

# Fragebogen zur Lebensgeschichte

Name:

Datum:

Geburtsdatum:

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Absicht dieses Fragebogens besteht darin, ein umfassendes Bild von Ihnen und der Umwelt zu bekommen, in der Sie leben.

Wenn Sie diesen Fragebogen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie sich und uns das Erkennen der Problemzusammenhänge sowie die daran anschließende Durchführung der Therapie.

Die folgenden Fragen verdeutlichen Ihnen bereits, dass wir davon ausgehen, dass der Mensch viele Selbsthilfemöglichkeiten besitzt, die mit Hilfe einer verhaltenstherapeutischen Behandlung mobilisiert werden können. Wir verstehen uns somit als Begleiter und Wegweiser, die Verhaltenstherapie also als Hilfe zur Selbsthilfe.

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.

Bitte planen Sie für diesen Fragebogen ausreichend störungsfreie Zeit ein und bringen Sie ihn ausgefüllt zur nächsten Sitzung wieder mit.

## I. Angaben zur Symptomatik

Bitte unterstreichen Sie nur die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten:

Nägel knappern – Haare ausreißen – Tics – Einnässen - Einkoten - Anfallsleiden - Entwicklungsverzögerung - Wachstumsstörung - Übergewicht - Untergewicht - Essstörung (z. B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht) - Selbstverletzungen - Stehlen - Lügen - Zündeln - Ausreißen - Schuleschwänzen - Konzentrationsstörungen - Lese, Rechen- oder Schreibstörungen - Kopfschmerzen - Kreislaufbeschwerden - Magen-Darm-Beschwerden - Übelkeit - Missbrauch von Medikamenten, Alkohol, Drogen bzw. weiteren Suchtmitteln - Atembeschwerden - Asthma - Zwänge - Ordnungsdrang - Distanzlosigkeit - „Kasperleverhalten“ - aggressives Verhalten - Selbstmordäußerungen - Traurigkeit

Sonstiges:

Bitte unterstreichen Sie nun, welche der unten aufgeführten Probleme heute als Erwachsene/r auf Sie zutreffen:

Häufige oder chronische Schmerzen - Schlafstörungen - Arbeitsstörungen - Angst vor Menschen - Unsicherheit - Minderwertigkeitsgefühle - Erröten - Zittern - Schwitzen - Kloßgefühl - Angst vor dem Alleinsein - wechselnde körperliche Beschwerden - Selbstmordgedanken - Sprachstörungen – Panikzustände - Partnerschaftsprobleme - Grübeln - Verfolgungsgedanken - Überempfindlichkeit - Katastrophenphantasien - Ohnmachtsanfälle - Angst vor Höhen - Angst in geschlossenen Räumen - Schuldgefühle - übertriebenes Sorgen - Zukunftsängste - Schwindel - Herzbeschwerden - Magen-Darmbeschwerden - Zwänge - Spielsucht - Arbeitssucht - Kontaktprobleme - Konflikte - Ärger - Alkoholmissbrauch - Beruhigungsmittel - Diäten - Drogen - Störungen des Essverhaltens - Lustlosigkeit - Unterforderung - Überforderung - Entscheidungsprobleme - finanzielle Probleme - Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit - Einsamkeit - Konzentrationsprobleme - Gedächtnisprobleme - Antriebslosigkeit - Gewichtsverlust - Appetitverlust - unkontrollierte Wutausbrüche - Asthma - Verlust sexueller Interessen - sonstige körperliche Krankheiten

Sonstiges:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Grund Ihres Kommens, also auf das **Problem**, unter das Sie momentan leiden.

Problembeschreibung:

Seit wann besteht Ihr Problem?

Beschreiben Sie bitte, wie sich Ihr Problem vom ersten Auftreten bis heute entwickelt hat:

Gab es 1-2 Jahre vor Beginn der Hauptbeschwerden eine anhaltende Belastung in Ihrem Leben?

Haben Sie sich bereits zu einem früheren Zeitpunkt in eine psychotherapeutische Behandlung begeben (ambulant oder stationär, Therapieform, Dauer, mit welchem Erfolg)?

Wer oder was ist ausschlaggebend, dass Sie jetzt eine Therapie machen möchten?

Auf welche Weise versuchten Sie bisher, sich selbst zu helfen?

## II. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

0-3 Jahre (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindliche Entwicklung; Wer hat Sie überwiegend betreut? Wo sind Sie aufgewachsen? usw.)

3-6 Jahre (z.B. Kindergarten, Wohnort-, Bezugspersonenwechsel usw.)

6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern bzw. Erwachsenen usw.)

10-15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme usw.)

