

## Fragebogen zur Lebensgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen ist die Fortsetzung unseres Fragebogens zu Ihrer Lebenssituation. Er soll uns helfen, ein möglichst umfassendes Bild von Ihrer lebensgeschichtlichen Entwicklung zu bekommen sowie von der Umwelt, in der Sie aufgewachsen sind. Wie bitten Sie, diesen Teil genau so sorgfältig auszufüllen wie den ersten Teil. Falls Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können oder wollen, bitten wir Sie *O trifft nicht zu* oder *O möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen* anzukreuzen.

Vielen Dank!

### F Lebensgeschichtliche Entwicklung

☐ Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen

<b>Bitte beschreiben Sie jeweils in Stichworten wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der links angegebenen Lebensabschnitte:</b>	
<b>0 - 3 Jahre:</b> (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)	
<b>3 - 6 Jahre:</b> (z.B. Kindergarten, Spielkameraden, Geschwister, Umzüge, Wechsel der Bezugspersonen)	
<b>6 - 10 Jahre:</b> (z.B. Einschulung, Beziehung zu Ihren Eltern, Lehrern, Erziehern und Freunden)	
<b>10 - 15 Jahre:</b> (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Erfolge und Misserfolge in der Schule, Freundschaften usw.)	
<b>15 - 20 Jahre:</b> (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösung vom Elternhaus usw.)	
<b>20 - 25 Jahre:</b> (z.B. Partnersuche, Partnerschaften, Wohnungswechsel, Selbstständigkeitsentwicklung)	

<b>25-40 Jahre:</b> (z.B. Partnerschaften, berufliche Entwicklung, Umzüge, eigene Familie)	
<b>40-60 Jahre</b> (z. B. berufliche Weiterentwicklung, Krankheiten, Lebenskrisen, familiäre Entwicklung)	
<b>Ab dem 60. Lebensjahr</b> Abschluss des Berufslebens, Renteneintritt, Erkrankungen, Todesfälle,	

O Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen

<b>Gab oder gibt es in ihrer Familie....</b>	<b>Bei wem?</b>
... körperliche Erkrankungen?	
... Behinderungen	
... seelische Erkrankungen?	
... Suchtprobleme?	
... Suizidversuche?	

## G Persönliche Einschätzungen und Bewertungen

O Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen

Wie erlebten Sie die **Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?**

☐ harmonisch      ☐ angespannt      ☐ Konflikt vermeidend      ☐ ruhig  
☐ durch Streit geprägt      ☐ hektisch      ☐ liebevoll      ☐ unpersönlich

Konnten Sie Ihren Eltern **vertrauen**?      ☐ Ja      ☐ Nein

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern **akzeptiert**?      ☐ Ja      ☐ Nein

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern **geliebt**?      ☐ Ja      ☐ Nein

Auf welche Weise wurden Sie von Ihren Eltern **gelobt**?

---

Auf welche Weise wurden Sie von Ihren Eltern **bestraft**?

---

Wurden Sie religiös erzogen? ☐ ja   ☐ nein      In welcher Konfession? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie kurz Ihre **religiöse Erziehung**:

---

O Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen

O Entfällt

Falls sich Ihre Eltern getrennt haben, wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Trennung? \_\_\_\_\_ Jahre  
Hatten Sie weiterhin regelmäßig Kontakt zum getrennten Elternteil?    ☐ ja    ☐ nein  
Hätten Sie sich einen besseren Kontakt zum getrennten Elternteil gewünscht?    ☐ ja    ☐ nein  
Falls Sie **nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen** sind, von wem wurden Sie während welchen Zeitraums  
erzogen? \_\_\_\_\_

☐ Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen                      ☐ Entfällt

Wie empfinden Sie zurzeit ihre Ehe/ Partnerschaft?

\_\_\_\_\_

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

\_\_\_\_\_

Welche Schwierigkeiten in der Beziehung gibt es?

\_\_\_\_\_

Bedeutende frühere Freundschaften / Partnerschaften:

☐ Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen                      ☐ Entfällt

Haben Sie **Bekannte und Freunde**? Dauer der Freundschaften, Gemeinsamkeiten, wie häufig treffen Sie  
sich? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was gefällt Ihnen an ihrer **derzeitigen beruflichen Tätigkeit**?

