

# Fragebogen für Verhaltenstherapie bei Erwachsenen

Name ..... Alter ..... Datum .....

Die Absicht dieses Fragebogens besteht darin, ein umfassendes Bild von Ihnen und der Umwelt zu bekommen, in der Sie leben.

Wenn Sie diesen Fragebogen so vollständig und genau wie möglich ausfüllen, erleichtern Sie sich und Ihrem Therapeuten das Erkennen der Problemzusammenhänge sowie die Durchführung der therapeutischen Behandlung. Die ausgeführten Fragen sind nur eine Vorbereitung auf das Gespräch mit Ihrem Therapeuten, der jede einzelne Frage noch einmal mit Ihnen durchsprechen wird. Sie können dann Ihre Angaben jederzeit noch ergänzen oder korrigieren.

Die folgenden Fragen verdeutlichen Ihnen vielleicht bereits, dass wir davon ausgehen, dass der Mensch viele Selbsthilfemöglichkeiten besitzt, die mit Hilfe einer verhaltenstherapeutischen Behandlung mobilisiert werden können. Der Therapeut selbst versteht sich nur als Begleiter und Wegweiser, Verhaltenstherapie als Hilfe zur Selbsthilfe.

Viele der folgenden Fragen sind sehr persönlich. Ihre Angaben werden daher streng vertraulich behandelt. Es ist keinem Außenstehenden ohne Ihre Erlaubnis gestattet, diese Daten einzusehen. Nach der Besprechung und Auswertung erhalten Sie den Fragebogen wieder zurück

Bitte planen Sie für diesen Fragebogen ca. 3-5 Stunden störungsfreier Zeit ein und bringen Sie ihn ausgefüllt zum nächsten Gespräch mit.

Falls Sie zu einzelnen Punkten mehr schreiben möchten, benutzen Sie bitte die Rückseite des vorherigen Blattes und notieren zu welcher Frage Sie sich detaillierter äußern.

**Bitte schreiben Sie mit einem gut lesbaren Stift.**  
(Am Besten mit schwarzem Kuli).

## I. Angaben zur Symptomatik:

1. Bitte unterstreichen Sie im folgenden nur die Probleme, die in Ihrer Kindheit bzw. Jugend für einen längeren Zeitraum als drei Monate auftraten oder heute noch bestehen:

Nägelknabbern	Haarausreißen
Tics	Einnässen
Einkoten	Anfallsleiden
Krämpfe	Schlafwandeln
nächtliches Schreien	Entwicklungsverzögerung
vorzeitige Entwicklung	Wachstumsstörung
Übergewicht – Untergewicht	Essstörungen (z.B. Magersucht, Ess-Brechsucht...)
Selbstverletzungen	übertriebene Selbstbefriedigung
sexuelle Abweichungen	Stehlen
Lügen	Zündeln
Ausreißen	Schuleschwänzen
Konzentrationsstörungen	Lese-, Rechnen- oder Schreibstörungen
Lispeln – Stottern – Stammelnen	Poltern oder andere Sprachstörungen
Kopfschmerzen	Kreislaufbeschwerden
Magen-Darm-Beschwerden- Übelkeit	Missbrauch von Medikamenten
Alkohol-Rauchen-Drogen	Allergien
Atembeschwerden – Asthma	übertriebener Ehrgeiz
Leistungsschwankungen	Minderwertigkeitsgefühle
Kontaktprobleme	Unselbständigkeit
Ängste	Zwänge
Ordnungsdrang	Schlampigkeit
Distanzlosigkeit	Kasperverhalten
aggressives Verhalten	Trotz- Eifersucht
Selbstmordäußerungen	Traurigkeit

Bitte unterstreichen und ergänzen Sie nun, welche der unten genannten Probleme heute als Erwachsener auf Sie zutreffen:

Schmerzen	Schlafstörungen
Arbeitsstörungen	Angst vor Menschen
Unsicherheit	Minderwertigkeitsgefühle
Erröten	Zittern
Schwitzen	Kloßgefühl
Angst vor Umweltzerstörung	Angst vor dem Alleinsein
wechselnde körperliche Beschwerden	sexuelle Probleme
Stimmungsschwankungen	grundlose anhaltende Traurigkeit
Selbstmordgedanken	Sprachstörungen
Panikzustände	Partnerschaftsprobleme
Tagträumen	Grübeln
Verfolgungsgedanken	Überempfindlichkeit
Katastrophenphantasien	Ohnmachtsanfälle
Angst vor Höhen	Angst in geschlossenen Räumen
Schuldgefühle	übertriebene Aufregung
Zukunftsängste	Hilflosigkeit
Selbstmordversuche	Prüfungsangst
häufiger Arbeitsplatzwechsel	Schwindel
Herzbeschwerden	körperliche Unruhe
Kopfschmerzen	Benommenheit
Bewegungsmangel	Magen-Darm-Beschwerden
Zwänge	Spielsucht
Arbeitssucht	Kontaktprobleme
Konflikte	Ärger
Alkohol	Beruhigungsmittel
Schlaflosigkeit	Diäten
Drogen	Störungen des Essverhaltens
Lustlosigkeit	Überforderung / Unterforderung
Entscheidungsprobleme	finanzielle Probleme
Abhängigkeiten	Einsamkeit
Konzentrationsprobleme	Gedächtnisprobleme
Antriebslosigkeit	Gewichtsverlust
Appetitverlust	unkontrollierte Wutausbrüche
Allergien	Asthma
Libidoverlust	Krankheiten

Die folgenden Fragen beziehen sich nun auf das Problem, unter dem Sie momentan am meisten leiden, auf den Grund Ihres Kommens:

2. Angaben zur Symptomatik, Problembeschreibung:

3. Seit wann bestehen Ihre Probleme?

4. Bitte beschreiben Sie, wie sich Ihre Probleme vom ersten Auftreten bis heute entwickelt haben.

5. Haben Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt einen Psychotherapeuten aufgesucht, oder sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, oder waren Sie bereits in einer psychotherapeutischen Klinik? (Therapieform/Jahr/Dauer)

6. Wie versuchen Sie bisher sich selbst zu helfen?

## II. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

1. Bitte beschreiben Sie wichtige angenehme und unangenehme Ereignisse Ihrer Lebensgeschichte während der unten angegebenen Lebensabschnitte und die möglichen Zusammenhänge zur heutigen Symptomatik:

0-3 Jahre (z.B. Probleme bei Schwangerschaft, Geburt, Ernährung, frühkindlicher Entwicklung, wer hat Sie betreut, wo sind Sie aufgewachsen usw.)

3-6 Jahre (z.B. Kindergarten, Umzüge, Bezugspersonenwechsel usw.)

6-10 Jahre (z.B. Einschulung, Beziehung zu Lehrern, Erziehern, usw.)

10-15 Jahre (z.B. erste sexuelle Erfahrungen, Freundschaften, Pubertätsprobleme usw.)

15-20 Jahre (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, Ablösungsprozess vom Elternhaus, Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht usw.)

20-25 Jahre (z.B. Partnersuche, Abgrenzungswünsche von den Eltern, Selbständigkeitsentwicklung usw.)

ab dem 25.Lebensjahr

2. Familie:

Wie erlebten Sie die Atmosphäre in Ihrer Herkunftsfamilie?

(z.B. harmonisch, angespannt, konfliktvermeidend, durch Streit geprägt, ruhig, hektisch, liebevoll, unpersönlich, usw.) Unterstreichen Sie Zutreffendes und beschreiben Sie dieses mit Ihren eigenen Worten:

Mutter: geboren:.....

Beruf:.....

falls verstorben: Jahr: .....

Todesursache: .....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihrer Mutter und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit

Welche besonderen Erlebnisse mit Ihrer Mutter prägen Sie heute noch?

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihrer Mutter auf:

1. ....

2. ....

3. ....

Erziehungsstil (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge, usw.):

Wie versuchen Sie selbst, heute Ihren erwachsenen Beitrag zu einer befriedigenden Beziehung zu Ihrer Mutter zu leisten?

Vater: geboren: .....

Beruf:.....

falls verstorben:      Jahr: .....

Todesursache: .....

Beschreiben Sie die Persönlichkeit Ihres Vaters und Ihre gegenseitige Beziehung während Ihrer Kindheit

Welche Erlebnisse mit Ihrem Vater prägen Sie heute noch?

Schreiben Sie bitte drei typische Sätze Ihres Vaters auf:

1. ....

2. ....

3. ....

Erziehungsstil (Lob, Strafen, Regeln, Zuwendung, Strenge, usw.):

Wie versuchen Sie selbst, heute Ihren erwachsenen Beitrag zu einer befriedigenden Beziehung zu Ihrem Vater zu leisten?

Geschwister:

Beschreiben Sie Ihre Beziehungen zu Ihren Geschwistern:

Name (Alter)	früher	heute
--------------	--------	-------

.....

.....

.....

andere Bezugspersonen:

3. Einstellung Ihrer Eltern/Geschwister gegenüber Sexualität

Gab es sexuelle Anzüglichkeiten oder Missbrauch in Ihrer Familie?

4. Welche der folgenden Erkrankungen trifft auf eines Ihrer Familienmitglieder zu?

seelische Erkrankungen .....

schwere körperliche Erkrankungen .....

Alkoholismus- Selbstmordversuche – Behinderungen .....

Welche Familienmitglieder oder andere Verwandte leiden unter ähnlichen Problemen wie Sie?

Schulische/berufliche Laufbahn:

Welche Schulzweige besuchten Sie (von - bis)

1. .... 3. ....

2. .... 4. ....

Schulabschluss: ..... Durchschnittsnote: .....

Anschließende Berufsausbildung: .....

von ..... bis .....

zusätzliche Schulbesuche/Weiterbildungen: .....

Berufswunsch der Eltern: .....

eigener Berufswunsch .....

bisherige Arbeitsstellen: .....  
.....

Jetzige Tätigkeit seit: ..... Sind Sie damit zufrieden: .....

Veränderungswünsche: .....

Wie viel Geld verdienen Sie? (Brutto): ..... (Netto): .....

Wie viel Geld benötigen Sie monatlich für Ihren Lebensunterhalt?: .....

Partnerschaft:

Alter des Partners: ..... Schulabschluss: .....

Beruf: ..... befreundet seit: ..... verheiratet seit: .....

In welchen Bereichen verstehen Sie sich gut?

Weniger gut?

Bitte zählen Sie noch frühere Freunde bzw. Partnerschaften auf und deren Dauer:

Kinder:

Name	Geschlecht	Alter	Schule/Beruf	Positives	Beziehung
------	------------	-------	--------------	-----------	-----------

.....  
.....  
.....

Hat eines Ihrer Kinder spezielle Probleme?

Hatten Sie Früh- oder Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder anderes?

Aktuelle Lebenssituation:

1. Zeichnen Sie nun eine klein Skizze Ihrer Wohnung (evtl. auf der Rückseite des vorherigen Blattes) und machen Sie daneben kurze Angaben über Größe, Positives und Negatives Ihrer Wohnsituation.

2. Wie verbringen Sie Ihre Freizeit?

3. Haben Sie Bekannte und Freunde?

Vorname, Alter, Dauer der Freundschaften, Gemeinsamkeiten, wie häufig treffen Sie sich?



4. Welche Hobbies haben Sie und wie häufig im Monat beschäftigen Sie sich damit?

5. Mögen Sie Wochenenden und Urlaub?  
Was gefällt Ihnen daran? Was gefällt Ihnen nicht?

6. Was möchten Sie an Ihrer Lebenssituation verändern?

– Was hindert Sie daran?

– Wie versuchen Sie sich dabei bereits selbst zu helfen?

### **III. Psychischer Befund / Beziehung zum Therapeuten:**

1. Wie ist gewöhnlich Ihre Grundstimmung?

2. Haben Sie in der Schule, beim Arbeitsamt oder an anderen Stellen bereits eine psychologische Testuntersuchung gemacht?

3. Wie wünschen Sie sich idealerweise die Beziehung zur Ihrer Therapeutin bzw. Ihrem Therapeuten?

4. Wie stellen Sie sich den idealen Patienten vor?

5. Was glauben Sie selbst davon nicht erfüllen zu können?

6. Was befürchten Sie im Kontakt mit Ihrem Therapeuten?

#### IV Somatischer Befund:

1. Welche ärztlichen Diagnosen und Untersuchungsbefunde der letzten fünf Jahre sind Ihnen bekannt?  
(bitten Sie Ihre behandelnden Ärzte um die Zusendung ärztlicher Befundberichte an Ihren  
Therapeuten)
  
2. Welche Krankheiten, Unfälle, Operationen haben Sie durchgemacht?
  
3. Größe ..... Gewicht (heute) ..... mit 18 J. ....
4. Wie viele warme und kalte Mahlzeiten essen Sie pro Tag?
  
5. Ernähren Sie sich auf eine bestimmte Art und Weise?
  
6. Zählen Sie Kalorien? ..... Wie viele pro Tag: .....
  
7. Wann gehen Sie gewöhnlich zu Bett: .....Uhr – und stehen wieder auf: ..... Uhr
  
8. Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? ..... Std.  
Halten Sie dies für ausreichend? .....
  
9. Wie viele Tage pro Woche ..... / Std. pro Tag ..... Überstd. pro Tag ..... arbeiten Sie?  
  
Welche Arbeitszeit wünschen Sie sich? .....

10. Bitte geben Sie an, welche der folgenden Substanzen Sie in den letzten fünf Jahren eingenommen haben.

Medikamente/Drogen: .....

.....

Menge pro Tag: .....

Alkohol: ..... Zigaretten: ..... Kaffee/Tee: .....

Menge pro Tag: .....

Welche der o.g. Substanzen und Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

.....

11. Wie halten Sie Ihren Körper fit? Welchen Sport machen Sie? (früher/heute – wie häufig/pro Woche):

**V Verhaltensanalyse:**

**a) Bedingungsanalyse:**

1. Was ist Ihnen über die Entstehungsbedingungen Ihrer Probleme bekannt, was glauben Sie selbst, womit sie zusammenhängen?
2. In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme gehäuft auf?
3. In welchen Situationen und unter welchen Bedingungen treten Ihre Probleme nicht bzw. seltener auf? Wann fühlen Sie sich besser?

**b) Phänomenologie (Erlebnisebenen):**

1. Welche typischen Gedanken bestimmen heute Ihr Leben?
2. Welche Gefühle sind damit verbunden?
3. Welche körperlichen Reaktionen erleben Sie im Zusammenhang mit Ihren Problemen?
4. Wie verhalten Sie sich, wenn das Problem auftritt? Was tun Sie, um sich zu helfen?

**c) Funktionsanalyse** (Krankheitssinn):

1. Wer unterstützt Sie im Umgang mit Ihren Problemen? Wer hilft Ihnen und spricht mit Ihnen?

2. Vielleicht wissen Sie, dass in jeder Krise auch eine Chance und ein positiver Sinn liegt. Welchen möglichen Sinn könnte Ihr Problem haben?

Für Sie:

Für Ihre Umgebung:

3. Was möchten Sie gerne mit der freien Zeit tun, die Sie möglicherweise dann haben, wenn Sie sich nicht mehr mit Ihren Problemen beschäftigen müssen?

4. Welche Personen außer Ihnen würden von einem Therapieerfolg profitieren?

5. Woran hindert Sie Ihr Problem?

6. Wann benutzen Sie Ihre Probleme auch schon mal als Ausrede?

7. Was müsste passieren, damit Ihr Problem wie von selbst verschwindet?

8. Aus welcher möglichen Überforderung oder Überbelastung macht Ihr Problem Sie aufmerksam?

**d) Analyse weiterer Einflussfaktoren:**

1. Begabungen, Fähigkeiten, Aktivitäten:  
Was können Sie gut? Was macht Ihnen Spaß (früher – heute)?

Wofür erhalten Sie Lob und Anerkennung?

Was beruhigt Sie?

2. Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfertigkeiten:  
Wie haben Sie sich bisher bei Krisen oder Lebensproblemen geholfen?

Sind Sie bereit, zwischen den einzelnen Sitzungen Therapieaufgaben zu erledigen (z.B. täglich schriftliche Problemaufzeichnungen, Umstellung von Gewohnheiten, Kontaktübungen o.ä.)?

Wie viele Prozent der Verantwortung für Ihr Problem tragen

Sie selbst (0-100): ..... andere (0-100) .....

3. Defizite / Schwächen / fehlende Strategien:  
Welche Anforderungen des Lebens fallen Ihnen besonders schwer zu erfüllen?

Welche Schwächen sind Ihnen bewusst?

In welchen Situationen fühlen Sie sich völlig hilflos?

Was vermeiden Sie?

4. Umweltbedingungen:  
Wie viele und welche Gedanken machen Sie sich über gesellschaftliche Bedingungen, Politik, Umweltbedrohungen und Umweltzerstörung?

Mit welchen Umweltthemen beschäftigen Sie sich (z.B. Naturerhaltung, Kernkraft, Energiesparen, Ozon, Müllvermeidung usw.)?

Was tun Sie selbst, um sich diesbezüglich besser zu fühlen?

5. Motivationsanalyse:  
In welcher Form können Sie selbst zur Unterstützung Ihrer gewünschten Veränderung beitragen?

Wer außer Ihnen hat noch Interesse daran, dass Sie sich in Therapie begeben?

Wer steht Ihrer psychotherapeutischen Behandlung eher ablehnend gegenüber?

Wie dringend ist es für Sie, sich in psychotherapeutische Behandlung zu begeben?

0 (unnötig) – 20 – 40 – 50 (mittel) – 60 – 80 – 100 (unbedingt sofort erforderlich)

Welche Ihrer Bezugspersonen wären bereit, gelegentlich zu Therapiesitzungen mitzukommen?

## VI **Diagnose:**

Wie bezeichnen Sie selbst Ihr Problem ?

Wie bezeichnen Andere Ihr Problem?

Diagnose des Hausarztes:

andere fachärztliche Diagnosen:

## VII Therapieziele:

Nennen Sie die fünf wichtigsten  
Veränderungsziele:

Was wäre zu tun, um diese Ziele zu  
erreichen?

1. .... 1. ....

2. .... 2. ....

3. .... 3. ....

4. .... 4. ....

5. .... 5. ....

Wie haben Sie bereits selbst begonnen, sich zu verändern, oder was könnten Sie  
zusätzlich noch zu Ihrer Veränderung beitragen?

## VIII Behandlungsplan:

- a) Wie viel Zeit können Sie pro Tag für therapeutische Aufgaben zur  
Mobilisierung Ihrer Selbsthilfekräfte einplanen?
  
- b) Wie viele Sitzungen und Monate sollte eine therapeutische Behandlung Ihrer  
Meinung nach dauern? (mindestens/höchstens)
  
- c) Wie haben Sie sich im Vorfeld der Therapie mit Hilfsmöglichkeiten beschäftigt  
(z.B., Autogenes Training, Lesen psychologischer Literatur, Selbsthilfegruppen usw.)?
  
- d) Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens irgend etwas deutlicher oder bewusster  
geworden, das Ihnen selbst helfen könnte, die Probleme zu bewältigen?
  
- e) Welche Veränderungsschritte kosten  
am wenigsten Mut:  
  
am meisten Mut:

**Zum Schluss:**

Wie fühlen Sie sich jetzt nach dem Ausfüllen des gesamten Fragebogens?

Der Erfolg der Therapie hängt u.a. auch von Ihrer Bereitschaft ab, der Therapeutin/dem Therapeuten möglichst umfassende Informationen zu geben. Welche zusätzlichen Informationen erscheinen Ihnen noch wichtig zu sein (beängstigende Erfahrungen, familiäre Geheimnisse, kriminelle Handlungen, Vorerkrankungen, usw.)?

Wenn es Ihnen gelungen ist, diesen Fragebogen offen und ehrlich bis hierher auszufüllen, dann ist dies bereits ein erster wichtiger therapeutischer Schritt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.