



Fragebogen zur Lebensgeschichte/SNUK

Es ist Aufgabe dieses Fragebogens, einen relativ umfassenden Eindruck von Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Fragebögen dieser Art sind für eine Therapie notwendig, um Ihnen möglichst gut bei der Lösung Ihrer jeweiligen Probleme helfen zu können. Indem Sie die folgenden Fragen vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, erleichtern und beschleunigen Sie die Behandlung. Sie werden gebeten, diese Fragen alleine auszufüllen.

Therapieunterlagen und persönliche Informationen wie diese sind absolut vertraulich. **KEIN AUSSENSTEHENDER (auch nicht nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt) ERHÄLT OHNE IHRE SCHRIFTLICHE ERLAUBNIS ZUGANG ZU DIESEN INFORMATIONEN!**

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten“.

Allgemeines:

Datum:.....

Name:.....

Adresse:

Telefon: Geb. Datum:

Beschäftigung: Beruf:

Größe: Gewicht:

Ihr Familienstand ist (Bitte zutreffendes ankreuzen (X)):

LEDIG? () VERHEIRATET? () GESCHIEDEN? () VERWITWET? ()

1. Angaben zu den Beschwerden

1.1.: Welche Beschwerden führen Sie zu mir/uns?

Nennen Sie alles worunter Sie leiden, so wie es Ihnen jetzt gerade einfällt, so vollständig wie möglich:

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

1.2.: Wann begannen Ihre Hauptbeschwerden (Monat und Jahr):.....

Gab es vor Beginn der Hauptbeschwerden eine anhaltende Belastung in Ihrem Leben?

.....
.....

a) Bitte schätzen Sie auf der folgenden Skala ein, für wie schwerwiegend Sie Ihr Problem halten:
(Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

| | | | | |
|-------------|------------|------------|------------|------------------|
| leicht | mittel- | sehr | extrem | total |
| störend () | schwer () | schwer () | schwer () | unerträglich () |

1.3.: Religionszugehörigkeit:

a) während der Kindheit:.....

b) heute:.....

Sind Sie religiös aktiv: a) während der Kindheit:.....

b) heute:.....

Ist Ihre Beziehung zur Religion für Sie eher : (Bitte zutreffendes ankreuzen (X)):

STÜTZEND? () BELASTEND? () WEDER/NOCH? ()

2. Persönliche Daten

2.1.1.: Ihr Vater (Pflege/Adoptiv - Vater; bitte jeweils entsprechend vermerken):

sein Alter:Geburtsjahr:

sein Beruf:

seine Schul-/Hochschulbildung:

falls verstorben, Ursache:

wann:

wie alt waren Sie:

evtl. berentet? JA/NEIN

wenn ja, seit: Grund für die Berentung:

Was für ein Mensch war er, als sie Kind waren (2 Eigenschaften)?

1)..... 2).....

Fühlten Sie sich von Ihrem Vater geliebt und akzeptiert? JA/NEIN

Hat Ihr Vater gesundheitliche psychische oder soziale Probleme? Wenn ja, welche?

.....
.....

Ist die Beziehung zu Ihrem Vater für Sie eher : (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

STÜTZEND? ()

BELASTEND? ()

WEDER/NOCH? ()

Trugen Probleme in der Beziehung zu Ihrem Vater zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.1.2.: Ihre Mutter (Pflege/Adoptiv - Mutter; bitte jeweils entsprechend vermerken):

ihr Alter:Geburtsjahr:

ihr Beruf:

ihre Schul-/Hochschulausbildung:

falls verstorben, Ursache:

wann:

wie alt waren Sie:

evtl. berentet?

JA/NEIN

wenn ja, seit: Grund für die Berentung:.....

Was für ein Mensch war sie, als Sie Kind waren (2 Eigenschaften)?

1)..... 2).....

Fühlten Sie sich von ihr geliebt und akzeptiert?

JA/NEIN

Hat Ihre Mutter gesundheitliche psychische oder soziale Probleme? Wenn ja, welche?

.....
.....

Ist die Beziehung zu Ihrer Mutter für Sie eher

STÜTZEND?

BELASTEND?

WEDER/NOCH?

Trugen Probleme in der Beziehung zu Ihrer Mutter zur Entstehung Ihrer Erkrankung eventuell bei?

In welchem Ausmaß: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.1.3.: Wie war die Beziehung Ihrer Eltern (Pflege/Adoptiv - Eltern; bitte jeweils entsprechend vermerken) zueinander? Erinnern Sie sich, daß sie sich oft stritten, daß sie liebevoll miteinander umgingen?

.....
.....

Wer von beiden bestimmte eher, was getan wurde?

VATER?/MUTTER?

Zu wem von beiden hatten Sie als Kind das innigere Verhältnis?

VATER?/MUTTER?

Auf welche Art wurden Sie als Kind von Ihren Eltern bestraft?

.....

2.1.4.: Probleme im Umgang mit Gefühlen?

Trugen Probleme im Umgang mit Ihren Gefühlen zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß?: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.1.5.: Leiden Angehörige von Ihnen an einer Erkrankung? Wenn ja, an welcher?

.....

2.2.: Ihre Geschwister:

| | 1. Bruder/Schwester? | 2.-Bruder/Schwester? | 3. Bruder/Schwester? |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Geburtsjahr: | ..... | ..... | ..... |
| Beruf: | ..... | ..... | ..... |
| Schulbildung: | ..... | ..... | ..... |
| Familienstand | led./verh./gesch. | led./verh./gesch. | led./verh./gesch. |
| Kinder (Zahl; Alter): | ..... | ..... | ..... |
| Als Sie Kind waren, welche 2 Eigenschaften hatte das jeweilige Geschwister? | | | |
| | 1)..... | 1)..... | 1)..... |
| | 2)..... | 2)..... | 2)..... |

Ist Ihre Beziehung heute zu Ihren Geschwistern für Sie eher: (Zutreffendes ankreuzen (X))
STÜTZEND? () BELASTEND? () WEDER/NOCH? ()

Trugen Probleme in der Beziehung zu Ihren Geschwistern zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei?
In welchem Ausmaß?: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))
NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.3.: Waren weitere erwachsene Bezugspersonen in Ihrer Kindheit wichtig?

| | Bezugsperson 1 | ..... | Bezugsperson 2 |
|---|----------------|---------|----------------|
| Wer? | 1)..... | 2)..... | |
| Heutiges Alter: | ..... | ..... |  |
| Verwandtschaftsgrad? | ..... | ..... |  |
| Beruf? | ..... | ..... |  |
| Welche 2 Eigenschaften kennzeichnen die jeweilige Bezugsperson am treffendsten? | | | |
| | 1)..... | 1)..... | |
| | 2)..... | 2)..... | |

Trugen Probleme in der Beziehung zu dieser Bezugsperson zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß?: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.4.: Unterstreichen Sie, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:

| | | | |
|----------------|---------------------|-----------------------|------------|
| Alpträume | Bettnässen | Schlafwandeln | Nachtangst |
| Daumenlutschen | Nägelkauen | Stottern | Stehlen |
| Ängste | glückliche Kindheit | unglückliche Kindheit | |

2.5.: Welche Rolle nahmen Sie in Gemeinschaften und Gruppen Gleichaltriger ein (Anführer/in, Mitläufer/in, Außenseiter/in)?

Kindheit:.....

Jugend:.....

Welche Rolle nehmen Sie heute in Gruppen ein?

.....

Trugen Probleme mit Ihrem Sozialverhalten zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.6.: Schule und Leistung

Alter bei Schulbeginn:.....

Alter beim Verlassen der Schule:.....

Art des Schulabschlusses:.....

Welcher der folgenden Begriffe trifft auf Sie am ehesten zu?: (Zutreffendes ankreuzen (X))

LERNUNWILLIG () UNINTERESSIERT () WEDER/NOCH () LERNFREUDIG

Trugen Probleme mit Ihrer heutigen Leistung bzw. Einstellung zur Leistung zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß?: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

2.7.: Welche Position nehmen Sie in Freundschaften (keine intimen Beziehungen) ein?

Ich bin vergleichsweise eher.....

Ist Ihre Beziehung zu Freunden/Freundinnen im allgemeinen für Sie eher

STÜTZEND? ()

BELASTEND? ()

WEDER/NOCH? ()

Trugen Probleme in der heutigen Beziehung zu Freunden/Freundinnen zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß?: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

3.: Sexualität

Einstellung der Eltern zur Sexualität:

.....

weiblich: Zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung war ich.....Jahre alt.

männlich: Zum Zeitpunkt des ersten Samenergusses war ich.....Jahre alt.

