

FRAGEBOGEN ZUR PERSON UND LEBENSGESCHICHTE

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, über das Anfangsgespräch hinaus einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und genau beantworten, ermöglichen Sie eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern sogleich zu Beginn 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, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten“. Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung brauchen, schreiben Sie bitte auf den leeren Rückseiten weiter.

1. Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Datum:

Name:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Staatsangehörigkeit: Muttersprache:

Familienstand:

<input type="checkbox"/> ledig	
<input type="checkbox"/> verheiratet, zusammen lebend	seit (Jahreszahl)
<input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend	seit (Jahreszahl)
<input type="checkbox"/> geschieden	seit (Jahreszahl)
<input type="checkbox"/> verwitwet	seit (Jahreszahl)
<input type="checkbox"/> wieder verheiratet	seit (Jahreszahl)

Partnerbeziehung:

<input type="checkbox"/> alleinstehend
<input type="checkbox"/> zeitweilige Beziehung
<input type="checkbox"/> feste Beziehung

aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich):

- alleinlebend
- mit Eltern/Elternteil
- mit Kind/Kindern
- mit Partner/Partnerin
- mit Freunden/Bekanntem
- mit sonstigen Personen

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnsituation?

- höchster erreichter Schulabschluss:
- kein Abschluss
 - Sonderschulabschluss
 - Hauptschul-/Volksschulabschluss
 - Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule
 - (Fach-)Abitur
 - Hochschulabschluss
 - anderer Schulabschluss

erlernter Beruf:

ausgeübte Tätigkeit:

Berufe, die Sie früher ausübten, bzw. Studienfächer und -orte in chronologischer Reihenfolge:

Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation/
Ihrem Studium zufrieden? ja nein

Wenn nein: Weshalb sind Sie unzufrieden?

Was waren Ihre früheren Berufsziele?

Was sind heute Ihre Ziele?

Wie sieht Ihre finanzielle Situation aus? gut mittel schlecht

Kommen Sie mit dem Ihnen zur Verfügung stehenden Geld aus? ja nein

Religionszugehörigkeit: (a) während der Kindheit:
(b) heute:

Waren bzw. sind Sie religiös aktiv?

- (a) während der Kindheit: ja nein
- (b) heute ja nein

Wenn ja: In welcher Form?

während der Kindheit:

heutzutage:

2. Angaben zur Problematik

(a) Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Anliegen:

(b) Schildern Sie bitte kurz die Geschichte und die Entwicklung Ihrer Probleme (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute):

(c) Wie häufig treten diese Probleme auf?

(d) Was sind die jeweiligen Folgen für Sie und/oder andere Personen?

3. Familie

- (a) Vater: Geburtsjahr: Beruf:
- Gesundheit:
- Falls verstorben, Ursache:
- Wann: Wie alt waren Sie?
- (b) Mutter: Geburtsjahr: Beruf:
- Gesundheit:
- Falls verstorben, Ursache:
- Wann: Wie alt waren Sie?
- (c) Falls Ihre Eltern getrennt leben/geschieden/wieder verheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils?
- (d) Sind Sie bei Ihren Eltern aufgewachsen? ja nein
- Falls nein: Von wem wurden Sie in welchem Zeitraum erzogen?
- (e) Haben Sie Geschwister? ja nein
- Falls ja: Anzahl der Brüder: Alter:
- Anzahl der Schwestern: Alter:
- (f) Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern beschreiben?
- früher:
- heute:
- (g) Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters bzw. der entsprechenden Erziehungsperson:

Wie würden Sie seine Einstellungen Ihnen gegenüber beschreiben?

früher:

heute:

- (h) Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter bzw. der entsprechenden Erziehungsperson:

Wie würden Sie ihre Einstellungen Ihnen gegenüber beschreiben?

früher:

heute:

- (i) Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dem Haus, in dem Sie aufgewachsen sind. Wie kamen Ihre Eltern bzw. Erziehungspersonen miteinander und mit den Kindern aus?

- (j) Gab es regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten in der Familie? ja nein

- (k) Gab es gemeinsame Aktivitäten bzw. Unternehmungen der Familie? ja nein
Wenn ja, welche?

- (l) Konnten Sie Ihren Eltern bzw. Erziehungspersonen vertrauen?

