

# Anamnesebogen Psychotherapie für Erwachsene

## Lange psychologische Anamnese

Leere Druckvorlage für die Vorbereitung des psychotherapeutischen Gesprächs.

188 Fragen einschließlich bedingter Nachfragen in 21 Themenbereichen. Die Praxis legt fest, welche Fragen für den jeweiligen Anlass passen.

### Hinweise zum Ausfüllen

Kurze Antworten oder Stichpunkte sind möglich. Besprechen Sie mit Ihrer Praxis, wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten oder mehr Platz benötigen. Bedingte Nachfragen sind als solche gekennzeichnet. Ein Stern (\*) bezeichnet eine Frage, die in der digitalen Ausgangsvorlage als Pflichtfeld angelegt ist.

Die Vorlage enthält Felder für persönliche Daten. Vereinbaren Sie mit Ihrer Praxis, welche Angaben zur Zuordnung benötigt werden.

Vereinbarte Kennung: \_\_\_\_\_

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

### Weitergabe und Verwendung

Bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Termin mit oder nutzen Sie den mit Ihrer Praxis vereinbarten geschützten Übermittlungsweg. Dieser Download sendet keine Angaben an Lina oder eine Praxis. Die Vorlage enthält keine automatische Auswertung und ersetzt kein persönliches Gespräch.

Wenn Sie akut in Gefahr sind oder befürchten, sich etwas anzutun, warten Sie nicht auf die Bearbeitung eines Fragebogens. Rufen Sie bei unmittelbarer Gefahr 112. Bei dringenden medizinischen Anliegen erreichen Sie den Bereitschaftsdienst unter 116117.

Lina-Vorlage, Version 1.4. Fragen und Antwortmöglichkeiten aus dem bestehenden Lina-Katalog. Die fachliche Auswahl und Prüfung für den Einsatz erfolgen in der Praxis.

[Diesen Bogen online ausprobieren](https://lina-hilft.de/anamnesebogen-psychotherapie.html) - für Therapeut:innen, ohne Konto und mit fiktiven Angaben. Weitere Informationen: [lina-hilft.de/anamnesebogen-psychotherapie.html](https://lina-hilft.de/anamnesebogen-psychotherapie.html)

# Persönliche Daten

Grundlegende persönliche Angaben zur Identifikation und Kontaktaufnahme.

**1. Vorname \***

---

**2. Nachname \***

---

**3. Geburtsdatum \***

---

**4. Geburtsort**

---

**5. Adresse**

---

**6. Telefonnummer \***

---

**7. E-Mail-Adresse**

---

**8. Staatsangehörigkeit**

---

**9. Familienstand**

Eine Antwort auswählen.

☐ ledig   ☐ in fester Partnerschaft   ☐ verheiratet   ☐ getrennt lebend   ☐ geschieden   ☐ verwitwet

**10. Religion / Konfession**

---

### 11. Praktizieren Sie Ihre Religion aktiv?

Eine Antwort auswählen.

☐ ja ☐ nein ☐ keine Religionszugehörigkeit

## Versicherung & Sozioökonomische Situation

Angaben zu Krankenversicherung, Bildung, Beruf und Einkommen.

### 12. Krankenversicherung

Eine Antwort auswählen.

☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Selbstzahler ☐ Beihilfe

### 13. Name der Krankenkasse / Versicherung

### 14. Höchster Schulabschluss

Eine Antwort auswählen.

☐ kein Abschluss ☐ Hauptschule ☐ Realschule / mittlere Reife ☐ Abitur / Fachabitur  
☐ Berufsausbildung ☐ Hochschulabschluss ☐ Promotion

### 15. Erlernter Beruf

### 16. Aktuelle Beschäftigung / Tätigkeit

### 17. Aktueller Beschäftigungsstatus \*

Eine Antwort auswählen.

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ selbstständig ☐ in Ausbildung / Studium ☐ Elternzeit ☐ arbeitssuchend  
☐ krankgeschrieben ☐ Rente ☐ anderes

### 18. Wie würden Sie Ihren aktuellen Beschäftigungsstatus beschreiben?

Nur beantworten, wenn bei Frage 17 „anderes“ gewählt wurde.

### 19. Ungefähres Nettoeinkommen pro Monat

**20. Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden? Gibt es größere finanzielle Probleme oder Schulden?**

---

---

---

## **Anlass & Zugang zur Therapie**

Wie die Patientin / der Patient zur Praxis gefunden hat und wer über die Therapie informiert ist.

**21. Wer hat Sie überwiesen oder wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?**

---

**22. Wer in Ihrem Umfeld weiß über die Therapie Bescheid?**

---

---

---

## **Aktuelle Beschwerden & Problemanalyse**

Beschreibung, Entstehung und Ausprägung der aktuellen Beschwerden sowie deren Auswirkungen auf den Alltag.

**23. Beschreiben Sie mit eigenen Worten Ihre wichtigsten Beschwerden, derentwegen Sie zur Therapie kommen. \***

---

---

---

**24. Wann traten Ihre Beschwerden zum ersten Mal auf, und wie haben sie sich bis jetzt entwickelt?**

---

---

---

**25. Wie belastend empfinden Sie Ihre Beschwerden derzeit?**

1 = leicht beunruhigend; 5 = unerträglich

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5

**26. Wie sehr leiden Sie unter diesen Beschwerden? \***

0 = überhaupt nicht; 10 = maximal stark

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**27. Was war für Sie der Auslöser, dass Sie sich gerade jetzt für eine Psychotherapie entschieden haben?**

---

---

---

**28. In welchen Lebensbereichen fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt?**

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Bereich**

Eine Antwort auswählen.

☐ beruflich ☐ familiär ☐ Partnerschaft ☐ Freizeit ☐ soziale Kontakte ☐ körperliche Gesundheit  
☐ Schlaf ☐ Sexualität ☐ anderer Bereich

**Beeinträchtigung (0-10)**

Eine Zahl von 0 bis 10 auswählen.

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**Art der Beeinträchtigung**

---

---

---

**29. Haben Sie aktuell Gedanken daran, sich das Leben zu nehmen oder sich selbst zu verletzen? \***

Eine Antwort auswählen.

☐ nein ☐ ja, gelegentlich ☐ ja, häufig

**30. Welche Vermutung haben Sie selbst über die Ursachen Ihrer Probleme?**

---

---

---

**31. Wann und wo treten Ihre Probleme vor allem auf?**

---

---

---

**32. Wann und wo treten Ihre Probleme gar nicht oder seltener auf?**

---

---

---

**33. Welche typischen Gedanken haben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?**

---

---

---

**34. Welche Gefühle sind mit Ihren Problemen verbunden?**

---

---

---

**35. Wie reagiert Ihr Körper beim Auftreten der Probleme?**

---

---

---

**36. Wie verhalten Sie sich, wenn Ihr Problem auftritt? Wie versuchen Sie sich selbst zu helfen?**

---

---

---

**37. Wie reagieren andere Personen, wenn Ihr Problem auftritt?**

---

---

---

**38. Welche Versuche zur Lösung haben Sie bisher selbst unternommen?**

---

---

---

**39. Was würde passieren, wenn Sie ab sofort Ihre Beschwerden verlieren würden?**

---

---

---

## Ressourcen & Stabilität

Stärken, Unterstützungssysteme und Lebensbereiche, die trotz der Probleme intakt geblieben sind.

**40. Was erleben Sie in Ihrer jetzigen Lebenssituation als Stütze und Stabilität?**

---

---

---

**41. Welche Lebensbereiche sind von dem Problem verschont geblieben?**

---

---

---

**42. Welche Ihrer Fähigkeiten stehen Ihnen trotz des Problems uneingeschränkt zur Verfügung?**

---

---

---

**43. Welche Menschen sind Ihnen derzeit eine Hilfe oder Stütze?**

---

---

---

**44. Sind Sie aktiv in einem Verein, einer Partei, Religionsgemeinschaft oder ähnlichem?**

---

---

---

## Frühere Behandlungen

Aktuelle und vergangene ärztliche sowie psychotherapeutische Behandlungen.

**45. Befinden Sie sich zurzeit - außer in dieser Praxis - in ärztlicher oder psychologischer Behandlung? \***

---

---

---

**46. Waren Sie früher bereits in ambulanter Psychotherapie, einer Tagesklinik oder stationärer psychiatrischer Behandlung? \***

Eine Antwort auswählen.

☐ Ja ☐ Nein

**47. Angaben zu früheren ambulanten, tagesklinischen oder stationären Behandlungen \***

Nur beantworten, wenn bei Frage 46 „Ja“ gewählt wurde.

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Zeitraum (von - bis) \***

---

**Behandlungsform \***

Eine Antwort auswählen.

☐ ambulante Psychotherapie ☐ Tagesklinik ☐ stationäre Psychiatrie ☐ andere

**Anlass und damalige Diagnose(n), soweit bekannt \***

---

---

---

**Was war hilfreich oder weniger hilfreich?**

---

---

---

**48. Falls Sie schon einmal eine Psychotherapie gemacht haben: Wovon konnten Sie profitieren, und was war weniger hilfreich?**

Nur beantworten, wenn bei Frage 46 „Ja“ gewählt wurde.

---

---

---

## **Körperliche Gesundheit & Medikamente**

Körperliche Erkrankungen, Operationen, Medikamente und Substanzkonsum.

**49. Körpergröße**

---

## 50. Körpergewicht

---

## 51. Körperliche Erkrankungen

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

### Erkrankung

---

### seit

---

### aktuell in Behandlung

Eine Antwort auswählen.

☐ Ja ☐ Nein

### aktuelle Beschwerden

---

---

---

## 52. Operationen oder Unfälle (mit Altersangabe und ggf. bleibenden Beeinträchtigungen)

---

---

---

## 53. Anschrift Ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte (freiwillig)

---

---

---

## 54. Aktuelle Medikamente

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Name des Medikaments**

---

**Dosis**

---

**Einnahme seit**

---

**ärztlich verordnet**

Eine Antwort auswählen.

☐ Ja ☐ Nein

**regelmäßige Einnahme**

Eine Antwort auswählen.

☐ Ja ☐ Nein

**wogegen**

---

**55. Wieviel Alkohol trinken Sie pro Tag oder Woche?**

---

**56. Wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag?**

---

**57. Wieviele Tassen Kaffee trinken Sie pro Tag?**

---

**58. Konsumieren Sie weitere Substanzen (z.B. Cannabis, Schlafmittel, andere)? Wenn ja, was und wie häufig?**

---

---

---

# Kindheit & Jugend

Entwicklung, Gesundheit, Erlebnisse und Erinnerungen aus Kindheit und Jugend.

## 59. Befinden Ihrer Mutter während der Schwangerschaft und Geburtsverlauf, soweit bekannt

Eine Antwort auswählen.

☐ nicht bekannt   ☐ ohne Komplikationen   ☐ Komplikationen während der Schwangerschaft oder bei der Geburt

## 60. Falls Komplikationen: bitte kurz erläutern

---

---

---

## 61. An folgende Schwierigkeiten oder Besonderheiten in meiner Kindheit erinnere ich mich (z.B. Ängste, Stottern, Bettnässen, Alpträume)

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Alter (von - bis)**

---

**Schwierigkeit / Besonderheit**

---

## 62. Meine Kindheit erlebte ich insgesamt eher als...

1 = unglücklich; 10 = glücklich

☐ 1   ☐ 2   ☐ 3   ☐ 4   ☐ 5   ☐ 6   ☐ 7   ☐ 8   ☐ 9   ☐ 10

## 63. Welche Krankheiten hatten Sie in der Kindheit?

---

---

---

## 64. Wie war Ihre Gesundheit während der Jugendzeit?

---

---

---

**65. Spiele und Interessen während der Kindheit**

---

---

---

**66. Sind Sie in den Kindergarten gegangen? Wie waren Sie dort - zu anderen Kindern und zu den Erzieherinnen / Erziehern?**

---

---

---

**67. Interessen, Hobbies und sportliche Neigungen während der Jugendzeit**

---

---

---

**68. An folgende Erlebnisse aus Kindheit und Jugend erinnere ich mich gerne**

---

---

---

**69. An folgende Erlebnisse aus Kindheit und Jugend erinnere ich mich ungern**

---

---

---

## **Schule & Ausbildung**

Schulische Laufbahn, Leistungen, soziale Einbindung und weitere Ausbildung.

**70. Alter bei Schulbeginn**

---

**71. Alter bei Verlassen der Schule**

---

**72. Wie war der Kontakt zu Ihren Mitschülerinnen und Mitschülern? Welche Rolle haben Sie eingenommen?**

---

---

---

**73. Stärken und Schwächen in der Schule**

---

---

---

**74. Wie zufrieden waren Sie selbst und Ihre Eltern mit Ihren schulischen Leistungen?**

---

---

---

**75. Weitere Ausbildung / Studium (in zeitlicher Reihenfolge)**

---

---

---

## **Berufliche Laufbahn**

Bisherige berufliche Tätigkeiten, aktuelle Arbeitssituation und berufliche Ziele.

**76. Wie haben Sie Ihre Schulzeit insgesamt erlebt? \***

Eine Antwort auswählen.

☐ überwiegend gern   ☐ teils gern, teils ungern   ☐ überwiegend ungern

**77. Was traf auf Ihre soziale Situation während der Schulzeit zu? \***

Mehrfachauswahl möglich. Wählen Sie „keine“, wenn nichts davon zutrifft.

Mehrere Antworten möglich.

☐ mehrere gute Freundschaften   ☐ wenige oder keine Freundschaften   ☐ Mobbing oder Ausgrenzung  
☐ häufig Angst, Bauchschmerzen oder andere Beschwerden vor der Schule   ☐ keine der genannten Besonderheiten

## 78. Was traf auf Lernen, Konzentration und Konflikte in der Schule zu? \*

Mehrfachauswahl möglich. Wählen Sie „keine“, wenn nichts davon zutrifft.

Mehrere Antworten möglich.

☐ dem Unterricht überwiegend gut gefolgt ☐ zeitweise unkonzentriert ☐ anhaltende Konzentrations- oder Lernprobleme ☐ Konflikte mit Lehrkräften ☐ Konflikte mit Mitschüler:innen ☐ keine der genannten Besonderheiten

## 79. Bisherige berufliche Tätigkeiten

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Zeitraum (von - bis)**

---

**Tätigkeit / Position**

---

**Arbeitgeber**

---

**Grund für Wechsel oder Beendigung**

---

**80. Befriedigt Sie die Tätigkeit, die Sie zurzeit ausüben? Wenn nicht, weshalb?**

---

---

---

**81. Was sind heute Ihre beruflichen Ziele?**

---

---

---

**82. Haben Sie Probleme an Ihrem Arbeitsplatz? Wenn ja, welche?**

---

---

---

**83. Fühlen Sie sich in Ihren Aufgaben überdurchschnittlich belastet? Wenn ja, inwiefern?**

---

---

---

**84. Gibt es spezielle berufliche Erschwernisse (Arbeitslosigkeit, längere Krankschreibung, Erwerbsminderung, Rentenantrag)?**

---

---

---

**85. Haben Sie einen Rentenantrag gestellt oder beziehen Sie eine Rente? Wenn ja, welche Art und seit wann?**

---

---

---

**86. Hobbies und Interessen**

---

---

---

## **Familie - Vater**

Angaben zur Person, Persönlichkeit und Beziehung zum Vater.

**87. Vater: Vorname (oder Pflegevater, falls prägender)**

---

**88. Geburtsjahr des Vaters**

---

**89. Beruf des Vaters**

---

**90. Gesundheitszustand des Vaters**

---

---

---

**91. Falls Ihr Vater bereits verstorben ist: Wann und woran?**

---

---

---

**92. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und seine Einstellung zu Ihnen - früher \***

Falls es keine prägende Vaterfigur gab oder sie Ihnen nicht bekannt ist, tragen Sie dies bitte kurz ein.

---

---

---

**93. Persönlichkeit Ihres Vaters und Beziehung zu ihm - heute**

---

---

---

**94. Drei typische Sätze, die Ihr Vater immer wieder gesagt hat**

---

---

---

## **Familie - Mutter**

Angaben zur Person, Persönlichkeit und Beziehung zur Mutter.

**95. Mutter: Vorname (oder Pflegemutter, falls prägender)**

---

**96. Geburtsjahr der Mutter**

---

**97. Beruf der Mutter**

---

**98. Gesundheitszustand der Mutter**

---

---

---

**99. Falls Ihre Mutter bereits verstorben ist: Wann und woran?**

---

---

---

**100. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und ihre Einstellung zu Ihnen - früher \***

Falls es keine prägende Mutterfigur gab oder sie Ihnen nicht bekannt ist, tragen Sie dies bitte kurz ein.

---

---

---

**101. Persönlichkeit Ihrer Mutter und Beziehung zu ihr - heute**

---

---

---

**102. Drei typische Sätze, die Ihre Mutter immer wieder gesagt hat**

---

---

---

## **Familie - Geschwister & Familiendynamik**

Geschwister, Erziehungsstil, Familienstimmung und weitere wichtige Bezugspersonen.

**103. Bei wem sind Sie überwiegend aufgewachsen? \***

Wählen Sie die Situation, die Ihre Kindheit am besten beschreibt.

Eine Antwort auswählen.

☐ bei beiden Eltern   ☐ überwiegend bei der Mutter   ☐ überwiegend beim Vater   ☐ abwechselnd bei beiden Eltern   ☐ bei anderen Bezugspersonen

**104. Haben sich Ihre Eltern während Ihrer Kindheit oder Jugend getrennt? \***

Bitte wählen Sie auch dann eine Antwort, wenn Ihre Eltern nie zusammengelebt haben.

Eine Antwort auswählen.

☐ nein   ☐ ja   ☐ Eltern lebten nie zusammen   ☐ weiß ich nicht

**105. Wie alt waren Sie bei der Trennung Ihrer Eltern? \***

Nur beantworten, wenn bei Frage 104 „ja“ gewählt wurde.

Eine ungefähre Angabe ist ausreichend.

---

**106. Mit welchem Alter sind Sie aus Ihrem Elternhaus ausgezogen? \***

Zum Beispiel: „mit 19 Jahren“ oder „ich wohne noch im Elternhaus“.

---

**107. Gab es weitere wichtige Bezugspersonen in Ihrer Kindheit oder Jugend? Wie würden Sie diese kurz beschreiben?**

Zum Beispiel Großeltern, andere Verwandte, Lehrkräfte, Trainer:innen oder Nachbar:innen.

---

---

---

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

---

---

---

**109. Auf welche Art wurden Sie als Kind belohnt?**

---

---

---

**110. Vermitteln Sie einen Eindruck von der Stimmung in Ihrem Elternhaus. Wie kamen Ihre Eltern miteinander und mit den Kindern aus?**

---

---

---

**111. Konnten Sie Ihren Eltern vertrauen?**

---

---

---

**112. Fühlten Sie sich grundsätzlich von Ihren Eltern geliebt und akzeptiert?**

---

---

---

**113. Kam nach der Trennung eine neue Partnerin oder ein neuer Partner in die Familie? Wie war diese Beziehung?**

Nur beantworten, wenn bei Frage 104 „ja“ gewählt wurde.

---

---

---

**114. Falls Sie nicht bei Ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind: Von wem und in welchem Zeitraum wurden Sie erzogen?**

---

---

---

**115. Waren weitere Menschen in Ihrer Kindheit wichtig? Wenn ja, wer und wie war seine oder ihre Persönlichkeit?**

---

---

---

**116. Hatten oder haben Sie Vorbilder?**

---

---

---

**117. Beschreiben Sie kurz Ihre religiöse Erziehung**

---

---

---

**118. Hat sich jemand aus Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld in Ihre Lebensplanung (Beruf, Partnerschaft) eingemischt?**

---

---

---

**119. Leidet oder litt jemand in Ihrer Familie an einer psychischen Erkrankung (z.B. Depression, Angstkrankung, Suchterkrankung, Suizid)?**

---

---

---

**120. Haben Sie Geschwister? \***

Bitte beantworten Sie die Frage auch dann ausdrücklich, wenn Sie keine Geschwister haben.

Eine Antwort auswählen.

☐ Ja ☐ Nein

**121. Angaben zu Ihren Geschwistern \***

Nur beantworten, wenn bei Frage 120 „Ja“ gewählt wurde.

Fügen Sie für jedes Geschwister einen Eintrag hinzu.

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Älter oder jünger als Sie? \***

Eine Antwort auswählen.

☐ älter ☐ jünger ☐ gleichaltrig / Zwilling

**Geschlecht \***

Eine Antwort auswählen.

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers / keine Angabe

**Altersabstand in Jahren \***

---

**Beziehung früher und heute (optional)**

---

---

---

# Sexualität & Körperbild

Sexuelle Entwicklung, aktuelle Sexualität, Körperbild und Geschlechtsidentität.

**122. Beschreiben Sie kurz die Einstellung in Ihrer Familie zur Sexualität und zum Nacktsein**

---

---

---

**123. Wann und durch wen haben Sie zum ersten Mal von sexuellen Dingen erfahren?**

---

---

---

**124. Welche besonders angenehmen oder besonders unangenehmen Erfahrungen sind Ihnen aus Ihrer sexuellen Entwicklung in Erinnerung?**

---

---

---

**125. Wie erleben Sie heute Zärtlichkeit und Sexualität? Können Sie dies genießen? Gibt es Schwierigkeiten oder belastende Erfahrungen?**

---

---

---

**126. Haben Sie sexuelle Hemmungen, Ekel-, Schuld- oder Schamgefühle?**

---

---

---

**127. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Körperbild und Ihrer Geschlechtsidentität?**

---

---

---

**128. Geschlechtsspezifische Themen, falls relevant (z.B. Periode, Wechseljahre, Erektion, Samenerguss, Kinderwunsch)**

---

---

---

## Partnerschaft & Familie

Aktuelle und frühere Partnerschaften, Kinder sowie Wohn- und Lebenssituation.

### **129. Aktuelle Partnerschaftssituation \***

Eine Antwort auswählen.

☐ aktuell ohne Partnerschaft   ☐ feste Partnerschaft   ☐ verheiratet   ☐ in Trennung   ☐ kompliziert

### **130. Seit wann besteht die Partnerschaft (oder Ehe)?**

---

### **131. Vorname und Beruf Ihrer Partnerin / Ihres Partners**

---

### **132. Geburtsjahr Ihrer Partnerin / Ihres Partners**

---

### **133. Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Partnerin / Ihres Partners in fünf Eigenschaften**

---

---

---

### **134. In welchen Bereichen stimmen Sie überein? Wo bestehen Gegensätze?**

---

---

---

### **135. Gibt es in Ihrer Partnerschaft ein großes Thema, das bisher noch nicht angesprochen wurde?**

---

---

---

**136. Hat Ihre Partnerin / Ihr Partner größere körperliche oder psychische Belastungen?**

---

---

---

**137. Wie ist Ihre Beziehung zur Familie Ihrer Partnerin / Ihres Partners?**

---

---

---

**138. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Partnerschaft?**

0 = gar nicht zufrieden; 10 = sehr zufrieden

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

**139. Frühere Ehen oder längere Partnerschaften**

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Dauer (von - bis)**

---

**verheiratet**

Eine Antwort auswählen.

☐ Ja ☐ Nein

**Charakterisierung der Beziehung und Grund für das Ende**

---

---

---

**140. Eigene und angenommene Kinder, sowie Kinder der Partnerin / des Partners (inkl. Fehlgeburten)**

Ein Eintrag pro Person, Behandlung, Erkrankung oder Medikament. Für weitere Einträge ein Zusatzblatt mit der Fragennummer verwenden.

**Vorname**

---

**Geschlecht**

Eine Antwort auswählen.

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

**Geburtsjahr**

---

**Beziehung zum Kind / Besonderheiten**

---

---

---

**141. Beschreiben Sie kurz Ihre Beziehung zu Ihren Kindern. Gibt es besondere Schwierigkeiten?**

---

---

---

**142. Mit wem leben Sie zusammen?**

---

**143. Wie wohnen Sie? \***

Eine Antwort auswählen.

☐ Wohnung zur Miete ☐ Haus zur Miete ☐ Eigentumswohnung ☐ Eigenheim ☐ WG ☐ anderes

**144. Wie würden Sie Ihre Wohnsituation beschreiben?**

Nur beantworten, wenn bei Frage 143 „anderes“ gewählt wurde.

---

---

---

**145. Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden?**

---

---

---

## **Belastende Lebensereignisse**

Bedeutsame belastende Ereignisse im Lebensverlauf und deren möglicher Einfluss auf die aktuellen Probleme.

**146. Welche der folgenden belastenden Lebensereignisse haben Sie erlebt?**

Mehrere Antworten möglich.

☐ Tod der Partnerin / des Partners ☐ Trennung oder Scheidung ☐ Tod eines nahen Angehörigen  
☐ Tod eines eigenen Kindes ☐ Fehlgeburt ☐ unerfüllter Kinderwunsch ☐ Schwangerschaftsabbruch  
☐ erhebliche eigene Erkrankung ☐ erhebliche Erkrankung eines Familienangehörigen ☐ Verlust des Arbeitsplatzes ☐ Berufswechsel ☐ Beginn oder Ende der Berufstätigkeit ☐ Berentung ☐ Scheitern einer Ausbildung ☐ höhere Verschuldung ☐ Ortswechsel ☐ Versöhnung nach erheblicher Krise  
☐ Gefängnisaufenthalt ☐ Erfahrung von Gewalt oder Missbrauch ☐ anderes

**147. Welche anderen belastenden Lebensereignisse haben Sie erlebt?**

Nur beantworten, wenn bei Frage 146 „anderes“ gewählt wurde.

---

---

---

**148. Bitte erläutern Sie kurz die angekreuzten Ereignisse mit Jahr und Stichwort**

---

---

---

**149. Trugen diese Ereignisse zur Entstehung Ihrer jetzigen Probleme möglicherweise bei? Wenn ja, welche?**

---

---

---

**150. Welche besonders belastenden Erfahrungen haben Sie in Ihrem Leben gemacht? Bitte beschreiben Sie ein bis zwei prägende Situationen so genau, wie es Ihnen möglich ist.**

---

---

---

# Persönlichkeit & Selbstbild

Selbstwahrnehmung, Eigenschaften, Ängste, Stärken und Schwächen.

## 151. Welche der folgenden Eigenschaften treffen auf Sie zu?

Mehrere Antworten möglich.

☐ offen ☐ aktiv ☐ glücklich ☐ schlagfertig ☐ entschlossen ☐ liebevoll ☐ zufrieden ☐ gutmütig  
☐ humorvoll ☐ fürsorglich ☐ gelassen ☐ kontaktfreudig ☐ geduldig ☐ warmherzig ☐ ruhig  
☐ zuversichtlich ☐ belastbar ☐ fähig ☐ vernünftig ☐ optimistisch ☐ gescheit ☐ attraktiv  
☐ sympathisch ☐ wertvoll ☐ wertlos ☐ nutzlos ☐ dumm ☐ unfähig ☐ schuldig ☐ ängstlich  
☐ getrieben ☐ selbstunsicher ☐ neige zu Panik ☐ aggressiv ☐ hässlich ☐ unattraktiv  
☐ deprimiert ☐ einsam ☐ ungeliebt ☐ missverstanden ☐ gelangweilt ☐ ohne Hoffnung  
☐ ruhelos ☐ verwirrt ☐ im Konflikt ☐ verschlossen ☐ voller Hass ☐ schreckliche Gedanken  
☐ Leben ist sinnlos ☐ Leben hat Sinn ☐ werde gebraucht

## 152. Welche positiven Seiten oder Fähigkeiten haben Sie?

---

---

---

## 153. Was halten Sie für Ihre unvernünftigste Idee?

---

---

---

## 154. Wie sieht es aus, wenn Sie die Beherrschung verlieren (z.B. Weinkrampf, Wut- oder Aggressionsanfälle)? Beschreiben Sie eine solche Situation.

---

---

---

## 155. Was sind Ihre größten Ängste? (Bitte bis zu fünf nennen)

---

---

---

## 156. Betrachten Sie sich manchmal selbst auf eine Weise, die für Sie schmerzhaft oder schädlich ist? Welche Aussagen über sich selbst passen dazu?

---

---

---

**157. Wie würden Sie sich gerne häufiger selbst betrachten? Welche Aussagen über sich selbst passen zu dieser erwünschten Sichtweise?**

---

---

---

**158. Wenn Sie Ihre Person betrachten - was macht Sie traurig?**

---

---

---

**159. Wenn Sie Ihre Person betrachten - wovor haben Sie Angst?**

---

---

---

**160. Wenn Sie Ihre Person betrachten - was lässt Sie sich hilflos fühlen?**

---

---

---

## **Satzergänzungen**

Offene Satzergänzungen zur Selbstreflexion und zum Kennenlernen der eigenen Person.

**161. Bitte ergänzen: Ich bin ein Mensch, der ...**

---

**162. Bitte ergänzen: Seit meiner Kindheit ...**

---

**163. Bitte ergänzen: Eine Sache, auf die ich stolz bin ...**

---

**164. Bitte ergänzen: Es fällt mir schwer zuzugeben ...**

---

**165. Bitte ergänzen: Eines der Dinge, die ich nicht vergeben kann ...**

---

**166. Bitte ergänzen: Unter anderem fühle ich mich schuldig, weil ...**

---

**167. Bitte ergänzen: Was ich von meinem Vater gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...**

---

**168. Bitte ergänzen: Was ich von meiner Mutter gerne gehabt hätte, aber nicht bekommen habe, ist ...**

---

**169. Bitte ergänzen: Wenn ich nicht Angst hätte, ich selbst zu sein, ...**

---

**170. Bitte ergänzen: Ein Weg, wie ich mir selber helfen könnte, es aber nicht tue, ist ...**

---

**171. Bitte ergänzen: Einer der Vorzüge dabei, mein Problem zu haben, ist ...**

---

**172. Bitte ergänzen: Mein heißester Wunsch ...**

---

## **Fremdwahrnehmung**

Wie andere Personen die Patientin / den Patienten wahrscheinlich beschreiben würden.

**173. Wie würde Ihre Partnerin / Ihr Partner Sie wahrscheinlich beschreiben?**

---

---

---

**174. Wie würde Ihre beste Freundin / Ihr bester Freund Sie wahrscheinlich beschreiben?**

---

---

---

**175. Wie würde jemand, der Sie nicht leiden kann, Sie beschreiben?**

---

---

---

## **Wichtige Bezugspersonen heute**

Bedeutsame Menschen im aktuellen Leben.

**176. Welches sind heute die bedeutendsten Menschen in Ihrem Leben?**

---

---

---

## **Therapieziele & Erwartungen**

Ziele der Therapie, notwendige Veränderungen, Erwartungen an die Therapeutin / den Therapeuten und Einschätzung der Therapie.

**177. Nennen Sie die drei wichtigsten Ziele, die Sie in der Therapie erreichen wollen \***

---

---

---

**178. Welchen Einfluss hätte das Erreichen dieser Ziele auf Ihr Leben (Beruf, Partnerschaft, Familie, Freizeit, körperliches Befinden, Wohnsituation)?**

---

---

---

**179. Was müsste sich an Ihrer Lebenssituation (Beruf, Wohnsituation, Partnerschaft usw.) verändern, damit Sie Ihre Ziele erreichen?**

---

---

---

**180. Was müssten Sie an sich selbst (Verhalten, Gewohnheiten, Ansichten) verändern, damit Sie Ihre Ziele erreichen?**

---

---

---

**181. Wie schätzen Sie die Bereitschaft Ihrer Partnerin / Ihres Partners ein, an der Erreichung Ihrer Therapieziele mitzuwirken?**

---

---

---

**182. Wie schätzen Sie die Bereitschaft anderer wichtiger Menschen ein, an der Erreichung mitzuwirken?**

---

---

---

**183. Welche persönlichen Eigenschaften sollte die ideale Therapeutin / der ideale Therapeut Ihrer Meinung nach haben?**

---

---

---

**184. Wie würden Sie eine ideale Beziehung mit einer Therapeutin / einem Therapeuten beschreiben?**

---

---

---

**185. Wie lange, glauben Sie, sollte die Therapie dauern?**

---

**186. Wieviel Zeit können Sie zwischen den Therapiesitzungen täglich aufbringen, um an der Bewältigung Ihres Problems zu arbeiten?**

Eine Antwort auswählen.

☐ 0 Min   ☐ bis 15 Min   ☐ bis 30 Min   ☐ bis 45 Min   ☐ bis 60 Min   ☐ bis 90 Min   ☐ bis 120 Min

**187. Für wie wahrscheinlich halten Sie selbst die Möglichkeit der Besserung Ihrer Beschwerden durch eine Psychotherapie?**

Eine Antwort auswählen.

☐ unmöglich ☐ möglich ☐ wahrscheinlich ☐ sicher ☐ sehr sicher

**188. Fällt Ihnen noch etwas ein, was für die Therapie wichtig sein könnte?**

---

---

---