

Fragebogen zur Psychotherapie

Die folgenden Fragen sollen mir und Ihnen helfen, einen Überblick über Ihre aktuelle Lebenssituation, Ihre Problematik und Ihren Blick auf sich selbst zu bekommen. Nehmen sie sich in Ruhe Zeit zum Ausfüllen. Es reichen dafür stichwortartige Notizen und Assoziationen, die Fragen sollen zum Denken anregen und eine Gesprächsgrundlage bieten, kein endgültiges Bild von Ihnen präsentieren. Wenn Sie bei einzelnen Fragen unsicher sind, oder Ihnen nichts einfällt, notieren Sie Ihre Fragen oder Unsicherheiten, dann können wir diese gemeinsam besprechen. Natürlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Datum _____ Name _____

Lebenssituation

Leben Sie ... allein mit Partner/in mit Partner/in und Kindern

Sonstiges: _____

Haben sie Kinder? Wenn ja wie alt und wo leben diese?

Befinden Sie sich aktuell ... in Schule / Studium in Beruf arbeitssuchendem Status

Sonstiges: _____

Was genau? seit wann?:

Bitte beschreiben Sie Ihre **Wohnsituation**:

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? / Was würden Sie gegebenenfalls gerne verändern?

Gab es in letzter Zeit einschneidende Veränderungen im familiären Bereich? Stehen Sie / Ihre Familie unter sonstigen Belastungen?

Symptomatik

Schildern Sie bitte (in Stichworten) die Anliegen / Probleme wegen denen Sie in Therapie kommen:

Unterstreichen Sie bitte nachfolgend Beschwerden, die in den letzten vier Wochen auf Sie zutrafen:

Körperliche Beschwerden

Verdauungsstörungen, Durchblutungsstörungen, Menstruationsbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gelenk- oder Gliederschmerzen, Schluckbeschwerden, Magenbeschwerden, Konzentrationsstörungen, Allergien, Atemnot, Schwindel, Ohnmacht, Schweißausbrüche, Zittern, Übelkeit, Erbrechen, Herzbeschwerden, Andere: ...

Ängste:

Versagensängste, Angst vor der Zukunft, Angst, Ihnen könnte etwas zustoßen, Angst vor öffentlichen Auftritten, Angst umzufallen, Angst vor ärztlichen Behandlungen und körperlichen Erkrankungen, Angst sich behaupten zu müssen, Angst vor Abwertung und Zurückweisungen, Angst, verrückt zu werden, Angst die Kontrolle zu verlieren, Andere:...

Depressive Gefühle:

Traurigkeit, Schuldgefühle, häufiges weinen, Gefühle der inneren Leere, Hoffnungslosigkeit, Unausgeglichenheit, leichte Reizbarkeit, Lebensunlust, Selbstmordgedanken, allgemeine Unzufriedenheit, Unentschlossenheit, Verlust an Freude, trübe Gedanken, vermindertes sexuelles Verlangen, Gefühl der fortwährenden Anspannung, starke Stimmungsschwankungen, verminderte Libido, Andere ...

Selbstwertprobleme:

Minderwertigkeitsgefühle, Gefühl der Gleichgültigkeit, Gefühl weniger zu sein als andere, Gefühl unterlegen zu sein, Schüchternheit, leichtes Erröten, Gefühl wenig intelligent zu sein, Gefühl, sich nicht durchsetzen zu können, Andere ...

Berufliche- und Leistungsprobleme:

Allgemeine Leistungseinschränkungen, leichte Ermüdbarkeit, Gefühl den Leistungsanforderungen nicht gewachsen zu sein, Probleme am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten mit Kollegen / Kolleginnen oder Vorgesetzten, Überlastungsgefühle, Unsicherheiten über den Berufserfolg, berufliche Hemmungen, Lernschwierigkeiten, Unsicherheit bei der Berufswahl, Arbeitsunlust, finanzielle Sorgen, Andere: ...

Familiäre Probleme / Partnerschaft:

Unzufriedenheit mit dem/der Partner/in, häufige Auseinandersetzungen, aggressive Ausbrüche, Gleichgültigkeit in der Partnerschaft, Probleme mit den Kindern, unerfüllter Kinderwunsch, Einsamkeit, sexuelle Unzufriedenheit, Probleme beim Geschlechtsverkehr, allgemeines Unglücklichsein, Gefühl dem/der Partner/in unterlegen zu sein, Andere: ...

Für wie **schwerwiegend** halten Sie Ihre Beschwerden / Probleme?

leicht störend mittelschwer sehr schwer unerträglich

Gibt es Situationen / Bedingungen, unter denen Ihre Probleme / Beschwerden **besonders häufig** / stark auftreten?

Gibt es Situationen / Bedingungen, unter denen Ihre Probleme / Beschwerden **weniger häufig** / stark oder gar nicht auftreten?

Gab bzw. gibt es bestimmte Ereignisse / Lebensumstände, die Sie mit der Entstehung bzw. der Fortdauer Ihrer Beschwerden in Zusammenhang bringen (hier können Sie auch Vermutungen anstellen)? Was denken Sie, mit was hängen Ihre Problem zusammen?

Bitte geben Sie an, wann Ihre **Kernbeschwerden zum 1. Mal** aufgetreten sind:

Wie stark ist der Wunsch nach einer Behandlung?

Könnte vielleicht auch ohne auskommen mäßig stark

Warum suchen Sie gerade zum jetzigen Zeitpunkt Hilfe?

Was ist sind Ihre wichtigsten Anliegen für die Psychotherapie? Was erhoffen Sie sich?

Haben Sie Befürchtungen für die Therapie? Was sollte in unserer Zusammenarbeit nicht geschehen?

Vorbehandlungen, körperliche Befunde & Medikation

Wurden wegen der Beschwerden schon **Psychotherapeutische Behandlungen** (jeweils mind. 5 Sitzungen) durchgeführt? Nein Ja

Zeitraum von _____ bis _____

Art der Behandlung: stationär/ambulant/tagesklinisch?

Name des Behandlers?

Liegen chronische körperliche Befunde vor (Herz-Kreislauf, Schmerz-Symptomatik, Magen-Darm, etc.)?

Liegt aktuell ein körperlicher Befund vor?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? Nein Ja

Welche?
Dosis?
Wie häufig?

Konsumieren Sie **Drogen/Alkohol/Zigaretten**? Nein Ja

Welche?
Dosis?
Wie häufig?

Körpergröße _____

Aktuelles Gewicht _____

Gab es nennenswerte Krankenhausaufenthalte / Operationen (auch in der Kindheit)? Nein Ja
Wann/Warum?

Haben Sie sich bereits auf **Lebensmittelunverträglichkeiten** testen lassen?

Gibt es sonstiges bezüglich ihrer körperlichen Gesundheit, was Ihnen wichtig erscheint?

Biographie und Lebensgeschichte

Geben Sie bitte Beruf und Alter ihrer Eltern an:

Haben Sie Geschwister? Falls ja, geben Sie bitte die Reihenfolge mit Altersunterschied an

Erinnern Sie sich an Auffälligkeiten oder Krankheiten in Ihrer Kindheit und Jugend: z. B. Schüchternheit, Kontaktschwierigkeiten, Weglaufen, Schulschwierigkeiten, Wutanfälle, Aggressionen, Außenseiterrolle, Alpträume, Bettnässen, Sprachschwierigkeiten, Ängste, usw.?

Kindheit und Jugend

Gibt es nach Ihrer Kenntnis etwas Erwähnenswertes,

... als Ihre Mutter mit Ihnen schwanger war?

... über die Umstände der Geburt?

Beschreiben Sie die **Atmosphäre in Ihrem Elternhaus**

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres **Vaters** und Ihre Beziehung zu ihm

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer **Mutter** und Ihre Beziehung zu ihr

Beschreiben Sie die **Beziehung der Eltern** zueinander

Wie war/ist die **Beziehungen zu Ihren Geschwistern?**

Gab es Ihres Wissens nach in Ihrer Verwandtschaft die nachfolgenden Erkrankungen oder Probleme mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen, Depressionen, Schizophrenie, Straffälligkeit, Verfolgungsängste, Heimaufenthalte, Selbstmord oder –versuch, andere Auffälligkeiten (bitte benennen):

bei Vater:

bei Mutter:

bei Geschwistern (welche?):

bei anderen Verwandten (welche?):

Schule / Ausbildung

Gibt es nennenswertes über ihre Erfahrungen in Kindergarten und Schule zu sagen (Soziale Schwierigkeiten Leistungsdruck, Versetzungsgefährdung, Umzüge, etc.)

Bitte benennen Sie kurz die wichtigsten Stationen ihres beruflichen Werdegangs:

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer aktuellen Tätigkeit?

Aktuelle Lebensumstände & Sonstiges

Falls Sie aktuell in einer **Partnerschaft** sind, wie glücklich schätzen Sie diese momentan ein?

sehr unglücklich unglücklich eher glücklich glücklich sehr glücklich

Bitte nennen Sie Ihre Interessen / Hobbies / sportlichen und andere Freizeitaktivitäten:

Was können Sie gut?

Wann, bzw. in welchen Situationen geht es Ihnen gut?

Welche Menschen sind aktuell in Bezug auf ihre Problematik, besonders wichtig/unterstützend für Sie?

Was konnten sie bisher aus eigener Kraft tun, um sich selbst zu helfen?

Vielen Dank für Ihre Mühe!