

NAME: \_\_\_\_\_

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

## Allgemeiner Fragebogen zu Ihrer Person

Das Ziel dieses Fragebogens besteht darin, ein umfassendes **Bild von der Umwelt** zu bekommen, in der Sie **leben** und in der Sie **aufgewachsen** sind. In der therapeutisch-wissenschaftlichen Arbeit sind Daten über Ihre Person notwendig, da sie es ermöglichen, sich mit den Problemen gründlicher zu befassen. Wenn Sie diesen Fragebogen so vollständig und so genau wie möglich ausfüllen, **erleichtern Sie die Durchführung Ihrer Therapie**. Bitte lesen Sie diese Routinefragen zu Hause durch und beantworten Sie sie sorgfältig, damit von Ihrer eigentlichen Behandlungszeit nicht zuviel verlorengeht.

Es ist verständlich, daß Sie sich darüber Gedanken machen, was mit diesen Informationen geschieht, denn diese Informationen sind sehr persönlich. Es ist keinem Außenstehenden gestattet, diese Daten einzusehen. Wenn Sie irgendwelche Fragen nicht beantworten möchten, schreiben Sie lediglich "Antwort uninteressant" oder streichen Sie die Frage deutlich durch.

### 1. ALLGEMEINES

Adresse:.....  
 .....

Telefon (tagsüber).....abends.....

Alter: ..... Beruf: ..... **Versicherungsnummer:** .....

Von wem sind Sie überwiesen worden? .....

Mit wem leben Sie jetzt zusammen? (bitte die betreffende Personen aufzählen)

.....

Wohnen Sie in einem Haus, Zimmer, Hotel, Apartment, etc.?.....

Familienstand (zutreffende Antwort ankreuzen):

- Ohne feste Bindung
- In fester Beziehung
- Verlobt
- Verheiratet
- Wiederverheiratet
- Getrennt
- Geschieden
- Verwitwet.



(Wenn Sie mit einem Partner zusammen oder verheiratet sind): Alter und Beruf von PartnerIn oder GattIn:

.....

Religionszugehörigkeit und religiöse Aktivität

a) als Kind/Jugendliche/er

.....

b) als Erwachsener

.....

## 2. PROBLEM-BESCHREIBUNG

| Folgende Probleme belasten mich zur Zeit: | gar nicht             |                       | mittel                |                       | unerträglich          |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Eigene seelische Probleme                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eigene Krankheit bzw. Gesundheit          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eigene Eigenarten                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eigene Sexualität                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Freizeitgestaltung                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sinn des Lebens                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eigene Eltern                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bekannte und Freunde                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Umgang mit Kindern                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wohnverhältnisse                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Geldsorgen                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eigene berufliche Überbelastung           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ärger im Beruf                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Berufliche Zukunft                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Streit mit dem Partner                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Krankheit des Partners                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seelische Probleme des Partners           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Eigenarten des Partners                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Untreue des Partners                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sexualität des Partners                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Berufssituation des Partners              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwiegereltern                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

a) Schildern Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre wichtigsten Probleme und wie lange Sie schon unter ihnen leiden:

.....

.....

.....

b) Schildern Sie kurz, wann Ihre Beschwerden **zum ersten Mal** aufgetreten sind.....

.....

.....und wie sie sich **bis heute weiterentwickelt** haben:



.....  
c) Schätzen Sie bitte auf der Skala ein, wie belastend Sie insgesamt Ihr Problem (Ihre Probleme) empfinden:

O-----O-----O-----O-----O-----O  
Gar nicht      leicht      mittel      sehr      äußerst      bringt mich  
                  beunruhigend      schwer      schwer      schwer      vollkommen aus  
der  
Fassung

d) Wen haben Sie wegen Ihres Problems (Ihrer Probleme) um Rat gefragt?  
.....

e) Nehmen Sie irgendwelche Medikamente? Wenn "ja", welche, wieviel, wie oft und mit welchem Erfolg?  
.....  
.....

### 3. PERSÖNLICHE DATEN

a) Geburtsdatum ..... Geburtsort.....

b) Verfassung der Mutter während der Schwangerschaft (soweit Ihnen bekannt ist):  
.....

c) Unterstreichen Sie alles, was auf Sie zutrifft, als Sie noch ein Kind waren:

Nächtliche Ängste, Bettnässen, unglückliche Kindheit, Schlafwandeln, Daumenlutschen, Fingernägel  
kauen, Stottern, Ängste, glückliche Kindheit,  
Sonstiges  
.....

d) Gesundheitszustand während Ihrer Kindheit:  
.....

Zählen Sie die Krankheiten

auf:.....

e) Gesundheitszustand während Ihrer Jugend:  
.....

Zählen Sie die Krankheiten auf  
.....  
.....

f) Körpergröße: ..... Gewicht: .....

g) Chirurgische Operationen (welche und in welchem Alter)?  
.....  
.....

h) Unfälle?  
.....  
.....

i) Nennen Sie Ihre hauptsächlichen Ängste und reihen Sie sie nach ihrer Wichtigkeit:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

j) Unterstreichen Sie alles, was Sie von sich kennen (bezugnehmend auf die letzten vier Wochen):

Kopfschmerzen; Schwindelgefühle; Ohnmachtsanfälle; Herzklopfen; Magenbeschwerden; Angst; Verdauungsbeschwerden; Müdigkeit; Appetitlosigkeit; Ärger; Beruhigungsmittel; Schlaflosigkeit; Alpträume; panische Angst; vermehrtes Trinken von Alkohol; Gespanntheit; Konflikte; Zittern; Depression; Selbstmordgedanken; Einnehmen von Medikamenten oder Drogen; unfähig, sich zu entspannen; sexuelle Probleme; Allergien; Abneigung gegen Wochen-enden und Urlaub; übermäßiger Ehrgeiz; gehemmt im Umgang mit anderen; Schulden; kann keine Freunde gewinnen; Minderwertigkeitsgefühle; kann keine Entscheidungen treffen; kann keine Arbeitsstelle behalten; Probleme mit dem Gedächtnis; schlechte häusliche Bedingungen; finanzielle Probleme; Einsamkeit; unfähig, sich zu amüsieren; über-mäßiges Schwitzen; häufige Benutzung von Aspirin oder Schmerzmitteln; Konzentrationsschwierigkeiten

Zählen Sie weitere Probleme und Schwierigkeiten hier

auf:.....

|   |                           |  |                                |
|---|---------------------------|--|--------------------------------|
| Trinken Sie Alkohol?                    | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Manchmal (1 – 2x/Woche)      | <input type="radio"/> Häufiger |
| Rauchen Sie?                            | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Wenig (bis 5 Zigaretten/Tag) | <input type="radio"/> Mehr     |
| Nehmen Sie andere Suchtmittel (Drogen)? | <input type="radio"/> Nie | <input type="radio"/> Manchmal (1 – 2x/Woche)      | <input type="radio"/> Öfter    |

k) Denken Sie kurz nach und unterstreichen Sie alle Bezeichnungen, die auf Sie zutreffen (bzgl. der letzten vier Wochen):

wertlos; hilfsbereit; zu nichts zu gebrauchen; nett; ein "niemand"; "das Leben ist leer"; unzulänglich; hübsch; dumm; inkompetent; fröhlich; naiv; "kann nichts richtig machen"; unkompliziert; freundlich; Schuldgefühle; böse; Angst vor Neuem; moralisch verworfen; zuversichtlich; schreckliche Gedanken; feindselig; voller Haß; intelligent; ängstlich; gehetzt; feige; falle anderen zur Last; nachdenklich; warmherzig; kann mich nicht durchsetzen; verständnisvoll; aggressiv; häßlich; selbstbewußt; deformiert; unattraktiv; abstoßend; ehrlich; einfühlsam; deprimiert; einsam; ungeliebt; mißverstanden; gelangweilt; überlegt; ruhelos; schüchtern; verwirrt; ohne Zuversicht; Freude an Abwechslung; aktiv; im Konflikt; voller Vorwürfe; wertvoll; attraktiv; sprachgewandt.

