

## Fragen zur Sexualität und Partnerschaft

Dieser Fragebogen soll Ihrem Therapeuten einen Eindruck von Ihrer jetzigen Partnerschaft und Sexualität geben. Versuchen Sie alle Fragen zu beantworten, entweder durch Ankreuzen, Unterstreichen oder (bei offenen Fragen), indem Sie kurz Ihre Sicht niederschreiben.

Dieser Fragebogen wird wie alle persönlichen Informationen aus der Therapie absolut vertraulich behandelt. Kein Aussenstehender erhält ohne Ihr Einverständnis Zugang zu den Informationen.

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

1. Wie glücklich fühlen Sie sich zur Zeit in Ihrer Beziehung?

- sehr unglücklich     unglücklich     eher unglücklich     eher glücklich     glücklich

2. Wie intensiv denken Sie zur Zeit an Trennung?



3. Seit wann erleben Sie Ihre Beziehung als problematisch? Seit \_\_\_\_ Monaten.

- Ja     Nein    Falls Ja: In welcher Hinsicht? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner entwickeln, damit es Ihnen beiden besser geht?

---

---

5. Was möchten Sie lernen, damit es mit Ihrer Beziehung besser geht?

---

---

6. Welche Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen mögen Sie an Ihrem Partner?

---

---

7. Was mag Ihr Partner an Ihnen?

---



---

8. Wie oft streiten Sie sich?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	selten	manchmal	täglich	mehrmals täglich

9. Worüber streiten Sie am meisten?

---



---

10. Wer versucht, den Streit wieder beizulegen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keiner	beide gleich oft	meistens ich	meistens Partner

11. Womit kann Ihr Partner Sie verletzen?

---



---

12. Womit können Sie Ihren Partner verletzen?

---



---

13. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

<input type="checkbox"/> kein Interesse an Sexualität	<input type="checkbox"/> Schmerzen bei Sexualität	<input type="checkbox"/> Verspannungen
<input type="checkbox"/> Probleme, erregt zu werden	<input type="checkbox"/> Erregung geht plötzlich verloren	<input type="checkbox"/> Samenerguss kommt zu früh
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu erleben	<input type="checkbox"/> sexuelles Zusammensein ist zu häufig	<input type="checkbox"/> ist zu selten
<input type="checkbox"/> zu wenig Zärtlichkeit dabei	<input type="checkbox"/> wir können uns schwer abstimmen	

**14. Gedanken und Gefühle bei Sexualität (bitte wieder ankreuzen):**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angst zu versagen                  | <input type="checkbox"/> Angst, der Partner bleibt unzufrieden                   | <input type="checkbox"/> Enttäuschung                              |
| <input type="checkbox"/> depressive Gefühle                 | <input type="checkbox"/> Resignation   | <input type="checkbox"/> Hilflosigkeit                             |
| <input type="checkbox"/> Ekel                               | <input type="checkbox"/> Angst, der Partner bestimmt alles                       | <input type="checkbox"/> Angst vor zu viel Nähe                    |
| <input type="checkbox"/> fühle mich allein                  | <input type="checkbox"/> mag meinen Körper nicht                                 | <input type="checkbox"/> mag den Körper meines Partners nicht      |
| <input type="checkbox"/> Ärger auf den Partner              | <input type="checkbox"/> kann nicht abschalten                                   | <input type="checkbox"/> beobachte mich und meine Erregung ständig |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle, wenn ich erregt bin | <input type="checkbox"/> unangenehme Gefühle nach der Sexualität mit dem Partner | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle nach Masturbation           |
| <input type="checkbox"/> Angst, den Partner zu verlieren    | <input type="checkbox"/> Eifersucht  |  |

**15. Haben Sie zur Zeit andere sexuelle Beziehungen?**

- Ja    Nein   Falls Ja: In welcher Hinsicht? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**16. Haben Sie früher einmal sehr belastende Situationen bezüglich Sexualität erlebt?**

- Ja    Nein   Falls Ja: In welcher Hinsicht? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**17. Wie sehr mögen Sie**

- |                            |                          |                          |                          |                          |                           |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ihren eigenen Körper?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                            | mag ich sehr             | mag ich überwiegend      | mag ich etwas            | mag ich wenig            | mag ich nicht / gar nicht |
| den Körper Ihres Partners? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
|                            | mag ich sehr             | mag ich überwiegend      | mag ich etwas            | mag ich wenig            | mag ich nicht / gar nicht |

