

Biografische Anamnese

Dieser Fragebogen soll mir helfen, Sie näher kennen zu lernen und sich in Ihre Probleme sowie in Ihre Lebenssituation hineinzusetzen. Ihre Angaben sind selbstverständlich streng vertraulich, sie unterliegen der ärztlichen / therapeutischen Schweigepflicht.

Beantworten Sie bitte jede betreffende Frage so ausführlich, wie es Ihnen möglich ist, und so konkret Sie können. Bitte geben Sie sich Mühe und nehmen Sie sich einige Tage Zeit – versuchen Sie nicht, den Bogen „schnell mal“ an einem Abend auszufüllen, bei Ermüdungserscheinungen werden Antworten erfahrungsgemäß unstimmliger. Es kommt aber ganz genau darauf an!

Wenn Ihnen eine Frage unklar ist oder schwer fällt, kennzeichnen Sie diese mit einem „?!“, damit diese von Beantwortungen, die Sie lediglich vergessen haben, unterschieden werden können.

Bitte schreiben Sie deutlich und übersichtlich

Sie können bei Platzmangel auch die Rückseite benutzen bzw. dem Fragebogen ein oder mehrere Extra-Blätter beifügen (bitte mit Nummer kenntlich machen).

Chiffre:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Nationalität:	Familienstand:
Alter / Geschlecht Ihrer Kinder:				
erlernte(r) Beruf(e):				
derzeitig ausgeübte(r) Tätigkeit / Beruf:				
frühere Tätigkeit:				

Von wem wurden Sie überwiesen oder bekamen Informationen über diesen Therapieplatz?

Was möchten Sie mit Hilfe der Therapie für sich erreichen? Welche Erwartungen haben Sie?

Aktuelle Situation

1) Beschreiben Sie die Probleme, deretwegen Sie zur Therapie kommen:

2) Weshalb kommen Sie jetzt?

Auskunft bezüglich Geschichte / Entwicklung

1) Geben Sie kurz Auskunft bezüglich Geschichte / Entwicklung Ihrer Beschwerden (erstmaliges Auftreten bis heute, bitte mit Jahreszahlen), Häufigkeit ihres Auftretens, jeweilige Folgen für Sie und / oder andere Personen:

Jahreszahl	Ausführung

2) Bitte ankreuzen, was auf Sie zutrifft:
 X = manchmal // XX = öfters // XXX = häufig // XXXX = sehr häufig

Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	ängstlich	<input type="checkbox"/>	Angstzustände	<input type="checkbox"/>
sexuelle Probleme	<input type="checkbox"/>	deprimiert	<input type="checkbox"/>	einsam	<input type="checkbox"/>
leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/>	Leben ist sinnlos	<input type="checkbox"/>	Schwitzen	<input type="checkbox"/>
nehme oft Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	neige zur Panik	<input type="checkbox"/>	Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Schwächeperioden	<input type="checkbox"/>	nutzlos	<input type="checkbox"/>	Spannungsgefühle	<input type="checkbox"/>
nehme Drogen	<input type="checkbox"/>	harmoniebedürftig	<input type="checkbox"/>	Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/>
Minderwertigkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>	anpassungsbereit	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, mich zu amüsieren	<input type="checkbox"/>	ungeliebt	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>
kann mich anderen schlecht mitteilen	<input type="checkbox"/>	naiv	<input type="checkbox"/>	Panikgefühle	<input type="checkbox"/>
ein Niemand	<input type="checkbox"/>	getrieben / ruhelos	<input type="checkbox"/>	überehrgeizig	<input type="checkbox"/>
inkompetent	<input type="checkbox"/>	Unattraktiv / abstoßend	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
keine Zuversicht	<input type="checkbox"/>	vernünftig	<input type="checkbox"/>	kann Arbeit nicht längere Zeit behalten	<input type="checkbox"/>
schuldig	<input type="checkbox"/>	optimistisch	<input type="checkbox"/>	schlechte Familienverhältnisse	<input type="checkbox"/>
gelangweilt	<input type="checkbox"/>	hässlich	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtgefühle	<input type="checkbox"/>

voll Ablehnung		attraktiv		Alkoholsucht	
dumm		voller Hoffnung		schüchtern unter Leuten	
aggressiv / streitlustig		Herzklopfen/-rasen/-poltern		möchte am liebsten davonlaufen	
im Konflikt		Alpträume		Magen-Darmprobleme	
missverstanden		ständige Anspannung		Zittern	
böse		unfähig Freundschaften zu schließen		Verlassenheitsgefühle	
selbstunsicher		Konzentrationsschwierigkeiten		Zukunftsangst	

Sonstiges:

3) In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme gehäuft auf?

4) Welche Folgen haben die Probleme für Sie? Was tun Sie, um sich zu helfen?

5) Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt, womit hängen sie zusammen?

6) Welche typischen Gedanken bestimmen Ihr Leben? Welche Gefühle sind damit verbunden?
(z. B. Lebensmotto: „Das schaffe ich eh nicht, andere sind besser als ich!“ oder „Man muss die Zähne zusammenbeißen!“)

7) Welchen Personen käme Ihr Therapieerfolg zugute? Was würde sich ändern?

Elternhaus:

1) Vater:	geboren / Alter	Beruf (e):
-----------	-----------------	------------

Gesundheit:

falls verstorben, Todesursache / Jahr

Wie alt waren Sie damals?

Hat(te) er psychische / soziale Probleme?

2) Mutter:	geboren / Alter	Beruf (e):
------------	-----------------	------------

Gesundheit:

falls verstorben, Todesursache / Jahr

Wie alt waren Sie damals?

Hat(te) sie psychische / soziale Probleme?

3) Stiefvater:	geboren / Alter	Beruf (e):
Gesundheit:		
falls verstorben, Todesursache / Jahr		
Wie alt waren Sie damals?		
Hat(te) er psychische / soziale Probleme? _____		
4) Stiefmutter:	geboren / Alter	Beruf (e):
Gesundheit:		
falls verstorben, Todesursache / Jahr		
Wie alt waren Sie damals?		
Hat(te) sie psychische / soziale Probleme? _____		
5) Geschwister:		
<input type="checkbox"/> Bruder	<input type="checkbox"/> Schwester	
Alter:	Beruf (e):	
Familienstand / Kinder: _____		
Familienstand / Kinder:		
<input type="checkbox"/> Bruder	<input type="checkbox"/> Schwester	
Alter:	Beruf (e):	
Familienstand / Kinder:		

6) Hat eines Ihrer Geschwister psychische, gesundheitliche, soziale oder sonstige Probleme?

7) Wie war die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern früher, wie ist sie heute?

8) Bei wem sind Sie in welchem Alter aufgewachsen? Bitte mit Jahresangaben.
(von bis).

9) Welche Beziehung hatten / haben Sie zu Ihrer Mutter / Stiefmutter?

10) heute:

13) Welche Beziehung hatten / haben Sie zu Ihrem Vater / Stiefvater?

früher:

heute:

14) Welche Einstellung hatte / hat Ihr Vater / Stiefvater zu Ihnen? Fühl(t)en Sie sich von ihm geliebt? Bitte gehen Sie so weit wie möglich in Ihre Kindheit zurück (früheste Erinnerungen), Jugendzeit ...

15) Wie hat sich Ihr Vater / Stiefvater Ihnen gegenüber verhalten, was für ein Mensch war / ist er? Bitte mindestens fünf Adjektive nennen, z.B. geduldig, emotional nicht präsent, kritisierend, hart, herzlich, inkonsequent, ...

16) Welche Bindungen bestehen zu Ihren Eltern heute? Wie oft sehen Sie sie?

17) Wie war die Beziehung der Eltern zueinander:

18) Fühlten Sie sich bei Ihren Eltern geborgen? Konnten Sie Ihre Sorgen mit ihnen besprechen?

19) Versuchen Sie die Atmosphäre Ihres Elternhauses (bzw. wo Sie aufgewachsen sind) zu schildern:

20) Gab es außer Ihren Eltern andere wichtige Bezugspersonen (z. B. Tante, Onkel, Großeltern)? Beschreiben Sie kurz deren Bedeutung für Sie. Welche Rolle hatten diese in Ihrer Kindheit und Jugend?

3) Sonstige besonders ängstigende Situationen oder Träume (bisher noch nicht erwähnt):

SCHULE und BERUF

1) Bildungs-/Berufsweg, jetzige Tätigkeit, Berufssituation (Stress / Freude, Beziehung zu Kollegen / Vorgesetzten)

SOZIALE BEZIEHUNGEN

1) Welche Schwierigkeiten haben Sie, Beziehungen zu anderen aufzubauen oder aufrechtzuerhalten?

