



Praxis für Psychotherapie + Coaching

Bettina Siegler

Diplom-Psychologin

Verhaltenstherapie

Lena Becker

Master of Science,

Psychologie

Rennershofstraße 3

68163 Mannheim

Telefon 0621-83267130

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Mit Hilfe dieses Fragebogens lerne ich Sie und Ihren lebensgeschichtlichen Hintergrund besser kennen.

Fragebögen dieser Art sind eine wichtige Basis für die Therapie. Indem sie die folgenden Fragen ausfüllen, erleichtern und beschleunigen Sie die Behandlung. Vielen Menschen sind allein schon beim Ausfüllen dieses Bogens wichtige Zusammenhänge bewusst geworden. Ich bitte Sie, die Fragen in Ruhe zu Hause zu beantworten. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so machen Sie einfach einen Strich.

Schweigepflicht und Datenschutz

Es wird Sie interessieren, was mit Ihren Informationen geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlich sind. Selbstverständlich sind alle Therapieunterlagen und persönlichen Informationen **absolut vertraulich**.

KEIN AUSSENSTEHENDER (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) ERHÄLT OHNE IHRE ERLAUBNIS ZUGANG ZU DIESEN INFORMATIONEN! Ich unterliege der Schweigepflicht und halte mich streng an diese Auflage.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

Psychologische Psychotherapie

Ich komme aus eigener Initiative zur Beratung

Mir wurde eine Beratung empfohlen durch:

A. Personalien

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

eMail:

Alter:

Geburtsdatum und -ort:

Schulabschluss (höchster):

Berufsausbildung:.....

Berufstätigkeit (derzeit)

Familienstand:

Lebenspartnerschaft, wenn ja, welcher Form?

allein stehend, wenn ja, seit wann?

Kinder: ja nein, wenn ja, Anzahl der Kinder: ()

Bitte Größe und Gewicht angeben: (m) (kg)

Waren Sie bereits vorher einmal in ambulanter/stationärer Psychotherapie und/oder psychiatrischer Behandlung?

ja, wann , wie lange dauerte die Therapie mit welchen Ergebnissen

nein

B. Anlass

1. Was führt Sie zu mir? Gibt es einen aktuellen Anlass, weshalb Sie jetzt eine Therapie suchen? Bitte schildern Sie:

2. Ihre Therapieziele: Bitte schildern Sie Ihre Therapieziele. Was möchten Sie verändern? Was möchten Sie lernen?

3. Beschreiben Sie die Art der wichtigsten Probleme/Beschwerden, wegen denen Sie Behandlung suchen. Seit wann bestehen die Beschwerden. Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

4. Wie häufig (pro Tag oder pro Woche) kommen diese oder ähnliche Situationen vor?

5. Nennen Sie bitte typische Situationen, in denen das Problem/die Beschwerden besser bzw. schlechter werden:

- (1) Situationen, in denen es besser geht:
(2) Situationen, in denen es schlechter geht:

6. Versuchen Sie einmal zu beschreiben, welche Bedeutung und Auswirkung die Beschwerden für Ihr Leben haben?

7. Wie wirkt sich dieses Problem auf Ihre Beziehungen zu Ihren Mitmenschen aus? Wie reagiert Ihre Umwelt auf das Thema?

8. Wie erklären Sie sich selbst die Entstehung und Bedeutung der Beschwerden? Was vermuten Sie?

.....

9. Stehen einige dieser Ereignisse im Zusammenhang mit Ihren Problemen? Markieren oder unterstreichen Sie:

Partnerschaftskonflikte	Gewalt durch Partner	Tod des Partners	Partnerschaftstrennung
Probleme mit Kindern	Tod von Kind	Streit mit Eltern	Streit mit Freunden
Verlust von Freundschaft	Tod von Elternteilen	Tod von anderen Familienangehörigen	Tod von Freunden
Eigene körperliche Erkrankung	Schwere Erkrankung von Familienangehörigen	Schwere Erkrankung von Freunden	Pflege von Familienangehörigen
Arbeitslosigkeit	Berentung	Arbeitsplatzwechsel	Zu viel Arbeit
Konflikte am Arbeitsplatz	Finanzielle Probleme	Opfer von Kriminalität	Monotonie
Sonstiges:			

10. Geben Sie bitte an, seit wie lang die aktuellen, jetzt vorliegenden Probleme/ Beschwerden andauern? Bitte schreiben Sie in das zutreffende Feld die passende Zahl.

() Tage () Wochen () Monate () Jahre () seit dem ich mich erinnern kann

11. Wie oft hatten Sie bereits in Vergangenheit vergleichbare Beschwerden? Wann war das?

.....

12. Bitte geben Sie in Stichworten alle körperlichen Beschwerden an:

.....

13. Es gibt folgende Diagnosen durch Ärzte (bitte benennen):

.....

14. Markieren oder unterstreichen Sie bitte, was auf Sie zutrifft und zu Beeinträchtigungen führt:

Körperlich

Herzklopfen	Schwindel	Schwächeperioden	Ermüdbarkeit
Herzstiche	Magenbrennen	Bauchschmerzen	Ohnmachten
Erröten	Kribbeln im Magen	Verdauungsbeschwerden	Völlegefühle
Einnässen (Inkontinenz)	Appetitlosigkeit	Gewichtsabnahme (Wie viel?)	Gewichtszunahme (Wie viel?)
Übergewicht	Untergewicht	starkes Schwitzen	Schluckbeschwerden
Zittern	Atemnot	Muskelspannung	Mundtrockenheit
häufiges Wasserlassen	Würgegefühl	Kälteschauer	Hitzewallungen
Hautjucken	Gliederschmerzen	Kopfschmerzen	Rückenschmerzen
Brustschmerzen/Enge	Ganzkörperschmerzen	Sonstiges:	

Schlafprobleme

Einschlafstörungen	Durchschlafstörungen	Alpträume	Vermehrter Schlaf
morgendliches Früherwachen (2 oder mehr Stunden vor gewohnter Zeit)	Schlafwandeln	Schreien im Schlaf	

Emotionale Probleme

Ängste und Sorgen	Panikgefühle	Spannungsgefühle	Schreckhaftigkeit
Traurigkeit	Resignation	Hilflosigkeit	Hoffnungslosigkeit
Einsamkeitsgefühle	Niedergeschlagenheit	Freudlosigkeit	Gefühlsleere
Wut & Ärgergefühle	Gefühlsschwankungen	Lustlosigkeit	Euphorie
Reizbarkeit	Unruhegefühle	Unwirklichkeitsgefühle	Überempfindlich

Leistungsfähigkeit

Gedächtnisschwierigkeiten	Konzentrationsprobleme	Denkprobleme	Keine Ausdauer
Entscheidungsprobleme	Denkufähigkeit	Sprunghaftigkeit	

Sexualität

Lustunfähigkeit	Potenzprobleme	Kein Orgasmus	Orgasmus zu schnell
Hemmungen	Schmerzen beim Sex	Ekel vor Sex	Angst vor Versagen
Kein Interesse an Sexualität	Sexsucht	Verkrampfungen beim Sex	

Selbstachtung, Selbstbild & Zukunftsperspektiven

Schuldempfinden	Selbstabwertung	Geringer Selbstwert	Ich bin unfähig
Selbsthass	Verbitterung	Selbstmordgedanken	Selbstmordpläne
Minderwertigkeitsgefühle	Ich bin nichts wert	Ich traue mir nichts zu	Alle anderen sind besser
Ich weiß nicht, was ich will	Ich kenne meine Wünsche nicht	Ich verstehe mich nicht	Ich sehe schwarz
Es wird alles schlimmer	Ich verliere die Kontrolle	Ich halte nicht durch	Ich werde zugrunde gehen
Niemand hilft mir	Ich muss vor Angst sterben	Es hat alles keinen Sinn	Ich schäme mich
Ich werde nichts erreichen	Ich kann mir nicht helfen	Ich bin dumm	Alle lachen über mich
Denke nur an Probleme	Ständiges Grübeln	Selbstüberschätzung	Ich bin ein Genie
Ich bin neidisch	Andere sind neidisch auf mich	Man unterdrückt mich	Ich werde ungerecht behandelt
Sonstiges:			

Suchtmittel (Geben Sie an, welche nicht ärztlich verordneten Substanzen sie konsumieren)

Alkohol	Zigaretten	Heroin/Opiate	LSD/Halluzinogene
Ecstasy	Speed	Kokain	Cannabis
Beruhigungs-/Schlafmittel	Schnüffelstoffe	Sonstige (angeben):	

Wenn Suchtmittelkonsum (bitte die jeweiligen Substanzen, für die der Satz gilt, dahinter schreiben!):

- () Ich konsumiere täglich; Substanzen:
- () Ich konsumiere bei Belastungen; Substanzen:
- () Es besteht ein intensiver Drang zum Konsum; Substanzen:
- () Meine Freizeit wird durch den Konsum bestimmt, Substanzen:
- () Ich kann den Konsum nicht kontrollieren, Substanzen:
- () Bei Nicht-Konsum treten Entzugserscheinungen auf; Substanzen und Entzugserscheinungen benennen:
- () Ich bin abstinent (konsumiere nicht mehr) seit:
- () Bitte typische Konsum-Mengen für die jeweiligen Substanzen angeben:

Ungewöhnliches Denken/Empfinden/Verhalten

Ich werde verfolgt	Ich werde beobachtet	Stimmen Hören	Visuelle Halluzinationen
Medien berichten über mich	Gedanken werden gelesen	Gedanken werden entzogen	Bin religiös auserwählt
Körper/Organe verändern sich	Alles ist inszeniert	Größengedanken	Ufo-/Außerirdischenkontakte
Ich fühle mich entfernt/nicht richtig hier, obwohl ich es bin	Wie in einem Schauspiel, obwohl es nicht so ist	Fühle mich fremd/verloren	Alles scheint unwirklich, obwohl es wirklich ist

Wenn ungewöhnliche Gedanken/Wahrnehmungen angegeben wurden, bitte schildern Sie diese näher (Beschreibung der Stimmen etc.). Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

.....

.....

.....

Zwänge und Zwangsgedanken (nur angeben, wenn erheblich und störend!)

Muss ständig Händewaschen	Muss ständig duschen	Muss ständig putzen	Muss ständig ordnen
Muss ständig kontrollieren	Muss ständig Dinge wiederholen	Muss ständig zählen	Kann Schmutz nicht ertragen
Befürchte ständig Katastrophen	Befürchte ständig Verschmutzung	Befürchte ständig, jemanden zu schaden/verletzen	Muss ständig beten, um Schaden abzuwenden
Andere sich aufdrängende Zwänge:	Sonstige:		

Wenn Zwangsgedanken und Zwangshandlungen angegeben wurde, bitte schildern Sie diese näher (z.B. genauere Verhaltens-/Gedankenbeschreibung, warum gehandelt wird, z.B. zur Reduktion der Angst). Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite:

.....

.....

.....

Einstellungen/Eigenarten (nur angeben, wenn übertrieben/störend/überfordernd):

Sehr perfektionistisch	Stark arbeitsorientiert	Stark leistungsorientiert	Sehr Kompromisslos
Sehr konfliktscheu	Sonstige (angeben):		

Bitte nennen Sie alle spezifischen Dinge/Situationen/Verhaltensweisen, die sie aus Angst vermeiden (Markieren oder unterstreichen):

Spritzen	Blut	Arztbesuche	Zahnarzt
Öffentliche Verkehrsmittel	Autofahren	Verreisen	Tunnel
Brücken	Fahrstühle	Fliegen	Geschlossene Räume
Höhen	Laute Geräusche	Kinder	Tiere, welche:
Erbrechen in Öffentlichkeit	Menschenmengen	Orte, wo Flucht schwer möglich	Orte, wo keine Hilfe, wenn Panikattacke auftritt
Alleine außer Haus	In Schlange stehen	Fremde Personen	Leistungssituationen
Wo ich bewertet werde	Wo ich mich blamieren kann	Allein zu Hause	Andere, wer, weshalb:

Weitere Angstsymptome:

- () Allgemeine generalisierende Ängste und Sorgen, bitte kurz beschreiben:
- () Verlassensängste, bitte kurz beschreiben:
- () Angst vor Tod/Erkrankung von Partner, Familienangehörigen etc, bitte kurz beschreiben:
- () Angst, in Beruf /Schule zu versagen, bitte kurz beschreiben:
- () Angst vor Erkrankungen, die nicht besser wird, wenn Ärzte nichts finden, bitte kurz beschreiben:

Beeinträchtigungen von Essverhalten/Gewicht/Körperbild:

Häufige Diäten	Vermeidung fetter Speisen	Stark untergewichtig	Frauen: Keine Regelblutung mehr
Männer: Kein Interesse an Sexualität und Potenzverlust	Angst vor Gewichtszunahmen	Erlebe mich als zu dick	Ständige Gewichtskontrolle
Einnahme von Abführmitteln zur Gewichtsreduktion	Exzessiver Sport zur Gewichtsreduktion	Essattacken mit Konsum großer Mengen an Nahrungsmitteln	Einsatz von Erbrechen zur Gewichtsreduktion
Einnahme von Appetitzüglern	Chronisch erhöhter Nahrungsmittelkonsum	Stark übergewichtig	Essen bei Stress und Belastungen

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie sich stabil und distanziert genug erleben. Ansonsten üllen wir diesen Abschnitte gemeinsam aus:

Folgen von erlebten Traumata:

() Ich bin traumatisiert, habe ein/mehrere Trauma (extrem belastendes Ereignis) erlebt. Wenn angekreuzt, bitte benennen Sie in Stichworten das Trauma bzw. die Traumata und geben Sie auch ihr damaliges Alter an:

.....

.....

.....

.....

Erstmaliges Auftreten der Beschwerden () Tage () Wochen () Monate () Jahre nach dem Trauma

Markieren oder unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Anhaltende Erinnerungen	Lebendige Erinnerungen	Aufdrängende Erinnerungen	Wiedererleben/ Flashbacks
Träume vom Trauma	Unterdrückung der Erinnerungen	Vermeidung an das Trauma erinnernder Situationen	Große Angst, wenn ähnlichen Situationen ausgesetzt
Teilweise Unfähigkeit, das Trauma zu erinnern	Vollständige Unfähigkeit, das Trauma zu erinnern	Starke Sorgen und Übervorsichtigkeit	Durch Trauma nach wie vor extrem psychisch belastet

15. Sozialkontakte und Freizeitaktivitäten

- Ich habe genug Sozialkontakte
- Ich verfüge über zu wenig Sozialkontakte
- Ich habe nur Bekannter, aber keine Freunde
- Ich habe weder Bekannte noch Freunde
- Wegen meiner Beschwerden ziehe ich mich von Sozialkontakten zurück
- Meine meisten Sozialkontakte sind negativ
- Meine meisten Sozialkontakte sind positiv
- Ich möchte neue Kontakte aufbauen
- Es fällt mir schwer, Kontakte zu schließen, weil ich zu schüchtern bin
- Es fällt mir schwer Kontakte zu schließen, weil ich sozial nicht kompetent bin
- Ich bin zu antriebslos, um Kontakte zu schließen

16. Bitte schildern Sie kurz wichtige Interessen, Aktivitäten und Hobbys (z.B. Sport, Lesen, Verreisen, Spaziergehen, Einkaufen, Musik hören, Wandern etc.) von Ihnen. Machen Sie ebenfalls Angaben zu Häufigkeit, Dauer und Zufriedenheit mit den ausgeübten Tätigkeiten.

- wegen meiner Beschwerden sind meine Aktivitäten reduziert
- wegen meiner Beschwerden führe ich fast keine Freizeitaktivitäten mehr durch
- meine Beschwerden haben keinen Einfluss auf meine Freizeitaktivitäten
- insgesamt hatte ich schon immer zu wenig Freizeitaktivitäten

17. Wer unterstützt Sie sonst noch im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?

18. Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?

19. Was machen Sie am Wochenende?

20. Wie oft und wie lange machen Sie Urlaub? Wie gestalten Sie diesen?

21. Tragen Sie bitte in die folgende Tabelle ein, welche Medikamente Sie einnehmen

Name des Medikaments bzw. der Droge	Einnahme seit	Häufigkeit pro Tag

C. Aktuelle Lebenssituation

1. Bitte beschreiben Sie Ihre Wohnsituation.

2. Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle berufliche Situation? In welcher Funktion sind Sie tätig?

3. Wie sind Ihre Beziehungen zu Ihrem Chef, den Kollegen, Ihren Mitarbeitern?

4. Arbeitszeit pro Woche?

5. Was macht Ihnen Spaß, was bereitet Ihnen Sorgen im Beruf?

6. Bitte schildern Sie, Besonderheiten oder Probleme bei Ihrer beruflichen Tätigkeit?

7. Waren Sie bereits vorher woanders berufstätig? Bitte geben Sie alle Arbeitstätigkeiten an, bitte mit Jahresangaben, schildern Sie besondere Ereignisse:

8. Haben Sie finanzielle Sorgen oder Belastungen?

9. Sind bezüglich der jetzigen Lebenssituation wichtige Veränderungen zu erwarten?

D. Lebensgeschichte:

1. Bitte nennen Sie in Stichworten wichtige, angenehme oder unangenehme Erlebnisse/Ereignisse in Ihrer Biographie (z.B. Kindergarten, Schule, Krankheiten, Probleme mit Eltern oder Lehrern, Scheidung der Eltern, Heimaufenthalte, Pubertätsprobleme, Umzüge, Schulwechsel, Auszug aus dem Elternhaus u.s.w.) Schreiben Sie jeweils in Klammern Ihr Alter während der Erlebnisse:

2. Familie

Atmosphäre im Elternhaus bzw. dort, wo aufgewachsen sind (unterstreichen Sie bitte zutreffendes):

harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, gefühllos, durch Streit geprägt, durch Bestrafung geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich, wechselhaft, gewalttätig, vernachlässigend, chaotisch, überordentlich, ängstlich-sorgenvoll, streng, einengend, pedantisch, nur auf Leistung bezogen, regellos, willkürlich, zurückweisend, lobend, unterstützend, zu viel Verantwortung, allein lassend, überfürsorglich, nicht loslassend, Alkohol- oder Drogenkonsum der Eltern/Bezugspersonen, Gewalt zwischen den Eltern/Bezugspersonen, Sonstiges:

3. Angaben zu Ihren Eltern: Zwischenzeitlich geschieden?.....

	Mutter	Vater
Geburtsjahr		
Alter bei Ihrer Geburt		
Heutiges Alter		
Beruf		
Gesundheit, eventuelle Süchte		
Falls verstorben: Todesj. Todesursache		
Wie alt waren Sie?		"
Typische Eigenschaften des Elternteils		"
Schreiben Sie drei typische Sätze des Elternteils auf	.	
Erziehungsstil (Lob, Strafen, Zuwendung, Strenge)		" "
Konnten Sie dem jeweiligen Elternteil vertrauen? :		
Fühlten Sie sich von dem jeweiligen Elternteil akzeptiert, geliebt?		
Was hat Ihnen am meisten bei dem jeweiligen Elternteil gefehlt / was hätten Sie sich von ihr/ihm gewünscht?		
Welche Erlebnisse mit dem betreffenden Elternteil prägen Sie heute noch?		"
Wie versuchen Sie heute, die Beziehung zu dem betreffenden Elternteil befriedigend zu gestalten?		

