

Name: _____

Biographische Anamnese

Dieser Fragebogen soll Ihnen Gelegenheit geben, einen umfassenden Eindruck von Ihren Problemen und Ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu vermitteln. Indem Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und genau beantworten, ermöglichen Sie eine gründliche Beschäftigung mit Ihrem Anliegen und erleichtern sogleich zu Beginn die therapeutische Zusammenarbeit.

Es wird Sie interessieren, was mit dieser Information geschieht, zumal die meisten Fragen sehr persönlicher Natur sind. Therapieunterlagen und persönliche Informationen sind absolut vertraulich. Kein Außenstehender (weder nahe Verwandte oder Ihr Hausarzt noch irgendwelche Institutionen) erhält ohne Ihre schriftliche Erlaubnis Zugang zu diesen Informationen. **Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, so schreiben Sie einfach: „möchte ich nicht beantworten“.** Falls Sie mehr Platz zur Beantwortung brauchen, können Sie weitere Seiten hinzufügen.

1. Allgemeine Angaben zur eigenen Person

Erlerner Beruf: _____

derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Bitte tragen Sie in die Tabelle Ihren schulischen und beruflichen Werdegang ein.

Zeitraum	Schule/Unternehmen	ausgeübte Tätigkeit	mit Abschluss?

Sind Sie mit Ihrer gegenwärtigen beruflichen Situation/ Ihrem Studium zufrieden? ja nein

Wenn nein: Weshalb sind Sie unzufrieden?

Wie sieht Ihre finanzielle Situation aus? gut mittel schlecht

2. Familie

Vater: Geburtsjahr: _____ Beruf: _____

Gesundheit: _____

Falls verstorben, Ursache: _____

Wann: _____ Wie alt waren Sie? _____

Mutter: _____ Geburtsjahr: _____ Beruf: _____

Gesundheit: _____

Falls verstorben, Ursache: _____

Wann: _____ Wie alt waren Sie? _____

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:

Wie kamen Ihre Eltern bzw. Erziehungspersonen miteinander und mit den Kindern aus?

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

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

Falls ja: Welche Familienmitglieder?

Welche Störungen/Krankheiten?

3. Entwicklungsgeschichte bis heute

Aktuelle Körpergröße: _____

Aktuelles Körpergewicht: _____

Gesundheitszustand (Krankheiten, Operationen, Unfälle) während der Kindheit und Jugend:

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Albträume | <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 | |

Stärken und Schwächen in der Schule:

Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung:

Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülern/Mitschülerinnen?

Fällt es Ihnen schwer, Freundschaften zu schließen? Ja nein

Halten Ihre Freundschaften lange an? Ja nein

Welche Einstellungen haben/hatten Ihre Eltern zur Sexualität?

Wurde bei Ihnen zu Hause über Sexualität gesprochen? ja nein
Wenn ja: In welcher Form?

Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen erfahren? Wie wurden Sie aufgeklärt?

Wie würden Sie Ihre ersten sexuellen Erfahrungen beschreiben? (Alter beim ersten sexuellen Kontakt)?

Hatten Sie früher oder haben Sie heute Ängste oder Schuldgefühle auf Grund sexueller Impulse?

Haben Sie Vergewaltigung, Inzest, sexuellen Missbrauch oder andere unangenehme sexuelle Erlebnisse gehabt?

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

4. Ehe/Partnerschaft

Falls Sie in einer Ehe oder Partnerschaft leben:

Alter des Partners/der Partnerin: _____ Jahre

Seine/Ihre Beschäftigung:

Wie lange sind Sie als Paar zusammen?

In welchen Bereichen besteht Übereinstimmung zwischen Ihnen und Ihrem Partner?

In welchen Bereichen bestehen Gegensätze?

5. Kinder:

Haben Sie Kinder ja nein

Wenn ja:
Vornamen? (Geschlecht?) - Alter? - Noch im Haushalt lebend?

Hatten Sie schon einmal eine oder mehrere Fehlgeburten? Ja nein
Wenn ja, wann?

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft abgebrochen? Ja nein
Wenn ja, wann?

6. Angaben zur Problematik

Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme/Symptome. **Seit wann** bestehen diese? **Wie häufig** treten diese auf? **In welchen Situationen** treten diese auf?

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

Was ist Ihnen über die **Entstehungsbedingungen** Ihrer Probleme/ Symptome bekannt? Was glauben Sie selbst, womit diese zusammenhängen?

Welche typischen **negativen Gedanken/Bewertungen oder Grundannahmen**, treten im Zusammenhang mit Ihren Symptomen/Problemen auf? (Bspw.: Gedanken lassen sich gut als »gesprochene« Sätze ausdrücken, wie z. B. »Ich werde bestimmt scheitern! Die Angst macht mich verrückt!«):

Welche **Gefühle** haben Sie typischerweise in Verbindung mit Ihren Problemen/Symptomen?

Welche **körperlichen Reaktionen** erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen/Symptomen? (Bspw.: Schwitzen, Beklemmungsgefühl in der Brust, Übelkeit, Magen-Darbeschwerden)

Wie ist Ihr **problematisches Verhalten** im Umgang mit diesen Symptomen/Problemen (Wie habe ich bisher (erfolglos) versucht, meine Probleme zu lösen?):

Sind bestimmte **Erinnerungen oder Bilder** in Bezug auf die Probleme/Symptome beteiligt / werden ausgelöst?

Was sind die jeweiligen Konsequenzen/Folgen der aktuellen für Sie und/oder andere Personen?
Kurzfristige (unmittelbar danach) Konsequenzen:

Langfristige Konsequenzen:

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

Meine Stärken, die ich zur Bewältigung meiner Symptome und Probleme nutzen kann (Was kann ich gut, welche meiner Eigenschaften sind vielleicht hilfreich bei der Problem/Symptombewältigung?):

Vorbehandlungen?

Wenn ja: Wann? Wie lange? Wo?

ja

nein

Bitte schreiben Sie jetzt noch alles auf, was mir zum Verständnis Ihrer Probleme weiterhelfen könnte, aber durch die bisherigen Fragen noch nicht abgedeckt ist: