

# Eingangsdagnostik für Paarberatungen/Paartherapien

Psychotherapeutisches Zentrum  
des Lehrstuhls für Klinische Psychologie mit Schwerpunkt Kinder/Jugendliche  
und Paare/Familien

Universität Zürich

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen spontan und wahrheitsgemäß, so wie es für Sie zutrifft. Beantworten Sie bitte sämtliche Fragen. Falls Sie in einem Mal nicht alle Fragen beantworten können, nehmen Sie sich die Zeit und setzen Sie sich mehrmals hinter die Beantwortung des Fragebogens. Alle Angaben werden streng vertraulich verwendet.

## Adresse und persönliche Koordinaten

(Ad)

1. Name.....Vorname.....
2. Strasse.....Nr.....
3. Wohnort.....PLZ.....
4. Telefon (privat).....Telefon (geschäftlich).....
5. Natel.....e-mail.....

## Anmeldungsdaten

(Anmel)

Anmeldungsgrund.....  
Datum der Anmeldung.....

## Fragen zu Ihrer Person und Lebenssituation

(DF)

1. Alter:	2. Geschlecht:	3. Nationalität	4. Konfession	5. Muttersprache
.....Jahre	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	.....	<input type="checkbox"/> reformiert <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> andere: .....	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Andere:.....

**6. Zivilstand**

ledig  
 Heiratspläne  
 verheiratet in 1.Ehe  
 verheiratet in 2. Ehe  
 Scheidungspläne  
 in Trennung/ Scheidung

---

**7. Wohnform**

alleine  
 mit Partner/Partnerin  
 mit PartnerIn und Kindern  
 mit PartnerIn und Herkunftsfamilie  
 mit PartnerIn zusammen in einer Wohngemeinschaft mit anderen Personen  
 andere Wohnform:.....

**8. Wohnverhältnisse**

a) Wieviele Personen wohnen in Ihrem Haushalt?  
.....

b) Wieviele Zimmer haben Sie?  
.....

---

**9. Ausbildung**

Primarschule  
 Sekundarschule  
 Berufsschule  
 Mittelschule  
 Hochschule/ Universität

**10. Beruf**

in Ausbildung  
 Beamte(r)/ Angestellte (r)

Höhere(r) Beamte(r)  
 Leitende(r) Angestellte(r)  
 ArbeiterIn  
 FacharbeiterIn  
 LandwirtIn  
 Hausfrau/Hausmann  
 freier Beruf  
 zur Zeit arbeitslos (seit: .....)

---

**11. Kombination Berufsarbeit/ Hausarbeit**

ja  nein

**12. Haben Sie Kinder?**

ja  nein

Wenn ja, wie alt sind sie?

	Geschlecht	Alter
1. Kind	.....	.....
2. Kind	.....	.....
3. Kind	.....	.....
weitere Kinder:	.....	.....

**13. Persönliches Einkommen (in Franken) pro Jahr (Netto)**

kein Einkommen  
 0 -20'000  
 21'000-40'000  
 41'000-60'000  
 61'000- 80'000  
 81'000-100'000  
 81'000-100'000  
 1001'000-120'000  
 höher als 120'000

**14. Wieviel Prozente sind Sie erwerbstätig?**  
(bei 35%, 45% , etc. bitte aufrunden)

0%  10%  20%  
 30%  40%  50%  
 60%  70%  80%  
 90%  100%  
 über 100%

**Name und Adresse Ihres Arbeitgebers:**

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

**15. Wie lange dauert Ihre Beziehung? .** .....Jahre.....Monate

---

**16. Wie lange dauert Ihre Ehe?** .....Jahre.....Monate

---

**17. Haben Sie bereits früher eine Paarberatung/Paartherapie in Anspruch genommen?**  
Wann?.....bei wem?.....

---

**18. Waren oder sind Sie in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung? Ja  Nein**   
Wann?.....Seit wann?.....bei wem?.....

---

**19. Sind Sie zurzeit wegen körperlicher Probleme in Behandlung?**  
Seit wann?.....bei wem?.....

---

**20. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?..... Welche?.....Seit wann?.....**

**Besondere Ereignisse (z.B. Verlust einer wichtigen Bezugsperson, Krankheit, Unfall, Umzug, Scheidung der Eltern, etc.) in der Kindheit (0-12 Jahre)?**

.....  
.....

**Besondere Ereignisse (z.B. Verlust einer wichtigen Bezugsperson, Krankheit, Unfall, Umzug, Scheidung der Eltern, etc.) in der Jugend (12-18 Jahre)?**

.....  
.....

**Bisherige eigene (schwere) körperliche Krankheiten**

.....  
.....

**Bekannte (schwere) körperliche Krankheiten/Behinderungen in der Herkunftsfamilie**

**Vater:**.....

**Mutter:**.....

**Geschwister**.....

**Verwandte:**.....

**Bisherige eigene psychische Probleme/Erkrankungen**

.....  
.....

**Bekannte psychische Probleme/Krankheiten in der Herkunftsfamilie**

**Vater:**.....

**Mutter:**.....

**Geschwister**.....

**Verwandte:...**

**Sind Sie bei den leiblichen Eltern aufwachsen?**.....

.....

**Haben sich Ihre Eltern scheiden lassen?**.....

**Falls ja, wie alt waren Sie da?**.....

	sehr schlecht	schlecht	unentschie- den	eher gut	sehr gut
Beziehung zu Ihrem Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zu Ihrer Mutter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zu Ihren Geschwistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehung zu Verwandten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Aktuelle Familie**

(Anam)

**Besondere Ereignisse in der aktuellen Partnerschaft oder Familie (Verlust, Krankheit, Unfall eines Mitgliedes der aktuellen Familie, Arbeitslosigkeit, Migration, etc.)**

.....

.....

.....

.....

.....

### **Problemanalyse**

(Pal)

**Warum suchen Sie eine Paarberatung/Paartherapie auf? .....**

.....

**Wie würden Sie die Probleme beschreiben? .....**

**Sind Außenbeziehungen im Spiel? .....**

**Wann traten die Probleme zum ersten Mal auf?.....**

.....

Wann haben sich die Probleme zugespitzt oder verschärft?.....

.....

Wann treten die Probleme vor allem auf?.....

.....

Gibt es Zeiten, in welchen sie schwächer oder gar nicht auftreten?.....

.....

Bisheriger Verlauf der Partnerschaftsprobleme.....

.....

Bisherige Lösungsversuche.....

.....

Sind beide Partner motiviert zur Paartherapie?.....

.....

Was ist Ihre Hauptzielsetzung?

Verbesserung der Partnerschaftsqualität

Klärung, ob die Beziehung weitergeführt werden kann/soll

Trennung/Scheidungsbegleitung

Anderes:.....

## Wie zufrieden sind Sie in Ihrer Partnerschaft?

(RAS)

		überhaupt nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	sehr stark
1.	Wie gut kommt Ihr Partner Ihren Bedürfnissen entgegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils-teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
2.	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrer Beziehung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr schlecht	schlecht	durchschnittlich	eher gut	sehr gut
3.	Wie gut ist Ihre Beziehung verglichen mit anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		niemals	selten	manchmal	oft	sehr oft
4.	Wie oft wünschen Sie sich, diese Beziehung nicht eingegangen zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		überhaupt nicht	wenig	teils-teils	ziemlich	sehr stark
5.	In welchem Mass hat Ihre Beziehung Ihre ursprünglichen Erwartungen erfüllt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Wie sehr lieben Sie Ihren Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		sehr wenige	wenige	einige	viele	sehr viele
7.	Wieviele Probleme gibt es in Ihrer Partnerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Welche Art Bindung bevorzugen Sie?

(PB)

Folgend erhalten Sie vier Selbstbeschreibungen, die sich auf Ihr Erleben in Partnerschaften und anderen Kontakten beziehen. Kreuzen Sie an, welche dieser Beschreibungen am besten auf Sie zutrifft. Wählen Sie nur **eine** Alternative aus.

- Es ist relativ leicht für mich, anderen Menschen emotional nahe zu kommen. Ich fühle mich wohl, wenn ich andere brauche und selbst auch gebraucht werde. Ich mache mir keine Sorgen darüber, allein zu sein oder nicht akzeptiert zu werden.
- Ich möchte gern sehr grosse emotionale Nähe zu anderen haben, aber ich habe oft festgestellt, dass die anderen keine so grosse Nähe wollen wie ich. Ich fühle mich unwohl ohne enge Beziehungen, aber ich befürchte, dass andere mich nicht so hoch schätzen wie ich sie.

3. Ich fühle mich ein bisschen unwohl, wenn ich anderen sehr nahe komme.  
 Ich wünsche mir gefühlsmässig enge Beziehungen, aber ich finde es schwierig,  
 anderen vollkommen zu vertrauen oder von anderen abhängig zu sein.   
 Manchmal befürchte ich, verletzt zu werden, wenn ich mir erlaube, zu große Nähe  
 zuzulassen.
4. Ich fühle mich wohl ohne gefühlsmässig enge Beziehungen. Es ist mir wichtig,  
 mich unabhängig zu fühlen und mir selbst zu genügen. Ich ziehe es vor,  
 niemanden zu brauchen und von niemandem gebraucht zu werden.

**Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Bereiche in Ihrer Partnerschaft?**

(PW)

	Gar nicht wichtig	Eher unwichtig	Eher wichtig	wichtig	Sehr wichtig
1 Nähe und Geborgenheit in der Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Gegenseitige Achtung in der Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gegenseitige Faszination füreinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Verbindlichkeit und Engagement für die Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Sexualität in der Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ähnlichkeit zwischen mir und meinem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Dauerhaftigkeit und Zukunftsperspektive der Beziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Gegenseitige Treue unnd Vertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Prestige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Unabhängigkeit/Freiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Gegenseitige Unterstützung und Verlass aufeinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Attraktivität des Partners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Fairness und Ausgewogenheit zwischen uns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Gemeinsame Entwicklungschancen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Eigene Familie als gemeinsame Perspektive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Zusammenhalt in guten und schlechten Zeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Gegenseitige Akzeptanz von Stärken und Schwächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Geistige Heimat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wie definieren Sie Ihre Partnerschaft?

(CIL)

		Stimme gar nicht zu		Stimme einwenig zu				Stimme völlig zu	
		1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Ich wünsche mir, dass unsere Partnerschaft sehr lange dauert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich fühle mich dazu verpflichtet, die Partnerschaft mit meinem Partner aufrecht zu erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Mir würde es nicht viel ausmachen, wenn unsere Partnerschaft bald auseinander gehen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Es ist gut möglich, dass ich im nächsten Jahr einen neuen Partner kennen lerne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich hänge sehr an unserer Partnerschaft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich fühle mich sehr stark verbunden mit meinem Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich wünsche mir, dass unsere Partnerschaft für den Rest unseres Lebens anhält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich stelle mir vor, auch in mehreren Jahren noch mit meinem Partner zusammen zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Ich wünsche mir, mit meinem Partner alt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Welche Bereiche nehmen Sie als besonders belastend wahr?

(MDS-P)

	Wie stressreich/belastend sind/waren für Sie folgende Situationen <u>innerhalb</u> Ihrer Partnerschaft? Das heißt, es geht um Stress, der im Zusammenhang mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin entstanden ist.	Belastung/Stress während der letzten							
		7 Tage (akut)				12 Monate (chronisch)			
		gar nicht	etwas	mittel	stark	gar nicht	etwas	mittel	stark
MS FP 1	<b>Meinungsverschiedenheiten mit PartnerIn</b> (Konflikte, Streitgespräche)	①	②	③	④	①	②	③	④
2	<b>Unterschiedliche Lebens- und Beziehungsphilosophie</b> (unterschiedliche Ziele, Bedürfnisse und Ansichten)	①	②	③	④	①	②	③	④



3	<b>Störende Gewohnheiten des Partners/der Partnerin</b> (z.B. Manieren, Nachlässigkeiten, Unaufmerksamkeit, etc.)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
4	<b>Schwierige Persönlichkeit des Partners/der Partnerin</b> (z.B. Temperament, Intelligenz, Verlässlichkeit, Ehrlichkeit etc.)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
5	<b>Schwieriges Verhalten des Partners/der Partnerin</b> (z.B. Rauchen, Alkohol- oder Drogenkonsum, exzessives Fernsehen, übermäßiges Essen, usw.)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
6	<b>Unzureichendes Verhalten des Partners/der Partnerin</b> (schlechte Kommunikation, Problemlösung, Stressbewältigung etc.)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
7	<b>Zu starke Einschränkungen durch PartnerIn</b> (zu wenig Freiheiten, zu viel Nähe, zu starkes Zusammenkleben, zu einengende Beziehung)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
8	<b>Zu viel Distanz zu PartnerIn</b> (zu wenig Nähe, kaum Zeit füreinander, zu wenig Austausch und Intimität, keine gemeinsamen Hobbies und Interessen)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
9	<b>Unbefriedigende Aufteilung der Aufgaben</b> (z.B. Haushalt, Kinderbetreuung, Berufstätigkeit, etc.)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
10	<b>Vernachlässigung durch PartnerIn</b> (zu wenig Aufmerksamkeit, Zärtlichkeit, Sexualität)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
Ist das Ereignis aufgetreten?		nein ja	
11	<b>Schwerwiegende Konflikte mit Partner</b> (schwere, verletzende Konflikte, unüberwindbare Differenzen)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
12	<b>Aggressives oder gewalttätiges Verhalten des Partners/der Partnerin</b> (Drohen, Aggressionen, Gewalt)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
13	<b>Bekannt werden von Untreue</b> (eigene oder des Partners)	① ② ③ ④	① ② ③ ④
14	<b>Gesundheitliche Probleme</b> (eigene oder des Partners: Krankheiten, Unfall oder Behinderung und dadurch Einschränkungen des Partners, Ungleichgewicht in der Aufgabenaufteilung)	① ② ③ ④	① ② ③ ④

Wie stressreich/belastend waren für Sie folgende Situationen <u>ausserhalb Ihrer Partnerschaft</u> ? Das heißt, es geht um Stress, der nicht direkt durch Ihren Partner/Ihre Partnerin verursacht wurde?		Belastung/Stress während der letzten							
		7 Tage (akut)				12 Monate (chronisch)			
		gar nicht	etwas	mittel	stark	gar nicht	etwas	mittel	stark
MS FP 15	<b>Beruf/Ausbildung</b> (Hektik, Termindruck, zu hohe Anforderungen, Unterforderung, mangelnde Anerkennung und Aufstiegsmöglichkeiten, etc.)	①	②	③	④	①	②	③	④
16	<b>Sozialkontakte</b> (Konflikte mit Nachbarn, Arbeitskollegen, Bekannten, soziale Verpflichtungen, Klatsch und Tratsch, etc.)	①	②	③	④	①	②	③	④
17	<b>Freizeit</b> (Termindruck, zu viele Aktivitäten, unbefriedigende Freizeitgestaltung, zu wenig Zeit für sich, Leistungsdruck.)	①	②	③	④	①	②	③	④

18	<b>Kinder</b> (Betreuung, Erziehung, Umgang mit ihnen, Abhängigkeiten, Einschränkungen, Sorgen um Kinder, etc.)		① ② ③ ④	① ② ③ ④
19	<b>Herkunftsfamilie</b> (Abgrenzung und Abhängigkeiten, Konflikte, Pflege, etc.)		① ② ③ ④	① ② ③ ④
20	<b>Wohnsituation</b> (Wohnungsgrösse, Lärm, Lage, etc.)		① ② ③ ④	① ② ③ ④
21	<b>Finanzen</b> (Schulden, Geldmangel, keine Lohnerhöhung, etc.)		① ② ③ ④	① ② ③ ④
22	<b>Tägliche Widrigkeiten und Kleinkram</b> (Dinge verlegen oder verlieren, häufige Störungen und Unterbrechungen, in Warteschlange stehen müssen, Staus, Verzögerungen, Unvorhergesehenes, etc.)		① ② ③ ④	① ② ③ ④
Ist das Ereignis aufgetreten?		nein ja		
23	<b>Schwere Krankheit oder Todesfall</b> (einer Ihnen oder dem Partner nahe stehenden Person)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
24	<b>Wohnortswechsel</b> (Umzug an einen anderen Ort, Verlust des Freundes- und Bekanntenkreises)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
25	<b>Überfall, Raub oder Diebstahl</b> (die eigene Person oder Partner betreffend)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
26	<b>Arbeitslosigkeit</b> (eigene oder des Partners)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
27	<b>Grosse Veränderung am Arbeitsplatz</b> (Eigener Stellenwechsel oder des Partners; Umstrukturierung, personelle Wechsel, die Sie oder Partner betreffen )	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
28	<b>Familienzuwachs oder –auszug</b> (Geburt eines Kindes, Wegzug eines Kindes etc.)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
29	<b>Verlust eines geliebten, wertvollen Gegenstandes oder eines Haustiers</b> (das Ihnen oder dem Partner viel bedeutet)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④
30	<b>Strafverfahren oder Zivilprozess</b> (gegen Sie oder Partner)	① ②	① ② ③ ④	① ② ③ ④

### Wie gehen Sie bei Konflikten mit ihrem Partner/Ihrer Partnerin um? (KOMQUAL)

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
1. den Partner / die Partnerin beleidigen und ihm / ihr Schimpfnamen sagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. sich solange zurückziehen, bis die Luft wieder rein ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. dem Partner / der Partnerin zurückmelden, was man verstanden hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. die eigene Sichtweise deutlich machen, sich erklären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
5. verallgemeinernde, abwertende Kritik äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gefühle ansprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. den Partner / der Partnerin klein machen, kränken, gemeine Bemerkungen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. den Partner / die Partnerin belehren, zurechtweisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. höhnische Bemerkungen machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. den Partner / die Partnerin ignorieren, tun als ob sie Luft wäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. den Partner / die Partnerin handgreiflich bedrohen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. quengeln, weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Schwachstellen des Partners / der Partnerin ausspielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. konstruktive Lösungen suchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. sich verteidigen, wehren, Gegenangriffe machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. den Partner / die Partnerin unterbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. nachfragen um den Partner / die Partnerin besser zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Gewalt anwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. zuhören, den Partner / die Partnerin zu verstehen versuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Emotionale Nähe und Unterstützung in Stresssituationen**

(DCI)

### **Was tun Sie, wenn Sie sich gestresst/belastet fühlen?**

	sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
1. Ich teile meinem Partner mit, wenn ich froh um seine praktische Unterstützung oder sachliche Ratschläge und Hilfestellungen bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bitte meinen Partner, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen, wenn ich überlastet bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich zeige meinem Partner, dass ich mich belastet fühle und es mir schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich sage meinem Partner offen, wenn ich gestresst bin und seine emotionale Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wie reagiert Ihr Partner auf Ihre Stressäusserungen?

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
5. Er gibt mir das Gefühl, dass er mich versteht, und dass ihn mein Stress interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Er solidarisiert sich mit mir, sagt mir, dass er dieses Gefühl auch kenne und hält zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er macht mir Vorwürfe, dass ich zu wenig gut mit Stress umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er hilft mir, die Situation in einem anderen Licht zu sehen, das Problem zu relativieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er hört mir zu, gibt mir Raum, mich auszusprechen und spricht mir gut zu oder muntert mich auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er nimmt meinen Stress nicht ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Er hilft mir zwar, doch tut er dies unwillig und demotiviert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Er übernimmt Aufgaben und Tätigkeiten, die ich sonst mache, um mich zu entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er hilft mir, die Situation zu analysieren, damit ich das Problem konkret angehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Er packt zu, wenn ich zuviel zu tun habe, um mich zu entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn ich gestresst bin, geht mir mein Partner aus dem Weg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Was tut Ihr Partner, wenn er sich gestresst/belastet fühlt?

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
16. Er teilt mir mit, wenn er froh um meine praktische Unterstützung oder sachliche Ratschläge und Hilfestellungen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Er bittet mich, Aufgaben und Tätigkeiten zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Er zeigt mir, dass er sich belastet fühlt und es ihm schlecht geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Er sagt mir offen, wenn er gestresst ist und meine emotionale Unterstützung braucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wie reagieren Sie auf diese Stressäusserungen des Partners?

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
20. Ich gebe meinem Partner das Gefühl, dass ich ihn verstehe, mich für seinen Stress interessiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich solidarisiere mich mit ihm, sage ihm, dass ich dieses Gefühl auch kenne und halte zu ihm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich mache ihm Vorwürfe, dass er zu wenig gut mit Stress umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich sage meinem Partner, dass alles nicht so schlimm ist und helfe ihm, die Situation in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich höre ihm zu, gebe ihm Raum, sich auszusprechen, rede ihm gut zu oder mache ihm Mut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich nehme seinen Stress nicht ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
26. Wenn mein Partner gestresst ist, ziehe ich mich zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich helfe ihm zwar, doch bin ich nicht motiviert und finde, dass er selber besser mit seinen Problemen umgehen sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich übernehme Aufgaben und Tätigkeiten, die er sonst macht, um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich versuche, mit meinem Partner die Situation sachlich zu analysieren und ihm zu helfen, das Problem zu verstehen und zu verändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich packe zu, wenn er zuviel zu tun hat, um ihn zu entlasten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie gehen Sie und Ihr Partner mit Stress um, der Sie beide betrifft?**

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
31. Wir versuchen, das Problem gemeinsam zu bewältigen und konkrete Lösungen zu suchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wir setzen uns ernsthaft mit dem Problem auseinander und analysieren, was zu tun ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wir helfen uns gegenseitig, das Problem in einem neuen Licht zu sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wir entspannen uns gegenseitig durch Massage, baden miteinander oder hören zusammen Musik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Wir sind zärtlich zueinander, schlafen miteinander und versuchen so, den Stress zu bewältigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie beurteilen Sie Ihren Umgang mit Stress als Paar?**

	sehr selten	selten	manch- mal	oft	sehr oft
36. Ich bin <u>zufrieden</u> mit der Unterstützung meines Partners und der gemeinsamen Stressbewältigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich empfinde die Unterstützung meines Partners und unseren gemeinsamen Umgang mit Stress als <u>wirksam</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wie zufrieden sind Sie mit der Sexualität in Ihrer Beziehung?**

(MSI)

	stimmt	stimmt nicht
1. Unser Sexualleben ist vollauf befriedigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Partner und ich haben nur selten Sexualkontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Partner ist manchmal übermässig zurückhaltend oder prüde in seiner Einstellung zu Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimmt	stimmt nicht
4.	Es scheint, dass mein Partner unsere sexuellen Kontakte genau so sehr genießt wie ich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mein Partner und ich können uns über die Häufigkeit unserer sexuellen Kontakte fast immer einigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	In unserer sexuellen Beziehung fehlt es an Abwechslung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich genieße die sexuellen Kontakte mit meinem Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Manchmal bin ich recht unglücklich mit unserer sexuellen Beziehung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Mein Partner zeigt manchmal zu wenig Begeisterung für sexuelle Betätigung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Es ist schwierig, mit meinem Partner über Sexualität zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Ich würde mir von meinem Partner etwas mehr Zärtlichkeit während der sexuellen Kontakte wünschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mein Partner versagt sich mir selten, wenn ich mir sexuellen Kontakt wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Ich habe Angst, meinen Partner zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Nach dem Sex kuscheln wir noch ein wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich kann Sexualität auch genießen, wenn ich keinen Orgasmus erlebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ich habe Mühe, beim Sex abzuschalten und den Alltag hinter mir zu lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Während des sexuellen Kontaktes mache ich mir Sorgen darüber, was der Partner von mir denkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Sexualität ist mir wichtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Ich habe schon daran gedacht, eine Aussenbeziehung zu beginnen (Geliebter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Gibt es in Ihrer Partnerschaft sexuelle Probleme?**

(sexProb)

	stimmt	stimmt nicht
Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erregungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aversion/Abneigung gegen Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frau: Vaginismus/Scheidenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mann: vorzeitiger Samenerguss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orgasmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übersteigertes sexuelle Bedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein?

(KPB)

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
Haben sie körperliche Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie sich als gesund wahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen sie sich bei guter körperlicher Verfassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter psychischen Anspannungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen sie sich psychisch ausgeglichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie bei guter psychischer Verfassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SCL-24

<b>Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ... ?</b>		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	①	②	③	④	⑤
2.	Schwermut	①	②	③	④	⑤
3.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	①	②	③	④	⑤
4.	Furchtsamkeit	①	②	③	④	⑤
5.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	①	②	③	④	⑤
6.	Leere im Kopf	①	②	③	④	⑤
7.	Gedächtnisschwierigkeiten	①	②	③	④	⑤
8.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	①	②	③	④	⑤

9.	Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	①	②	③	④	⑤
10.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	①	②	③	④	⑤
11.	Furchtsamkeit	①	②	③	④	⑤
12.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	①	②	③	④	⑤
13.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloss) im Hals zu haben	①	②	③	④	⑤
14.	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	①	②	③	④	⑤
15.	Herzklopfen oder Herzjagen	①	②	③	④	⑤
16.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	①	②	③	④	⑤
17.	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	①	②	③	④	⑤
18.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	①	②	③	④	⑤
19.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	①	②	③	④	⑤
20.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	①	②	③	④	⑤
21.	Konzentrationsschwierigkeiten	①	②	③	④	⑤
22.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	①	②	③	④	⑤
23.	Schwierigkeiten beim Atmen	①	②	③	④	⑤
24.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	①	②	③	④	⑤

### Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrem Leben?

(LZ)

	gar nicht	eher nicht	eher	ziemlich	sehr
<b>Sind Sie insgesamt zufrieden mit Ihrem Leben?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viele Probleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Lebenssituation bejahen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zufrieden mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Suizidgedanken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Therapiesitzungen zwecks Qualitätskontrolle auf Video/DVD aufgezeichnet werden dürfen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, die Fragebögen vor und nach der Therapie, sowie 6 Monate nach der Therapie zwecks Wirksamkeitskontrolle auszufüllen. Mir wurde vollständige Vertraulichkeit und Anonymität bezüglich meiner Daten zugesichert. Allfällige Risiken der Therapie bin ich bereit, selber zu tragen.

Name:

.....Datum:.....Unterschrift:.....

**Wir danken Ihnen für die sorgfältige Beantwortung aller Fragen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.**