- (m) Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern bzw. Erziehungspersonen geliebt und akzeptiert?
- (n) Wussten Ihre Eltern in Ihrer Kindheit und Jugend in der Regel,
wo Sie sich aufhielten? ja nein
womit Sie sich beschäftigten? ja nein
- (o) Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern bestraft worden?
- (p) Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern belohnt worden?
- (q) Welches Verhältnis haben Sie heute zu Ihrer Familie?
- (r) Gibt es Familienangehörige, die an einer psychischen Störung (auch Suchtprobleme)
oder schweren Krankheit leiden? ja nein
Falls ja: Welche Familienmitglieder?
Welche Störungen/Krankheiten?
- (s) Beziehungen der Familie zur Außenwelt: eher offen eher abgeschottet
- (t) Bei der folgenden Frage sind Mehrfachantworten möglich:
Wie waren die Kontakte der Familie speziell
zur Verwandtschaft? häufig selten gut schlecht
zu Freunden/Bekanntem? häufig selten gut schlecht
zur Nachbarschaft? häufig selten gut schlecht
- (u) Besonderheiten in der Familie, die für die Therapie von Interesse sein könnten:

4. Entwicklungsgeschichte bis heute

4.1 Körperliche und psychosoziale Entwicklung

- (a) Gesundheitszustand (Krankheiten, Operationen, Unfälle) während der Kindheit und Jugend:
- (b) Ihre Körpergröße: Ihr Körpergewicht:
- (c) Kreuzen Sie bitte an, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Bettnässen | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln |
| <input type="checkbox"/> Daumen lutschen | <input type="checkbox"/> Nägel kauen | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> glückliche Kindheit | <input type="checkbox"/> unglückliche Kindheit | |
- (d) Sonstige Auffälligkeiten während der Kindheit:
- (e) Spiele, Interessen, Hobbys und sportliche Neigungen während der Kindheit und Jugend:
- (f) Alter bei Schulbeginn: Jahre
Alter bei Verlassen der Schule: Jahre
- (h) Stärken in der Schule:
Schwächen in der Schule:
- (i) Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:
- (j) Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern/Mitschülerinnen?
- (k) Womit konnte oder kann man Sie hänseln? Hatten oder haben Sie einen Spitznamen?
- (l) Fällt es Ihnen schwer, Freundschaften zu schließen? ja nein
- (m) Halten Ihre Freundschaften lange an? ja nein
- (n) Welche Menschen bedeuten Ihnen am meisten in Ihrem Leben?

4.2 Sexuelle Entwicklung

- (a) Welche Einstellung haben/hatten Ihre Eltern zur Sexualität?
- (b) Wurde bei Ihnen zu Hause über Sexualität gesprochen? ja nein
Wenn ja: In welcher Form?
- (c) Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen erfahren?
Wie wurden Sie aufgeklärt?
- (d) Wann haben Sie zum ersten Mal sexuelle Interessen verspürt?
- (e) Wie würden Sie Ihre ersten sexuellen Erfahrungen beschreiben? (Alter bei erstem sexuellen Kontakt?)
- (f) Hatten Sie früher oder haben Sie heute Ängste oder Schuldgefühle aufgrund sexueller Impulse?
- (g) Haben Sie Vergewaltigung, Inzest, sexuellen Missbrauch oder andere unangenehme sexuelle Erlebnisse gehabt?
- (h) Wie fühlen Sie sich als Mann/Frau?

- (i) Sind Sie mit Ihrem momentanen Sexualleben zufrieden? ja nein
Falls nein: Warum nicht?

Zur Menstruation

- (j) Alter bei erster Menstruation: Jahre
- (k) Wie haben Sie Ihre erste Menstruation erlebt bzw. wie haben Sie darauf reagiert?
- (l) Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? ja nein
- (m) Dauer des Zyklus?
- (n) Empfindungen, Stimmungen und Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Menstruation:

5. Ehe/Partnerschaft

5.1 Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben:

- (a) Alter des Partners/der Partnerin: Jahre
- (b) Seine/ihre Beschäftigung:
- (c) Wie lange sind Sie als Paar zusammen?
- (d) Falls verheiratet: Wie lange kannten Sie Ihren Ehepartner vor der Eheschließung?
.....

5.2 Falls Sie nicht in einer Partnerschaft leben: Wie erleben Sie diese Situation?

5.3 Anmerkungen zur aktuellen familiären Situation:

5.4 Die folgenden Fragen können Sie für Ihre aktuelle Partnerschaft oder – falls passender – für eine frühere bedeutsame Beziehung ausfüllen:

- (a) Welche Wunschvorstellungen verbinden Sie mit einer Partnerschaft?

- (b) Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners/Ihrer Partnerin mit Ihren eigenen Worten:

- (c) In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung zwischen Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin?

- (d) In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?

- (e) Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner/Ihre Partnerin Ihrer Meinung nach abbauen oder entwickeln, um zur Verbesserung der Beziehung beizutragen?

- (f) Welche eigenen Verhaltensweisen würden Sie gerne verändern, um die Beziehung zu verbessern?

- (g) Wie sollten Sie sich nach Meinung Ihres Partners/Ihrer Partnerin seltener bzw. häufiger verhalten?

- (h) Wie kommt jede(r) von Ihnen mit den Verwandten/Freunden des anderen aus?

- (i) Möchten Sie noch etwas über eventuelle frühere Ehen/Partnerschaften sagen?

5.5 Kinder

Haben Sie Kinder? ja nein

Wenn ja:

Vornamen? (Geschlecht?) Alter? Noch im Haushalt lebend?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Fehlgeburten? ja nein

Wenn ja, wann?

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft abgebrochen? ja nein

Wenn ja, wann?

(e) Gibt es noch Weiteres, das Sie beunruhigt, das Sie aber bisher noch nicht erwähnt haben?

(f) Benennen Sie Ihre fünf größten Ängste:

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

(g) Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:

- Ich bin ein Mensch, der ...
- Seit meiner Kindheit ...
- Eine der Sachen, auf die ich stolz bin, ist ...
- Es fällt mir schwer zuzugeben, ...
- Eine Art, wie man mir wehtun kann, ist ...
- Mutter war häufig ...
- Was ich von meiner Mutter gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...
- Vater war häufig ...
- Was ich von meinem Vater gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...
- Wenn ich nicht Angst hätte, „ich selbst“ zu sein, ...
- Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ...
- Was ich von meinem Partner/meiner Partnerin brauche, aber nie erhalten habe, ist ...

- Der Nachteil beim Erwachsenwerden ist ...
 - Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist ...
 - Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist ...
- (h) Zählen Sie Situationen auf, in denen Sie sich entspannt und wohl fühlen:
- (i) Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? Was sind Ihre Hobbys/Interessen?
- (j) Wie sieht es in den Situationen aus, in denen Sie mal die Kontrolle über sich selbst verlieren (z.B. Weinkrampf, Wutanfälle)?
- (k) Welche Körperempfindungen sind besonders angenehm für Sie?
- (l) Welche Körperempfindungen sind besonders unangenehm für Sie?

- (m) Beschreiben Sie eine für Sie sehr angenehme Phantasievorstellung:
- (n) Beschreiben Sie eine für Sie sehr unangenehme Phantasievorstellung:
- (o) Was halten Sie für Ihren irrationalsten Gedanken oder Ihre unvernünftigste Idee?
- (p) Beschreiben Sie eine zwischenmenschliche Situation,
in der Sie sich sehr wohl fühlen:

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

- (q) Stellen Sie sich vor, eine andere Person 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:

- (r) Bitte schreiben Sie jetzt noch alles auf, was dem Therapeuten/der Therapeutin zum Verständnis Ihrer Probleme weiterhelfen könnte, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt ist:

7. Zur Therapie bzw. zur Beratung

- (a) Wie ist es für Sie, mit einer Therapie bzw. mit psychologischen Gesprächen anzufangen?
- (b) Haben Sie bereits Therapieerfahrungen? ja nein
Wenn ja, was war für Sie daran besonders wichtig?
- (c) Was erhoffen Sie sich von einer Therapie bzw. von psychologischen Gesprächen?
- (d) Was würden Sie gerne an Ihrem momentanen *Verhalten* ändern?
- (e) Welche *Gefühle* würden Sie gerne verändern?
- (f) Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach ein guter Therapeut/
eine gute Therapeutin haben?
- (g) Wie würden Sie eine wünschenswerte Beziehung zu einem Therapeuten/einer Thera-
peutin beschreiben?
- (h) Was kann Ihrer Meinung nach Therapie bzw. psychologische Gespräche für Sie leisten
und wie lange sollte(n) sie dauern?