

Fragebogen zum Therapieverlauf (HAQ-S)

Geb.- Dat.: _____ **Name:** _____ **Vorname:** _____ **Termin:** Therapiebeginn

Das Ziel dieses Fragebogens ist, daß Sie Ihre Beziehung zu Ihrem Bezugstherapeuten und Ihre Therapie anhand unten aufgeführter Aussagen beurteilen.

Prüfen Sie bitte jeder dieser Aussagen daraufhin, wie sehr Sie diese in Ihrer Beziehung zu Ihrem Bezugstherapeuten bzw. für Ihre Therapie, für zutreffend oder nicht zutreffend halten. Antworten Sie ruhig spontan, so wie sie fühlen; es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme zu jeder Aussage Ihr Urteil ab. Die Bewertung erfolgt in den Abstufungen:

- Ja, ich halte dies für sehr zutreffend.
- Ja, ich halte dies für zutreffend.
- Ja, ich halte dies für wahrscheinlich zutreffend bzw. für eher zutreffend als nicht zutreffend.
- Nein, ich halte dies für wahrscheinlich unzutreffend bzw. für eher unzutreffend als zutreffend.
- Nein, ich halte dies für unzutreffend.
- Nein, ich halte dies für sehr unzutreffend.

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
--	------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------	------------------------------------

- | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich glaube, dass mein Bezugstherapeut mir hilft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich glaube, dass mir die Behandlung hilft. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe einige neue Einsichten gewonnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Seit kurzem fühle ich mich besser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich kann bereits absehen, dass ich vielleicht die Probleme bewältigen kann, wegen derer ich zur Behandlung kam. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe das Gefühl, mich auf den Bezugstherapeuten verlassen zu können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich habe das Gefühl, dass mich der Bezugstherapeut versteht. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich habe das Gefühl, dass der Bezugstherapeut möchte, dass ich meine Ziele erreiche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ich habe das Gefühl, dass ich wie auch der Bezugstherapeut ernsthaft an einem Strang ziehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	sehr zu- treffend	zutref- fend	wahrsch. zutref- fend	wahrsch. unzu- treffend	unzu- treffend	sehr unzu- treffend
--	----------------------	-----------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------	---------------------------

10. Ich glaube, dass ich und der Bezugstherapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen.
11. Ich habe das Gefühl, dass ich mich jetzt selbst verstehen und mich selbständig mit mir auseinandersetzen kann (d. h. auch dann, wenn ich mit dem Bezugstherapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).

Veränderungen während der Behandlung

Ich habe das Gefühl, dass es mir in folgenden Hinsichten besser geht:

Ich habe das Gefühl, dass es mir in folgenden Hinsichten schlechter geht:

Schätzen Sie bitte ein, wie sehr es Ihnen im Vergleich zum Behandlungsbeginn insgesamt besser geht (bitte Zahl ankreuzen):

Verbesserung:

unverändert leicht mäßig gut sehr gut (gebessert)
 ① ② ③ ④ ⑤

Falls Sie "unverändert" (= 1) angekreuzt haben, hat sich Ihr Befinden möglicherweise verschlechtert? (bitte Zahl ankreuzen):

Verschlechterung:

unverändert leicht mäßig stark sehr stark (verschlechtert)
 ① ② ③ ④ ⑤