**18.** Wie fühlen Sie sich von Ihrem Partner körperlich akzeptiert?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr akzeptiert	überwiegend akzeptiert	etwas akzeptiert	wenig akzeptiert	nicht akzeptiert

**19.** Wie zufrieden sind Sie nach

der Selbstbefriedigung?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr zufrieden	überwiegend zufrieden	wenig zufrieden	unzufrieden	stark unzufrieden

sexuellen Zusammen-  
sein mit dem Partner?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr zufrieden	überwiegend zufrieden	wenig zufrieden	unzufrieden	stark unzufrieden

**20.** Wie oft erleben Sie die folgenden Schwierigkeiten?

Es fällt mir schwer, bei mir sexuelle Wünsche zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es fällt mir schwer, sexuell erregt zu werden zusammen mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es fällt mir dann schwer, die sexuelle Erregung zu behalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es fällt mir dann schwer, einen Höhepunkt zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Ich habe negative Gefühle, nachdem ich mit meinem Partner sexuell zusammen war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Wie gross ist zur Zeit allgemein Ihr sexuelles Verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gross	gross	etwas	kaum vorhanden	gar nicht vorhanden

**20.** Wie schwer fällt es Ihnen,

in Ihrer Beziehung sexuelle Aktivitäten  
anzuregen und zu beginnen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr leicht	leicht	etwas schwer	schwer	sehr schwer

bei sexuellen Aktivitäten eine aktive  
Rolle einzunehmen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr leicht	leicht	etwas schwer	schwer	sehr schwer

dabei eigene Wünsche zu äussern?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr leicht	leicht	etwas schwer	schwer	sehr schwer

dabei Wünsche des Partners abzulehnen  
und «nein» zu sagen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr leicht	leicht	etwas schwer	schwer	sehr schwer

**21.** Wie empfinden Sie die folgende Wahrnehmung bzw. deren Vorstellung?

Anblick männlicher Samenflüssigkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erregend	natürlich	neutral	abstossend	eklig

Geruch männlicher Samenflüssigkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erregend	natürlich	neutral	abstossend	eklig

Berührung männlicher Samenflüssigkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erregend	natürlich	neutral	abstossend	eklig

Geruch weiblicher Scheidenfeuchtigkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erregend	natürlich	neutral	abstossend	eklig

Berührung weiblicher Scheidenfeuchtigkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erregend	natürlich	neutral	abstossend	eklig

Anblick von Menstruationsblut

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erregend	natürlich	neutral	abstossend	eklig

**22.** Wie gross ist zur Zeit Ihre sexuelle Erregung

wenn Sie mit Ihrem Partner sexuell zusammen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gross	gross	etwas	kaum vorhanden	gar nicht vorhanden
wenn Sie sich selbst befriedigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gross	gross	etwas	kaum vorhanden	gar nicht vorhanden

**23.** Wie intensiv ist das Erleben des Höhepunktes,

bei der Selbstbefriedigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr intensiv	intensiv	etwas	kaum spürbar	gar nicht spürbar
bei gegenseitigem Streicheln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr intensiv	intensiv	etwas	kaum spürbar	gar nicht spürbar
bei Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr intensiv	intensiv	etwas	kaum spürbar	gar nicht spürbar

**24.** Wie belastend ist für Sie,

wenn es bei Ihrem eigenen Erleben bei sexuellen Aktivitäten einmal nicht so gut klappt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nehme ich locker	nicht belastend	etwas belastend	stark belastend	sehr belastend
wenn es bei Ihrem Partner mit dem sexuellen Erleben einmal nicht so gut geht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nehme ich locker	nicht belastend	etwas belastend	stark belastend	sehr belastend

**25.** Haben Sie früher einmal sehr belastende Situationen bezüglich Sexualität erlebt?

Ja    Nein   Falls Ja: In welcher Hinsicht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26.** Wer bestimmt in Ihrer Beziehung stärker, wie folgende Fragen bzw. Probleme gelöst werden?

	fast immer Partner	beide gleich	fast immer ich	entfällt
Wo beide wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo und wie lange er arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo und wie lange sie arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie das Geld ausgegeben wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit zusammen verbracht wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Art der Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Art der Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann Kontakte zu Freunden aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit jeder für sich selbst braucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann Probleme besprochen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie Probleme besprochen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens etwas deutlicher oder bewusster geworden, das Ihnen selbst helfen könnte, die Probleme zu bewältigen?

---



---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich bis hierher auszufüllen, dann ist dies bereits ein erster wichtiger therapeutischer Schritt.