Sonstiges:.....  
.....

l) Ihre Interessen und Hobbys?

.....  
.....





#### 4. FRAGEN ZUR LEBENSGESCHICHTE

a) In welche Zeitabschnitte bzw. Lebensphasen würden Sie rückblickend Ihr Leben einteilen?.....

.....

.....

b) Die nachstehenden Ziffern entsprechen Ihren jeweiligen Lebensjahren. Tragen Sie bitte für Sie wichtigen Ereignisse stichwortartig neben den Ziffern ein. Denken Sie insbesondere an für Sie **bedeutsame (positive und negative) Erlebnisse** in Ihrer Entwicklung, mit anderen **Menschen**, in **Beruf, Schule** und **Familie** und an **Krankheiten**. (Wenn die Zeilen zuwenig Platz für Ihre Beschreibung bieten, benutzen Sie bitte die Rückseite dieses Blattes.)

1-3

3-6

7-8

9-10

11-12

13-14

15-16

17-18

19-20

21-22

23-24

25-26

27-28

29-30

31-32

33-34

35-36

37-38

39-40

41-42

43-44

45-46

47-48

49-50

51-55

56-60

61-70

c) Haben Sie als Kind gerne gespielt? Nennen Sie bitte Ihre Lieblingsspiele und Spielzeuge:

.....



d) Haben Sie in Ihrer Kindheit mehr mit Jungen od. mit Mädchen gespielt? Waren die anderen jünger/älter als Sie?  
.....

e) Haben Sie sich irgendwelchen Gruppen angeschlossen?  
.....

f) Hatten Sie in Ihrer Kindheit/Jugend einen Bereich für sich alleine? (Wenn ja, beschreiben Sie bitte diesen Bereich)  
.....

g) *Erinnern Sie sich nun an eine für Sie sehr bedeutsame Situation in Ihrer Kindheit, und stellen Sie diese bitte, wenn Sie mögen, auf der Rückseite (zeichnerisch/malerisch oder in Form einer (Foto)Collage etc.) dar!*

## 5. DATEN ÜBER IHREN BERUF

a) Welche Tätigkeit üben Sie derzeit aus?  
.....

b) Welche Tätigkeiten haben Sie früher ausgeübt?  
.....  
.....

c) Sind Sie mit Ihrer jetzigen Tätigkeit zufrieden? (wenn nicht, in welcher Beziehung sind Sie dann unzufrieden?)  
.....

d) Welche Berufswünsche haben Sie früher gehabt?  
.....

e) Entspricht Ihre jetzige Arbeit Ihren Wünschen und Fähigkeiten?  
.....  
.....

f) In welchen Punkten belastet Sie Ihre Tätigkeit ? (z.B. Überstunden, Vorgesetzte, drohende Arbeitslosigkeit)  
.....

g) Wie ist Ihr Kontakt zu Ihren Kollegen?  
.....

h) Haben Sie auch private Kontakte zu ihnen? Wo sehen Sie dabei Schwierigkeiten?  
.....  
.....

i) Gab es in der letzten Zeit ein für Sie besonderes berufliches Ereignis? Bitte beschreiben Sie es kurz:  
.....  
.....



## 6. IHR SEXUALLEBEN

a) Wie war die Einstellung Ihrer Eltern zur Sexualität (z.B. wurden Sie zu Hause aufgeklärt, wurde zu Hause über Sexualität gesprochen?)

.....  
.....

b) Wann und wie sind Sie sexuell aufgeklärt worden?

.....

c) Wann wurden Sie sich zum ersten Mal Ihrer eigenen sexuellen Bedürfnisse bewußt?.....

.....

d) Hatten Sie im Zusammenhang mit Sex und Masturbation jemals irgendwelche Angst- oder Schuldgefühle? (wenn "ja", bitte beschreiben Sie diese):

.....  
.....

e) Gibt es irgendwelche Besonderheiten bezüglich Ihrer ersten oder nachfolgenden sexuellen Erfahrung?

.....

f) Sind Sie mit Ihrem gegenwärtigen Sexualleben zufrieden? (wenn nicht, bitte erläutern)

.....

g) Angaben über irgendwelche bedeutsamen heterosexuellen (bzw. homosexuellen) Verhaltensweisen:

.....

h) Fühlen Sie sich sexuell in irgendeiner Hinsicht gehemmt?

.....  
.....

i) Wurden Sie (in der Kindheit) jemals in einer Art angefasst, die Ihnen sehr unangenehm war?

.....

f) Sind Sie (in Ihrer Kindheit) zu sexuellen Handlungen angehalten worden?

.....  
.....

## 7. INFORMATIONEN ÜBER DIE MENSTRUATION:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode?

.....

Waren Sie darüber informiert, oder waren Sie darüber schockiert?

.....

Treten Ihre monatlichen Blutungen regelmäßig auf?

.....

Dauer der Periode

.....



Haben Sie dabei Schmerzen

.....

Wann haben Sie Ihre letzte Periode gehabt?

.....

Beeinflußt die Periode Ihre Stimmung?

.....

**8. INFORMATIONEN ZU IHREN ZWISCHENMENSCHLICHEN BEZIEHUNGEN:**

Welche Menschen spielen in Ihrem Leben eine wichtige Rolle? Versuchen Sie bitte, sie nach Wichtigkeit zu reihen (es können auch zwei Personen als gleich wichtig angegeben werden).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bemerkungen:

a) Leben Sie zur Zeit mit jemanden zusammen? (Bitte die Personen aufzählen)

.....  
.....

b) Wie lange leben Sie schon zusammen?

.....

c) Haben Sie schon einmal alleine gelebt? (wie oft? wie lange?)

.....  
.....

d) Wer ist zur Zeit die wichtigste Person für Sie?

.....

e) Welche Eigenschaften sind Ihnen an dieser Person besonders wichtig?

.....  
.....

f) Beschreiben Sie bitte Ihr Verhältnis zu dieser Person:

.....  
.....

g) Wenn Sie dieses Verhältnis mit etwas vergleichen können, so ist es wie (bitte ergänzen)

.....  
.....

h) Wie reagiert diese Person auf Ihre Beschwerden?

.....  
.....

i) Ist Ihnen in der letzten Zeit etwas besonderes an dieser Beziehung aufgefallen? (Beschreiben Sie es bitte)

.....  
.....

j) Gab es in der letzten Zeit eine für Sie schwierige Situation mit dieser Person?

.....  
.....

k) Gab es eine angenehme Situation?.....

l) Haben Sie jemals überlegt, sich zu trennen?

.....

m) Wenn ja, was hätte das für Ihr weiteres Leben bedeutet?

.....

n) Haben Sie sich in der letzten Zeit von einer anderen für Sie wichtigen Person getrennt?

.....

o) Gibt es für Sie Personen, von denen Sie sich gerne trennen möchten? (Wenn ja, welche?)

.....

p) Wenn Sie verheiratet sind, wie kommen Sie mit Ihren Schwiegereltern, Schwagern und Schwägerinnen zurecht?

.....



q) Haben Sie Kinder und wenn ja, wie viele in welchem Alter?

.....

e) Hat irgendeines Ihrer Kinder spezielle Probleme?

.....

f) Hatten Sie Fehl-, Frühgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?

.....

g) Wie fühlen Sie sich als Mutter/Vater?

.....

.....

h) Kurze Bemerkungen über eventuelle frühere Ehen/Beziehungen (mit kurzen

Einzelheiten).....

.....

## 9. IHRE FAMILIE

**Anmerkung:** Wenn Sie bei Stief- oder Pflegeeltern aufgewachsen sind, beschreiben Sie diese bitte anhand der folgenden Fragen auf der Rückseite dieses Blattes.

a) Leiblicher **Vater**:

lebend  verstorben? (bitte ankreuzen)

(wenn bereits verstorben): Wie alt waren Sie, als Ihr Vater starb?

.....

Todesursache

.....

Wenn Ihr Vater lebt, wie alt ist er jetzt?

.....

Ausbildung/Beschäftigung

.....

Gesundheitszustand

.....

b) Leibliche **Mutter**:

lebend  verstorben? (bitte ankreuzen)

(wenn bereits verstorben): Wie alt waren Sie, als Ihre Mutter starb?

.....

Todesursache

.....

Wenn Ihre Mutter lebt, wie alt ist sie jetzt?

.....

Ausbildung/Beschäftigung

.....

Gesundheitszustand

.....



c) **Geschwister:** Anzahl der Schwestern: ..... Alter: ..... Anzahl der Brüder: ..... Alter: .....

d) Beziehungen zu Ihren Geschwistern

1)

früher.....

2) heute

e) **Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres leiblichen Vaters und seine Einstellung zu Ihnen**

früher

.....

heute

.....

Konnten Sie zu ihm immer Vertrauen haben?

.....

Hätten Sie sich manchmal mehr Zuwendung von ihm gewünscht?

.....

Hatte er ebenso starkes Interesse an Ihrer Entwicklung wie Ihre Mutter?

.....

In welcher Form hat er Sie gestraft, als Sie noch ein Kind waren?

.....

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie von Ihrem Vater enttäuscht waren?

.....

Hat er sich manchmal Ihrer Mutter gegenüber ungerecht verhalten? (früher und heute)

.....

.....

f) **Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer leiblichen Mutter und ihre Einstellung zu Ihnen**

früher

.....

heute

.....

Konnten Sie Ihrer Mutter immer vertrauen?

.....

Hatte sie ebenso starkes Interesse an Ihrer Entwicklung wie Ihr Vater?

.....

In welcher Form wurden Sie von ihr bestraft?

.....

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie von Ihrer Mutter enttäuscht waren?

.....

Hat sie sich manchmal Ihrem Vater gegenüber ungerecht verhalten? (früher und heute)

.....

g) Schildern Sie die **Atmosphäre** in Ihrem Elternhaus, als Sie aufwuchsen. Erwähnen Sie, wie sich Ihre Eltern mit-einander vertragen:

.....  
.....

und wie sich die Eltern mit den Kindern vertragen

.....  
.....

h) Haben Sie sich im Prinzip von Ihren Eltern geliebt und respektiert gefühlt?

.....

i) Haben Ihre **Großeltern** für Sie eine besondere Bedeutung gehabt (z.B. Erziehung)?

.....

j) Wenn Sie einen **Stiefvater** oder eine **Stiefmutter** hatten, wie alt waren Sie, als sich ein Elternteil wieder verheiratete?

.....  
.....

k) Schildern Sie Ihre **religiöse** Erziehung

.....

l) Wenn Sie nicht von Ihren Eltern großgezogen worden sind, von wem sind Sie dann großgezogen worden und in welcher Zeit?

.....

m) Hat sich jemals irgend jemand (Eltern, Verwandte, Freunde) in Ihre Ehe, in Ihre **berufliche Tätigkeit** usw. eingemischt?

.....

n) Leidet jemand aus Ihrer Familie unter **Alkoholismus, Epilepsie oder Beschwerden und Problemen**, die man als "Geistesgestörtheit" bezeichnen kann?

.....

o) Gibt es andere Familienmitglieder, bei denen Ihnen irgendwelche Informationen über Krankheit etc. wichtig erscheinen?

.....

## 10. SELBSTBESCHREIBUNG

Berichten Sie eingehend über beängstigende oder quälende Erfahrungen oder Themen, die Sie bis jetzt noch **nicht** erwähnt haben:

.....  
.....

Geben Sie an, **welche Vorteile** Sie von der Therapie erwarten:

.....



