

## **Anamnesebogen**

Zur Zeit befinden Sie sich in der Phase der Verhaltensdiagnostik, d.h. es werden zu Ihrem bisherigen Leben viele verschiedene Informationen gesammelt. Ein Teil der Informationen soll durch diesen Fragebogen erhoben werden. Mit Ihrer Beantwortung leisten Sie einen wesentlichen Beitrag zu einem effektiven Umgang mit Zeit.

Das Ziel der Verhaltensdiagnostik ist es zu klären, inwieweit sich Ihre Probleme mittels Ihrer Lern- oder Lebensgeschichte als auch anhand der gegenwärtigen Situation erklären lassen.

Die Informationen werden im Falle einer psychotherapeutischen Behandlung zur Bearbeitung des Kostenübernahmeantrages herangezogen. Dieser Antrag ist der Behandlung vorangestellt. Die Begutachtung findet anonym statt. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich.

Vielleicht fällt es Ihnen schwer, einzelne Fragen zu beantworten, weil diese belastend sein können oder nicht sofort zu erinnern sind. Nehmen Sie sich daher ausreichend Zeit und Ruhe zur möglichst vollständigen Beantwortung der einzelnen Fragen. Wenn Sie Fragen nicht verstehen und daher zunächst nicht beantworten können, können wir diese gern gemeinsam noch einmal besprechen.

Sollten Ihnen die vorgegebenen Zeilen zu wenig Platz bieten, benutzen Sie bitte die Rückseite. Den ausgefüllten Fragebogen bringen Sie bitte zu unserem nächsten Termin wieder mit.

Ich versichere, dass sämtliche Angaben von Ihnen streng vertraulich behandelt werden und personenbezogene Daten, wie Befund o.ä. an weiterbehandelnde Ärzte oder Psychologen, nur nach Ihrem Einverständnis weitergeleitet werden.

## Inhaltsübersicht

<b>I.</b>	<b>Lerngeschichte</b>	<b>Seite</b>
	1. Biografische Daten	3
	2. Persönliche Entwicklung	5
	3. Sozialkontakte	9
	4. Partnerbeziehung	11
	5. Zukunftsplanungen und Ziele	15
<b>II.</b>	<b>Problembereiche</b>	<b>Seite</b>
	1. Beschreibung der behandlungsmotivierenden Symptomatik	16
	2. Bisherige Behandlungsversuche	18
	3. Erwartungen an die Verhaltenstherapie	19

Name, Vorname	_____
heutiges Datum	__ . __ . ____
Therapeut	_____
Hausarzt	_____
(Anschrift)	_____
Krankenkasse	_____

# I. Lerngeschichte

## 1 Biografische Daten

- Geburtsdatum: \_ . \_ . \_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  
 weiblich

- Familienstand:  ledig  
 verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 geschieden seit \_\_\_\_\_  
 getrennt lebend seit \_\_\_\_\_  
 wieder verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 Lebensgemeinschaft seit \_\_\_\_\_

- Kinderanzahl: \_\_\_\_\_

- Schulausbildung und \_\_\_\_\_

Abschluss

- Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

- Zuletzt ausgeübte Tätigkeit \_\_\_\_\_

- Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Tätigkeit zufrieden?

ja sehr 1 2 3 4 5 6 nein, gar nicht

- Was würden Sie gern verändern? \_\_\_\_\_

- Welche beruflichen Zielvorstellungen wollen Sie noch \_\_\_\_\_

realisieren?

- Hatten Sie in Ihrem Leben andere Vorstellungen bezüglich Ihres Berufs?

- nein, keine anderweitigen Vorstellungen bzw. Ziele

- Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_ Alter:

→ Wie kam es dazu, dass Sie diese Berufsvorstellungen nicht verwirklichen konnten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre finanzielle Situation momentan belastet?

überhaupt nicht    1    2    3    4    5    6    sehr stark

- Zählen Sie bitte alle Personen auf, die mit Ihnen zusammen in Ihrer Wohnung leben und schätzen Sie bitte Ihre Beziehung zu diesen Personen ein:

	Person (Alter)	sehr gut	Beziehung					sehr schlecht
			1	2	3	4	5	
A								
B								
C								
D								
E								
F								

Sonstige  
Personen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Angaben zur **weiblichen Bezugsperson** während Ihrer Kindheit und Jugend. Bei den meisten Menschen wird es sich hier um die leibliche Mutter handeln, manche wachsen jedoch auch ohne oder mit einer anderen Person an Mutterstelle auf:

Geburtsjahr: \_ \_ \_ \_ Berufstätigkeit:

Wohnort: \_\_\_\_\_

Falls verstorben, Jahr: \_ \_ \_ \_ und eigenes Alter: \_\_\_\_\_ zu diesem Zeitpunkt

- Angaben zur **männlichen Bezugsperson** während Ihrer Kindheit und Jugend. Bei den meisten Menschen wird es sich hier um die leibliche Vater handeln, manche wachsen jedoch auch ohne oder mit einer anderen Person an Vaterstelle auf:

Geburtsjahr: \_ \_ \_ \_ Berufstätigkeit:

Wohnort: \_\_\_\_\_

Falls verstorben, Jahr: \_ \_ \_ \_ und eigenes Alter: \_\_\_\_\_ zu diesem Zeitpunkt

- **Bei wem** sind Sie aufgewachsen und **in welchen Lebensjahren?**

bei: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis:

\_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis:

\_\_\_\_\_

- Beschreiben Sie bitte stichwortartig, wie Ihre Mutter (oder weibliche Bezugsperson) und Ihr Vater (oder männliche Bezugsperson) **während Ihrer Kindheit und Jugend** waren:

Meine Mutter war: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Während der Pubertät war sie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mein Vater war: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Während der Pubertät war er: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Beschreiben Sie stichwortartig wie Ihre Mutter (oder weibliche Bezugsperson) und Ihr Vater(oder männliche Bezugsperson) **heute** sind?

Mutter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Persönliche Entwicklung

- Welche Ziele verfolgten Ihre Eltern in Ihrer Erziehung?

□ Mutter

---

---

---

---

---

□ Vater

---

---

---

---

---

- Gibt es andere bedeutsame äußere Einflussfaktoren oder Personen für Ihre Entwicklung?

---

---

---

---

---

---

- Wie wurden Sie belohnt?

von der Mutter: \_\_\_\_\_

vom Vater: \_\_\_\_\_

- Wie wurden Sie bestraft?

von der Mutter: \_\_\_\_\_

vom Vater: \_\_\_\_\_

- Wie gestaltet sich (wie wird sich) der Auszug von zu Hause (gestalten)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Wie ist das Verhältnis der Eltern zueinander zu beschreiben?

harmonisch 1 2 3 4 5 6 schwierig, eher schlecht

ggf. kurze Erläuterung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Welcher Elternteil war nach Ihrer Ansicht bei Konflikten oder bedeutsamen Entscheidungen der überlegene Teil?

meistens die Mutter, \_\_\_\_\_

weil ...

meistens der Vater, \_\_\_\_\_

weil ...

- Welche Charakterzüge haben Sie von ...

der Mutter? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dem Vater? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	Vorname	Geburtsjahr	Familienstand	Beruf	Wohnort
1					

2						
3						
4						

→ Wie schätzen Sie die Beziehung zu Ihren Geschwistern ein?

früher                      sehr gut    1    2    3    4    5    6    sehr schlecht

heute                        sehr gut    1    2    3    4    5    6    sehr schlecht

Zu wem ist das Verhältnis besonders gut oder schlecht? Weshalb?

---



---



---

Gab es Änderungen in der Qualität der Beziehung im Zeitverlauf?

---



---



---

→ Wie oft sehen Sie sich in etwa pro Monat? \_\_\_\_\_

▪ Bitte unterstreichen Sie alles, was auf Sie in Ihrer Kindheit zutraf:

- Trennungsängste             Bettnässen                     Schlafwandeln
- Ängste i.w.S.                 Daumenlutschen             Fingernägel kauen
- Stottern                       sonstiges: \_\_\_\_\_

▪ Würden Sie Ihre Kindheit als glücklich bezeichnen?

- ja             nein, weil

---

▪ Gab es besondere Krankheiten, Unfälle oder Operationen in Ihrer Kindheit? Wenn ja, wann in etwa?

Hinweis: nicht gemeint sind hier Kinderkrankheiten, wie Röteln, Windpocken o.ä.

---



---

▪ Gab es besondere Krankheiten, Unfälle oder Operationen in Jugend- und Erwachsenenalter? Wenn ja, wann in etwa?

---



---

- Welche Medikamente nehmen Sie, in welcher Dosis derzeit ein? Wer verschreibt Ihnen diese?

Medikament	Dosis pro Tag	verschrieben durch ...

- Leidet oder litt in Ihrer Familie ein Familienmitglied an einer schweren körperlichen oder psychischen Erkrankung?

→ körperliche Erkrankung von ...

---



---

→ psychische Probleme bei ...

---



---

### 3. Sozialkontakte

- Schließen Sie schnell Bekanntschaften oder Freundschaften?
  - ja     nein
- Halten diese Freundschaften lange an?
  - ja     nein
- Haben Sie heute wichtige Freunde?
  - ja
  - nein, da

---



---

▪ Wie oft treffen Sie sich im Monat? \_\_\_\_\_

- Wünschen Sie sich derzeit mehr gute Freunde?
  - ja     nein

▪ Welche Personen spielen /spielten eine wichtige Rolle in Ihrem Leben?




- Wie werden oder wurden Sie von Ihren Klassenkameraden wahrgenommen?

---



---

- Hatten / haben Sie Freunde in der Schule?

- ja
- nein, weil ...

---



---

- Hatten / haben Sie außerhalb der Schule Freunde?

- ja
- nein, weil ...

---



---

#### 4. Partnerbeziehungen

- Anzahl der früheren Partnerschaften, die weniger als 6 Monate angedauert haben: \_\_\_\_\_

Die folgenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn die gegenwärtige / letzte Partnerschaft länger als 6 Monate dauert / gedauert hat. Ansonsten gehen Sie bitte auf Seite 15.

- Anzahl der früheren Partnerschaften, die länger als 6 Monate angedauert haben: \_\_\_\_\_

- Was hat Sie an Ihrem/r jeweiligen PartnerIn angezogen?

---



---



---



---



---

→ ggf.: Weshalb erfolgte eine Trennung von Ihrem/r PartnerIn?

---

---

---

---

---

▪ Alter des jetzigen Partners:

Beziehung seit:

\_\_\_\_\_

Schulbildung:

\_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

▪ Wie haben Sie sich kennen gelernt?

---

---

---

▪ Wie hat sich Ihre Beziehung über die Zeit entwickelt?

---

---

---

▪ Was schätzen / schätzten Sie an Ihrem Partner?

---

---

---

▪ Was gefällt / gefiel Ihnen weniger gut an Ihrem Partner?

---

---

---

▪ Wie befriedigend erleben / erlebten Sie Ihre Partnerschaft hinsichtlich ...

a Kommunikation	sehr gut	1	2	3	4	5	6	sehr schlecht
b gem. Aktivitäten	sehr gut	1	2	3	4	5	6	sehr schlecht
c Sexualität	sehr gut	1	2	3	4	5	6	sehr schlecht
d gegens. Vertrauen	sehr gut	1	2	3	4	5	6	sehr schlecht

ggf. mit Erläuterung:

---

---

---

- Was würden / hätten Sie gern an Ihrem Partner verändern / t?

---

---

---

- Welche gemeinsamen Interessen haben / hatten Sie?

---

---

---

- Welche Zukunftspläne schmieden / schmiedeten Sie mit Ihrem Partner?

---

---

---

- Was würde diese Entwicklung beschleunigen oder verlangsamen?

beschleunigen: \_\_\_\_\_

—

verlangsamen: \_\_\_\_\_

—

- Unterscheiden / unterschieden sich Ihre Wünsche und Interessen von denen Ihres Partners?

- wenn ja, welche?

---

---

- nein

- Gibt / Gab es in Ihrer Partnerschaft eine spezielle Aufgabenteilung?

- wenn ja, welche?

---

---

- nein

- Gibt / Gab es wiederkehrende Konfliktthemen in Ihrer Partnerschaft?

- wenn ja, welche und warum?

---

---

- nein

- Wie laufen / liefen in Ihrer Beziehung Konflikte oder Auseinandersetzungen ab?

---



---



---

- Wer setzt / e sich in der Regel durch? Weshalb?

---



---



---

- Haben Sie Kinder?  ja, \_\_\_\_\_  nein  
(Anzahl)

Name	Alter	Beziehung	mgl. Konfliktthemen

→ Im Falle einer Trennung, Scheidung o.ä.: wer ist sorgeberechtigt?

- Mutter  Vater  beide Elternteile (geteiltes Sorgerecht)

→ Besteht mit dem Partner eine Einigkeit bzgl. der Erziehung?

- ja  nein

- Haben / hatten Sie einen gemeinsamen Freundeskreis?

- ja  nein

- Haben / hatten Sie eigene, Ihnen wichtige Freunde?

- ja  nein

Bitte beschreiben Sie diese kurz:

---



---

- Hat / hatte Ihr Partner eigene, ihm/ihr wichtige Freunde?

- ja  nein

Bitte beschreiben Sie diese kurz:

---



---

- Welche Verhaltensweisen würden Sie gern erlernen, um Ihre Partnerschaft zu verbessern?

---

---

---

- Welches Verhältnis besteht / bestand zu Angehörigen des Partners?

---

---

---

- Welches Verhältnis besteht / bestand zwischen dem/der PartnerIn und Ihren Angehörigen?

---

---

---

## 5. Zukunftspläne und Ziele

- Würden Sie gern eine Entscheidung aus Ihrem Leben rückgängig machen? Welche Auswirkungen hätte das auf Ihre Zukunft?

Entscheidung: \_\_\_\_\_

—

Ich wäre

heute: \_\_\_\_\_

Entscheidung: \_\_\_\_\_

—

Ich wäre

heute: \_\_\_\_\_

Entscheidung: \_\_\_\_\_

—

Ich wäre

heute: \_\_\_\_\_

- Wie soll Ihr **Leben in 10 Jahren** aussehen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## II. Problembereiche

### 1. Beschreibung der behandlungsmotivierenden Symptomatik

- Aus welchem Grund möchten Sie **jetzt** eine psychotherapeutische Behandlung beginnen?

---

---

---

- Was hat Ihrer Meinung nach Ihre Probleme oder Beschwerden verursacht?

---

---

---

- Welches sind Ihre Hauptprobleme? Bringen Sie diese bitte entsprechend der Bedeutsamkeit für Ihr derzeitiges Befinden in eine Rangfolge.

1. \_\_\_\_\_

–

2. \_\_\_\_\_

–

3. \_\_\_\_\_

–

---

- Beschreiben Sie bitte kurz die näheren Umstände des erstmaligen Auftretens dieser Probleme!

1. \_\_\_\_\_  
 - \_\_\_\_\_ (Alter: \_\_\_\_\_)

2. \_\_\_\_\_  
 - \_\_\_\_\_ (Alter: \_\_\_\_\_)

3. \_\_\_\_\_  
 - \_\_\_\_\_ (Alter: \_\_\_\_\_)

- Bitte geben Sie einen kurzen zeitlichen Abriss wann, wo und in welcher Art Ihre Probleme zum ersten Mal auftraten?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Was haben Sie direkt nach dem Auftreten des Problems gedacht, gefühlt und getan?

Situation / Problem	Gedanken	Gefühle	Handlungen

Anlass	Behandler	Zeitpunkt	Art der Behandlung (stationär, TK, ambulant, PIA, usw.)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			


- Gab es seit dem ersten Auftreten Ihrer Hauptprobleme Zeiten, in denen sich diese verringert haben und sie weniger belasteten? Bitte beschreiben Sie ggf. die näheren Umstände!

**Situation**

**zeitl. Einordnung**

**1. Problem**

---



---



---



---

**2. Problem**

---



---



---



---

**3. Problem**

---

---

---

---

---

## 2. Bisherige Behandlungen

- Waren Sie bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?  
Wenn ja bei wem und wegen welcher Probleme?
- Haben Sie in der Vergangenheit unter psychischen Problemen gelitten, welche anders waren als Ihre heutigen?
  - ja
  - nein

Bitte beschreiben Sie diese kurz:

---

---

## 3. Erwartungen an die Verhaltenstherapie

Die geplante Verhaltenstherapie soll Sie bei der Lösung Ihrer derzeitigen Probleme unterstützen und Ihnen helfen, Ihren Zielvorstellungen näher zu kommen. Die folgenden Fragen zielen darauf ab, Ihren gewünschten Zielzustand detaillierter zu erfassen, um dies bei der Planung des therapeutischen Vorgehens berücksichtigen zu können.

- Woran könnten Sie eine erfolgreiche Behandlung erkennen? Das heißt, was würden Sie besserer, sicherer, ... tun können?

---

---

---

- Woran würde ein „unbedarfter“ Beobachter Ihre erfolgreiche Veränderung erkennen können?

---

---

---

- Wie viel Zeit geben Sie sich selber für solch eine Veränderung?

---

---

---

- Was erwarten oder wünschen Sie sich von Ihrem Therapeuten?

---

---

---

- Was sollte der Therapeut in keinem Fall tun?

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**