15-20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen und eigenen Geschlecht usw.)

20-30 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung usw.)

Machen Sie bitte Angaben zu Ihrer **Herkunftsfamilie:**

**Zur Mutter:**

geb.am:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Falls verstorben: Todesjahr und –ursache:

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre Beziehung zueinander:

Wie war ihr Erziehungsstil (streng, liebevoll, usw.)?

Welche Erlebnisse mit Ihrer Mutter prägen Sie bis heute?

**Zum Vater:**

geb.am:

Alter bei Ihrer Geburt:

Beruf:

Falls verstorben: Todesjahr und -ursache

Beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre Beziehung zueinander:

Wie war sein Erziehungsstil (streng, liebevoll, usw.)?

Welche Erlebnisse mit Ihrem Vater prägen Sie bis heute?

Wie erlebten Sie die Beziehung Ihrer Eltern zueinander? Wie war deren Umgang mit Gefühlen?

**Geschwister:**

geb.am:

Beruf:

Falls verstorben: Todesjahr und -ursache

(für jedes weitere Geschwister bitte in gleicher Weise wiederholen)

Welche Beziehung hatten bzw. haben Sie zu Ihren Geschwistern?

Wie erlebten Sie die Atmosphäre in Ihrer Familie (z.B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich usw.)

Welche Einstellungen zur Sexualität gab es in Ihrer Familie?

Gab es für Ihr Sexualeben bestimmende Ereignisse?

Gab es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?

Sollte es in Ihrer Familie schwerwiegende körperliche oder seelische Erkrankungen geben, so benennen Sie diese bitte hier:

Welche Familienmitglieder leiden unter ähnlichen Problemen wie Sie?

Falls es in Ihrem Leben andere wichtige Bezugspersonen gab, beschreiben Sie diese bitte wie Sie es für Ihre Familienmitglieder eben getan haben:

## **Schulische und berufliche Laufbahn**

Welche Schulzweige besuchten Sie (von-bis) mit welchem Abschluss?

Grundschule:

Hauptschule:

POS:

EOS:

Realschule:

Gymnasium:

Studium/Berufsausbildung:

Eigener Berufswunsch:

Berufswunsch der Eltern für Sie:

Bisherige Arbeitsstellen:

Jetzige Arbeitsstelle seit:

Sind Sie damit zufrieden?

Veränderungswünsche:

Wie bewerten Sie ihre finanzielle Situation?

Wie reagier(t)en Ihre Eltern bzw. andere wichtige Bezugspersonen auf Ihre Erfolge/Misserfolge in schulischer und beruflicher Hinsicht?

## **Partnerschaft**

Alter des Partners/der Partnerin:

Befreundet seit:

Verheiratet seit:

Schulabschluss:

Berufliche Tätigkeit:

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

In welchen weniger gut?



Bitte zählen Sie noch frühere Freunde/innen bzw. Partnerschaften auf (mit Angabe der Dauer):

## **Kinder**

Name	Alter	Schule/Beruf	Beziehung zu ihm/ihr
------	-------	--------------	----------------------

Hat eines der Kinder spezielle Probleme/Krankheiten?

Hatten Sie Früh-oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder anderes?

## **III. Aktuelle Lebenssituation**

Wie bewerten Sie Ihre Wohnsituation?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Welche Hobbies/Interessen haben Sie und wie häufig beschäftigen Sie sich damit?

Haben Sie Bekannte/Freunde bzw. einen festen Freundeskreis? Was unternehmen Sie gemeinsam?  
Wie lange kennen Sie sich?

Mögen Sie Wochenenden und Urlaube? Was gefällt Ihnen daran, was gefällt Ihnen nicht?  
Was unternehmen Sie dann meistens?

Was möchten Sie an Ihrer aktuellen Lebenssituation ändern?

Was hindert Sie daran?

Wie versuchten Sie bisher, sich dabei selbst zu helfen?

#### IV. Psychischer Befund – Beziehung zum/r Therapeut/in

Wie ist gewöhnlich Ihre Grundstimmung?

Haben Sie jemals daran gedacht oder versucht, sich das Leben zu nehmen?  
Wenn „Ja“: Wann, Wie, Warum?

Denken Sie zurzeit daran, sich das Leben zu nehmen?

Wie wünschen Sie sich idealerweise die Beziehung zu Ihrem Therapeuten bzw. Ihrer Therapeutin?

Gibt es etwas, was Sie im Kontakt mit Ihrem Therapeuten bzw. Ihrer Therapeutin befürchten?

#### V. Somatischer Befund

Bitte geben Sie Ihre **Größe** \_\_\_\_\_ m und Ihr **Gewicht** \_\_\_\_\_ kg an.

