NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Psychosomatischer Lebensfragebogen zu Ihrer Person

Das Ziel dieses Fragebogens besteht darin, ein umfassendes Bild von der Umwelt zu bekommen, in der Sie leben und in der Sie aufgewachsen sind. In der therapeutischen Arbeit sind Daten über Ihre Person notwendig, da sie es ermöglichen, sich mit den Problemen gründlicher zu befassen. Wenn Sie diesen Fragebogen so vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, ist das eine gute Unterstützung für die Diagnostik und die Therapie.

Bitte lesen Sie diese Fragen durch und beantworten Sie sie soweit möglich.

Ihre Informationen sind sehr persönlich. Es ist deshalb keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen.

Wenn Sie irgendwelche Fragen nicht beantworten möchten, schreiben Sie lediglich "Antwort uninteressant" oder streichen Sie die Frage deutlich durch.

## Allgemeines

Adresse: ...............................................................................................................

Telefon (tagsüber): ................................... Telefon (abends): .................................

Geburtsdatum: ......................................... Versicherungsnummer: .........................……

Staatsangehörigkeit: …………………………................................................................................

Von wem sind Sie überwiesen worden? .............................................................................

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

Wo leben Sie derzeit? Wohnen Sie in einem Haus, Wohnung, Zimmer, Hotel) etc.? ....................................................................................................................................

Familienstand (zutreffende Antwort ankreuzen):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Ohne feste Bindung
 | * Verlobt
 | * Wiederverheiratet
 | * Geschieden
 |
| * In fester Beziehung
 | * Verheiratet
 | * Getrennt
 | * Verwitwet
 |

Seit wann: ………………………………………………………………………………………………………………….

(Wenn Sie mit einem Partner zusammen oder verheiratet sind): Alter und Beruf von Partner oder Partnerin: …………………………………………………………………………………………………...........................

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

Weiß die Partnerin/der Partner Bescheid, dass Sie eine psychotherapeutische Behandlung beginnen wollen? ...........................................................................................................

Religionszugehörigkeit und religiöse Aktivität

a) als Kind ...................................................................................................................

b) als Erwachsener ...................................................................................................

### Ausbildung und Schule:

Alter bei Schulbeginn .....................................................................................................

Alter bei Verlassen der Schule .........................................................................................

Art des Schulabschlusses ................................................................................................

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

Stärken in der Schule ....................................................................................................

Schwächen in der Schule ................................................................................................

Spezielle Aus- und Fortbildungen ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

## Lebensereignisse und Erinnerungen daran

Die nachstehenden Ziffern entsprechen Ihren jeweiligen Lebensjahren.

Tragen Sie bitte Ihre Erinnerungen an Ereignisse stichwortartig neben den Ziffern ein. Denken Sie auch an für Sie bedeutsame (positive und negative) Erlebnisse in Ihrer Entwicklung, mit anderen Menschen, in Beruf, Schule und Familie und an Krankheiten. (Wenn die Zeilen zu wenig Platz für Ihre Beschreibung bieten, benutzen Sie bitte ein Zusatzblatt .)

|  |
| --- |
| 1-3  |
| 3-6  |
| 7-8 |
| 9-10 |
| 11-12  |
| 13-14 |
| 15-16  |
| 17-18  |
| 19-20  |
| 21-22 |
| 23-24  |
| 25-26 |
| 27-28 |
| 29-30 |
| 31-32  |
| 33-34 |
| 35-36 |
| 37-38 |
| 39-40 |
| 41-42 |
| 43-44 |
| 45-46 |
| 47-48 |
| 49-50 |
| 51-55 |
| 56-60 |
| 61-70 |
| 71-80 |
| 81-90 |

## Gesundheit/Körper

Körpergröße: ................................................................. Gewicht: ..............................

Hatten Sie in den letzten fünf Jahren schwere Krankheiten?

Hatten Sie Operationen/Krankenhausaufenthalte/Kuren (welche, aus welchem Grund und in welchem Alter ………........................................................................................................

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

Hatten Sie Unfälle (welche und in welchem Alter)? .............................................................

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

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft und beschreiben Sie eventuelle Schwierigkeiten näher:

|  |  |
| --- | --- |
| * Allergien
* Erbkrankheiten
* Epilepsie
* Hörprobleme
* Körperbehinderungen
* Krebserkrankung
 | * Rheumatische Erkrankungen
* Schmerzen
* Sprachprobleme
* Tics
* Andere chronische Krankheiten:
 |

Sind Sie im Moment in ärztlicher Behandlung?

O nein O ja, wegen: ……………………………………………………………………………………………….

Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte: ....................................................................................................................................

Nehmen Sie regelmäßig/unregelmäßig vom Arzt und/oder selbst verordnete Medikamente?

O nein O ja, folgende Medikamente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medikament | Dosis | Seit wann | Vom Arzt bzw. selbst verordnet |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wie viel Tee trinken sie täglich? | O nie | O wenig (1 – 2 Tassen/Tag) | O mehr |
| Wie viel Kaffee trinken sie täglich? | O nie | O wenig (1 – 2 Tassen/Tag) | O mehr |
| Rauchen Sie? | O nie | O wenig (bis 5 Zigaretten/Tag) | O mehr |
| Trinken Sie Alkohol? | O nie | O manchmal (1 – 2x/Woche) | O häufiger |
| Nehmen Sie andere Suchtmittel (Drogen)? | O nie | O manchmal (1 – 2x/Woche) | O öfter |

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| sehr robust | robust | weder/noch | krankheitsanfällig | sehr krankheitsanfällig |
| O | O | O | O | O |
|  |  |  |  |  |

## Problembezogene Angaben

# Folgende Probleme belasten mich zurzeit: gar nicht mittel unerträglich

Eigene seelische Probleme ……………………………… o o o o o

Eigene Krankheit bzw. Gesundheit …………………… o o o o o

Eigene Eigenarten ……………………………………………… o o o o o

Eigene Sexualität ……………………………………………… o o o o o

Freizeitgestaltung ……………………………………………… o o o o o

Sinn des Lebens ……………………………………………….. o o o o o

Eigene Eltern …………………………………………………….. o o o o o

Bekannte und Freunde …………………………………….. o o o o o

Umgang mit Kindern ………………………………………… o o o o o

Wohnverhältnisse …………………………………………….. o o o o o

Geldsorgen ……………………………………………………….. o o o o o

Eigene berufliche Überbelastung …………………….. o o o o o

Ärger im Beruf …………………………………………………. o o o o o

Berufliche Zukunft …………………………………………… o o o o o

Streit mit Partner / Partnerin …………………………. o o o o o

Krankheit des Partners …………………………………… o o o o o

Seelische Probleme des Partners …………………… o o o o o

Sexualität des Partners .............................. o o o o o

Berufssituation des Partners ………………………… o o o o o

Schwiegereltern ……………………………………………. o o o o o

Andere familiäre Themen …………………………….. o o o o o

Schildern Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre *wichtigsten* Probleme und wie lange Sie schon unter ihnen leiden: .........................................................................................................................

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

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

Schildern Sie kurz, wann Ihre Beschwerden zum ersten Mal aufgetreten sind: …………………………

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

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

und wie sie sich bis heute *weiterentwickelt* haben: .............................................................

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

Schätzen Sie bitte auf der Skala ein, wie belastend Sie insgesamt Ihr Problem (Ihre Probleme) empfinden:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| O | O | O | O | O | O |
| gar nicht | leichtbeunruhigend | mittelschwer | sehrschwer | äußerstschwer | bringt michvollkommen aus der Fassung |

Wen haben Sie wegen Ihres Problems (Ihrer Probleme) um Rat gefragt? ....................................................................................................................................

Welche Vermutungen und Erklärungen haben Sie für das Auftreten Ihres Problems? ....................................................................................................................................

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

Was haben Sie bisher unternommen, um das Problem/die Probleme zu lösen?

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

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

Geben Sie an, welche Vorteile Sie von der Therapie erwarten:

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

Nennen Sie Ihre hauptsächlichen Ängste und reihen Sie sie nach ihrer Wichtigkeit:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Unterstreichen Sie alles, was Sie von sich kennen (Bezug nehmend auf die ***letzten vier Wochen***):

Abneigung gegen Wochenenden und Urlaub; Angst; Albträume; Appetitlosigkeit; Ärger; Beruhigungsmittel; Depression; Einsamkeit; finanzielle Probleme; kann keine Entscheidungen treffen; kann keine Freunde gewinnen; kann keine Arbeitsstelle behalten; Konflikte; Konzentrationsschwierigkeiten; Kopfschmerzen; gehemmt im Umgang mit anderen; Gespanntheit; häufige Benutzung von Aspirin oder Schmerzmitteln; Herzklopfen; Magenbeschwerden; Minderwertigkeitsgefühle; Müdigkeit; Ohnmachtsanfälle; panische Angst; Probleme mit dem Gedächtnis; Selbstmordgedanken; sexuelle Probleme; Schlaflosigkeit; schlechte häusliche Bedingungen; Schwindelgefühle; Schulden; übermäßiger Ehrgeiz; unfähig, sich zu entspannen; unfähig, sich zu amüsieren; unglücklich sein; übermäßiges Schwitzen; Verdauungsbeschwerden; Zittern;

Zählen Sie weitere Probleme und Schwierigkeiten hier auf: ..................................................

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Denken Sie kurz nach und unterstreichen Sie alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen (bzgl. der ***letzten vier Wochen***):

abstoßend; aggressiv; ängstlich; Angst vor Neuem; aktiv; attraktiv; böse; "das Leben ist leer"; deformiert; deprimiert; dumm; ehrlich; einfühlsam; einsam; ein "niemand"; falle anderen zur Last; feige; feindselig; freundlich; Freude an Abwechslung; fröhlich; gehetzt; gelangweilt; glücklich; hässlich; hilfsbereit; hübsch; im Konflikt; inkompetent; intelligent; "kann nichts richtig machen"; kann mich nicht durchsetzen; missverstanden; moralisch verworfen; nett; naiv; nachdenklich; ohne Zuversicht; ruhelos; selbstbewusst; schüchtern; schreckliche Gedanken; Schuldgefühle; sprachgewandt, unkompliziert; überlegt; unattraktiv; ungeliebt; unzulänglich; verständnisvoll; verwirrt; voller Hass; voller Vorwürfe; warmherzig; wertlos; wertvoll; zu nichts zu gebrauchen; zuversichtlich;

Sonstiges: .................................................................................................................

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

## Persönliche Daten

### Kindheit:

Geburtsort ...............................................................................

Wie ist es Ihrer Mutter während ihrer Schwangerschaft und Geburt gegangen (soweit Ihnen bekannt ist): .............................................................................................................................

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

Unterstreichen Sie alles, was auf Sie zutrifft, als Sie noch ein *Kind* waren:

Ängste, Albträume, Schreikind, Bettnässen, Daumenlutschen, Fingernägel kauen, „fremdeln“, nicht bei Freunden schlafen können, Lernstörungen, Lese-/Rechtschreibschwäche, Schlafwandeln, Stottern, Tics.

Gab es (positive oder negative) Schlüsselerlebnisse? ..........................................................

Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? ........................................................................

Sonstiges ......................................................................................................................

Gesundheitszustand während Ihrer Kindheit: .....................................................................

Welche Krankheiten hatten Sie (bitte mit Altersangabe): …………………………………………………………….

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

Wie schätzen Sie ihre Kindheit *heute* ein?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| sehr glücklich | glücklich | weder/noch | Unglücklich | sehr unglücklich |
| O | O | O | O | O |

Haben Sie als Kind gerne gespielt? Nennen Sie bitte Ihre Lieblingsspiele und Spielzeuge: ....................................................................................................................................

Haben Sie in Ihrer Kindheit mehr mit Buben od. mit Mädchen gespielt? Waren die anderen jünger/älter als Sie? …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

Haben Sie sich irgendwelchen Gruppen angeschlossen? ......................................................

Hatten Sie in Ihrer Kindheit/Jugend einen Bereich für sich alleine? (Wenn ja, beschreiben Sie bitte diesen Bereich) ..............................................................................................................

### Jugendzeit (Pubertätsbeginn bis Volljährigkeit):

Unterstreichen Sie alles, was auf Sie zutrifft, als Sie eine *Jugendliche*/ein *Jugendlicher* waren:

Ängste, Albträume, Aggressionen, Alkohol, Depression, Drogen, Essprobleme, Fingernägel kauen, Konflikte mit Lehrern/Ausbildnern, Lernstörungen, Nervosität, Rauchen, Schulprobleme, sich selbst verletzen, Stottern, Tics, Schüchternheit

Sonstiges ......................................................................................................................

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

Gesundheitszustand während Ihrer Jugend: .......................................................................

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

Welche Krankheiten hatten Sie (bitte mit Altersangabe): .....................................................

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

Interessen und Hobbies während der Jugendzeit:

Wie schätzen Sie ihre Jugendzeit heute ein?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| sehr glücklich | glücklich | weder/noch | Unglücklich | sehr unglücklich |
| O | O | O | O | O |

Wenn Sie die positiven und negativen Erlebnisse Ihrer Kindheit und Jugend überblicken: Welche *Stärken* haben Sie in dieser Lebensphase entwickelt? Was haben Sie für sich gelernt?

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

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

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

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

## Daten über Ihren Beruf

Berufe oder Tätigkeiten, die Sie früher ausübten (bzw. Studienfächer) in zeitlicher Reihenfolge

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

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

Welchem Beruf oder Tätigkeit gehen sie im Moment nach?

Befriedigt Sie Ihre Arbeit (bzw. Schule, Studium), die Sie zurzeit ausüben? ……………………………..

Wenn nicht, weshalb sind Sie unzufrieden? .......................................................................

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

Was verdienen Sie netto? ...............................................................................................

Wie viel kostet Ihr Lebensunterhalt? ................................................................................

Was streben Sie finanziell an? .........................................................................................

Welche Berufswünsche haben Sie früher gehabt? ...............................................................

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

Welche Berufsziele haben Sie heute? ................................................................................

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

In Ihrer Ausbildung erworbene Fähigkeiten? ......................................................................

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

Wo lagen Ihre Stärken und Ihre Schwächen? ....................................................................

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

Entspricht Ihre jetzige Arbeit Ihren Wünschen und Fähigkeiten? ..........................................

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden? (wenn nicht, in welcher Beziehung sind Sie dann unzufrieden?) ................................................................................................................

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

In welchen Punkten belastet Sie Ihre Tätigkeit? (z.B. Überstunden, Vorgesetzte, drohende Arbeitslosigkeit) ...........................................................................................................

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

Gibt es spezielle berufliche Erschwernisse (Arbeitslosigkeit, längere Zeit arbeitsunfähig, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Frühpension u.a.)? …………………………………………………………………………………………..

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

Wie ist Ihr Kontakt zu Ihren Kollegen? …………………………………………………………………………………………

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

Haben Sie auch private Kontakte zu ihnen? Wo sehen Sie dabei Schwierigkeiten?

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

Gab es in der letzten Zeit ein für Sie besonderes berufliches Ereignis? Bitte beschreiben Sie es kurz: ...................................................................................................................................

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

## Freizeit

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

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

Ihre Interessen und Hobbys: ...........................................................................................

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

Ihr Medienkonsum: Zeitung, Fernsehen ……………………………………………………….

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

Welche sozialen Netzwerke nützen Sie? ………………………………………………………. ....................................................................................................................................

Wieviel Zeit wenden Sie täglich dafür auf? ……………………………………….…………………………………………..

Welche Gefühle sind mit dem Medienkonsum verbunden? ……………………………………………………….

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

## Informationen zu Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen:

Gewinnen Sie leicht Freunde? (bitte ankreuzen)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Leicht |  | mittel |  | Schwer |
| O | O | O | O | O |

Sind Ihre Freundschaften von Dauer?................................................................................

Beschreiben Sie kurz, wie Sie sich verhalten, wenn Sie neue Menschen kennenlernen: ...........................................................................................................................................

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

Wonach beurteilen Sie zunächst einen anderen Menschen und warum? .........................................

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

Sind Sie in Ihrer Beziehung zu anderen in der Regel (bitte ankreuzen)

O ------------------------------- O ---------------------------- O

der/die Überlegene die/der Unterlegene?

Beschreiben Sie bitte eine typische Situation in der letzten Zeit, in der Sie sich unterlegen/überlegen fühlten: ........................................................................................................................

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

Beschreiben Sie jede zwischenmenschliche Beziehung, die Ihnen

 1. Freude bringt........................................................................................................

 2. Kummer bringt.....................................................................................................

Wurden Sie jemals hereingelegt oder ernsthaft gehänselt (kurze Schilderung)? .................................................................................................................................... ....................................................................................................................................

Welche Menschen spielen in Ihrem Leben eine wichtige Rolle? Versuchen Sie bitte, sie nach Wichtigkeit zu reihen (es können auch zwei Personen als gleich wichtig angegeben werden).

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

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

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

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

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

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

Wer ist zurzeit die wichtigste Person für Sie? .....................................................................

Leben Sie zurzeit mit jemandem zusammen? (Bitte die Personen aufzählen)

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

Wie lange leben Sie schon zusammen? .............................................................................

Welche Eigenschaften sind Ihnen an dieser Person besonders wichtig? ..................................

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

Beschreiben Sie bitte Ihr Verhältnis zu dieser Person: .........................................................

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

Wenn Sie dieses Verhältnis mit etwas vergleichen können, so ist es wie (bitte ergänzen)

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

Wie reagiert diese Person auf Ihre Beschwerden? ...............................................................

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

Ist Ihnen in der letzten Zeit etwas Besonderes an dieser Beziehung aufgefallen? (Beschreiben Sie es bitte) ...............................................................................................................................

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

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

Gab es in der letzten Zeit eine für Sie schwierige Situation mit dieser Person?

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

Gab es eine angenehme Situation?....................................................................................

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

Haben Sie jemals überlegt, sich zu trennen? ......................................................................

Wenn ja, was hätte das für Ihr weiteres Leben bedeutet? ....................................................

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

Haben Sie sich in der letzten Zeit von einer anderen für Sie wichtigen Person getrennt?

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

Gibt es für Sie Personen, von denen Sie sich gerne trennen möchten? (Wenn ja, welche?)

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

Haben Sie schon einmal alleine gelebt? (wie oft? wie lange?) ...............................................

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

Wenn Sie verheiratet sind, wie kommen Sie mit Schwiegereltern, Schwägern und Schwägerinnen zurecht? ....................................................................................................................................

Haben Sie Kinder und wenn ja, wie viele in welchem Alter? .................................................

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

Hat irgendeines Ihrer Kinder spezielle Probleme? ...............................................................

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

Welche positiven Eigenschaften haben Ihre Kinder? (kurze Antwort): ……………………………………….

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

Hatten Sie Fehl-, Frühgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche? .........................................

Wie fühlen Sie sich als Mutter/Vater? ................................................................................

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

Wie ist nach Ihrer Einschätzung das Verhältnis zu Ihrem Kind/Ihren Kindern:

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

Kurze Bemerkungen über eventuelle frühere Ehen/Beziehungen (mit kurzen Einzelheiten)

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

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

## Ihre Ursprungsfamilie

Vater: O lebend O verstorben? (bitte ankreuzen)

 (wenn bereits verstorben): Wie alt waren Sie, als Ihr Vater starb? .................................

 Todesursache .........................................................................................................

 Wenn Ihr Vater lebt, wie alt ist er jetzt?.......................................................................

 Ausbildung/Beschäftigung .........................................................................................

 Gesundheitszustand .................................................................................................

Mutter: O lebend O verstorben? (bitte ankreuzen)

 (wenn bereits verstorben): Wie alt waren Sie, als Ihre Mutter starb? ...............................

 Todesursache ..........................................................................................................

 Wenn Ihre Mutter lebt, wie alt ist sie jetzt? ..................................................................

 Ausbildung/Beschäftigung .........................................................................................

 Gesundheitszustand .................................................................................................

Wenn Sie nicht von Ihren Eltern, sondern z.B. von *Stiefeltern* oder *Patchworkeltern*, großgezogen worden sind, von wem sind Sie dann großgezogen worden und in welchem Zeitraum? …………….. …………………………………………………………………………………………………..................................................

Wie erging es Ihnen mit dieser Situation? ………………………………………………………………………………………

Geschwister und Stiefgeschwister:

Anzahl der Brüder: ........................... Alter: ........................................

Anzahl der Schwestern: ................... . Alter: .........................................

Wie waren die Beziehungen zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern

 1) früher.................................................................................................................

 2) heute .................................................................................................................

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters / Ihres *Stief- oder Patchworkvaters* / und seine Einstellung zu Ihnen früher: ………………………………………………………………………………………………………… ...................................................................................................................................

Heute: ..........................................................................................................................

Konnten Sie zu ihm immer Vertrauen haben? ...................................................................

Hätten Sie sich manchmal mehr Zuwendung von ihm gewünscht? .......................................

Hatte er ebenso starkes Interesse an Ihrer Entwicklung wie Ihre Mutter? .............................

In welcher Form hat er Sie gestraft, als Sie noch ein Kind waren? .......................................

In welcher Form hat er Sie belohnt, als Sie noch ein Kind waren? ........................................

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie von Ihrem Vater enttäuscht waren?

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

Hat er sich manchmal Ihrer Mutter gegenüber ungerecht verhalten? (früher und heute)

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

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter / Ihrer *Stief- oder Patchworkmutter* / und ihre Einstellung zu Ihnen früher: …………………………………………………………………………………………………………. ...................................................................................................................................

Heute: .........................................................................................................................

Konnten Sie Ihrer Mutter / Ihrer *Stief- oder Patchworkmutter* / immer vertrauen? ………………….. ...................................................................................................................................

Hätten Sie sich manchmal mehr Zuwendung von ihr gewünscht? ..........................................

Hatte sie ebenso starkes Interesse an Ihrer Entwicklung wie Ihr Vater? .............................

In welcher Form wurden Sie von ihr bestraft? ....................................................................

In welcher Form hat sie Sie belohnt, als Sie noch ein Kind waren? ........................................

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie von Ihrer Mutter enttäuscht waren? .............................................................................................................................. …….

Hat sie sich manchmal Ihrem Vater / Ihrem *Stief- oder Patchworkvater* / gegenüber ungerecht verhalten? (früher und heute)

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

Schildern Sie die Atmosphäre in Ihrem Elternhaus, als Sie aufwuchsen. Erwähnen Sie, wie sich Ihre Eltern miteinander vertrugen: ..................................................................................

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

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

und wie sich die Eltern mit den Kindern vertrugen ..............................................................

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

Haben Sie sich im Prinzip von Ihren Eltern geliebt und respektiert gefühlt? ............................

Wurden Sie von Ihren Eltern umarmt, getröstet? .............................................................

Wofür wurden Sie belohnt:

Für Ihre Aktivitäten / Ausdauer / Aussehen / Begabungen / Beweglichkeit („so geschickt!“…) „Brav sein“ / „einfach ICH sein“ / höflich sein / „Kasperl sein“ / leise sein / Konzentrationsfähigkeit / Leistung / Mut / ………………………. / …………………………./

Wofür wurden Sie bestraft: wütend sein / traurig sein / nicht gehorchen / ……………. ………………………………………………………………...............................................................

Haben Ihre Großeltern für Sie eine besondere Bedeutung gehabt (z.B. Erziehung)?

.................................................................................................................................... .................................................................................................................................... Schildern Sie Ihre religiöse Erziehung: ……...........................................................................

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

Hat sich jemals irgendjemand (Eltern, Verwandte, Freunde) in Ihre Ehe, in Ihre berufliche Tätigkeit usw. eingemischt? ...........................................................................................

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

Leidet jemand aus Ihrer Familie unter Alkoholismus, Epilepsie oder anderen Beschwerden und Problemen?........................................................................................................................................................................................................................................................

Gibt es andere Familienmitglieder, bei denen Ihnen irgendwelche Informationen über Krankheit etc. wichtig erscheinen? ....................................................................................................................................

## Ihr Sexualleben

Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität (z.B. wurden Sie zu Hause aufgeklärt, wurde zu Hause über Sexualität gesprochen)? .............................................................................

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

Wann und wie sind Sie sexuell aufgeklärt worden? …….........................................................

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

Wurde über Sexualität gesprochen? In welcher Form? .........................................................

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

Wann wurden Sie sich zum ersten Mal Ihrer eigenen sexuellen Bedürfnisse bewusst?

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

Hatten Sie im Zusammenhang mit Sexualität und Selbstbefriedigung jemals irgendwelche Angst- oder Schuldgefühle? (wenn "ja", bitte beschreiben Sie diese): ……………………………………….

……...............................................................................................................................

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

Gibt es irgendwelche Besonderheiten bezüglich Ihrer ersten oder nachfolgenden sexuellen Erfahrung? .......................... .........................................................................................

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

Sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Sexualleben zufrieden (wenn nicht, bitte erläutern)? ........................................................................................................................................................................................................................................................................

Angaben über irgendwelche bedeutsamen heterosexuellen (bzw. homosexuellen) Verhaltensweisen: ..........................................................................................................

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

Fühlen Sie sich sexuell in irgendeiner Hinsicht gehemmt? ....................................................

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

Wurden Sie (in der Kindheit) jemals in einer Art angefasst, die Ihnen sehr unangenehm war?

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

Sind Sie (in Ihrer Kindheit) jemals zu sexuellen Handlungen angehalten worden? …………………..

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

## Informationen über die Menstruation:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode? ................................................................

Waren Sie darüber informiert, oder waren Sie darüber schockiert? .......................................

Treten Ihre monatlichen Blutungen regelmäßig auf? ..........................................................

Dauer der Periode ........................................................................................................

Haben Sie dabei Schmerzen? .........................................................................................

Wann haben Sie Ihre letzte Periode gehabt? ....................................................................

Beeinflusst die Periode Ihre Stimmung? …........................................................................

## Selbst- und Fremdbeschreibung

Gibt es beängstigende oder quälende Erfahrungen, die Sie bis jetzt noch nicht erwähnt haben: ....................................................................................................................................

Gibt es etwas in Ihrem gegenwärtigen Verhalten, das Sie gern ändern möchten?

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

Welche Gefühle möchten Sie verändern (z.B. intensivieren oder abbauen?)

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

Haben Sie jemals die Kontrolle über sich verloren (z.B. Wutanfälle bekommen, geweint oder sich aggressiv verhalten?). Wenn ja, beschreiben Sie es bitte:

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

Führen Sie jede Situation auf, die Sie beruhigt oder entspannt:

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

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

Welche Empfindungen sind besonders

 angenehm für Sie? ...............................................................................................

 unangenehm für Sie?.............................................................................................

Beschreiben Sie eine für Sie sehr angenehme Phantasievorstellung:

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

Beschreiben Sie eine für Sie sehr unangenehme Vorstellung: ...............................................

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

Welche Ihrer Gedanken oder Vorstellungen empfinden Sie als am unvernünftigsten?

