



Dipl. Psych. Dr. Rainer Wilkening • Hertistr. 5 • CH-7270 Davos Dorf
Tel.: 081 420 1988 • Mail: kontakt@psychotherapie-davos.ch
Internet: www.psychotherapie-davos.ch

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Es ist Aufgabe dieses Fragebogens, einen umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln.

Fragebögen dieser Art sind in einer wissenschaftlichen Therapie notwendig, um möglichst gründlich mit den jeweiligen Problemen arbeiten zu können. Indem sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich 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.

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!

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so machen Sie einfach einen Strich.

(Quellenangabe: nach A. A. Lazarus, übersetzt und erweitert von D. Zimmer, L. Echelmeyer, G. Görlitz u. H. Mück)

Datum:.....

Name:.....Vorname:.....

Adresse:.....

.....

Alter:.....Telefon:.....

Berufsausbildung:.....

Art der gegenwärtigen Beschäftigung:.....

Vollzeit/Teilzeit/arbeitslos/in Ausbildung/erwerbslos (bitte einkreisen)

Wer hat Sie hierher empfohlen?.....

Mit wem leben Sie derzeit zusammen (bitte führen Sie alle Leute auf)?

.....

Leben Sie in einer Wohnung, einem Apartment, zur Untermiete, im eigenen Haus? Wie viele Räume bzw. Quadratmeter stehen Ihnen zur Verfügung?

.....

Machen Sie eine kleine Skizze Ihrer Wohnung:

Familienstand: ledig, verlobt, verheiratet, wiederverheiratet, getrennt, geschieden, verwitwet

.....

Wenn verheiratet:

seit wann:..... Name des Partners:.....

Alter des Partners:.....Beschäftigung des Partners:.....

Religionszugehörigkeit: a) während der Kindheit:.....

b) heute:

Religiöse Aktivität: a) während der Kindheit: ja - nein

b) heute ja - nein

Beschreiben Sie mit eigenen Worten, weshalb Sie eine Behandlung wünschen bzw. was Sie in meine Praxis führt?:

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

Was möchten Sie durch die Behandlung für sich erreichen?

1.....
2.....
3.....

Beschreiben Sie kurz Geschichte und Entwicklung Ihrer Beschwerden bzw. Ihres Problems:

Wann genau (!) und wie begannen diese? Welche anderen wichtigen Lebensereignisse und Umstände haben zu dieser Zeit für Sie eine wichtige Rolle gespielt?

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

Wie haben sich die Beschwerden bis heute weiterentwickelt?

.....
.....

Wie häufig und unter welchen Bedingungen treten die Beschwerden jetzt auf?

.....
.....

Wie reagiert Ihre Umwelt (Partner, Eltern, Kinder, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, Freunde) auf Ihre Beschwerden?.....

.....
.....

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

.....
.....

Wie erklärt sich Ihre Umwelt Entstehung und Bedeutung der Beschwerden?.....

.....
.....

Wer möchte außer Ihnen noch, dass Sie sich in Therapie begeben?.....

Wer steht einer solchen Behandlung eher ablehnend gegenüber?.....

Was verhindert Ihr Problem? Was macht es in Ihrem Leben unmöglich?.....

.....
.....

Was müsste geschehen, damit Ihr Problem von selbst verschwindet?.....

.....
.....

Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie Ihr Problem halten?

leicht störend mittel schwer sehr schwer extrem schwer total unterträglich

.....

Was haben Sie bislang selbst gegen die Beschwerden bzw. Ihr Problem unternommen?

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

Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegt. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?

Für Sie:.....

Für andere:.....

Benutzen Sie Ihre Probleme auch schon mal als Ausrede? Was sagen Sie dann.....

.....

Wen haben Sie bislang wegen Ihrer momentanen Beschwerden um Rat oder Behandlung gebeten?

Monat/Jahr	Praxis/Einrichtung/Klinik	Art der Behandlung/Beratung

Welche Personen außer Ihnen würden von einem Behandlungserfolg profitieren?

.....

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

.....

Tragen Sie bitte in die folgende Tabelle ein, welche Medikamente oder Drogen Sie einnehmen

Name des Medikaments bzw. der Droge	Einnahme seit	Häufigkeit pro Tag
Kaffee (Koffein)		
Zigaretten/Zigarren/Pfeife		
Alkohol		

Geburtsdatum:..... Geburtsort:.....Uhrzeit der Geburt:.....

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft, soweit es Ihnen bekannt ist:.....

.....

.....

Kreuzen Sie an, welche Aussagen zu Ihrer Kindheit zutreffen:

Alpträume	Bettnässen	Schlafwandeln
Daumenlutschen	Nägelkauen	Stottern
Ängste	glückliche Kindheit	Unglückliche Kindheit

Sonstige Auffälligkeiten:.....

