 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.....

.....

**H. Gegenwärtige Interessen, Hobbies, Stärken, etc.:**

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

Wie würden Sie Ihre Freizeit am liebsten verbringen?

Welche Stärken haben Sie und wie nutzen Sie diese?

Wie helfen oder unterstützen Sie sich, wenn Sie in schwierigen Situationen sind?

Was mögen Sie an sich bzw. worüber freuen Sie sich an sich selbst?

An welche Zeiten/Situationen Ihres Lebens erinnern Sie sich am liebsten?

**Mitteilungen, die Sie für wichtig halten und die durch die Fragen noch nicht abgedeckt wurden:**