
Name, Vorname

geboren am

Straße, Haus-Nr.

Tel. privat

PLZ Wohnort

Tel. dienstlich

Beruf, Tätigkeit

Datum

FRAGENBOGEN ZUR LEBENSGESCHICHTE

Zunächst eine kurze Erläuterung zu diesem Fragebogen:

Um verstehen zu können, was Sie bewegt, brauchen wir Psychoanalytiker viele Informationen von Ihnen selbst, von Ihrem Leben und Ihren eigenen Einschätzungen zu Ihrer Situation. Fragebögen dieser Art sind in einer wissenschaftlichen Therapie üblich. Sie sind notwendig, um möglichst gründlich mit den jeweiligen Problemen arbeiten zu können.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich. Damit beschleunigen Sie die Behandlung.

Es wird Sie interessieren, was mit diesen Informationen geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlich sind. Therapieunterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich. Kein Außenstehender (auch nicht nahe Verwandte) erhält Zugang zu diesen Informationen, es sei denn, Sie selbst erlauben das schriftlich.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten“.

1. ALLGEMEINES

Mit wem leben Sie zurzeit zusammen? (Es sollten möglichst alle Personen/Verwandtschaftsgrade/Alter der Personen) aufgeführt werden.)

Wie ist Ihr Familienstand? ledig, verlobt, verheiratet, wiederverheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet (Zutreffendes bitte unterstreichen).

2. FRAGESTELLUNG

Beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre hauptsächlichen Beschwerden, derenwegen Sie kommen:

Gibt es körperliche Symptome als Folge oder Begleiterscheinung seelischer Belastung, und wenn ja, was merken Sie genau?

Schildern Sie kurz, wann Ihre Beschwerden das erste Mal auftraten, wie es zu den Beschwerden kam und wie sie sich entwickelt haben (von Anfang (Tag, Monat oder Jahr, so genau wie Sie es erinnern) bis jetzt):

In welchen Bereichen fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden und Probleme beeinträchtigt (z. B. beruflicher, familiärer Bereich, Freizeit, in Kontakt mit anderen usw.)?

Schildern Sie beispielhaft eine Situation aus der letzten Zeit, in der die Schwierigkeiten auftraten:

Wann und wie häufig treten diese Probleme zurzeit auf?

Was sind die jeweiligen Folgen für Sie und/oder andere Personen?

Sind oder waren Sie wegen Ihrer Beschwerden in ärztlicher oder psychologischer Behandlung im Krankenhaus, zur Kur? (Wann und wo war das jeweils; gibt es darüber Berichte?)

Gibt es Zeiten oder Situationen in denen Ihre Probleme nicht oder nur selten auftraten?

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Gegen welche Beschwerden? (Bitte die genauen Namen der Präparate angeben. Seit wann, von wem verordnet?)

Name des Präparates	wegen Beschwerden	seit wann?	von wem verordnet?

Welche eigenen Versuche haben Sie unternommen, die Schwierigkeiten zu verändern?

Was würde sich für Sie Wesentliches verändern, wenn Sie Ihre Leiden los wären oder es verändern könnten?

Gibt es jemanden in Ihrem Bekanntenkreis, der ähnliche Probleme hat?

Unterstreichen Sie alles, was für Sie zutrifft:

Kopfschmerzen; Schwindel; Schwächeperioden (Ohnmacht); Müdigkeit; Herzklopfen; Magenbeschwerden; Heißhunger; Appetitlosigkeit; Verdauungsstörungen; Schlaflosigkeit; Alpträume; Spannungszustände; Unruhe; Alkoholsucht; starker Alkoholenuss; Zittern; Einnehmen von Beruhigungsmitteln; Einnehmen von Drogen; Depressionen; Selbstmordgedanken; unfähig zu entspannen; Ängste; Panikgefühle; sexuelle Probleme; Unzufriedenheit mit beruflicher Tätigkeit – sich selbst – Partner; Minderwertigkeitsgefühle; Ablehnen von Wochenenden / Urlaub; Schwierigkeiten sich zu amüsieren; zu anspruchsvoll; Schüchternheit; unfähig, Freundschaften zu schließen; Gefühl von Einsamkeit; unfähig, Entscheidungen zu treffen; unfähig, eine Arbeit längere Zeit zu behalten, Konzentrationsstörungen, schlechte Familienverhältnisse, finanzielle Schwierigkeiten.

Wie groß sind Sie?

Wie viel wiegen Sie?

3. PERSÖNLICHE ANGABEN

a) Kindheit

Gab es vor oder bei Ihrer eigenen Geburt besondere Komplikationen? (Bei Kindertherapien: Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt des Patienten Komplikationen?)

Liegen bei Ihnen angeborene Krankheiten oder Behinderungen vor? Welche?

Würden Sie Ihre Kindheit als glücklich oder unglücklich bezeichnen? Warum?

Unterstreichen Sie alles, was in Ihrer Kindheit eintrat:

Nächtliches Aufschrecken, Bettnässen, Schlafwandeln, Ängste, Nägelkauen, Daumenlutschen, Stottern, Probleme im Sexuellen.

Sonstige Auffälligkeiten in Ihrer Kindheit oder Ihnen zugeschriebene typische Verhaltensweisen:

Gesundheitszustand während der Kinder- und Jugendzeit?

Jahr	Operation bzw. Krankenhausaufenthalt	im Alter von ... Jahren

Irgendwelche Unfälle? Welche, wann, Folgen?

Was waren Ihre bevorzugten Spiele und Interessen während der Kindheit?

Alter bei Schulbeginn:

Alter beim Verlassen der Schule:

Welchen Schulabschluss haben Sie?

Wo lagen Ihre Stärken bzw. Schwächen in der Schule?

b) Heute

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren „normalen“ Tagesablauf:

Welche Hobbys und Freizeitaktivitäten spielen bei Ihnen eine Rolle?

Im Alltag:

Im Urlaub, in den Ferien:

Mit wem verbringen Sie Ihre Freizeit vorwiegend? (Bitte jeweils ankreuzen.)

- | | eher viel | eher wenig |
|--|-----------|------------|
| a) allein: | _____ | _____ |
| b) mit Ihrem Partner/in: | _____ | _____ |
| c) mit Verwandten: | _____ | _____ |
| d) mit eigenen Freunden und Bekannten: | _____ | _____ |
| e) mit gemeinsamen Freunden von Ihnen
und Ihrem/r Partner/in: | _____ | _____ |

Gibt es weitere persönliche Ziele, die Sie in nächster Zeit erreichen wollen?

4. ANGABEN ÜBER DEN BERUF

Alter bei Berufsbeginn:

Ihre beruflichen Tätigkeiten bzw. Ausbildungsorte und -bereiche: (Bitte in zeitlicher Reihenfolge und mit Gründen für einen Wechsel)

Alter	Tätigkeit	Begründung für Wechsel	Jahr

Befriedigt Sie Ihre Arbeit, die Sie zurzeit ausüben? (Wenn nicht, warum sind Sie unzufrieden?)

5. ANGABEN ÜBER DEN SEXUELLEN BEREICH

Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität, wurden Sie aufgeklärt, wurde über sexuelle Themen gesprochen?

- a) Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen gehört und wann wurden Ihnen Ihre eigenen sexuellen Gefühle das erste Mal bewusst? Wann hatten Sie erste sexuelle Kontakte mit anderen?

Können Sie Ihre Sexualität genießen? (Bitte ankreuzen)

überwiegend ja überwiegend nein

Gab oder gibt es für Sie unangenehme sexuelle Erlebnisse?

War Sexualität (auch Selbstbefriedigung) für Sie jemals mit Angst oder Schuldgefühlen verbunden?

6. PARTNERSCHAFT

Partner/Partnerin: _____ Alter: _____

Wie lange kennen Sie Ihren jetzigen Partner/in?

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?

Weiß Ihr Partner/in über Ihre Schwierigkeiten Bescheid? Wenn ja, wie steht er/sie dazu?

Wie viele Kinder haben Sie? (Bitte zählen Sie sie in zeitlicher Reihenfolge auf. Name, Alter, Geschlecht, welche Kinder entstammen einer früheren Ehe/Partnerschaft? Führen Sie auch Fehlgeburten auf.)

Welche Ziele haben Sie im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Partnerschaft?

Machen Sie ggf. Angaben über frühere Ehen und Partnerschaften, die Sie für wichtig halten:

7. FAMILIE

Eltern	a) Vater	b) Mutter
Name		
Alter		
Beruf		
Gesundheit		
falls verstorben, welche Ursache		
wie alt waren Sie zu diesem Zeitpunkt?		

c) Geschwister	Brüder	Schwester/n
Name		
Alter		
Beruf		
Familienstand		

Wie verstehen Sie sich mit Ihren Geschwistern?

Wenn Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, bei wem wuchsen Sie auf und in welchen Jahren?

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre Beziehung zueinander (früher und heute):

Beschreiben Sie auch die Persönlichkeit Ihrer Mutter und ihre Beziehung zueinander (früher und heute).

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre zu Hause: (Das Zuhause, in dem Sie aufwuchsen. Haben sich Ihre Eltern verstanden, vertragen? Wie war das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern?)

Auf welche Art wurden Sie früher von Ihren Eltern bestraft?

Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?

Gab es in Ihrer Kindheit andere wichtige Bezugspersonen, denen Sie sich anvertrauen konnten?

Wem können Sie heute vertrauen?

Inwieweit haben Ihre Eltern (Verwandte, Freunde) Sie bei Fragen wie Beruf, Partnerschaft etc. beeinflusst?

Geben Sie einen kurzen Überblick über Ihre religiöse weltanschauliche Erziehung:

Welches sind für Sie bedeutende Menschen in Ihrem Leben?

Gibt es wichtige Krankheiten, psychische Störungen und sonstige Auffälligkeiten in Ihrer Familie?

Bitte nennen Sie weitere bedeutsame, furchterregende oder quälende Erfahrungen, die Sie noch nicht erwähnt haben, von denen Sie aber glauben, dass sie für den Therapeuten wichtig sein könnten:

8. SELBSTBESCHREIBUNG

Nutzen Sie die Rückseite dieses Blattes und geben Sie ein Bild von sich selbst, wie es aus Ihrem Wissen aussehen würde: (Bitte niemanden fragen!)

Wie werden Sie wohl...

- a) ... von Ihrem Partner / Ihrer Partnerin
- b) ... von Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin
- c) ... von Ihrem schlimmsten Feind oder jemandem, der Sie nicht leiden kann ... gesehen?
- d) Wie sehen Sie sich selbst? (Diese Auskunft ist wichtig, machen Sie sich bitte die Mühe, ausführlich zu schreiben.)

Wie groß ist Ihr Wunsch nach Behandlung oder Beratung? (Die Beantwortung der Frage hat keinen Einfluss auf den Beginn der Behandlung.)

Sehr groß, groß, mäßig, wenn nötig, ginge auch ohne Behandlung
(Zutreffendes bitte unterstreichen.)

Welche Erwartungen und Ziele haben Sie in Bezug auf die Therapie? (Bitte so ausführlich wie möglich.)

Datum

Unterschrift