

## Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll helfen, ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung zu bekommen. Auch von der Umwelt, in der Sie aufgewachsen sind und von der Umwelt, in der Sie jetzt leben. Bitte nehmen Sie sich die Zeit dafür. Füllen Sie den Fragebogen allein und in aller Ruhe aus. Rechtschreibung und Formulierungen sind gänzlich unwichtig, 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.

## **Lebensgeschichtliche Entwicklung:**

**Gesundheitszustand** während Kindheit und Jugend. Welche Krankheiten / Ängste hatten Sie? Mussten Sie im Krankenhaus behandelt werden, konnten Sie längere Zeit nicht zur Schule gehen?

<p>Bitte beschreiben Sie <b>wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse</b> Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge mit Ihren heutigen Problemen:</p>	
<b>0 – 3 Jahre:</b> (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, wer hat Sie betreut, erste Entwicklungsschritte)	
<b>3 – 6 Jahre:</b> (z.B. Kindergarten, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen)	
<b>6 – 10 Jahre:</b> (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern)	
<b>10 – 16 Jahre:</b> (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften)	
<b>16 – 25 Jahre:</b> (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus, Partnersuche, Selbständigkeitsentwicklung)	
<b>ab dem 25. Lebensjahr:</b>	

Wie erlebten Sie die **Atmosphäre in Ihrer Herkunfts Familie?**

Haben sich Ihre Eltern getrennt, gab es Patchwork oder andere Familiensituationen? Gerne dürfen Sie Ihre Familien-Konstellation auch auf einem extra Blatt aufzeichnen! Bitte schreiben Sie dazu, wie alt Sie waren, als Trennungen passierten oder Sie neue Bezugspersonen kennen lernten.

**Vater o leiblicher Vater o Stiefvater/ sozialer Vater o Pflegevater o Adoption**

Alter Ihres <b>Vaters</b> 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 o leibliche Mutter o Stiefmutter/ soziale Mutter o Pflegemutter o Adoption**

Alter Ihrer <b>Mutter</b> 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:	

**Geschwister**

Bitte schreiben Sie alle in der Reihenfolge auf, wie Sie geboren sind. Auch sich selbst.

Name	Bruder/ Schwester	wieviel älter oder jünger	Wie haben Sie sich als Kinder verstanden?	Wie verstehen Sie sich jetzt?

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?
--	--

## 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?

Bedeutsame frühere Freundschaften / Partnerschaften:

### **Kinder:**

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

Gab es weitere Schwangerschaften? In welchem Lebensjahr?

Wodurch beendet? In welcher Schwangerschaftswoche?

Wie geht es Ihnen damit?

## **Aktuelle Lebenssituation**

1. Wie ist Ihre Wohnsituation – Positives und Negatives:

2. Wie verbringen Sie Ihre Freizeit / Hobbys?

3. Haben Sie Bekannte und Freunde?

4. Sind Sie gläubig oder religiös, spirituell? Welche positiven und welche negativen Auswirkungen hat das auf Sie?

5.1 Was möchten Sie an Ihrer Lebenssituation verändern?

5.2 Was hindert Sie daran, die gewünschten Veränderungen vorzunehmen?

5.3 Wie versuchen Sie, sich dabei selbst zu helfen?

6.1 Was möchten Sie in Ihrem Leben **nicht** verändern? Was soll so bleiben, wie es ist?

5.2 Was ist oder war das beste in Ihrem Leben und worauf sind Sie am meisten stolz?

### **Diagnose:**

Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem?

### **Therapieziele:**

Was möchten Sie durch die Therapie erreichen?

Nennen Sie bitte Ihre fünf wichtigsten Veränderungsziele:

1.

2.

3.

4.

5.

### **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?

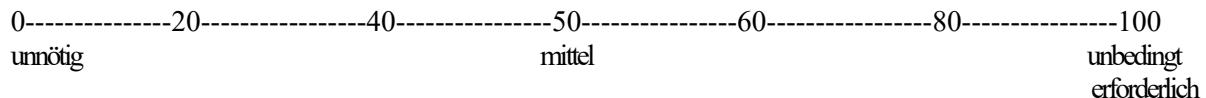
##### **Selbsthilfemöglichkeiten, Stärken im Umgang mit dem Problem:**

### **Defizite / Schwächen:**

## Motivationsanalyse:

Wie viel Zeit und wieviel Energie können Sie für die Psychotherapie und die Veränderungsschritte aufbringen?

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



Welche Ihrer Bezugspersonen wären bereit, zu Therapiesitzungen mitzukommen?

Wer steht Ihrer psychotherapeutischen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

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