Gab es irgendwelche beängstigenden Erlebnisse, in ihrem bisherigen Sexualeben?

JA/NEIN

Sind sie: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

homosexuell ()

heterosexuell ()

weiß nicht ()

bisexuell ()

transsexuell ()

Trugen Probleme in Ihrem heutigen Sexualeben evtl. zur Entstehung Ihrer Erkrankung bei? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

4.: Wie verlief Ihre körperliche Entwicklung?

Waren Sie als Kind: (zutreffendes durchstreichen)

Sind Sie heute:

sehr dünn?

kraftvoll?

sehr dünn?

kraftvoll?

sehr dick?

schwächlich?

sehr dick?

schwächlich?

Gab es eine körperliche Besonderheit, derentwegen Sie sich schämten und/oder gehänselt wurden?

JA/NEIN

Wenn ja, welche?.....

Trugen Probleme in der heutigen Beziehung zu Ihrem Körper zur Entstehung Ihrer Erkrankung evtl. bei? In welchem Ausmaß? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

4.1.: Gab es ständig wiederkehrende oder wesentliche körperliche Erkrankungen?

a) in der Kindheit und Jugend?

b) im Erwachsenenalter?

Trugen diese Erkrankungen zur Entstehung Ihrer jetzigen Erkrankung evtl. bei?:

JA/NEIN

Wenn ja, welche?

In welchem Ausmaß? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

5.: Fand in Ihrem Leben bisher eines der folgenden Lebensereignisse statt (falls mehrfach, bitte angeben wie oft, außerdem die Jahreszahl des letzten Vorkommnisses angeben)?

(X)BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN UND KURZES STICHWORT DAZU FÜGEN

() Tod des Ehepartners (Jahr:),.....

() Scheidung (Jahr:),.....

() Trennung vom Partner (Jahr:),.....

() Tod eines Familienangehörigen (Jahr:),.....

() erhebliche eigene Krankheit (Jahr:),.....

() Verlust des Arbeitsplatzes (Jahr:),.....

() Tod einer Bezugsperson (Jahr:),.....

() Scheidung der Eltern (Jahr:),.....

() Aufenthalt im Kinderheim (Jahr:),.....

() Berentung (Jahr:),.....

() erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen (Jahr:),.....

() Schwangerschaft (Jahr:),.....

() sexuelle Schwierigkeiten (Jahr:),.....

() Berufswechsel (Jahr:),.....

() erhebliche Einkommensänderung (Jahr:),.....

() große Kreditaufnahme ((Jahr:),.....

() Tod eines guten Freundes/Freundin (Jahr:),.....

- () Ihre Kinder ziehen aus (Jahr:),.....
- () Ärger mit der Familie Ihres Partners (Jahr:),.....
- () großer persönlicher Erfolg (Jahr:),.....
- () Wohnungswechsel (zuletzt i. Jahr:),.....
- () Arbeitsstellenwechsel (zuletzt i. Jahr:),.....
- () Beginn einer Schul-/Berufsausbildung/Umschulung (Jahr:),.....
- () Abschluß einer dieser Ausbildungen (Jahr:),.....
- () Abbruch oder Scheitern einer dieser Ausbildungen (Jahr:),.....

Trugen diese Ereignisse zur Entstehung Ihrer jetzigen Erkrankung eventuell bei?

JA/NEIN

Wenn ja, welches?.....

In welchem Ausmaß? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

6.1.: Waren Sie früher schon einmal in ambulanter Behandlung bei einem Psychiater/Nervenarzt oder bei einem Psychotherapeuten/Psychologen und wann?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

6.2.: Waren Sie früher schon einmal in stationärer Behandlung in einem psychiatrischen oder psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhaus (wann, wo, Diagnose)?

- 1).....
- 2).....
- 3).....

7.: Haben/hatten Sie manchmal den Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen?

JA/NEIN

Wenn ja, haben Sie bereits versucht, es zu tun?

JA/NEIN

Wie stehen Sie dazu heute?

.....

8.: Beschreiben Sie kurz Ihre berufliche Situation:

.....

Befriedigt Sie Ihre Arbeit (Studienfach), die Sie zur Zeit ausüben?

JA/NEIN

Was waren Ihre früheren Berufsziele?.....

Was sind heute Ihre Ziele?.....

Trugen Arbeitsprobleme zur Entstehung ihrer jetzigen Erkrankung eventuell bei? In welchem Ausmaß? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

Was verdienen Sie netto:.....

Wieviel kostet Ihr Lebensunterhalt:.....

Haben Sie Schulden? JA/NEIN

Wenn ja, wie hoch etwa?

9.: Ehe, Partnerschaft und Wohnung

9.1.: Wohnung

Ich wohne:

- () zur Miete
- () in meinem/unserem Eigentum
- () noch/wieder bei meinen Eltern
- () in einer Wohngemeinschaft
- () zusammen mit Partnerin/Partner

9.2.: Frühere Partnerschaften/Ehen

Wie viele Eheschließungen bzw. länger dauernde Partnerschaften?

Wer verließ wen?.....

9.3.: Ihre jetzige Ehe/Partnerschaft:

Beschreiben Sie Ihren jetzigen Ehe-/Lebenspartner:

Alter:.....erlernter Beruf:.....

zuletzt ausgeübter Beruf:.....

Ist sein/ihr Bildungsstand bzw. die berufliche Qualifikation im Vergleich zu Ihrer eigenen

NIEDRIGER () GLEICH () HÖHER ()

Ist er/sie zur Zeit berufstätig? JA/NEIN

Was für ein Mensch ist er/sie (nennen Sie 2 Eigenschaften)?

1)..... 2).....

Was waren vor der jetzigen Erkrankung Ihre Wünsche/Erwartungen an den Partner/Partnerin?

Wunsch

erfüllt?

1)..... JA/NEIN

2)..... JA/NEIN

Was waren vor der jetzigen Erkrankung die Wünsche/Erwartungen des Partners/Partnerin an Sie?

Wunsch

erfüllt?

1)..... JA/NEIN

2)..... JA/NEIN

Gab es in früheren Partnerschaften ähnliche Probleme wie in der jetzigen Beziehung?

JA/NEIN

Trugen Partnerschaftsprobleme zur Entstehung Ihrer jetzigen Erkrankung eventuell bei? In welchem Ausmaß? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

Hat ihr Partner soziale, psychische oder gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?

Empfinden Sie Ihre Partnerschaft als insgesamt für Sie eher

STÜTZEND? ()

BELASTEND? ()

WEDER/NOCH? ()

10.: Haben Sie eigene Kinder?

Wenn nicht, warum nicht?

Wenn ja, beschreiben Sie diese:

1.Kind

2.Kind

3.Kind

Vorname:

Alter:

Derzeit besucht er/sie welche Schule?

Klasse?

Studium (Art)

Semesterzahl?

oder

Lehre zum/zur

Lehrjahr?

oder bereits

Berufsabschluß als

wohnt noch Zuhause? JA/NEIN JA/NEIN JA/NEIN

Bei erwachsenen Kindern

Besteht eine Partnerschaft? JA/NEIN JA/NEIN JA/NEIN

hat er/sie

eigene Kinder? JA/NEIN JA/NEIN JA/NEIN

Welche sozialen, psychischen oder gesundheitlichen Probleme hat er/sie?

.....

Ist Ihre Beziehung zur Zeit zu dem jeweiligen Kind für Sie überwiegend: (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

STÜTZEND () STÜTZEND () STÜTZEND ()
BELASTEND () BELASTEND () BELASTEND ()
WEDER/NOCH () WEDER/NOCH () WEDER/NOCH ()

Zahl Ihrer Fehlgeburten:

Zahl der Schwangerschaftsabbrüche:

Haben diese Probleme eventuell zur Entstehung Ihrer jetzigen Erkrankung beigetragen?

JA/NEIN JA/NEIN JA/NEIN

Gibt es ein großes Problem mit Ihrer Familie, das bisher nicht angesprochen wurde?

JA/NEIN

Wenn ja, welches?

.....
.....

Trug dieses Problem evtl. zu Ihrer jetzigen Erkrankung bei? In welchem Ausmaß? (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

NICHT () KAUM () ETWAS () DEUTLICH () WESENTLICH () EXTREM ()

11.: Positives in Ihrem Leben:

Zählen Sie einmal auf, was Ihnen in Ihrer jetzigen Lebenssituation Stütze und Stabilität gibt?

.....
.....

Ist Ihr Freundes- und Bekanntenkreis für Sie eher (Bitte zutreffendes ankreuzen (X))

STÜTZEND? ()

BELASTEND? ()

WEDER/NOCH? ()

Welche Sportarten trieben Sie vor Ihrer Erkrankung?

1)..... 2).....

Wie oft pro Woche?.....

Welche Hobbys, Liebhabereien und Freizeitbeschäftigungen hatten Sie vor Ihrer Erkrankung?

1)..... 2).....

Sind Sie darüber hinaus einem Ihnen sehr wichtigen Engagement aktiv nachgegangen (Verein, sozial, politisch etc.)?

Wenn ja, welchem?.....

Unterstreichen Sie, was auf Sie zutrifft:

Wertlos, nutzlos, ein Niemand, Leben ist sinnlos, inadäquat, dumm, inkompetent, naiv, mache nichts richtig, schuldig, böse, liege moralisch falsch, schreckliche Gedanken, feindlich, voller Haß, ängstlich, getrieben, selbstunsicher, neigt zur Panik, aggressiv, häßlich, deformiert, unattraktiv, abstoßend, deprimiert, einsam, ungeliebt, mißverstanden, gelangweilt, ohne Hoffnung, ruhelos, verwirrt, hat keine Zuversicht, im Konflikt, voll Ablehnung, wertvoll, sympathisch, attraktiv, intelligent, optimistisch, vernünftig, voller Hoffnung, finanzielle Probleme, Konzentrationsschwierigkeiten, starkes Schwitzen, kann mich anderen gegenüber nicht mitteilen.

Schreiben Sie Ihre drei größten Ängste auf:

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

h) Unterstreichen Sie was auf Sie zutrifft:

Kopfschmerzen
Herzklopfen
Verdauungsstörungen
Ärgerzustände
Alpträume
Schwindel
Magenstörung
nehme Beruhigungsmittel
Panikgefühle
überehrgeizig
Minderwertigkeitskomplexe

Spannungsgefühle
Depressionen
Unfähigkeit zur Entspannung
unfähig, Freundschaften zu schließen
kann Arbeit nicht längere Zeit behalten
Gedächtnisschwäche
nehme oft Schmerztabletten
Schwächeperioden
Ohnmachten
Appetitlosigkeit
andere Süchte

Alkoholsucht
Schlaflosigkeit
Zittern
nehme Drogen
schüchtern unter Leuten
unfähig zu Entscheidungen
schlechte Familienverhältnisse
Schwierigkeiten, sich zu amüsieren

12.: Selbstbeschreibung:

Bitte ergänzen Sie die folgenden Sätze:

a) Ich bin ein Mensch, der.....

.....

b) Während meines ganzen Lebens.....

.....

c) Seit meiner Kindheit.....

.....

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

.....

e) Es fällt mir schwer zuzugeben.....

.....

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

.....

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

.....

h) Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann.....

.....

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

.....

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

.....

k) Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist.....

.....

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

.....

m) Wenn ich nicht Angst hätte, „ich selbst“ zu sein,.....

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

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

p) Der Nachteil beim Erwachsenwerden ist.....

13. Welche Gefühle treten im Gespräch mit mir als Therapeut auf?

(Wut, Angst, Vertrauen, Sympathie, Abneigung, Verwirrung, Gefühl klein zu sein usw.)

1).....

2).....

14.: Therapieziele

Was muß sich an der Lebenssituation ändern, damit ich gesund werden und bleiben kann?:

1).....

2).....

Was muß ich an mir ändern (an meinen Eigenschaften, Gewohnheiten, Einstellungen, Verhaltensweisen)?

1).....

2).....

Für wie wahrscheinlich halten Sie die Besserung Ihrer Beschwerden und die Bewältigung des krankheitsauslösenden Problems mit Hilfe der Therapien :

UNMÖGLICH MÖGLICH WAHRSCHEINLICH SICHER SEHR SICHER

Danke schön!