2) Bestehen Probleme in gegengeschlechtlichen Beziehungen (z.B. schüchtern, ängstlich, aggressiv)?

3) Haben Sie Freunde, mit denen Sie persönliche Dinge besprechen können? Wen und seit wann?

4) Wer sind die wichtigsten Menschen in Ihrem Leben?

5) Was möchten Sie in Ihren Beziehungen zu anderen Menschen verändern?

PARTNERSCHAFT UND ELTERN SCHAFT

1) seit wann kennen Sie Ihren Partner (Alter, Hochzeitsjahr, Jahr des Zusammenziehens)?

2) Seine / ihre Schulbildung, Berufsausbildung

3) Was hat Ihnen an ihr / ihm damals beim Kennenlernen gefallen?

4) In welchen Bereichen verstehen Sie sich mit Ihrem / Ihrer Partner/-in? Was schätzen Sie heute an ihr / ihm ?

5) Welche Schwierigkeiten haben Sie miteinander, was an ihm / ihr stört Sie, verletzt Sie, ... ?

6) Gibt es eine wichtige frühere Partnerschaft? Bestehen deshalb Probleme in der jetzigen Beziehung?

7) Hatten Sie (Ihre Partnerin) eine Fehlgeburt, Frühgeburt oder Abtreibung? Wann war diese? / Umstände?

8) haben Sie Kinder?

1. Kind:

Geburtsjahr:

Name

Geschlecht

männlich

weiblich

Schule / Beruf:

2. Kind:

Geburtsjahr:

Name

Geschlecht

männlich

weiblich

Schule / Beruf:

3. Kind:

Geburtsjahr:

Name

Geschlecht

männlich

weiblich

Schule / Beruf:

4. Kind:

Geburtsjahr:

Name

Geschlecht

männlich

weiblich

Schule / Beruf:

9) Weitere Kinder:

10) Wie kommen Sie mit Ihren Kindern und der Familie zurecht? Welche Probleme gibt es?

SEXUALITÄT

1) Wie und von wem wurden Sie aufgeklärt?

2) In welchem Alter hatten Sie mit wem (Alter) die ersten sexuellen Erfahrungen? Wie erlebten Sie diese?

3) Wie erleben Sie Sexualität und Zärtlichkeit?

4) Hatten Sie verschiedene Partner/-innen (wichtigste, von wann bis wann)? Häufigkeit sexueller Kontakte?

5) Bestehen Probleme im sexuellen Bereich (Ängste, Schuldgefühle, körperliche Beschwerden etc.)?

6) Wie erleben Sie Ihre Selbstbefriedigung?

7) Sexuelle Träume, Phantasien, unerfüllte Wünsche?

KRANKHEITSANAMNESE

1) Frühere Krankheiten und deren Folgen:

2) Aktuelle körperliche Beschwerden, ggf. im Zusammenhang mit Ihren Problemen:

3) Medikamenteneinnahme, Alkoholkonsum (von ... bis / durchschnittliche Menge / in welchen Situationen):

4) Wann fühlten Sie sich zuletzt gesund und stabil?

5) Psychotherapeutische Vorbehandlungen: von wann bis wann, weshalb und mit welchem Erfolg?

SELBSTBESCHREIBUNG

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:

1) Ich bin ein Mensch, der ...

2) Während meines ganzen Lebens ...

3) Seit meiner Kindheit ...

4) Worauf ich stolz bin, ist ...

5) Es fällt mir schwer zuzugeben, ...

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

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

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

9) Eine Art, wie andere mir weh tun, ist ...

10) Mutter war immer ...

11) Was ich von meiner Mutter gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...

12) Vater war immer ...

13) Was ich von meinem Vater gebraucht hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...

14) Ich kann meiner Mutter nicht vergeben, dass ...

15) Ich kann meinem Vater nicht vergeben, dass ...

16) Eines der Dinge, über die ich mich ärgere, ...

17) Was ich von meinem / meiner Partner/-in brauche, aber nie /selten erhalten habe, ist ...

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

19) Was ich mir von anderen wünschen würde, wäre ...

20) Ein Weg, wie ich mir selbst helfen könnte, es aber nicht tue, ist ...

Bitte beschreiben Sie

1) einen wiederkehrenden Traum aus der:

A. Kindheit

B. Jugend

C. von heute