Welche ärztlichen Diagnosen und Untersuchungsergebnisse der letzten 5 Jahre sind Ihnen bekannt?

Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie durchgemacht?

Gab es oder gibt es körperliche Besonderheiten, derentwegen Sie sich schämen oder gehänselt wurden bzw. werden?

Ernähren Sie sich auf eine bestimmte Art und Weise?

Zählen Sie Kalorien?

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt?  
Halten Sie das für ausreichend?

Wie viele Tage pro Woche arbeiten Sie?  
Wie viele Stunden pro Tag durchschnittlich?

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie in den letzten 5 Jahren eingenommen haben (mit Angabe der Menge):

Medikamente:

Zigaretten:

Alkohol:

Drogen:

Kaffee:

Welche der eben genannten Substanzen nehmen Sie heute ein und in welcher Menge pro Tag:

Wie halten Sie Ihren Körper fit?

Zu wie viel Prozent sind Ihre Beschwerden Ihrer Ansicht nach organisch \_\_\_\_\_ %  
bzw. psychisch \_\_\_\_\_ % bedingt?

## VI. Verhaltensanalyse

### **Bedingungsanalyse**

Was ist Ihnen über die Auslöser Ihrer Beschwerden bekannt?

In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten die Beschwerden gehäuft bzw. stärker auf?

### **Verhaltensbeschreibung**

Welche typischen *Gedanken* treten in einer Problemsituation auf?

Welche typischen *Gefühle* sind damit verbunden?

Welche körperlichen *Reaktionen* erleben Sie in Zusammenhang mit Ihren Problemen?

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

## **Funktionsanalyse**

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

Welche Verhaltensweisen oder Einstellungen hindern Sie daran, Ihr Problem zu lösen?

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

Was würden Sie gern mit der freien Zeit machen, die Sie haben werden, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihrem Problem beschäftigen müssen?

Welche Personen würden außer Ihnen von einem Therapieerfolg profitieren?

Woran hindert Sie Ihr Problem?

Wann benutzen Sie Ihr Problem schon mal als Ausrede?

Was müsste passieren, damit Ihr Problem wie von selbst verschwindet?

Auf welche mögliche Überforderung oder Überlastung könnte Ihr Problem Sie aufmerksam machen?

Welche Veränderungen sind nach dem Beginn Ihrer Beschwerden in Ihrem Leben eingetreten?

### **Analyse weiterer Einflussfaktoren**

Welche Begabungen oder Fähigkeiten haben Sie?  
Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß?

Wofür bekommen Sie Lob und Anerkennung?

Was erfreut Sie?

Wobei können Sie sich entspannen?

Wie haben Sie sich bisher bei Krisen oder Problemen geholfen?

Wie viel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen Sie selbst \_\_\_\_\_ %  
und wie viel Prozent tragen andere \_\_\_\_\_ %?

Welche Anforderungen des Lebens fallen Ihnen besonders schwer?

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?



Wie lautet die Diagnose des Hausarztes?

Kennen Sie weitere fachärztliche Diagnosen?

## VIII. Therapieziele

Nennen Sie bitte Ihre fünf wichtigsten Therapieziele?

1.

2.

3.

4.

5.

Was wäre Ihrer Meinung nach zu tun, um diese Ziele zu erreichen?

Zu 1:

Zu 2:

Zu 3:

Zu 4:

Zu 5:



## IX. Behandlungsplan

Wie viel Zeit können Sie pro Tag/Woche für therapeutische Aufgaben zur Mobilisierung Ihrer Selbsthilfekräfte einplanen?

Wie viele Sitzungen sollte Ihre therapeutische Behandlung Ihrer Meinung nach dauern?

Haben Sie sich im Vorfeld der Therapie mit Hilfsangeboten oder Selbsthilfemöglichkeiten beschäftigt und wenn ja, wie?

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

Welche Veränderungsschritte kosten Sie am wenigsten Mut?

Welche kosten am meisten Mut?

Wieweit ist Ihre wichtigste Bezugsperson bereit, Ihnen bei den möglichen Veränderungsschritten zu helfen?

## **Zum Schluss**

Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Ausfüllen des Fragebogens?

Der Erfolg der Therapie hängt u.a. auch von Ihrer Bereitschaft ab, uns möglichst umfassende Informationen zu geben.

Welche zusätzlichen Informationen erscheinen Ihnen dafür noch wichtig zu sein (z.B. kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen, traumatische Erfahrungen usw.)?

Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich zu beantworten, dann haben Sie bereits einen ersten wichtigen Schritt geschafft.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit?