

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll uns helfen, ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung zu bekommen sowie von der Umwelt, in der Sie aufgewachsen sind und von der Umwelt, in der Sie jetzt leben. Bitte nehmen Sie sich die Zeit dafür, und füllen Sie den Fragebogen allein und in aller Ruhe aus. Rechtschreibung und Formulierungen sind nicht wichtig, es kommt nur auf den Inhalt an, nicht auf die Form.

Wenn Sie eine Frage schriftlich nicht beantworten möchten, machen Sie bitte einen entsprechenden Vermerk (z.B. "möchte ich persönlich erläutern"). Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Ihre Angaben werden daher streng vertraulich behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen.

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Geschlecht: m w Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beschreiben Sie bitte, mit eigenen Worten Ihre fünf wichtigsten Probleme und Beschwerden, derentwegen Sie die Behandlung suchen. Geben Sie hinter jedem Problem eine Gewichtung von 1 bis 10 an. 10 bedeutet extrem, 1 bedeutet leicht.	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Schildern Sie kurz, wann Ihre Probleme / Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind und wie sie sich bis heute weiterentwickelt haben:

An wen haben Sie sich bisher gewandt wegen Ihrer Probleme (z.B. Ärzte, Therapeuten, Beratungsstellen, Freunde)? Falls eine Therapie erfolgte bitte nennen Sie das Jahr, den Behandler und die wichtigsten Ergebnisse und Veränderungen durch die Therapie.

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Bitte schreiben Sie auf was, weswegen und in welcher Dosis.

Was? Name oder Wirkstoff	gegen	Dosierung

Lebensgeschichtliche Entwicklung:

Gesundheitszustand während Kindheit und Jugend. Welche Krankheiten / Ängste hatten Sie?

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge mit Ihren heutigen Problemen:	
0 – 6 Jahre: (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen)	
6 – 10 Jahre: (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern)	
10 – 16 Jahre: (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften)	
16 – 25 Jahre: Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Partnersuche, Selbständigkeitsentwicklung)	
ab dem 25. Lebensjahr:	

Wie erlebten Sie die **Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?**

Wenn es mehrere Eltern gab (leibliche, soziale, Stiefeltern, Adoptiveltern, etc), schreiben Sie bitte dazu, auf wen sich Ihre Beschreibung bezieht.

Vater

Alter Ihres Vaters bei Ihrer Geburt:	Sein Beruf / Seine Tätigkeit:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Ursache:
Nennen Sie seine 5 wichtigsten Eigenschaften:		

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihres Vaters auf: 1. 2. 3.	
Wie war die Beziehung zu Ihrem Vater früher:	Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater heute:

Mutter

Alter Ihrer Mutter bei Ihrer Geburt:	Ihr Beruf / Ihre Tätigkeit:	
falls verstorben, wann:	in welchem Alter:	Ursache:
Nennen Sie Ihre 5 wichtigsten Eigenschaften:		
Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihrer Mutter auf: 1. 2. 3.		
Wie war die Beziehung zu Ihrer Mutter früher:	Wie ist die Beziehung zu Ihrer Mutter heute:	

Wenn Sie **Geschwister** haben:

Zahl der Brüder:	Altersabstand:	Zahl der Schwestern:	Altersabstand:
Die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern:			
früher:			
heute:			

Einstellung Ihrer Eltern / Geschwister gegenüber **Sexualität**:

Gab es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Kindheit?

Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?	Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern akzeptiert?	Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt?
-------------------------------------	---	--

Auf welche Weise und wofür wurden Sie von Ihren Eltern gelobt?	Auf welche Weise und wofür wurden Sie von Ihren Eltern bestraft?
--	--

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

Schulische und berufliche Laufbahn

Welche Schulzweige besuchten Sie?	von – bis
1.	
2.	
3.	

Schulabschluss (Jahr):	Durchschnittsnote:
------------------------	--------------------

Anschließende Berufsausbildung als:	von – bis

Zusätzliche Schulbesuche / Weiterbildungen:

Berufswunsch Ihrer Eltern:

Eigener Berufswunsch:

Bisherige Arbeitsstellen:

Jetzige Tätigkeit als:

Seit:

Sind Sie damit zufrieden?

Veränderungswünsche:

Partnerschaft / Ehe

Alter Ihres Partners / Ihrer Partnerin:

Sein / Ihr Beruf:

verheiratet seit:

befreundet seit:

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

Welche Schwierigkeiten in der Beziehung gibt es?

Bedeutende frühere Freundschaften / Partnerschaften:

Kinder:

Name	Geschlecht	Alter	Schule / Beruf	Ihre Beziehung zu dem Kind
------	------------	-------	----------------	----------------------------

Gab es weitere Schwangerschaften? In welchem Jahr?

Aktuelle Lebenssituation

1. Wie ist Ihre Wohnsituation – Positives und Negatives:

2. Wie verbringen Sie Ihre Freizeit / Hobbys?

3. Haben Sie Bekannte und Freunde?

6.1 Was möchten Sie an Ihrer Lebenssituation verändern?

6.2 Was hindert Sie daran, die gewünschten Veränderungen vorzunehmen?

6.3 Wie versuchen Sie, sich dabei selbst zu helfen?

Bedingungsanalyse

1. Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt, was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

2. In welchen Situationen treten Ihre Probleme gehäuft auf?

3. In welchen Situationen / unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf? Wann fühlen Sie sich besser?

Erlebnisebenen

1. Welche typischen Gedanken treten im Zusammenhang mit Ihren Problemen auf?

2. Welche Gefühle sind damit verbunden?

3. Welche körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?

4. Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt, was tun Sie, um sich zu helfen?

Funktionsanalyse

1. Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen, wer spricht mit Ihnen?

5. Woran hindert Sie Ihr Problem?

8. Auf welche mögliche Überforderung oder Überlastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?

Analyse weiterer Einflussfaktoren:

Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten:

Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß? (früher – heute)

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfertigkeiten:

Defizite / Schwächen / fehlende Strategien:

Welche Anforderungen Ihres Lebens fallen Ihnen besonders schwer zu erfüllen?

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

Was vermeiden Sie?

Motivationsanalyse:

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

Wer steht Ihrer psychotherapeutischen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

Wie dringend ist es für Sie, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

0-----20-----40-----50-----60-----80-----100
unnötig mittel unbedingt erforderlich

Welche Ihrer Bezugspersonen wären bereit, gelegentlich zu Therapiesitzungen mitzukommen?

Diagnose:

Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem?

Therapieziele:

Nennen Sie bitte Ihre fünf wichtigsten Veränderungsziele:

1.

2.

3.

4.

5.

Bitte stellen Sie sich vor, die Therapie würde ganz nach Ihren Wünschen und Vorstellungen verlaufen:

Was hätte sich in Ihrem Leben konkret geändert?

Was möchten Sie am Ende der Beratung/Therapie gerne anders machen?

Was soll sich nicht durch die Therapie verändern und so bleiben wie es ist?

Der Erfolg einer Therapie hängt u.a. auch von Ihrer Bereitschaft ab, Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten möglichst umfassende Informationen zu geben. Welche zusätzlichen Informationen scheinen Ihnen noch wichtig zu sein? (z.B. beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen)