

Fragebogen zur Problemanalyse und Lebensgeschichte

Name: Geburtsdatum:

Mithilfe dieses Fragebogens möchte ich ein umfassendes Bild von Ihnen, Ihren Belastungen und der Umwelt in der Sie leben bekommen. Wenn Sie diesen Fragebogen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie sich und mir das Erkennen der Problemzusammenhänge sowie die Durchführung der therapeutischen Behandlung. Die aufgeführten Fragen sind nur eine Vorbereitung auf unsere Gespräche, viele der Fragen werden dort noch einmal mit Ihnen durchgesprochen. Sie können dann Ihre Angaben jederzeit noch ergänzen oder korrigieren.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Ihre Angaben werden daher streng vertraulich behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen. Bitte planen Sie für diesen Fragebogen ca. 3-5 Stunden störungsfreier Zeit ein und bringen Sie ihn ausgefüllt zum nächsten Gespräch mit.

I. Angaben zur Symptomatik

1. Beschwerden in Ihrer **Kinder- und Jugendzeit** bis ca. 18. Lebensjahr

Bitte unterstreichen Sie im Folgenden nur die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten oder heute noch bestehen:

Nägelkauen – Haarausreißen – Tics – Einnässen – Anfallsleiden – Krämpfe – Schlafwandeln – nächtliches Schreien – Entwicklungsverzögerung – vorzeitige Entwicklung – Wachstumsstörung – Übergewicht – Untergewicht – Essstörung (z.B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht usw.) – Selbstverletzungen – übertriebene Selbstbefriedigung – sexuelle Abweichungen – Stehlen – Lügen – Zündeln – Ausreißen – Schuleschwänzen – Konzentrationsstörungen – Lese-, Rechen- oder Schreibstörungen – Lispeln – Stottern – Stammeln – Poltern oder andere Sprachstörungen – Kopfschmerzen – Kreislaufbeschwerden – Magen-Darm-Beschwerden – Übelkeit – Missbrauch von Medikamenten – Alkohol – Rauchen – Drogen – Allergien – Atembeschwerden – Asthma – übertriebener Ehrgeiz – Leistungsschwankungen – Minderwertigkeitsgefühle – Kontaktprobleme – Unselbständigkeit – Ängste – Zwänge – Ordnungsdrang – Schlampigkeit – Distanzlosigkeit – Kasperlverhalten – aggressives Verhalten – Trotz – Eifersucht – Selbstmordäußerungen – Traurigkeit

2. Beschwerden, die heute im **Erwachsenen-Alter** auf Sie zutreffen:

Schmerzen – Schlafstörungen – Arbeitsstörungen – Angst vor Menschen – Unsicherheit – Minderwertigkeitsgefühle – Erröten – Zittern – Schwitzen – Kloßgefühl – Angst vor Umweltzerstörung – Angst vor dem Alleinsein – wechselnde körperliche Beschwerden – sexuelle Probleme – Stimmungsschwankungen – grundlose anhaltende Traurigkeit – Selbstmordgedanken – Sprachstörungen – Panikzustände – Partnerschaftsprobleme – Tagträumen – Grübeln – Verfolgungsgedanken – Überempfindlichkeit – Katastrophenphantasien – Ohnmachtsanfälle – Angst vor Höhen – Angst in geschlossenen Räumen – Schuldgefühle – übertriebene Aufregung – Zukunftsängste – Hilflosigkeit – Selbstverletzungen – Selbstmordversuche – Prüfungsangst – häufiger Arbeitsplatzwechsel – Schwindel – Herzbeschwerden – körperliche Unruhe – Kopfschmerzen – Benommenheit – Bewegungsmangel – Magen-Darm-Beschwerden – Zwänge – Spielsucht – Arbeitssucht – Kontaktprobleme – Konflikte – Ärger – Alkohol – Beruhigungsmittel – Schlaflosigkeit – Diäten – Drogen – Störungen des Essverhaltens – Lustlosigkeit – Überforderung – Unterforderung – Entscheidungsprobleme – finanzielle Probleme – Abhängigkeiten – Einsamkeit – Konzentrationsschwierigkeiten – Gedächtnisprobleme – Antriebslosigkeit – Gewichtsverlust – Appetitverlust – unkontrollierte Wutausbrüche – Allergien – Asthma – Libidoverlust – Krankheiten

II. Lebensgeschichtliche Entwicklung – Krankheitsanamnese

1. Lebensgeschichtliche Ereignisse

Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

0 – 3 Jahre (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindlicher Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)

3 – 6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

6 – 10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern usw.)

10 – 15 Jahre (z.B. Pubertätsprobleme, Freundschaften, evtl. erste sexuelle Erfahrungen, usw.)

15 – 20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Beziehungsprobleme usw.)

20 – 25 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung usw.)

Ab dem 25. Lebensjahr:

2. Familie und Bezugspersonen:

Wie erlebten Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?

(z.B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich, usw.) Unterstreichen Sie Zutreffendes und beschreiben Sie diese mit Ihren eigenen Worten:

Mutter: Alter bei Geburt: Beruf:

Falls verstorben: Jahr: Todesursache:

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer **Mutter** und ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit.

Welche Erlebnisse mit Ihrer **Mutter** prägen Sie heute noch?

Schreiben Sie bitte zwei bis drei typische Sätze Ihrer **Mutter** auf:

- 1.
- 2.
- 3.

Erziehungsstil der **Mutter** (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge usw.)

Wie ist die Beziehung zu Ihrer **Mutter** heute? Wie verhalten Sie sich ihr gegenüber?
Haben Sie Wünsche, Erwartungen, Hoffnungen gegenüber Ihrer Mutter?

Vater: Alter bei Geburt: Beruf:

Falls verstorben: Jahr: Todesursache:

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit.

Welche Erlebnisse mit Ihrem Vater prägen Sie heute noch?

Schreiben Sie bitte zwei bis drei typische Sätze Ihres Vaters auf:

- 1.
- 2.
- 3.

Erziehungsstil des Vaters (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge usw.)

Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater heute? Wie verhalten Sie sich ihm gegenüber?
Haben Sie Wünsche, Erwartungen, Hoffnungen gegenüber Ihrem Vater?

Geschwister:

Beschreiben Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Geschwistern:

Name	Alter	früher	heute
..			
..			
..			
..			
..			

weitere Bezugspersonen als Sie aufwuchsen:

- ..
- ..
- ..
- ..

Sexualität

Beschreiben Sie nun Ihre eigene sexuelle Entwicklung:

Einstellung ihrer Eltern/Geschwister gegenüber Sexualität:

Gab es sexuelle Anzüglichkeiten, Grenzüberschreitungen oder Missbrauch in Ihrer Familie?

Familiäre Erkrankungen

Welche der folgenden Erkrankungen trifft auf eines Ihrer Familienmitglieder zu?

Seelische Erkrankungen:

Schwere körperliche Erkrankungen:

Alkoholismus – Selbstmordversuche – Behinderungen:

Welche Familienmitglieder oder andere Verwandte leiden unter ähnlichen Problemen wie Sie?

.....

3. Schulische/berufliche Laufbahn:

Welche Schulzweige besuchten Sie (von-bis/Abschluss/Noten)?

1. 3.

2. 4.

Schulabschluss: Durchschnittsnote:

Anschließende Berufsausbildung:

Von bis

Zusätzliche Schulbesuche/Weiterbildungen:

Berufswunsch Ihrer Eltern:

Eigener Berufswunsch:

Bisherige Arbeitsstellen:

jetzige Tätigkeit seit: sind Sie damit zufrieden?.....

Veränderungswünsche:

.....

Wie ist Ihre finanzielle Situation? Haben Sie finanzielle Sorgen?

.....

4. Partnerschaft:

Alter des Partners: Schulabschluss:

Beruf: befreundet seit:

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

In welchen Bereichen verstehen Sie sich weniger gut?

Bitte zählen Sie noch frühere Freunde bzw. Partnerschaften auf und deren Dauer

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

5. Kinder:

Name	Geschlecht	Alter	Schule/Beruf	Beziehung
------	------------	-------	--------------	-----------

Hat eines Ihrer Kinder spezielle Probleme?

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder anderes?

6. Aktuelle Lebenssituation:

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? Was sind Vorteile/Nachteile Ihrer Wohnsituation?

Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

Haben Sie Bekannte und Freunde? Sind Sie zufrieden mit Ihren Freundschaften?

Welche Hobbies haben Sie und wie häufig im Monat beschäftigen Sie sich damit?

Mögen Sie Wochenenden und Urlaub?
Was gefällt Ihnen daran? Was gefällt Ihnen nicht?

Was möchten Sie an Ihrer Lebenssituation verändern?

Was hindert Sie daran?

Wie versuchen Sie sich dabei bereits selbst zu helfen?

III. Psychischer Befund / Beziehung zum Therapeuten:

1. Wie ist gewöhnlich Ihre Grundstimmung?
2. Haben Sie in der Schule, beim Arbeitsamt oder an anderen Stellen bereits eine psychologische Testuntersuchung gemacht?
3. Wie wünschen Sie sich idealerweise die Beziehung zu Ihrem Therapeuten?
4. Wie stellen Sie sich den idealen Patienten vor?
5. Was glauben Sie selbst davon nicht erfüllen zu können?
6. Was befürchten Sie im Kontakt mit Ihrem Therapeuten?

IV. Körperlicher Befund:

1. Welche ärztlichen Diagnosen und Untersuchungsbefunde der letzten fünf Jahre sind Ihnen bekannt?
(Bitten Sie Ihre behandelnden Ärzte um die Zusendung ärztlicher Befundberichte.)
2. Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie durchgemacht?
3. Größe: Gewicht (heute): (mit 18 J.): Wunschgewicht:

V. Verhaltensanalyse:

a) Bedingungsanalyse:

1. Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt, was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?
2. In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme gehäuft auf?
3. In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf? Wann fühlen Sie sich besser?

b) Phänomenologie (Erlebnisebenen):

1. Welche typischen **Gedanken** bestimmen heute Ihr Leben?
2. Welche **Gefühle** sind damit verbunden?
3. Welche **körperlichen Reaktionen** erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?
4. Wie **verhalten** sie sich, wenn Ihr Problem auftritt, was tun Sie, um sich zu helfen?
5. Bitte schildern Sie eine typische **Alltagssituation**, in der Sie Ihre Symptome/Belastungen besonders stark spüren: Bitte beschreiben Sie ganz konkret die Situation von außen und was Sie innerlich dabei erleben (Gedanken, Gefühle, Körperwahrnehmungen, Verhaltensimpulse, tatsächliches Verhalten, Konsequenzen).

c) Funktionsanalyse (Krankheitssinn):

1. Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?
2. Was möchten Sie gerne mit der freien Zeit tun, die sie möglicherweise dann haben, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen müssen?
3. Woran hindert Sie Ihr Problem?
4. Wann benutzen Sie Ihre Probleme auch schon mal als Ausrede?
5. Auf welche mögliche Überforderung oder Überbelastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?

d) Analyse weiterer Einflussfaktoren:

1. Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten:

Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß (früher-heute)?

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

Was beruhigt Sie?

2. Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfertigkeiten:

Wie haben Sie sich bisher bei Krisen oder Lebensproblemen geholfen?

Wie viel Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen ...

...Sie selbst (0-100):

...andere (0-100):

3. Defizite, Schwächen, fehlende Strategien:

Welche Anforderungen des Lebens fallen Ihnen besonders schwer zu erfüllen?

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

Was vermeiden Sie?

VI. Diagnose:

Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem?

Wie bezeichnen Angehörige Ihr Problem?

Diagnose des Hausarztes / anderer Fachärzte:

VII. Therapieziele:

Nennen Sie nun bitte Ihre drei wichtigsten Wünsche:

- 1.
- 2.
- 3.

Nennen Sie bitte möglichst konkrete
therapeutische Veränderungsziele:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Was wäre konkret zu tun,
um diese Ziele zu erreichen?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Wie haben Sie bereits selbst begonnen, sich zu verändern, oder was könnten Sie zusätzlich noch zu Ihrer Veränderung beitragen?

VIII. Behandlungsplan:

1. Wie viele Sitzungen und Monate sollte eine therapeutische Behandlung Ihrer Meinung nach dauern?
(mindestens/höchstens)

2. welche Veränderungsschritte kosten

am wenigsten Mut: ...

am meisten Mut: ...

Zum Schluss:

Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Ausfüllen des gesamten Fragebogens?

Der Erfolg der Therapie hängt u.a. auch von Ihrer Bereitschaft ab, dem Therapeuten möglichst umfassende Informationen zu geben. Welche zusätzlichen Informationen erscheinen Ihnen noch wichtig zu sein (beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen usw. - evtl. Extra-Blatt benutzen)?

Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich bis hierher auszufüllen, dann ist dies bereits ein erster wichtiger therapeutischer Schritt! Herzlichen Dank dafür! Sollten Sie aber Probleme mit dem Fragebogen haben: Im Zentrum unserer Therapie steht unser Gespräch und wir können alle offene Fragen auch dort Schritt für Schritt – und nur soweit Sie dies zulassen wollen – klären!