



## Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Sophienblatt 19, 24103 Kiel

Telefon: 0431-58094190

E-Mail: [praxis@therapie-goebel.de](mailto:praxis@therapie-goebel.de)

Web: [www.therapie-goebel.de](http://www.therapie-goebel.de)

### Fragebogen zur Lebensgeschichte

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. So ermöglichen Sie mir eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern eine individuelle und zielgerichtete Behandlungsplanung. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, lassen Sie sie einfach aus. Falls Sie mehr Platz benötigen, hängen Sie bitte weitere Seiten an.

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Ihre Körpergröße: \_\_\_\_\_ Ihr Körpergewicht: \_\_\_\_\_

aktuelle Wohnsituation (Mehrfachantworten möglich):

- alleinlebend
- mit Eltern/Elternteil
- mit Kind/Kindern
- mit Partner/Partnerin
- mit sonstigen Personen:

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer derzeitigen Wohnsituation? \_\_\_\_\_

Berufe, die Sie früher ausübten, bzw. Studienfächer und -orte in chronologischer Reihenfolge:

Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation/  
Ausbildung zufrieden?

ja

nein

Falls nein: Weshalb sind Sie unzufrieden?

Was waren Ihre früheren Berufsziele?

Was sind heute Ihre Ziele?

Gibt es finanzielle Sorgen?

Religionszugehörigkeit: a) während der Kindheit: \_\_\_\_\_

b) heute: \_\_\_\_\_

Welche Rolle spielten und spielen Religion bzw. Glaube/Spiritualität in Ihrem Leben?

Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und Anliegen:

Schildern Sie bitte kurz die Geschichte und die Entwicklung Ihrer Probleme (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute):

Wie häufig treten diese Probleme auf?

Was sind die jeweiligen Folgen für Sie und/oder andere Personen?

Gibt es Zeiten/Situationen, in denen Ihre Probleme nicht oder nur selten auftreten?

Auf einer Skala von 1 („leicht störend“) bis 10 („unerträglich“): Wie stark stufen Sie Ihre Probleme ein?

Was haben Sie bisher unternommen, um Ihre Probleme zu bewältigen? Mit welchen Folgen?

**Bitte machen Sie die folgenden Angaben zu Ihrer Herkunftsfamilie:**

**Vater:** Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Gesundheit: \_\_\_\_\_

Falls verstorben, Ursache: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_

**Mutter:** Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Gesundheit: \_\_\_\_\_

Falls verstorben, Ursache: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie? \_\_\_\_\_

Falls Ihre Eltern getrennt leben/geschieden/wiederverheiratet sind, wie alt waren Sie jeweils?

Sind Sie bei Ihren Eltern aufgewachsen?  ja  nein  
Falls nein: Von wem wurden Sie in welchem Zeitraum erzogen?

Haben Sie Geschwister?  ja  nein

Falls ja: Anzahl der Brüder: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Anzahl der Schwestern: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihren Geschwistern beschreiben?

früher:

heute:

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters bzw. der entsprechenden Erziehungsperson:

Wie würden Sie seine Einstellungen Ihnen gegenüber beschreiben?  
früher:

heute:

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter bzw. der entsprechenden Erziehungsperson:

Wie würden Sie ihre Einstellungen Ihnen gegenüber beschreiben?  
früher:

heute:

Vermitteln Sie einen Eindruck von der Atmosphäre in Ihrem Elternhaus bzw. dem Haus, in dem Sie aufgewachsen sind. Wie kamen Ihre Eltern bzw. Erziehungspersonen miteinander und mit den Kindern aus?

Konnten Sie Ihren Eltern bzw. Erziehungspersonen vertrauen?

Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern bzw. Erziehungspersonen geliebt und akzeptiert?

Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern bestraft worden?

Auf welche Weise sind Sie von Ihren Eltern belohnt worden?

Welches Verhältnis haben Sie heute zu Ihrer Familie?

Gibt es Familienangehörige, die an einer psychischen Störung (auch Suchtprobleme) oder schweren Krankheit leiden?  ja  nein

Fall ja: Wer und welche?

Besonderheiten in der Familie, die für die Therapie von Interesse sein könnten:

**Bitte machen Sie die folgenden Angaben zu Ihrer Entwicklungsgeschichte:**

Gesundheitszustand (Krankheiten, Operationen, Unfälle) während Kindheit/ Jugend:

Kreuzen Sie bitte an, was von den folgenden Dingen auf Ihre Kindheit zutrifft:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alpträume           | <input type="checkbox"/> Bettnässen            | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln        |
| <input type="checkbox"/> Daumen lutschen     | <input type="checkbox"/> Nägel kauen           | <input type="checkbox"/> Stottern             |
| <input type="checkbox"/> Ängste              | <input type="checkbox"/> Depressionen          | <input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> glückliche Kindheit | <input type="checkbox"/> unglückliche Kindheit |   |

Sonstige Auffälligkeiten während der Kindheit:

Alter bei Schulbeginn: \_\_\_\_\_ Jahre      Alter bei Verlassen der Schule: \_\_\_\_\_ Jahre

Stärken und Schwächen in der Schule:

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern/Mitschülerinnen? Gab es Zeiten, in den Sie ausgeschlossen oder gemobbt wurden? Hatten Sie eine typische Rolle?

Fällt es Ihnen schwer, Freundschaften zu schließen?  ja  nein

Halten Ihre Freundschaften lange?  ja  nein

Gab es Erfahrungen in Ihrer Kindheit, die Sie bis heute belasten?  ja  nein

Gab es Erfahrungen in Ihrer Jugend oder im Erwachsenenalter, die Sie bis heute belasten?  
 ja  nein

**Bitte machen Sie die folgenden Angaben zu Ihrer Ehe/Partnerschaft/Sexualität/Familie**

*Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben:*

Alter des Partners/der Partnerin: \_\_\_\_\_ Wie lange sind Sie als Paar zusammen? \_\_\_\_\_

Seine/ihre Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Gibt es Schwierigkeiten oder Probleme in der Partnerschaft?  ja  nein  
Falls ja: Bitte beschreiben Sie kurz:

*Falls Sie nicht in einer Partnerschaft leben: Wie erleben Sie diese Situation?*

Anmerkungen zur aktuellen familiären Situation:

Sind sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?  ja  nein  
Falls nein: Warum nicht?

Wie fühlen Sie sich als Mann/Frau?

Haben Sie Kinder?  ja  nein

Falls nein: Hätten Sie gerne Kinder (gehabt)?  ja  nein  
Falls ja:

Vornamen? (Geschlecht?)                      Alter?                      Noch im Haushalt lebend?

---

---

---

Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Fehlgeburten?  ja  nein

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft abgebrochen?  ja  nein

Falls Sie Kinder haben: Wie würden Sie die Beziehung zu ihnen beschreiben? Gibt es Probleme oder macht Ihnen etwas Sorgen?

**Bitte machen Sie die folgenden Angaben über sich selbst:**

Bitte nennen Sie einige Adjektive, die Sie selbst beschreiben:

Markieren Sie auf der unten stehenden Linie durch ein Kreuz, wo Sie sich zwischen den folgenden Alternativen einordnen:

ich mag mich nicht \_\_\_\_\_ ich mag mich

Konsumieren Sie Alkohol, Drogen oder verschreibungspflichtige Medikamente ohne ärztliche Verordnung?  ja  nein

Falls ja: Was und in welcher Menge?

Würden Sie sagen, dass Sie von irgendetwas abhängig sind (z.B. Alkohol, Arbeit, Essen, Tabletten, Drogen, Beziehungen, Sexualität, Nikotin, Spiel, Fernsehen, Internet)?

Was sind Ihre größten Ängste?

Zählen Sie Situationen auf, in denen Sie sich entspannt und wohl fühlen:

Wie verbringen Sie den größten Teil Ihrer Freizeit? Was sind Ihre Hobbys/Interessen?

Wie sieht es in den Situationen aus, in denen Sie mal die Kontrolle über sich selbst verlieren (z.B. Weinkrampf, Wutanfälle)?

Stellen Sie sich vor, eine andere Person sollte Sie beschreiben. Was glauben Sie, würden folgende Menschen über Sie sagen?

Ihr Vater:

Ihre Mutter:

Ihr Partner/Ihre Partnerin:

Ihr bester Freund/Ihre beste Freundin:

Jemand, der Sie nicht leiden kann:

**Bitte machen Sie die folgenden Angaben zur Behandlung:**

Haben Sie bereits Therapieerfahrung?  ja  nein  
Falls ja: Was war für Sie daran besonders wichtig?

Was erhoffen Sie sich von einer Therapie bzw. von psychologischen Gesprächen?

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

Welche *Gefühle* würden Sie gerne verändern?

Welchen Sinn oder Nutzen könnte Ihr Problem/könnten Ihre Schwierigkeiten haben?

Für wen in Ihrem Umfeld haben Ihre Schwierigkeiten vielleicht sogar Vorteile?

Was glauben Sie selbst: Was ist die Ursache Ihres Problems/Ihrer Schwierigkeiten?

Welche Ihrer Stärken, Eigenschaften, Fähigkeiten, Interessen und Erfahrungen könnten Ihnen in der Behandlung nützlich sein?

Was sollte in der Behandlung auf keinen Fall passieren?

Was ist noch wichtig?