

Name des Patienten:

Datum:

FRAGEBOGEN zur Lebensgeschichte

Sehr geehrter Patient,

Mit dem folgenden Fragebogen liefern Sie mir wichtige Hintergrundinformationen zu Ihrer Person. Da diese Fragen wichtige Hinweise für die Therapie liefern, möchten ich Sie bitten, diesen Fragebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen.

Möchten Sie einige Fragen nicht beantworten, so ist das aber trotzdem in Ordnung. Bitte schreiben Sie an die entsprechende Frage einfach: „Möchte ich nicht beantworten.“

Der Fragebogen wird in den folgenden Wochen mit Ihnen besprochen.

Vielen Dank!

1. Bitte machen Sie zuerst folgende Angaben zu Ihrer Person.

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Name | Vorname |
| (falls abweichend) Geburtsname | |
| Geburtsdatum | Alter |
| Nationalität | |
| Straße | PLZ - Ort |
| Letzte Anmeldeadresse | |

Muttersprache

- deutsch polnisch russisch italienisch
 spanisch türkisch andere: _____

Familienstand

- ledig verheiratet geschieden verwitwet

Konfession

- Konfessionslos
 reformiert/evangelisch katholisch andere Konfession: _____

Besteht eine Betreuung?

- nein ja

Falls eine Betreuung oder Vormundschaft besteht

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Art der Betreuung / Vormundschaft | Dauer der Betreuung / Vormundschaft |
| Name | Beruf |
| Straße | PLZ Ort |

| | |
|---------|-----|
| Telefon | Fax |
|---------|-----|

Beschreiben Sie bitte kurz die wichtigsten Gründe, deretwegen Sie in die hiesige Entwöhnungsbehandlung eingewiesen wurden.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Schildern Sie kurz, wodurch es Ihrer Meinung nach zu diesen Problemen gekommen ist und wie sich Ihre Probleme im Laufe der Zeit entwickelt haben.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Ist Ihre Verurteilung gerechtfertigt oder ungerechtfertigt?

- gerechtfertigt
- teils-teils
- ungerechtfertigt
- weiß nicht

Ist das Strafmaß angemessen oder unangemessen?

- angemessen
- teils-teils
- unangemessen
- weiß nicht

Bitte legen Sie Ihre Sicht der Anlaßstrafat dar.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Wie lange Ihres Lebens saßen Sie in einer JVA ein?

_____ Jahre _____ Monate

Welchen Einfluss hatte der Alkohol auf diese Tat?

- ich bin zu unrecht verurteilt
 keinen Einfluss auf die Tat
 geringen Einfluss auf die Tat
 der Alkohol brachte mich dazu, die Tat zu begehen
 der Alkohol war der Grund für die Tat

Wie groß war die tägliche Menge an Alkohol kurz vor der Inhaftierung?

_____ Bier, andere alkoholische Getränke: _____

Nahmen Sie in den letzten Jahren zusätzlich

- | | | |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| - Hasch | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Heroin | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Ecstasy | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| - Medikamente | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| falls ja, welche? _____ | | |
| - andere | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| falls ja, welche? _____ | | |

Trinken Sie Alkohol in Gesellschaft oder hauptsächlich allein?

- in Gesellschaft
 allein

Gab es in der Familie Ihrer Eltern irgendwelche psychischen Auffälligkeiten (z. B. Selbstmord, Alkoholismus, Depression etc.)

 nein

 weiß nicht

 ja

Wenn ja, welche ?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Gab es belastende Ereignisse oder erschwerende Umstände (z. B. Tod einer wichtigen Bezugsperson, Scheidung oder Trennung, Umzug, Veränderung bzgl. Arbeitsplatz oder Einkommen, Familienzuwachs etc.) innerhalb der letzten 5 Jahre ?

 nein

 weiß nicht

 ja

Wenn ja, welche ?

| | |
|-------|------------------|
| _____ | Im Jahr 19 _____ |
| _____ | Im Jahr 19 _____ |
| _____ | Im Jahr 20 _____ |
| _____ | Im Jahr 20 _____ |

Trugen diese Ereignisse oder Belastungen zur Entstehung Ihrer jetzigen Krankheit bzw. Ihrer jetzigen Probleme bei ?

 Weiß nicht

 nein

 ja, etwas

 ja, ziemlich

 ja, sehr

Wenn ja, bitte erläutern Sie inwiefern.

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Haben Sie schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen, oder die feste Absicht gehabt, sich das Leben zu nehmen ?

- nein
- ja, einmal, und zwar im Jahr _____
- ja, mehrfach, zuletzt im Jahr _____
- unsicher

Wenn ja, was war aus Ihrer Sicht der Grund dafür?

Wie oft wurden Sie wegen körperlicher Beschwerden in den letzten 12 Monaten beim Arzt oder im Krankenhaus behandelt?

- weiß nicht _____ mal, und zwar wegen _____
- _____
- _____

Traten während Ihrer Inhaftierung besondere Schwierigkeiten auf?

- weiß nicht und zwar _____
- _____
- _____

Bitte listen Sie im folgenden alle Medikamente auf, die Sie derzeit einnehmen und geben Sie an, wegen welcher Beschwerden Sie die Medikamente nehmen.

| | |
|------------------|---------------------|
| Name / Dosierung | Art der Beschwerden |
| Name / Dosierung | Art der Beschwerden |
| Name / Dosierung | Art der Beschwerden |

2. Wir bitten Sie nun um Angaben zu Ihrer familiären Situation.

A) Partnersituation

In welcher Art von Beziehung oder Partnerschaft lebten Sie vor Ihrer Inhaftierung?

- ohne Partnerin
- wechselnde Partnerschaften
- mit einer Partnerin / einem Partner fest zusammen
- andere Formen von Partnerschaft

Wenn Sie mit einem Partner / einer Partnerin fest zusammengelebt haben, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Partnerschaft:

Geburtsjahr des Partners / der Partnerin

Wie lange haben Sie in dieser festen Partnerschaft gelebt?

Seit _____ Monaten / Jahren (unzutreffende Zeiteinheit bitte streichen)

Lebten Sie mit Ihrem Partner / Ihrer Partnerin in häuslicher Gemeinschaft?

- nein
- ja

Welchen Beruf übt Ihr/e Partner/in derzeit aus?

Wie befriedigend war diese Beziehung für Sie?

- sehr befriedigend
- eher befriedigend
- mittel
- eher unbefriedigend
- sehr unbefriedigend

Gab es Probleme in Ihrer Beziehung, die Sie persönlich belasten?

- Nein
- weiß nicht
- ja

Wenn ja, welche ?

Kennt Ihre Partnerin Ihr Delikt?

nein weiß nicht ja

Erhielten Sie in der Haft regelmäßig von Ihrer Partnerin Besuch?

nein ja

**B) Eigene Kinder
Haben Sie Kinder?**

nein ja

Falls ja, bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Kindern:

| | |
|--|--|
| 1. Kind: Name Geboren am: Gestorben am: | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivkind Besteht noch Kontakt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo lebt das Kind? _____ |
| 2. Kind: Name Geboren am: Gestorben am: | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivkind Besteht noch Kontakt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo lebt das Kind? _____ |
| 3. Kind: Name Geboren am: Gestorben am: | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> eigenes Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflege- oder Adoptivkind Besteht noch Kontakt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wo lebt das Kind? _____ |

Haben Sie weitere Kinder (bitte die Liste weiter fortführen)

C) Eltern**Geburtsjahr der leiblichen Mutter** _____**Beruf der Mutter** _____**Todesjahr der Mutter** (falls verstorben) _____**Falls Ihre Mutter noch lebt, wie ist zurzeit der Kontakt?**

Geburtsjahr des leiblichen Vaters _____**Beruf des Vaters** _____**Todesjahr des Vaters** (falls verstorben) _____**Falls Ihr Vater noch lebt, wie ist zurzeit der Kontakt?**

Wurden Sie von ihren leiblichen Eltern großgezogen? ja nein

Falls nein, von wem wurden Sie erzogen?

Erfolgte eine Trennung von einem oder beiden Elternteilen bis zum 6. Lebensjahr, die länger als 6 Monate dauerte? weiß nicht nein ja, im Alter von _____ für _____ Monate

Wer waren in Ihrer Kindheit die wichtigsten Personen (in der Reihenfolge der Bedeutung)?

Mit welchen Stichworten könnten Sie Ihre Mutter am ehesten beschreiben?

Mit welchen Stichworten könnten Sie Ihren Vater am ehesten beschreiben?

Wie war das Verhältnis Ihrer Eltern zueinander?

Hatten Ihre Eltern Alkoholprobleme? nein weiß nicht ja**D) Geschwister****Haben Sie Geschwister?** nein ja

Falls ja, bitte machen Sie folgende Angaben zu Ihren Geschwistern:

| | |
|---|-------------------------|
| 1.: Name Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geboren: Gestorben:? |
| 2.: Name Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geboren: Gestorben:? |
| 3.: Name Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geboren: Gestorben:? |
| 4.: Name Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geboren: Gestorben:? |
| 5.: Name Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | Geboren: Gestorben:? |

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern heute?

Name: _____

 sehr gut eher gut neutral eher schlecht sehr schlecht

Name: _____

 sehr gut eher gut neutral eher schlecht sehr schlecht

Name: _____

 sehr gut eher gut neutral eher schlecht sehr schlecht

Name: _____

 sehr gut eher gut neutral eher schlecht sehr schlecht

Name: _____

 sehr gut eher gut neutral eher schlecht sehr schlecht
Wie war das Verhältnis Ihrer Eltern zu Ihnen im Vergleich zu Ihren Geschwistern?

- entfällt, da keine Geschwister Erläuterungen
- ich wurde von ihnen eher bevorzugt _____
- alle Kinder wurden von ihnen gleich behandelt _____
- ich wurde von ihnen eher benachteiligt _____

E) Heimunterbringung**Waren Sie in einem oder mehreren Heimen untergebracht?**
 nein ja

Falls ja, nennen Sie bitte die Heime und beschreiben Sie kurz, wie Sie die Zeit dort erlebt haben.

Von wann bis wann waren Sie wo untergebracht?

3. Bitte machen Sie nun folgende Angaben zu Ihrer Entwicklung

A) Allgemeine Entwicklung

Gab es während der Schwangerschaft Ihrer Mutter oder bei Ihrer Geburt Komplikationen (z. B. Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Zangengeburt etc.)

weiß nicht

nein

ja, welche: _____

Gab es bei Ihnen irgendwelche Störungen oder Entwicklungsrückstände bis zu Ihrem 6. Lebensjahr (z. B. spätes Sprechen, Alpträume, Bettnässen, übermäßige Aggression)?

weiß nicht

nein

ja

Wenn ja, welche ?

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

Wenn Sie außerhalb der Familie gelebt haben, wo lebten Sie in welchem Lebensjahr?

bei Verwandten / Freunden.....ab dem Lebensjahr

bei Pflege-/Adoptiveltern oder bei Ersatzeltern.....ab dem Lebensjahr

bei sonstigen Bezugspersonen.....ab dem..... Lebensjahr

Obdachlosigkeit.....ab dem..... Lebensjahr

im Heim.....ab dem..... Lebensjahr

andere:..... ab dem Lebensjahr

Besuchten Sie einen Kindergarten?

nein

ja

Falls ja, wie lange? _____ Jahre _____ Monate

B) Schule**Welche Schulformen besuchten Sie?**

Gab es irgendwelche Besonderheiten in Ihrer Schullaufbahn (z. B. Leistungsprobleme, Disziplinprobleme, Kontaktprobleme, Konzentrationsprobleme etc.) weiß nicht nein ja

Wenn ja, welche ?

| | |
|-------|---------------|
| _____ | Im Jahr _____ |
| _____ | Im Jahr _____ |
| _____ | Im Jahr _____ |
| _____ | Im Jahr _____ |

Nach wieviel Schuljahren beendeten Sie die Schule?

_____ Jahre

Erreichten Sie einen Schulabschluss? nein ja, welchen: _____**Besuchten Sie berufsbildende Maßnahmen?** nein ja, welche: _____

Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen? nein ja, welche: _____

C) Sexualität

Wie wurde in Ihrer Familie mit Sexualität umgegangen?

- sehr freizügig
- offen
- teils-teils
- unsicher
- sehr verschlossen

Haben Ihre Sexualpartner das andere Geschlecht wie Sie?

- nein ja

Haben Ihre Sexualpartner das gleiche Geschlecht wie Sie?

- nein ja

Haben Ihre Sexualpartner sowohl das eine als auch das andere Geschlecht wie Sie?

- nein ja

Falls es für Sie eine oder mehrere besonders wichtige sexuelle Erfahrungen gibt, schildern Sie sie bitte (mit Altersangabe).

Hatten Sie jemals Angst oder Schuldgefühle aufgrund sexueller Gefühle oder Handlungen ?

- nein ja unsicher

Wenn ja, beschreiben Sie bitte warum und wovor Sie Angst oder Schuldgefühle hatten und wann das war:

Wurden Sie jemals in irgendeiner Weise sexuell missbraucht?

nein ja unsicher

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen Ihrer Sexualität und Ihren Problemen?

weiß nicht nein ja, etwas ja, ziemlich ja, sehr

Wenn ja, bitte erläutern Sie diesen Zusammenhang.

Trugen Probleme mit der Wohnsituation zur Entstehung oder zur Aufrechterhaltung Ihrer jetzigen Krankheit bzw. Ihrer jetzigen Probleme bei?

weiß nicht nein ja, etwas ja, ziemlich ja, sehr

Wenn ja, bitte erläutern Sie inwiefern.

nein ja, _____ mal für insgesamt _____ Wochen wegen _____

D) Arbeit und Beruf**Welche Tätigkeiten haben Sie bis jetzt ausgeübt?**

Art: _____ Zeitraum: _____

Trugen berufliche Probleme oder Probleme aufgrund Ihrer Erwerbsunfähigkeit zur Entstehung oder zur Aufrechterhaltung Ihrer jetzigen Krankheit bzw. Ihrer jetzigen Probleme bei?

weiß nicht nein ja, etwas ja, ziemlich ja, sehr

Wenn ja, bitte erläutern Sie inwiefern.

4. Bitte machen Sie noch einige Angaben zu aktuellen Lebensgewohnheiten

Was würden Sie gerne häufiger tun?

Was würden Sie gerne seltener tun?

5. Wir bitten Sie außerdem um folgende Angaben zu Freundschafts- und anderen Beziehungen.

Wie schwer fällt es Ihnen, mit Fremden ins Gespräch zu kommen?

a) bei Personen des eigenen Geschlechts:

- sehr leicht
- leicht
- mittel
- schwer
- sehr schwer

b) bei Personen des anderen Geschlechts:

- sehr leicht
- leicht
- mittel
- schwer
- sehr schwer

Wer nimmt den ersten Kontakt auf?

- immer ich
- meistens ich
- teils-teils
- meistens die anderen
- immer die anderen

Wie schwer fällt es Ihnen, solche Kontakte von Ihnen aus aufrechtzuerhalten?

- sehr leicht
- leicht
- mittel
- schwer
- sehr schwer

Wie zufrieden und entspannt fühlen Sie sich in gesellschaftlichen Situationen?

- sehr angespannt
- relativ unwohl
- relativ wohl
- sehr entspannt

Bringen Sie im Allgemeinen Ihre Gefühle, Meinungen und Wünsche anderen gegenüber offen und angemessen zum Ausdruck?

- nein weiß nicht ja

Beschreiben Sie Situationen, in denen Sie Schwierigkeiten haben, sich zu behaupten.

Wie leicht schließen Sie Freundschaften?

- sehr leicht
- leicht
- mittel
- schwer
- sehr schwer

Haben Sie eine(n) oder mehrere Freunde / Freundinnen, mit denen Sie Ihre intimsten Gedanken und Gefühle teilen können?

- weiß nicht
- nein
- ja, weniger als fünf Freunde/Freundinnen
- ja, fünf oder mehr Freunde/Freundinnen

Sind Ihre Freundschaften von Dauer?

- überhaupt nicht
- eher nein
- eher ja
- sehr
- weiß nicht

Beschreiben Sie eine Beziehung, die Ihnen

a) Freude macht.

b) Kummer bereitet.

Wurden Sie jemals schikaniert oder sehr gehänselt?

- überhaupt nicht
 eher nicht
 manchmal
 häufig

Wenn ja, beschreiben Sie dies bitte genauer:

Wie haben Sie sich verhalten, wenn Sie sich mit jemandem gestritten haben? (mehrere Antworten sind möglich)

- Ich bin immer sachlich geblieben. nein ja
 - Ich bin schon mal laut geworden und habe mein Gegenüber angeschrien. nein ja
 - Manchmal habe ich mit Gegenständen (Tassen etc.) geschmissen oder Gegenstände zertrümmert. nein ja
 - Ich habe Ohrfeigen verteilt. nein ja
 - Hatte man mich besonders stark gereizt, habe ich auch schon mal zugeschlagen. nein ja
 - Vereinzelt musste ich jemandem drohen, um mich durchzusetzen. nein ja

- Da wo ich herkomme gehörte es dazu, dass sich zwei schon einmal prügelten nein ja

Auf der Station oder auf der Abteilung ist es ein Gebot ohne körperliche Gewalt, ohne Einschüchterung anderer und ohne Beschimpfungen zurechtzukommen.

Was hilft Ihnen, im Konfliktfall die Ruhe zu bewahren?

6. Zum Abschluss beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

Was möchten Sie für sich in der Therapie erreichen?

Was wünschen Sie sich für die Therapie von Ihrem Therapeuten / Ihrer Therapeutin?

Was sollte sich durch die Therapie auf keinen Fall verändern?
