

# LEBENSFRAGEBOGEN

Dieser Fragebogen bietet Ihnen die Möglichkeit, mir ein erstes Bild Ihres bisherigen und gegenwärtigen Lebens zu vermitteln. Für Sie ist die Auseinandersetzung mit diesen Fragen eine Möglichkeit, Ihr Leben geschlossen zu betrachten und sich über einige Dinge klar zu werden, die Ihnen vielleicht sonst nicht bewusst sind.

Dass dieser Fragebogen sehr persönliche Fragen enthält, mag Sie beunruhigen. Bitte versuchen Sie, auch wenn es Überwindung kostet, jede Frage zu beantworten. Dennoch entscheiden Sie letztendlich, was Sie mir in diesem Fragebogen mitteilen wollen. Wir können offengebliebene Fragen oder Erfahrungen mit dem Fragebogen im Rahmen der therapeutischen Stunden besprechen.

## Personalien

Name (bitte nur Anfangsbuchstaben von Vor- u. Zuname)

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

## 1. Ihr Weg zur Psychotherapie

### 1.1 Anlaß

Abgesehen von Ihren eigentlichen Problemen, gab es sicherlich einen unmittelbaren Anlaß für Sie, mich aufzusuchen. Was gab den Ausschlag?

### 1.2 Empfehlung

Hat Sie jemand speziell an mich empfohlen? Wenn ja, wer?

### **1.3 Therapieerfahrungen**

Haben Sie schon irgendwelche Therapieerfahrungen gemacht? Bei wem / von - bis?

## **2. Ihre Probleme**

### **2.1 Probleme**

Wegen welcher Probleme sind Sie zu mir gekommen? Versuchen Sie bitte eine kurze Beschreibung.

Seit wann bestehen die Probleme? Wann traten sie zum ersten Mal auf?

### **2.2 Ziele**

Versuchen Sie, die vorläufigen Ziele Ihrer Therapie zu benennen. Denken Sie daran, welche Schwierigkeiten Sie gerne loswerden wollen, was Sie verändern möchten und was Sie können wollen.

## **3. Fragen zur Lebensgeschichte**

### **3.1 Aufgewachsen**

In welchem Ort / bei wem / von wann bis wann sind Sie aufgewachsen?

### **3.2 Ereignisse**

Schildern Sie hier drei für Sie sehr wichtige Ereignisse / Situationen aus Ihrem Leben, an die Sie sich erinnern.

1.

2.

3.

### **3.3 Glücklich**

In welcher Situation haben Sie sich besonders glücklich gefühlt?

### **3.4 Lebensdaten**

Schildern Sie bitte (auf ergänzenden Blättern) die für Sie wichtigen Ereignisse. Denken Sie besonders an:

- Bedeutsame Erlebnisse mit anderen Menschen (Freundschaften, Konflikte, Trennungen)
- Schullaufbahn, Berufsausbildung, Arbeitsplatz
- Wohnsituation, Umzug
- Krankheiten, Klinikaufenthalte

## 4. Fragen zur Familie

Auf den folgenden Seiten finden Sie Platz für eine Beschreibung der einzelnen Mitglieder Ihrer Familie ( Mutter, Vater, Geschwister) und anderer für Sie wichtiger Menschen (Großeltern, Stiefeltern Verwandte usw.)

### 4.1 .Mutter

a) Alter

b) Familienstand

c) Beruf

d) Krankheiten

e) Falls verstorben, Zeitpunkt des Todes und Todesursache

f) Eigenschaften

g) Verhältnis

#### 4.1. Vater

a) Alter

b) Familienstand

c) Beruf

d) Krankheiten

e) Falls verstorben, Zeitpunkt des Todes und Todesursache

f) Eigenschaften

g) Verhältnis

**4.3 Geschwister** (Beantworten Sie für weitere Geschwister die entsprechenden Fragen auf zusätzlichen Bögen)

a) Name

b) Alter

c) Familienstand

d) Beruf

e) Krankheiten

f) Falls verstorben, Zeitpunkt des Todes und Todesursache

g) Eigenarten

h) Verhältnis

#### **4.4 Andere** (Ergänzen Sie bitte für weitere Personen auf zusätzlichen Bögen)

- a) Beziehungsverhältnis
- b) Alter
- c) Familienstand
- d) Beruf
- e) Krankheiten
- f) Falls verstorben, Zeitpunkt des Todes und Todesursache
- g) Eigenarten
- h) Verhältnis

#### **4.7 Atmosphäre**

Schildern Sie bitte die häusliche Atmosphäre, in der Sie aufwuchsen. Wie sind die einzelnen Familienmitglieder miteinander ausgekommen?

#### **4.9 Erziehung**

Wie war die Art Ihrer Erziehung? (z. B.: streng? Waren Sie sich selbst überlassen? Sehr behütet? Oder )

#### **4.13 Auffällig**

Hat/te irgendein Familienmitglied ein Leiden, das man als psychisch auffällig bezeichnen könnte?

nein

ja: welches?

#### 4.14 Selbstmord

Wissen Sie von Familienmitgliedern, die einen Selbstmordversuch unternommen haben?

nein  
Sie?

ja: wer / welche Bedeutung hatte dieses Ereignis für

#### 4.15 Suchtverhalten

war irgendein Familienmitglied suchtgefährdet?

nein

ja: wer?

### 5. Fragen zur Kindheit und Jugend

#### 5.1 Schwangerschaft und Geburt

Was wissen Sie über das Befinden Ihrer Mutter während der Schwangerschaft und über den Geburtsverlauf?

#### 5.7 Probleme früher

Unterstreichen Sie bitte in der Liste, was auf Sie in der Kindheit zutraf.

Bettnässen

Schlafwandeln

Daumenlutschen

Stottern

Stammeln

Nägelbeißen

Tics

Schlafstörungen

Eßprobleme

Haarausreißen

Magenbeschwerden

Kränkeln

Dauernde Kopfschmerzen

Sehr sensibel

Schüchternheit

Stehlen

Schuleschwänzen

Aggressives Verhalten / Wutausbrüche  
Rechtschreibschwäche

Lese u.

eher unglückliche / eher glückliche Kindheit

Angst vor Dunkelheit

Andere Ängste (bitte benennen)

.....  
.....  
.....

### 5.9 Vorschule

Haben Sie den Kindergarten besucht?  
Wenn ja, wie war das für Sie?

### 5.10 Schule

Beschreiben Sie etwas genauer, welches Verhältnis Sie hatten zu

- ihren Lehrern:

- ihren Mitschülern:

- der Schule insgesamt:

## **6. Fragen zur beruflichen Tätigkeit, Ausbildung und wirtschaftlichen Situation**

### **6.1 Beruf**

Welchen Beruf üben Sie heute aus? Wie lange schon?

### **6.2 Andere Berufe**

Haben Sie früher schon andere Berufe ausgeübt / ein anderes Fach studiert?

### **6.5 Kollegen**

Wie ist Ihr Kontakt zu den Kollegen? Beschreiben Sie in Stichworten, wie Sie mit Ihnen

- KollegInnen bzw. KommilitonInnen bzw. MitschülerInnen

- Vorgesetzten bzw. Lehrenden

- Untergebenen

zurecht kommen? Haben Sie auch private Kontakte? Wo sehen Sie Schwierigkeiten?

## **6.6 Zufrieden**

Sind Sie mit Ihrem jetzigen Beruf / Berufsziel zufrieden?

## **6.7 Arbeitslos**

Waren oder sind Sie arbeitslos?

nein

ja: wann / wie lange / Wie kam es dazu?

## **6.8 Arbeitsstelle**

Wo arbeiten / studieren / lernen Sie?

## **6.11 Selbsteinschätzung**

Entspricht Ihre jetzige Arbeit Ihren Fähigkeiten?

## **7. Fragen zum Kontaktverhalten**

### **7.1 Lebensform**

Wie leben Sie? (z. B. allein, in einer Liebesbeziehung, mit meiner Familie etc.)

### **7.3 Partnerschaft**

Falls zur Zeit eine Partnerschaft besteht oder früher eine wichtige bestanden hat, beantworten Sie bitte die Fragen diese betreffend:

Alter

Beruf

seit wann besteht die Beziehung? (Falls beendet, von wann bis wann?)

Charaktereigenschaften

Auf welchen Gebieten gibt / gab es Übereinstimmungen?

Auf welchen Gebieten gibt / gab es Meinungsverschiedenheiten?

#### **7.4 Kinder**

Haben Sie Kinder aus der derzeitigen oder einer früheren Beziehung  
(Namen und Alter)

Schildern Sie kurz den bisherigen Lebensweg der Kinder.

#### **7.5 Beschreibung**

Wie würde Sie jemand beschreiben, der Sie sehr mag?

Wie würde Sie jemand beschreiben, der sie überhaupt nicht mag?

Und wie beschreiben Sie sich selbst?

## 7.6 Freunde / Freundinnen

Wie viele Freundinnen, wie viele Freunde haben Sie?

## 7.7 Herstellen von Kontakt

Wie können Sie Kontakt herstellen?

sehr leicht      leicht      nicht immer leicht      mit Mühe  
kaum

Wie können Sie Freundschaften schließen?

sehr leicht      leicht      nicht immer leicht      mit Mühe  
kaum

## 8. Klinische Fragen

### 8.1 Probleme

In der folgenden Liste finden Sie eine Reihe von Problemen. Tragen Sie bitte jedesmal ein, wie stark dieses Problem Sie betrifft.

**0 = gar nicht**

**1 = etwas**

**2 = stärker**

**3 = sehr stark**

Kopfschmerzen

Druckgefühl im Kopf

Häufige Halsentzündungen

Allergien

Hautjucken

Schlechte Haut

Kurzatmigkeit

Ständiger Husten

Probleme mit den Ohren

Probleme mit den Augen

Probleme mit der Nase

Probleme mit den Haaren

Akute Krankheit

Chronische Schmerzen

Chronische Krankheit

Lebens- und Existenzangst

Gelegentliche Selbstmordgedanken

Todesträume oder Todesphantasien

Alpträume

Wechseljahrsbeschwerden

Einschlafschwierigkeiten

Schlaflosigkeit

Unter- oder Übergewicht

Rauchen

Wenig bzw. zuviel Appetit

Magenbeschwerden ( Sodbrennen, Gastritis, Geschwüre)

Darmbeschwerden (Darmgeschwüre, Durchfall, Verstopfung)

Probleme mit der Leber

Nieren- und Blasenprobleme

Krankheiten, Veränderungen oder Schmerzen an den Geschlechtsorganen

Haltungsschäden

Fußschmerzen, leicht müde Füße bekommen

Körperbehinderung

Drüsenstörungen

Muskelschmerzen

Zu hoher Blutdruck

Kreislaufbeschwerden

Morgens müde und zerschlagen fühlen

Öfter matt und benommen fühlen

Konzentrations- und Arbeitsschwierigkeiten

Nervös sein

Herzbeschwerden

Starkes Herzklopfen

Sich alt und verbraucht fühlen  
Gelegentliche Ohnmachten  
Schwindelgefühle  
Spannungsgefühle  
Öfter feuchte Hände  
Leicht Zittern oder Erröten  
Muskelverspannungen (Bereich benennen)

### **8.5 Medikamente**

Welche Medikamente nehmen Sie gelegentlich oder regelmäßig ein?

### **8.6 Drogen**

Haben Sie Drogenerfahrung?

nein                      ja: mit welchen / seit wann / Dosis / in Behandlung gewesen?

### **8.7 Alkohol**

Trinken Sie öfter mehr Alkohol als sie eigentlich wollen oder vertragen?

nein                      ja: bei welchen Gelegenheiten

## Fragen zum Körpergefühl und zur Sexualität

### 9.2 Körperbeschreibung

Was gefällt Ihnen an Ihrem Körper, was gefällt Ihnen nicht?

### 9.3 Wissen

Wünschen Sie sich mehr Informationen über Sexualität?                      ja                      nein

ich brauche mehr Informationen  
über.....

### 9.8 Homosexualität / Heterosexualität

Haben Sie auch sexuelle Erfahrungen, die nicht Ihrer überwiegenden sexuellen Orientierung entsprechen? Berichten Sie darüber.

### 9.9 Gezwungen

Sind Sie jemals zu sexuellen Handlungen gezwungen worden? Fühlten Sie sich in der Kindheit oder Jugendzeit in irgendeiner Form sexuell mißbraucht? Wenn ja, von wem?  
Sind Sie sexuell genötigt oder vergewaltigt worden? Von wem?

### **9.11 Zufrieden**

Sind Sie mit Ihrem augenblicklichen Sexualleben zufrieden?

ja

nein: was wünschen Sie sich anders?

Ist Ihr / sind Ihre Partnerin/er in der sexuellen Beziehung zu Ihnen zufrieden?

### **9.15 Wünsche**

Haben Sie das Gefühl, außergewöhnliche sexuelle Wünsche zu haben?

nein

ja: welche?

Werden an Sie außergewöhnliche Wünsche gestellt?

### **9.17 Probleme**

Meinen Sie irgendwelche sexuellen Probleme zu haben?

Und Ihre Partnerin / Ihr Partner?

Können Sie diese und andere Probleme mit Ihrer Partnerin / Partner besprechen?

### **9.19 Verhütung**

Was tun Sie und Ihr Partner zur Empfängnisverhütung?

## **10. Abschließende Fragen**

### **10.1 Umstände**

Möchten Sie zur Lösung Ihrer Probleme etwas an Ihren äußeren Umständen verändern?

### **10.2 Helfen**

Wer in Ihrer Umgebung kann Ihnen bei der Bearbeitung Ihrer Probleme helfen? Wer wird sich vielleicht dagegenstellen?

### **10.3 Therapeutin**

Was ist Ihnen wichtig an Ihrer Therapeutin?