



Fragen zur Sexualität und Partnerschaft

Dieser Fragebogen soll Ihrem Therapeuten einen Eindruck von Ihrer jetzigen Partnerschaft und Sexualität geben. Versuchen Sie alle Fragen zu beantworten, entweder durch Ankreuzen, Unterstreichen oder (bei offenen Fragen), indem Sie kurz Ihre Sicht niederschreiben.

Dieser Fragebogen wird wie alle persönlichen Informationen aus der Therapie absolut vertraulich behandelt. Kein Aussenstehender erhält ohne Ihr Einverständnis Zugang zu den Informationen.

Name / Vorname _____

Datum _____

1. Wie glücklich fühlen Sie sich zur Zeit in Ihrer Beziehung?

sehr unglücklich unglücklich eher unglücklich eher glücklich glücklich

2. Wie intensiv denken Sie zur Zeit an Trennung?

nie selten manch-
mal stark sehr
stark

3. Seit wann erleben Sie Ihre Beziehung als problematisch? Seit ____ Monaten.

Ja Nein Falls Ja: In welcher Hinsicht? _____

4. Welche konkreten Verhaltensweisen sollte Ihr Partner entwickeln, damit es Ihnen beiden besser geht?

5. Was möchten Sie lernen, damit es mit Ihrer Beziehung besser geht?

6. Welche Eigenschaften bzw. Verhaltensweisen mögen Sie an Ihrem Partner?



7. Was mag Ihr Partner an Ihnen?

8. Wie oft streiten Sie sich?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nie	selten	manchmal	täglich	mehrmals täglich

9. Worüber streiten Sie am meisten?

10. Wer versucht, den Streit wieder beizulegen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keiner	beide gleich oft	meistens ich	meistens Partner

11. Womit kann Ihr Partner Sie verletzen?

12. Womit können Sie Ihren Partner verletzen?

13. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

<input type="checkbox"/> kein Interesse an Sexualität	<input type="checkbox"/> Schmerzen bei Sexualität	<input type="checkbox"/> Verspannungen
<input type="checkbox"/> Probleme, erregt zu werden	<input type="checkbox"/> Erregung geht plötzlich verloren	<input type="checkbox"/> Samenerguss kommt zu früh
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, einen Orgasmus zu erleben	<input type="checkbox"/> sexuelles Zusammensein ist zu häufig	<input type="checkbox"/> ist zu selten
<input type="checkbox"/> zu wenig Zärtlichkeit dabei	<input type="checkbox"/> wir können uns schwer abstimmen	



14. Gedanken und Gefühle bei Sexualität (bitte wieder ankreuzen):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angst zu versagen | <input type="checkbox"/> Angst, der Partner bleibt unzufrieden | <input type="checkbox"/> Enttäuschung |
| <input type="checkbox"/> depressive Gefühle | <input type="checkbox"/> Resignation | <input type="checkbox"/> Hilflosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Ekel | <input type="checkbox"/> Angst, der Partner bestimmt alles | <input type="checkbox"/> Angst vor zu viel Nähe |
| <input type="checkbox"/> fühle mich allein | <input type="checkbox"/> mag meinen Körper nicht | <input type="checkbox"/> mag den Körper meines Partners nicht |
| <input type="checkbox"/> Ärger auf den Partner | <input type="checkbox"/> kann nicht abschalten | <input type="checkbox"/> beobachte mich und meine Erregung ständig |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle, wenn ich erregt bin | <input type="checkbox"/> unangenehme Gefühle nach der Sexualität mit dem Partner | <input type="checkbox"/> Schuldgefühle nach Masturbation |
| <input type="checkbox"/> Angst, den Partner zu verlieren | <input type="checkbox"/> Eifersucht | |

15. Haben Sie zur Zeit andere sexuelle Beziehungen?

- Ja Nein Falls Ja: In welcher Hinsicht? _____

16. Haben Sie früher einmal sehr belastende Situationen bezüglich Sexualität erlebt?

- Ja Nein Falls Ja: In welcher Hinsicht? _____

17. Wie sehr mögen Sie

- | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| ihren eigenen Körper? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | mag ich sehr | mag ich überwiegend | mag ich etwas | mag ich wenig | mag ich nicht / gar nicht |
| den Körper Ihres Partners? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | mag ich sehr | mag ich überwiegend | mag ich etwas | mag ich wenig | mag ich nicht / gar nicht |



18. Wie fühlen Sie sich von Ihrem Partner körperlich akzeptiert?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sehr akzeptiert	überwiegend akzeptiert	etwas akzeptiert	wenig akzeptiert	nicht akzeptiert

19. Wie zufrieden sind Sie nach

der Selbstbefriedigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr zufrieden	überwiegend zufrieden	wenig zufrieden	unzufrieden	stark unzufrieden
sexuellen Zusammen- sein mit dem Partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr zufrieden	überwiegend zufrieden	wenig zufrieden	unzufrieden	stark unzufrieden

20. Wie oft erleben Sie die folgenden Schwierigkeiten?

Es fällt mir schwer, bei mir sexuelle Wünsche zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es fällt mir schwer, sexuell erregt zu werden zusammen mit dem Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es fällt mir dann schwer, die sexuelle Erregung zu behalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es fällt mir dann schwer, einen Höhepunkt zu erleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Ich habe negative Gefühle, nachdem ich mit meinem Partner sexuell zusammen war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nie	selten	manchmal	oft	immer
Wie gross ist zur Zeit allgemein Ihr sexuelles Verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr gross	gross	etwas	kaum vorhanden	gar nicht vorhanden



20. Wie schwer fällt es Ihnen,

in Ihrer Beziehung sexuelle Aktivitäten
anzuregen und zu beginnen?

sehr
leicht

leicht

etwas
schwer

schwer

sehr
schwer

bei sexuellen Aktivitäten eine aktive
Rolle einzunehmen?

sehr
leicht

leicht

etwas
schwer

schwer

sehr
schwer

dabei eigene Wünsche zu äussern?

sehr
leicht

leicht

etwas
schwer

schwer

sehr
schwer

dabei Wünsche des Partners abzulehnen
und «nein» zu sagen?

sehr
leicht

leicht

etwas
schwer

schwer

sehr
schwer

21. Wie empfinden Sie die folgende Wahrnehmung bzw. deren Vorstellung?

Anblick männlicher Samenflüssigkeit

erregend

natürlich

neutral

abstossend

eklig

Geruch männlicher Samenflüssigkeit

erregend

natürlich

neutral

abstossend

eklig

Berührung männlicher Samenflüssigkeit

erregend

natürlich

neutral

abstossend

eklig

Geruch weiblicher Scheidenfeuchtigkeit

erregend

natürlich

neutral

abstossend

eklig

Berührung weiblicher Scheidenfeuchtigkeit

erregend

natürlich

neutral

abstossend

eklig

Anblick von Menstruationsblut

erregend

natürlich

neutral

abstossend

eklig



22. Wie gross ist zur Zeit Ihre sexuelle Erregung

wenn Sie mit Ihrem Partner
sexuell zusammen sind?

sehr
gross

gross

etwas

kaum
vorhanden

gar nicht
vorhanden

wenn Sie sich selbst befriedigen?

sehr
gross

gross

etwas

kaum
vorhanden

gar nicht
vorhanden

23. Wie intensiv ist das Erleben des Höhepunktes,

bei der Selbstbefriedigung?

sehr
intensiv

intensiv

etwas

kaum
spürbar

gar nicht
spürbar

bei gegenseitigem Streicheln?

sehr
intensiv

intensiv

etwas

kaum
spürbar

gar nicht
spürbar

bei Geschlechtsverkehr?

sehr
intensiv

intensiv

etwas

kaum
spürbar

gar nicht
spürbar

24. Wie belastend ist für Sie,

wenn es bei Ihrem eigenen Erleben bei
sexuellen Aktivitäten einmal nicht so gut
klappt?

nehme ich
locker

nicht
belastend

etwas
belastend

stark
belastend

sehr
belastend

wenn es bei Ihrem Partner mit dem
sexuellen Erleben einmal nicht so gut
geht?

nehme ich
locker

nicht
belastend

etwas
belastend

stark
belastend

sehr
belastend

25. Haben Sie früher einmal sehr belastende Situationen bezüglich Sexualität erlebt?

Ja Nein Falls Ja: In welcher Hinsicht? _____



26. Wer bestimmt in Ihrer Beziehung stärker, wie folgende Fragen bzw. Probleme gelöst werden?

	<i>fast immer Partner</i>	<i>beide gleich</i>	<i>fast immer ich</i>	<i>entfällt</i>
Wo beide wohnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo und wie lange er arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo und wie lange sie arbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie das Geld ausgegeben wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit zusammen verbracht wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Art der Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Art der Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann Kontakte zu Freunden aufgenommen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit jeder für sich selbst braucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann Probleme besprochen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie Probleme besprochen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens etwas deutlicher oder bewusster geworden, das Ihnen selbst helfen könnte, die Probleme zu bewältigen?

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