4. Ehe der Eltern

Haben Sie viel Streit und Auseinandersetzungen zwischen den Eltern erlebt? Kam es zu Gewalttätigkeit? Trennten sich die Eltern oder ließen sie sich scheiden? Bitte schildern Sie:

5. Ihre Geschwister:

Geb.-jahr	Vorname	Geschl.	Beruf	Gesundheit	Wie war die Beziehung früher / heute		Charakter

6. Schullaufbahn (Bitte Ankreuzen und freien Text ausfüllen)

- Ich war in der Schule sehr schüchtern und gehemmt,
- Ich war in der Schule frech und aufsässig,
- Ich habe in der Schule immer gestört,
- Ich hatte in der Schule keine Freunde
- Ich konnte mich nie konzentrieren und war hyperaktiv,
- Ich habe mich in der Schule nicht ausreichend bemüht,
- Ich war in der Schule sehr strebsam,
- Die Schule ist mir schwer gefallen,
- Die Schule ist mir leicht gefallen

Bitte schildern Sie, Besonderheiten oder Probleme in der Schule, mit Mitschülern, Lehrern oder Schulleistungen?

7. Berufsausbildungen/Weiterbildungen

Bitte schildern Sie, wenn es Besonderheiten oder Probleme während des Studiums oder Weiterbildungen gab?

8. Name, Alter, Geschlecht Ihrer **eigenen** Kinder (in chronologischer Reihenfolge), welche Kinder stammen aus früheren Ehen? Wie ist das jeweilige Verhältnis?

E. Partnerschaft

1. Leben Sie in einer Partnerschaft?
Seit wann?

2. Alter Ihrer Partnerin/Ihres Partners:
Beruf Ihrer Partnerin/Ihres Partners:

3. Befreundet seit
Wir leben zusammen seit:

4. Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden? Womit?
Wenn nein, bitte beschreiben Sie? Welche Probleme gibt oder gab es?

5. Bitte beschreiben Sie in Stichworten die Person Ihrer Partnerin/Ihres Partners:

6. Denken Sie oder Ihre Partnerin/Ihr Partner derzeit über Trennung nach? Hatten Sie zu einem früheren Zeitpunkt die Absicht sich zu trennen?

7. Welche für Sie wichtigen früheren Partnerschaften gab es in der Vergangenheit?

8. Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihre jetzige Partnerschaft zutrifft:

Ich ordne mich unter	Ich wehre mich nicht	Ich werde beschimpft	Ich werde geschlagen
Partner/in ist sehr eifersüchtig	Partner/in kontrolliert mich	Ich bin sehr eifersüchtig	Ich schimpfe oft
Ich werde gewalttätig	Ich kontrolliere meine/n Partner/in	Ich bleibe nur aus Angst vor Trennung	Es ist keine Liebe mehr
Es gibt keine gemeinsamen Aktivitäten	Es gibt keine gemeinsamen Freunde	Partnerschaft leidet unter meinen Problemen	Partnerschaft steht vor Trennung
Partner/in stärkt mich	Partner/in ist einfühlsam	Wir lachen oft zusammen	

F. Selbstbeschreibung

1. Wie würden Sie von Ihrem Partner oder von Ihrem besten Freund beschrieben werden?
2. von jemandem der Sie nicht mag und nur Ihre schlechten Eigenschaften sieht?
3. Wie würden Sie sich selbst beschreiben? (Stärken – Schwächen)
4. Worin liegen Ihre Begabungen und Fähigkeiten?
5. Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?
6. Was sind die Glanzleistungen Ihres Lebens?
7. Welche Lebensanforderungen können Sie besonders schwer erfüllen?
8. In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?
9. Was vermeiden Sie?
10. Welche Lebensmaximen beeinflussen Ihr Leben (z.B. „Erst die Arbeit, dann der Spaß“)?
Nennen Sie die 5 wichtigsten:
11. Durch welche Sätze haben Ihnen andere Menschen schon einmal sehr weh getan?
(Sätze, die Sie schlecht vergessen können)