.....

Gesundheitszustand während der Kindheit:.....

Gesundheitszustand während der Jugend:.....

Bitte listen Sie in der folgenden Tabelle chronologisch alle wichtigen Krankheiten, Unfälle, Verletzungen und Operationen Ihres Lebens auf:

Jahr	Ihr Alter	Art der Krankheit, des Unfalls, der Operation oder des Krankenhausaufenthalten	Zurückgebliebene Folgen bzw. Ihr Kommentar

Ihre heutige Größe:.....cm Ihr heutiges Gewicht:.....kg Ihre Ruhepulsfrequenz:Schläge/Minute

Besuchten Sie einen Kindergarten und wie ging es Ihnen dort gegebenenfalls:.....

.....

Spiele und Interessen während der Kindheit:.....

.....

.....

Interessen und Hobbys während der Jugendzeit:.....

.....
.....

Sportliche Neigungen: früher:.....

heute:.....

Momentane Hobbys und Interessen:.....

.....

Vereinsmitgliedschaften:.....

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit?.....

.....

Was machen Sie am Wochenende?.....

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

.....

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Beziehungen zu anderen Menschen?.....

.....

Bitte tragen Sie in die folgende Tabelle Ihre Schullaufbahn und Ihre Berufsausbildung ein:

Von	bis	Ihr Alter	Art der Schule bzw. Ausbildung	Art des Abschlusses

Welche Berufs- und Lebensziele hatten Ihre Eltern für Sie vorgesehen?.....

.....

Was waren Ihre eigenen Wünsche?.....

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern bzw. Arbeitskollegen?.....

.....

Stärken in der Schule:.....

Schwächen in der Schule:.....

Womit konnte man Sie in der Schule hänseln, welchen Spitznamen hatten Sie?.....

.....

Mit wem besprechen Sie persönliche Dinge?.....

Wie schnell schließen Sie Freundschaften?.....

Von wem geht das Kontaktangebot aus?.....

Wie lange halten diese Freundschaften an?.....

Wie viele sehr gute Freunde haben Sie?.....

Wie ist gewöhnlich Ihre Grundstimmung?.....

Bitte markieren Sie, was auf Sie zutrifft

wertlos	nutzlos	ein Niemand	Leben ist sinnlos	inadäquat	dumm
schreckliche Gedanken	naiv	mache nichts richtig	schuldig	böse	liege moralisch falsch
inkompetent	feindlich	voller Haß	ängstlich	getrieben	selbstunsicher
Panikneigung	aggressiv	häßlich	deformiert	unattraktiv	abstoßend
deprimiert	einsam	ungeliebt	mißverstanden	gelangweilt	hoffnungslos
ruhelos	verwirrt	ohne Zuversicht	im Konflikt	voll Ablehnung	wertvoll
sympathisch	attraktiv	intelligent	optimistisch	vernünftig	hoffnungsvoll

Anderes:.....

Schreiben Sie Ihre fünf größten Ängste auf:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

Dachten Sie schon einmal an Selbstmord? Wenn ja: wann und warum?.....

.....

Hat jemand in Ihrer Familie oder Ihrem Freundeskreis einen Selbstmordversuch unternommen?

.....

Bitte markieren Sie, was auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen	Schwindel	Schwächeperioden	Ohnmachten
Herzklopfen	Magenstörung	Verdauungsstörung	Beruhigungsmittelleinnahme
Appetitlosigkeit	Schlaflosigkeit	Ärgerzustände	Alpträume
Panikgefühle	Alkoholsucht	Spannungsgefühle	Konflikt
Zittern	Depressionen	Selbstmordgedanken	Drogeneinnahme
unfähig zur Entspannung	Minderwertigkeitskomplexe	schüchtern unter Leuten	mag keine Wochenenden und Ferien
unfähig, Freundschaften zu schließen	überehrgeizig	unfähig zu Entscheidungen	schlechte Familienverhältnisse
kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen	Kaufsucht	Essprobleme	Arbeitssucht
Schwierigkeiten, mich zu amüsieren	finanzielle Probleme	Konzentrationschwierigkeiten	starkes Schwitzen

.....
Wann und auf welche Weise wurden Ihnen zum erstenmal Ihre eigenen sexuellen Impulse bewusst?.....

Welche Ängste oder Schuldgefühle haben Sie schon einmal aufgrund sexueller Gefühle (z.B. bei der Masturbation) gehabt? Bitte beschreiben Sie diese.....

.....
Bitte beschreiben Sie wichtige Details Ihrer ersten sexuellen Erfahrungen:.....

.....
.....
Welche besonderen wichtigen hetero- oder homosexuellen Erfahrungen gibt es für Sie?.....

.....
.....
Wie befriedigend ist Ihr momentanes Sexualleben?.....

.....
Wo liegen auf sexuellem Gebiet Ihre Hemmungen?.....

Gibt es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?.....

Zur Menstruation

Alter bei der ersten Periode:.....

Waren Sie darauf vorbereitet und informiert, oder kam es als Schockerlebnis?.....
.....

Wie regelmäßig sind die Perioden?.....

Dauer der Periode?.....

Haben Sie Schmerzen?.....

Wie beeinflusst die Periode Ihre Stimmung?.....

Ehe/Partnerschaft:

Falls Sie nicht verheiratet sind, aber mit einem Partner zusammenleben, oder in einer engen Beziehung stehen, füllen Sie bitte die Fragen für diesen Partner aus.....

Alter des Ehe-Partners:.....

Sein/Ihr Beruf:.....

Wie lange sind Sie verheiratet/befreundet?.....

Wie lange kannten Sie Ihren Ehepartner vor der Eheschließung?.....

Waren Sie verlobt?.....

Wenn ja, wie lange?.....

Bitte beschreiben Sie kurz die Persönlichkeit Ihres Partners mit Ihren eigenen Worten:.....

.....

.....

In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung?.....

.....

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?.....

.....

Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner nach Ihrer Meinung entwickeln, um die Beziehung zu verbessern?.....

.....

Welche Verhaltensweisen würden Sie gern lernen, um die Beziehung zu verbessern?.....

.....

Welche Verhaltensweisen würde Ihr Partner gern bei Ihnen häufiger sehen?.....

.....

Welche Verhaltensweisen stören Sie so sehr, dass Sie froh wären, wenn sie weniger häufiger aufträten?.....

.....

Welche Verhaltensweisen von Ihnen stören Ihren Partner so sehr, dass er froh wäre, wenn Sie sich weniger häufig so verhalten würden?.....

.....

Wie kommen Sie mit den Verwandten Ihres Partners aus?.....

.....
 Bitte beschreiben Sie kurz eventuelle frühere Ehen oder andere wichtige Partnerschaften:.....

Angaben zu Ihren Eltern:

Zwischenzeitlich geschieden?.....

	Vater	Mutter
Geburtsjahr		
Hochzeitsjahr		
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)		
Welche Erlebnisse mit dem betreffenden Elternteil prägen Sie heute noch?		
Wie versuchen Sie heute, die Beziehung zu dem betreffenden Elternteil befriedigend zu gestalten?		

Ihre Geschwister:

Geburtsjahr	Vorname	Geschlecht	Beruf	Gesundheit	Wie war die Beziehung		Charakter
					früher/	heute	

Name, Alter, Geschlecht ihrer eigenen Kinder (in chronologischer Reihenfolge), welche Kinder stammen aus früheren Ehen? Bitte führen Sie auch Fehlgeburten. und Abtreibungen auf:

Geburtsjahr	Name	heutig. Alter	Geschlecht	Charaktereigenschaften

Hat eines Ihrer Kinder spezielle Probleme?.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters oder Pflegevaters und seine Einstellung zu Ihnen (früher und heute :.....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter oder Pflegemutter und Ihre Einstellung zu Ihnen(früher und heute).....

In welchen Eigenschaften und Verhaltensweisen ähneln Sie selbst Ihren Eltern?

Mutter	Vater

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre zu Hause bzw. in der Familie, in der Sie aufgewachsen sind. Wie kamen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern aus?

Wie sehr konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?.....

.....
Wie fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?.....

.....
.....

Falls Sie Stiefeltern hatten, wie alt waren Sie bei der Wiederheirat des einen Elternteils?.....

Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:.....

.....

Falls Sie nicht bei Ihren Eltern aufgewachsen sind, von wem wurden Sie während welchen Zeitraums erzogen?.....

Wer (Eltern, Verwandte oder Freunde) hat sich in Ihre Ehe oder Ihren Beruf eingemischt?.....

.....

Welches sind die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?.....

.....

Leidet jemand in Ihrer Familie an Alkoholsucht, Epilepsie oder irgend etwas, das man als psychische Störungen oder Behinderung bezeichnen kann?.....

.....

Gibt es irgendwelche anderen Mitglieder in Ihrer Familie, deren Krankheit oder ähnliches interessant ist zu wissen ?.....

.....

Bitte beschreiben Sie jegliche weiteren wichtigen Furcht- oder Stress auslösenden Erfahrungen, die Sie bis jetzt noch nicht erwähnt haben:.....

.....

Zählen Sie beliebige Situationen auf, in denen Sie sich entspannen und wohl fühlen:.....

.....

Wie sieht es aus, wenn Sie schon mal die Kontrolle über sich verlieren (Weinkrampf, Wut- oder Aggressionsfälle) ? Beschreiben Sie dies bitte:.....

.....

Bitte führen Sie alle Informationen auf, die dem Therapeuten zum Verständnis und Beistand bei Ihren Problemen weiterhelfen könnten, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt worden sind:

.....

.....

Bitte vergeben Sie die Schulnoten 1 bis 5 für folgende Fragen:

		1	2	3	4	5	
Für wie hilfreich halten Sie Psychotherapie?	sehr hilfreich	<input type="checkbox"/>	wenig hilfreich				
Wie ist Ihr Gesamtbefinden?	sehr gut	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht				
Wie ist Ihre körperliche Gesundheit?	sehr gut	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht				
Wie ist Ihre psychische Gesundheit?	sehr gut	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht				
Wie sind Ihre Beziehungen?	sehr gut	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht				

Bitte geben Sie an, wie häufig Sie Medikamente einnehmen?

wegen akuter Erkrankungen	nie	<input type="checkbox"/>	häufig				
als Dauermedikation wegen chronischer Leiden	nie	<input type="checkbox"/>	häufig				
Psychopharmaka	nie	<input type="checkbox"/>	häufig				

Wie häufig gehen Sie jährlich zum Hausarzt?.....Mal/Jahr

Wie häufig gehen Sie jährlich zum Facharzt?.....Mal/Jahr

Wie viele Tage sind Sie jährlich krank geschrieben?.....Tage/Jahr

Wie viele Tage verbringen Sie pro Jahr im Krankenhaus?.....Tage/Jahr

Selbstbeschreibung

Worin liegen Ihre Begabungen und Fähigkeiten?.....

.....

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?.....

.....

Was sind die Glanzleistungen Ihres Lebens?.....

Welche Lebensanforderungen können Sie besonders schwer erfüllen?.....

.....

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?.....

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?.....

.....

Was vermeiden Sie?.....

.....

Welche Lebensmaximen beeinflussen Ihr Leben (z.B. „Erst die Arbeit, dann der Spaß“)? Nennen Sie die 5 wichtigsten:

.....

.....

.....

.....

.....

Durch welche Sätze haben Ihnen andere Menschen schon einmal sehr weh getan? (Sätze, die Sie schlecht vergessen können)

.....

.....

.....

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:.....

Ich bin ein Mensch, der.....

.....

Während meines ganzen Lebens.....

.....

Seit meiner Kindheit.....

.....

Eine der Sachen, auf die ich stolz bin,.....

.....

Es fällt mir schwer zuzugeben, dass.....

.....

Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann, ist.....

.....
Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil.....
.....

Wenn ich mir nicht solche Sorgen um mein Image machen würde, würde ich.....
.....

Eine der Arten, wie andere mir weh tun, ist.....
.....

Vater war immer.....
.....

Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist.....
.....

Wenn ich nicht Angst hätte, ich selbst zu sein, würde ich.....
.....

Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ist.....
.....

Was ich von meiner (m) Frau (Mann) brauche, aber nie erhalten habe, ist.....
.....

Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist.....
.....

Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist.....
.....

Wenn ich mich trauen würde, spontan zu sein, würde ich.....
.....

Zur Therapie:

Was an Ihrem momentanen Verhalten würden Sie gerne ändern?.....
.....

Was würden Sie an Ihrer Lebenssituation gerne ändern?.....

.....

Was hindert Sie noch daran?.....

Welche Gefühle würden Sie gerne ändern?.....

.....

c) Welche physischen Empfindungen sind besonders

a) angenehm für Sie?.....

.....

b) unangenehm für Sie?.....

.....

Beschreiben Sie eine sehr angenehme Phantasie-Vorstellung:.....

.....

Beschreiben Sie eine sehr unangenehme Phantasie-Vorstellung:.....

.....

Was halten Sie für Ihren irrationalsten Gedanken oder Ihre unvernünftigste Idee?.....

.....

Beschreiben Sie eine zwischenmenschliche Interaktion (oder Situation).....

a) in der sich wohl fühlen:.....

.....

b) die Sie traurig macht oder Ihnen sehr unangenehm ist:.....

.....

Welche persönlichen Eigenschaften sollte Ihrer Meinung nach der ideale Therapeut haben?.....

.....

.....

Wie würden Sie eine ideale Beziehung (Interaktion) mit einem Therapeuten beschreiben?

.....

Wieviel Zeit können Sie pro Tag für therapeutische Aufgaben zur Mobilisierung Ihrer Selbsthilfekräfte einplanen?.....

Wie haben Sie sich im Vorfeld der Therapie bereits mit Hilfsmöglichkeiten beschäftigt (z.B. Autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)?

.....

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

.....

Welche Veränderungsschritte kosten am wenigsten Mut?.....

Welche am meisten?.....

Was möchten Sie gerne mit der freien Zeit tun, die Sie möglicherweise dann haben, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen müssen?.....

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.