☐ Möchte zum folgenden Teil keine Angaben machen

Welche **Belastungen** stehen für Sie zurzeit im Vordergrund? Was würden Sie gerne verändern?

\_\_\_\_\_

Was möchten Sie an Ihrer gegenwärtigen **Lebenssituation verändern**?

\_\_\_\_\_

Was hindert Sie daran, die gewünschten **Veränderungen** jetzt schon vorzunehmen?

\_\_\_\_\_

Wo sehen Sie mögliche **Zusammenhänge** Ihrer Lebensgeschichte mit ihren heutigen Problemen?

## H Problemanalyse:

Worin besteht ihrer Ansicht nach Ihr Hauptproblem?

---

---

---

Welche Probleme kommen hinzu?

---

---

---

Was ist Ihnen über die **Entstehungsbedingungen** Ihrer Probleme bekannt, bzw. was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?

---

---

---

In welchen Situationen treten Ihre Probleme **gehäuft** auf?

---

---

---

In welchen Situationen / unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme **nicht bzw. seltener** auf? Wann fühlen Sie sich besser?

---

---

---

Nennen Sie bitte typische **Gedanken**, die im Zusammenhang mit Ihren Problemen auftreten:

---

---

---

Welche **Gefühle** sind damit verbunden?

---

---

---

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

---

---

---

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

---

---

---

Wer **unterstützt** Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen, wer spricht mit Ihnen?

---

---

---

Angenommen, in Ihrem Problem läge eine Chance oder ein Sinn - welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?

Für Sie persönlich: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Für Ihre Umgebung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Woran hindert Sie Ihr Problem? In welcher Hinsicht würde sich Ihr **Leben verändern**, wenn Ihr Problem gelöst wäre / nicht mehr fortbestünde?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auf welche mögliche **Überforderung** oder Überlastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Personen** außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg **profitieren**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Benutzen Sie Ihr Problem schon mal als **Ausrede**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Anforderungen Ihres Lebens fallen Ihnen besonders schwer zu erfüllen? Welche Schwächen sind Ihnen bewusst? In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß?

Früher: \_\_\_\_\_

Heute: \_\_\_\_\_

Wofür erhalten Sie **Lob** und **Anerkennung**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was **beruhigt** Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie haben Sie sich **bisher** bei Krisen oder Lebensproblemen **geholfen**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen..... Sie selbst: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

## I Motivation und Ziele:

Haben Sie bereits selbst begonnen, sich zu verändern?

---

---

---

Was könnten Sie zusätzlich noch zu Ihrer Veränderung beitragen?

---

---

---

Haben Sie sich bereits im Vorfeld der Therapie mit Hilfsmöglichkeiten beschäftigt?  
(z.B. Autogenes Training, psychologische Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)

---

---

---

Wer außer Ihnen hat noch **Interesse** daran, dass Sie sich in Therapie begeben? \_\_\_\_\_

---

Wer steht Ihrer psychotherapeutischen Behandlung eher **ablehnend** gegenüber? \_\_\_\_\_

---

Welche Ihrer Bezugspersonen wären gegebenenfalls bereit, gelegentlich zu Therapiesitzungen mitzukommen? \_\_\_\_\_

---

Sind Sie bereit, zwischen den einzelnen Sitzungen **Therapieaufgaben** zu erledigen (z.B. täglich schriftliche Problemaufzeichnungen, Umstellung von Gewohnheiten)?

☐ Ja

☐ Nein

Was möchten Sie verändern? Nennen Sie bitte Ihre wichtigsten Veränderungsziele:	Was könnten Sie tun, um diese Ziele zu erreichen?
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

## J Diagnosen

Wie bezeichnen **Sie selbst** Ihr Problem?

---

---

Wie bezeichnen **Angehörige** Ihr Problem?

---

---

Diagnose Ihres Hausarztes / andere **fachärztliche Diagnosen**:

---

---

## Abschließende Fragen?

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

---

---

---

---

**Der Erfolg Ihrer Therapie hängt u.a. auch von Ihrer Bereitschaft ab, Ihrer Therapeutin / Ihrem Therapeuten möglichst umfassende Informationen zu geben. Welche zusätzlichen Informationen scheinen Ihnen noch wichtig zu sein?**

(z.B. beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen)

---

---

---

---

---

---

**Vielen herzlichen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!**