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

Geben Sie an, wie die folgenden Personen Sie beschreiben würden:

Sie sich selbst: ...............................................................................................................

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

Ihr Ehegatte bzw. Ihre Gattin oder Ihr/e Partner/in bzw. Freund/in: …....................................

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

Ihr bester Freund bzw. Ihre beste Freundin: ......................................................................

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

Ein Arbeitskollege oder eine Arbeitskollegin .......................................................................

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

Jemand, der Sie nicht mag ..............................................................................................

## Gedanken und Überzeugungen

Bitte versuchen Sie nun, die folgenden Satzanfänge möglichst ohne viel Nachdenken zu Ende zu führen. Es gibt dabei kein „richtig“ oder „falsch“.

1. Ich bin ein Mensch, der ........................................................................................
2. Die anderen sind …………………………………………………………………………………………………………………
3. Die Welt / das Leben ist ………………………………………………………………………………………………………
4. Mein ganzes Leben lang .......................................................................................
5. Von der Zeit an, als ich noch ein Kind war …............................................................
6. Eine Sache, auf die ich stolz bin, ist .......................................................................
7. Ich gebe ungern zu, dass .....................................................................................
8. Ich neige besonders zu Stimmungen und Gefühlen wie …………………………………………………..
9. Ich will/kann/darf erreichen, dass ……………………………………………………………………………………..
10. Ich muss verhindern, dass ………………………………………………………………………………………………… andernfalls droht ………………………………………………………………………………………………………………..
11. Eine Sache, die ich nicht verzeihen kann, ist ............................................................
12. Eine Sache, bei der ich mich schuldig fühle, ist .........................................................
13. Wenn ich nicht solche Angst hätte, ich selbst zu sein, würde ich ..............................
14. Eine Sache, über die ich mich ärgere, ist ............................................................
15. Wenn ich mir nicht solche Sorgen über den Eindruck machen müsste, den andere von mir haben ...............................................................................................................
16. Eine der Möglichkeiten, wie ich mir selbst helfen könnte, die ich aber nicht wahrnehme, ist ……………………......................................................................................................
17. Eine der Art und Weisen, wie Leute mir weh tun, besteht darin, dass …………………………… ………………...........................................................................................................
18. Ich gehe mit Menschen üblicherweise so um, dass …………………………………………………………
19. Ich gehe mit Anforderungen/Problemen so um, dass ……………………………………………………..
20. Ich gehe mit mir selbst üblicherweise so um, dass ………………………………………………………….
21. Mutter war immer ………........................................................................................
22. Was ich von meiner Mutter benötigte und was sie mir niemals gab, war .....................
23. Vater war immer .................................................................................................
24. Was ich von meinem Vater wollte, und was er mir niemals gab, war ...........................
25. Was ich von einem Mann (einer Frau) brauche und nie erhalten habe, ist ....................
26. Das Dumme daran, wenn man erwachsen wird, ist ...................................................
27. Mein Traum wäre es, ...........................................................................................
28. Ich wollte immer schon mal …................................................................................
29. Wenn ich noch mal von vorne anfangen könnte, .......................................................
30. Ich bin mit mir zufrieden, wenn .............................................................................
31. Menschen sind im Allgemeinen ..............................................................................
32. Meine Lebenseinstellung ist ...................................................................................
33. Wenn ich drei Wünsche frei hätte: …………………………………………………………………………………….. ………………………………………………...............................................................................
34. Diese Fragen sind ................................................................................................

## Meine 17 besten Eigenschaften.

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

Und jene Eigenschaften, die ich nicht habe, aber gerne hätte:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

Fügen Sie bitte jede Information hinzu, die in diesem Fragebogen nicht angesprochen worden ist und die Ihrer Therapeutin dabei helfen könnte, Sie zu verstehen und Ihnen zu helfen. Nutzen Sie dazu die leere(n) Rückseite(n) des Fragebogens!

Bemerkungen oder Anregungen zu diesem Fragebogen sind gerne willkommen!

**Unterschrift:**

**Danke für Ihre Mitarbeit!**