.....  
.....  
Führen Sie **jede** Situation auf, die Sie **beruhigt** oder **entspannt**:

.....  
.....  
Haben Sie jemals die **Kontrolle** über sich **verloren** (z.B. Wutanfälle bekommen, geweint oder sich aggressiv verhalten?). Wenn ja, beschreiben Sie es bitte:

.....  
.....  
**Bitte versuchen Sie nun, diese Satzanfänge möglichst ohne viel Nachdenken zu Ende zu führen. Es gibt dabei *kein* „richtig“ oder „falsch“.**

a) Ich bin ein Mensch, der

.....  
b) Mein ganzes Leben lang

.....  
c) Von der Zeit an, als ich noch ein Kind war

.....  
d) Eine Sache, auf die ich stolz bin, ist

.....  
e) Ich gebe ungern zu, daß

.....  
f) Eine Sache, die ich nicht verzeihen kann, ist

.....  
g) Eine Sache, bei der ich mich schuldig fühle, ist

.....  
h) Wenn ich mir nicht solche Sorgen über den Eindruck machen müßte, den andere von mir haben.....

.....  
i) Eine der Art und Weisen, wie Leute mir weh tun, besteht darin, daß

.....  
j) Mutter war immer

.....  
k) Was ich von meiner Mutter benötigte und was sie mir niemals gab, war

.....  
l) Vater war immer



m) Was ich von meinem Vater wollte, und was er mir niemals gab, war

.....

n) Wenn ich nicht solche Angst hätte, ich selbst zu sein, würde ich

.....

o) Eine Sache, über die ich mich ärgere, ist

.....

p) Was ich von einem Mann (einer Frau) brauche und nie erhalten habe, ist

.....

q) Das Dumme daran, wenn man erwachsen wird, ist

.....

r) Eine der Möglichkeiten, wie ich mir selbst helfen könnte, die ich aber nicht wahrnehme, ist

.....

s) Mein Traum wäre es,

.....

t) Ich wollte immer schon mal

.....

u) Wenn ich noch mal von vorne anfangen könnte,

.....

v) Ich bin mit mir zufrieden, wenn

.....

w) Menschen sind im allgemeinen

.....

x) Meine Lebenseinstellung ist

.....

y) Wenn ich drei Wünsche frei hätte:

.....

z) Diese Fragen sind

.....

Gibt es etwas in Ihrem gegenwärtigen **Verhalten**, das Sie gern **ändern** möchten?

.....

Welche **Gefühle** möchten Sie verändern (z.B. intensivieren oder abbauen?)

.....

.....

Welche Empfindungen sind besonders

**angenehm** für Sie ?

.....

**unangenehm** für

Sie?.....



Beschreiben Sie eine für Sie **sehr angenehme Phantasievorstellung**:

.....  
.....

Beschreiben Sie eine für Sie sehr unangenehme Vorstellung:

.....

Welche Ihrer Gedanken oder Vorstellungen empfinden Sie als **am unvernünftigsten**?

.....

Beschreiben Sie **jede zwischenmenschliche Beziehung**, die Ihnen

1. Freude bringt

.....

2. Kummer bringt

.....

**Geben Sie an, wie die folgenden Personen Sie beschreiben würden:**

a) Sie sich

selbst.....

.....

.....

b) Ihr Ehegatte bzw. Ihre Gattin oder Ihr/e Partner/in bzw. Freund/in.....

.....

.....

c) Ihr bester Freund bzw. Ihre beste Freundin

.....

.....

d) Ein Arbeitskollege oder eine Arbeitskollegin

.....

.....

e) Jemand, der Sie nicht mag

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Fügen Sie bitte jede Information hinzu, die in diesem Fragebogen nicht angesprochen worden ist und die Ihrer/Ihrem TherapeutIn dabei helfen könnte, Sie zu verstehen und Ihnen zu helfen.

**Nutzen Sie dazu die leere(n) Rückseite(n) des Fragebogens!**

Bemerkungen oder Anregungen zu diesem Fragebogen sind gerne willkommen!

**Danke für Ihre Mitarbeit!**

