

Schriftliche Informationen für PatientInnen

T 1

**Diagnostik und Evaluation
von ambulanter Psychotherapie**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung bei mir. Ich möchte Ihnen vorab einige Fragen zukommen lassen, da ich vor Beginn der Therapie einige Informationen von Ihnen benötige. Nach Rückgabe der von Ihnen ausgefüllten Mappe werden Ihre Angaben ausgewertet und fließen in meine genaue Diagnoseerhebung ein.

Das Ausfüllen der beigefügten Fragen dauert für Sie ca. 3/4 Stunde. Ich möchte Sie bitten, sich diese Zeit zu nehmen und die Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Unabhängig vom Ausfüllen der Fragen, worum ich Sie in jedem Fall bitten möchte, finden Sie in der Anlage eine „Patienteninformation und Einwilligungserklärung“, die Sie unterschreiben können, sofern Sie damit einverstanden sind, dass diese Ihre Antworten in anonymisierter Form auch in eine wissenschaftliche Studie zur ambulanten Psychotherapie mit einfließen.

Sie finden als Anlage

die Information und Einwilligungserklärung über die freiwillige Teilnahme an dieser Befragung, die von der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie mit der Universität Bonn durchgeführt wird.

Die Ergebnisse dieser anonymen Befragung dienen neben einer ausführlichen Diagnoseerhebung dazu herauszufinden, ob und welche Erfolge Sie einer Psychotherapie zuschreiben, die Sie ggf. bei mir durchführen werden. Die Ergebnisse kommen letztlich allen Patienten zugute, weil die Qualität der Veränderung von psychischen Beschwerden durch eine Psychotherapie auf der Basis vieler Patientenaussagen erfasst wird.

Ich bedanke mich vorab für Ihre Kooperationsbereitschaft und sehe Ihrer Antwort gern entgegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

TherapeutIn

Patienteninformation und Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zu Beginn, im Verlauf und am Ende Ihrer Therapie möchten wir einige Daten zu Ihren Beschwerden und Ihrer Person erfragen. Sie dienen Ihrem/r Bezugstherapeuten/in als zusätzliche Anhaltspunkte für eine exakte Diagnoseerstellung. Sie geben auch Aufschluss über bereits erreichte Therapieziele. Sie haben Gelegenheit, mit Ihrem Therapeuten darüber zu sprechen, Sie haben auch das Recht, diese Befragung abzulehnen. Ihre Antworten werden in jedem Falle vertraulich behandelt. Die Daten aus dieser Befragung werden anonym aufgezeichnet und statistisch ausgewertet. Ziel der wissenschaftlichen Auswertung ist, Aufschlüsse darüber zu bekommen, welche Therapieform welchen Patienten am besten nützt. Die Ergebnisse der Auswertung kommen allen Patienten zu Gute.

Wir danken Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Mit freundlichem Gruß

Lehrinstitut Bad Salzuflen ZAP-GmbH

Ich bin mit der Erhebung, anonymen Aufzeichnungen und wissenschaftlichen Auswertungen von Daten einverstanden.

Ich wurde für mich ausreichend über Ziel und Ablauf der Befragung informiert. Ich weiß, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig ist, diese Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, und mir bei Nichtteilnahme keine nachteiligen Folgen entstehen.

Vorname und Nachname

Adresse mit Telefon-Nummer

Datum

Unterschrift

Inhalt

T 1

Soziodemografische Daten

VDS 90-Symptomliste

VDS 30-Persönlichkeitsskalen

HEALTH-49

HAQ-S

Vielen Dank für Ihre Mühe

Soziodemographische Daten

Name; Vorname

Chriffre:

Geschlecht:

weiblich männlich

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Nationalität:

Schulabschluss:

- keinen
- Volks-/Hauptschule
- Realschule
- Abitur

Familienstand:

- ledig ohne Partner
- ledig mit Partner
- verheiratet
- getrennt lebend
- geschieden
- verwitwet

Anzahl der Kinder:

Derzeitige Tätigkeit:

- In Ausbildung
- berufstätig ganztags,
welchen Beruf:
- berufstätig halbtags,
welchen Beruf:
- Hausfrau/-mann
- berentet
- arbeitslos

Wie lange leiden Sie schon unter den Beschwerden, die Sie jetzt hauptsächlich in die Psychotherapie führen?

- kürzer als 6 Monate
- 6-12 Monate
- 1- 3 Jahre
- 4-10 Jahre
- über 10 Jahre

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?

ja, welche:

nein

Haben Sie bereits früher eine ambulante Psychotherapie gemacht?

ja, wieviele Stunden (ca.):
wann (ca.):

nein

Waren Sie schon einmal stationär in einer psychosomatischen Klinik?

ja, in welchem Jahr:

nein

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

ja, wieviele Wochen:

nein

Sind Sie derzeit krankgeschrieben?

ja, wie lange schon:

nein

Leiden Sie unter einer schon länger anhaltenden und schwerwiegenden körperlichen Erkrankung?

ja, welcher:

nein

Datum:

- | | | |
|-----|---------|---|
| 1. | 0 1 2 3 | Ich habe das Gefühl, verfolgt oder beschattet zu werden bzw. dass es Verschwörungen gegen mich gibt – oder dass über mich geredet wird. |
| 2. | 0 1 2 3 | Ich habe das Gefühl abgehört zu werden, z.B. mit Strahlen oder anderer Technik. |
| 3. | 0 1 2 3 | Radio- oder Fernsehsendungen oder anderes wird extra für mich gemacht, vielleicht, um mir auf diese Weise eine Botschaft zu übermitteln. |
| 4. | 0 1 2 3 | Ich bin anhaltend extrem eifersüchtig, ohne daß es nach Ansicht von Menschen, denen ich normalerweise vertraue, einen beweisbaren Anhaltspunkt dafür gibt. |
| 5. | 0 1 2 3 | Ich höre Stimmen, obwohl niemand sichtbar ist (z. B. Stimmen, die mein Verhalten kommentieren, miteinander über mich sprechen, mir drohen, mir befehlen, etwas zu tun). |
| 6. | 0 1 2 3 | Ich habe den Eindruck, dass mir meine Gedanken von außen entzogen werden oder sich ausbreiten oder laut werden. |
| 7. | 0 1 2 3 | Ich habe eine auffallend gute Stimmung wie kaum in meinem Leben, so dass es für meine Umwelt anstrengend ist. |
| 8. | 0 1 2 3 | Mir kommen ständig neue Gedanken/Ideen in den Kopf, so daß ich kaum den einen Gedanken zu Ende denken kann. |
| 9. | 0 1 2 3 | Ich leiste oder kann so viel wie kaum ein anderer Mensch. Ich bin sehr bedeutend. |
| 10. | 0 1 2 3 | Ich fühle mich voller an Energie und Unternehmungsgeist als zu meinen besten Zeiten, meine Energie ist grenzenlos. |
| 11. | 0 1 2 3 | Ich bin pausenlos aktiv, fast ruhelos, springe dabei oft zum nächsten Vorhaben, bevor ich das alte beendet habe. |
| 12. | 0 1 2 3 | Ich vergesse viel mehr als früher. Ich habe große Gedächtnislücken. Mir fällt es extrem schwer, mich auch an wenige zurückliegende Geschehnisse zu erinnern. |
| 13. | 0 1 2 3 | Meine Konzentrationsfähigkeit hat deutlich nachgelassen. |
| 14. | 0 1 2 3 | Ich fühle mich bedrückt, traurig und niedergeschlagen. |
| 15. | 0 1 2 3 | Ich habe die Hoffnung verloren bzw. habe nur wenig Hoffnung. |
| 16. | 0 1 2 3 | Ich bin unwert, weniger wert als andere Menschen. |
| 17. | 0 1 2 3 | Mich erschöpfen Tätigkeiten des normalen Alltags viel schneller als früher. |
| 18. | 0 1 2 3 | Ich habe das Interesse an vielen Dingen verloren. |
| 19. | 0 1 2 3 | Ich mache mir wiederholt Vorwürfe, mich quälen diese Vorwürfe. |
| 20. | 0 1 2 3 | Ich habe das Gefühl, mich schuldig gemacht zu haben. |
| 21. | 0 1 2 3 | Ich fühle mich innerlich unruhig. |
| 22. | 0 1 2 3 | Mein Denken geht langsamer und schwerer voran als früher. |
| 23. | 0 1 2 3 | Ich habe Angst davor, was die Zukunft bringen wird bzw. daß ich alles nicht schaffen werde. |
| 24. | 0 1 2 3 | Meine Stimmung ist zu bestimmten Tageszeiten schlechter (z.B. morgens oder abends). |
| 25. | 0 1 2 3 | Ich denke daran, mir das Leben zu nehmen. |
| 26. | 0 1 2 3 | Ich habe manchmal konkret vor, mir das Leben zu nehmen. |
| 27. | 0 1 2 3 | Ich habe plötzliche Angstattacken, unabhängig von einer spezifischen Situation, ist nicht vorhersehbar, unabhängig von körperlicher oder psychischer Anstrengung oder von bedrohlichen oder gefährlichen Situationen. |
| 28. | 0 1 2 3 | Ich habe Angst in Menschenmengen, wenn viele Menschen versammelt sind oder auf öffentlichen Plätzen oder großen weiten Plätzen. |
| 29. | 0 1 2 3 | Ich habe Angst vor Reisen, die mich weit von zu Hause wegführen. |
| 30. | 0 1 2 3 | Ich habe Angst in engen, umschlossenen Räumen oder Situationen, aus denen Flucht nicht sofort möglich ist (U-Bahn, Tunnel, Warteschlange, Brücken, Türme). |
| 31. | 0 1 2 3 | Ich habe Angst, in öffentlichen Situationen zu essen oder zu sprechen, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. |
| 32. | 0 1 2 3 | Ich habe Angst, mich peinlich zu verhalten, mich lächerlich zu machen oder kritisiert zu werden, zu erröten. |

33.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor bestimmten Tieren wie Hunde, Katzen, Pferde, Vögel, Insekten, Schlangen oder anderen, vor Naturgewalten wie Donner, blitz, Sturm, Wasser, vor Blut, Spritzen, Injektionen, Verletzungen	
34.	0 1 2 3	Ich habe Angst in einer ganz spezifischen Situation wie Fliegen, Lift, Tunnel, Turm, hohe ausgesetzte Orte wie Balkon, Aussichtspunkt oder ähnlichem.	
35.	0 1 2 3	Ich habe Angst, daß ich die Kontrolle über mich verliere, ohnmächtig werde oder verrückt werde.	An
36.	0 1 2 3	Ich vermeide so oft es geht Angstsituationen.	
37.	0 1 2 3	Ich fühle mich unwirklich, fremd, kein Mensch.	
38.	0 1 2 3	Mir erscheint die alltägliche Umwelt unwirklich, fremd, entfernt.	
39.	0 1 2 3	Ich bin mißtrauisch, entdecke gegen mich gerichtete Äußerungen oder Handlungen schnell.	
40.	0 1 2 3	Ich habe zu Menschen und Ereignissen meist eine sehr geteilte Einstellung, ohne mich für die eine oder andere Seite entscheiden zu können.	
41.	0 1 2 3	Ich habe ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung.	
42.	0 1 2 3	Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen).	
43.	0 1 2 3	Ich leide unter nächtliche Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung bzw. leide unter Alpträumen	
44.	0 1 2 3	Ich habe immer in der gleichen Reihenfolge ablaufende ritualhafte Reaktionsabläufe.	
45.	0 1 2 3	Ich habe Verhaltensstörungen, wie drangvoll-zwanghaftes Stehlen, Spielen, Zündeln, Haareausreißen, Kratzen, Ausquetschen der Talgdrüsen.	
46.	0 1 2 3	Ich mache unwillkürliche Bewegungen oder Zuckungen mit einem Körperteil, ohne es zu wollen oder beeinflussen zu können (motorischer Tic).	
47.	0 1 2 3	Ich habe Sprechstörungen in der Form von Stottern oder Poltern.	
48.	0 1 2 3	Ich reagiere gereizter, wütender, zorniger, sarkastischer als früher.	
49.	0 1 2 3	Ich kann Wut/Aggression nicht kontrollieren (aggressive Ausbrüche, Handgreiflichkeit).	Ag
50.	0 1 2 3	Ich verletze mich in letzter Zeit fahrlässig oder absichtlich selbst.	
51.	0 1 2 3	Ich suche weniger nach sexuellen Reizen, denke weniger an Sexualität, habe weniger Interesse an Geschlechtsverkehr.	Sx
52.	0 1 2 3	Ich habe Angst vor Sexualität, Abneigung gegen sex. Aktivität	
53.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangsgedanken, zwanghaftes Grübeln - immer über die gleichen Dinge nachdenken müssen	
54.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangsimpulse (unanständiges, aggressives tun müssen bzw. fürchten, es zu tun)	Zw
55.	0 1 2 3	Ich leide unter Zwangshandlungen (Ordnen, Waschen oder Putzen/Reinigen, Kontrollieren, als magisches Wiederholen/Zählen (nicht als mehrfaches Kontrollieren, sondern z.B. damit nichts schlimmes geschieht)	
56.	0 1 2 3	Ich trinke sehr oft oder regelmäßig mehr Alkohol oder über längere Zeit als beabsichtigt.	
57.	0 1 2 3	Ich bin meinem Verlangen nach Alkohol ausgeliefert, muß einfach trinken, kann nur sehr schwer mit dem Trinken aufhören, eigentlich erst, wenn ich mein Pensum habe	Al
58.	0 1 2 3	Wenn ich zu lange nichts getrunken habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme von Alkohol verbessern.	
59.	0 1 2 3	Ich nehme häufig oder regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Suchtmittel ein (Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel, Anxiolytika, Cannabis: Haschisch, Marihuana, THC, Amphetamine, Ritalin, Speed, Ice oder andere Stimulantien, Heroin, Morphin, Opium, Codein, Percodan, Methadon, Demerol, Kokain (Speedball, Crack, Freebase), Halluzinogene wie LSD, Psilocybin, Meskalin, Exstasy, PCP, Angel Dust, andere, z.B. Lachgas, Poppers, Appetitzügler, Inhalantien, Steroide).	
60.	0 1 2 3	Ich bin meinem Verlangen nach dem Suchtmittel ausgeliefert, muß es einfach nehmen, bin abhängig davon.	Su
61.	0 1 2 3	Wenn ich zu lange mein Suchtmittel nicht genommen habe, kommt es bei mir zu Entzugssymptomen, die sich rasch wieder durch Einnahme des Suchtmittels verbessern.	
62.	0 1 2 3	Ich leide unter Gier nach Essen.	
63.	0 1 2 3	Ich faste so sehr, dass ich in den letzten acht Wochen 2 Kg oder mehr abgenommen habe.	

64.	0 1 2 3	Ich leide unter Freßanfällen.
65.	0 1 2 3	Ich führe häufig absichtlich Erbrechen herbei.
66.	0 1 2 3	Ich halte streng kalorienarme Diät.
67.	0 1 2 3	Ich sehe im Spiegel meinen Körper zu dick, obwohl ich nach Tabelle Untergewicht oder Idealgewicht habe.
68.	0 1 2 3	Ich habe große Angst vor Gewichtszunahme.
69.	0 1 2 3	Ich leide unter Gedankenkreisen um Essen.
70.	0 1 2 3	Ich leide unter Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne oder andere).
71.	0 1 2 3	Ich leide unter chronischen oder häufigen Schmerzen in anderen Körperbereichen und nehme Schmerzmittel
72.	0 1 2 3	Ich habe immer wieder körperliche Beschwerden, die mich sehr beeinträchtigen und beunruhigen, so dass ich häufig zum Arzt gehe, während bei medizinischen Untersuchungen keine bedeutsame Krankheit gefunden wird.
73.	0 1 2 3	Ich leide unter Schweißausbrüche (heiß oder kalt) oder Mundtrockenheit oder Hitzewallungen.
74.	0 1 2 3	Ich leide unter außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung
75.	0 1 2 3	Ich leide unter Hautbeschwerden wie Rötungen, Flecken, Jucken, Brennen, empfindliche Haut, Farbänderungen, Kribbelgefühl, Taubheit der Haut
76.	0 1 2 3	Ich habe Herz-Kreislauf-Beschwerden wie verstärkte Herzschläge, Schmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend, spürbarem Herzklopfen, Schwindel, Benommenheit.
77.	0 1 2 3	Ich habe Beschwerden im Bereich der Atmungsorgane wie Atemnot ohne körperliche Anstrengung, Erkältungserscheinungen ohne Erkältung, übermäßiges Atmen.
78.	0 1 2 3	Ich habe Beschwerden im Magen-Darmbereich wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchweh, Blähungen, Völlegefühl, häufiger Stuhlgang, Durchfall, Speisunenverträglichkeit, Verstopfung, Luftschlucken, Druckgefühl oder brennendes Gefühl im Oberbauch, Aufstoßen, Wiederaufsteigen von Speisen.
79.	0 1 2 3	Ich leide unter unangenehmen Empfindungen oder Brennen der Genitalorgane, Schmerzen oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen, häufigem Harndrang
80.	0 1 2 3	Ich leide unter starken gynäkologischen Beschwerden (starke Regelblutungen, schmerzhafte bzw. unregelmäßige Menstruation, Schmerz beim Geschlechtsverkehr, ungewöhnlicher oder verstärkter Vaginalausfluss)
81.	0 1 2 3	Ich leide unter Knochen- oder Gelenkbeschwerden mit Einschränkung der Beweglichkeit
82.	0 1 2 3	Ich habe Muskelverspannungen oder Muskelschmerzen.
83.	0 1 2 3	Ich leide unter Verminderung der Muskelkraft oder Lähmungen, für die keine organische Ursache gefunden wurde
84.	0 1 2 3	Ich leide unter Störungen der Sinnesorgane (Sehvermögen, Hörvermögen, Gleichgewichtsstörungen)
85.	0 1 2 3	Ich leide unter Verlust wichtiger Funktionen (Schluckbeschwerden, Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzsinns, Taubheit, Verlust der Stimme, Flüsterstimme, Ohnmachtzuständen, psychogenen Krampfanfällen, Harnverhaltung)
86.	0 1 2 3	Bei mir kommt es zu zielgerichtetem Weggehen, ohne dass ich mich später daran erinnern kann.
87.	0 1 2 3	Es passiert mir, dass ich zu verschiedenen Zeitpunkten ganz verschiedene Persönlichkeiten bin, die eventuell völlig andere Charaktere haben, evtl. auch andere Stimme und andere Art, sich zu bewegen haben.
88.	0 1 2 3	Es geschieht immer wieder, dass ich Beschwerden haben, die mir große Angst vor einer schweren Krankheit machen, medizinische Untersuchungen machen lassen, Ärzte nichts finden und die Symptome allmählich wieder nachlassen.
89.	0 1 2 3	Ich leide unter einem Schönheitsfehler, der mich sehr quält, obwohl andere das nicht bestätigen können.
90.	0 1 2 3	Ich habe ein schreckliches Erlebnis hinter mir (Überfall, Unfall, Naturkatastrophe o. ä.) und einige Zeit später begannen Symptome wie Schreckhaftigkeit, einschließende bildliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume, die mich bis heute verfolgen.

Danke für Ihre Zeit und Mühe!

(Autor: S. Sulz, © CIP-Medien Stand 2.3.2005)

13.2005

Name:

Datum:

0 = nicht 1 = leicht 2 = mittel 3 = sehr

0 1 2 3	101 Ich habe Angst, etwas zu tun oder zu sagen, wofür ich kritisiert oder abgelehnt werde. Geschieht dies trotzdem, so trifft mich Kritik wie ein Schlag.
0 1 2 3	102 Ich gehe auf andere Menschen nur zu, wenn ich sicher bin, dass sie mich akzeptieren oder mögen.
0 1 2 3	103 Ich vermeide oft soziale oder berufliche Aktivitäten, bei denen ich mit anderen Menschen Kontakt aufnehmen muss
0 1 2 3	104 Ich bin in Gesellschaft zurückhaltend, aus Angst, etwas Unpassendes oder Dummes zu sagen oder eine Frage nicht beantworten zu können
0 1 2 3	105 Ich befürchte vor anderen in Verlegenheit zu geraten, z.B. durch Erröten, Weinen oder Anzeichen von Angst
0 1 2 3	106 Ich neige dazu, gesellschaftliche Pflichten abzusagen, aus Furcht, ihnen nicht gewachsen zu sein
0 1 2 3	107 Ich weiß im Gespräch mit unvertrauten Menschen oft nicht, was ich sagen soll
0 1 2 3	108 Ich traue mich selten, anderen direkt zu sagen, was ich will - aus Angst, dass sie mir dann böse sind
0 1 2 3	109 Wenn mich etwas ärgert, behalte ich es meist für mich, um Streit zu vermeiden
0 1 2 3	110 Mir ist es wichtig, dass ich nicht unangenehm auffalle
	SU
0 1 2 3	201 Ich treffe auch im Alltag kaum Entscheidungen, ohne mich mit meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) zu beraten oder von ihr die Zustimmung zu dieser Entscheidung zu holen
0 1 2 3	202 Die wichtigsten Entscheidungen trifft fast immer meine Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund)
0 1 2 3	203 Mir wichtigen Menschen pflichte ich im Gespräch fast immer bei, selbst wenn ich sonst anderer Meinung bin
0 1 2 3	204 Ohne meine Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) unternehme ich selten etwas. Es macht mir einfach keinen Spaß, allein ohne sie/ihn etwas zu unternehmen
0 1 2 3	205 Bei gemeinsamen Aktivitäten geht die Initiative fast immer von meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) aus
0 1 2 3	206 Wenn ich dadurch die Zuneigung meiner Bezugsperson (Partner, Eltern, Freund) erringe bzw. bewahre, übernehme ich dafür unangenehme Tätigkeiten
0 1 2 3	207 Ich fühle mich allein meist unwohl und hilflos und vermeide dies nach Möglichkeit
0 1 2 3	208 Ich bin am Boden zerstört und hilflos, wenn eine enge Beziehung in die Brüche geht
0 1 2 3	209 Ich übernehme in einer festen Beziehung meist die Interessen und Vorlieben des anderen
0 1 2 3	210 Ich habe in Beziehungen Angst, verlassen zu werden
	DE
0 1 2 3	301 Immer wieder kann ich Aufgaben nicht zum Abschluss bringen, weil ich es so genau und perfekt machen möchte
0 1 2 3	302 Ich verliere mich oft in Details, Regeln, Listen, Ordnung, Organisation oder Plänen, dass mir die Hauptsache dabei verloren geht
0 1 2 3	303 Ich beharre sehr fest darauf, dass meine Arbeits- oder Vorgehensweisen von anderen übernommen werden
0 1 2 3	304 Ich überlasse anderen nur widerwillig Tätigkeiten, weil diese sie ohnehin nicht perfekt genug durchführen
0 1 2 3	305 Meine Arbeit und Produktivität ist mir wichtiger als meine privaten Vergnügen und als zwischenmenschliche Beziehungen
0 1 2 3	306 Ich zögere Entscheidungen oft hinaus, weil ich das Für und Wider zu ausgiebig abwäge und mir nicht klar werde, was mir letztendlich wichtiger erscheint
0 1 2 3	307 Ich bin in sehr hohem Maße gewissenhaft, besorgt und eher unnachgiebig in Bezug auf Moral und menschliche Werte
0 1 2 3	308 Mit Zeit, Geld oder Geschenken bin ich sparsam. Ich gebe nur etwas, wenn ich angemessene Gegenleistungen erwarten kann
0 1 2 3	309 Ich kann mich auch von längst nicht mehr benutzten Gegenständen nicht trennen
0 1 2 3	310 Gefühle drücke ich nur sparsam aus
	ZW
0 1 2 3	401 Ich kann Fristen deshalb nicht einhalten, weil ich mit dem Betreffenden bis zuletzt über Unstimmigkeiten oder Unklarheiten streiten oder verhandeln muss
0 1 2 3	402 Wenn man von mir etwas verlangt, das ich nicht tun möchte, werde ich mürrisch oder gereizt oder es kommt zum Streit
0 1 2 3	403 Arbeiten, die ich nicht tun möchte, verrichte ich immer langsam oder als "Dienst nach Vorschrift"
0 1 2 3	404 Oft beschwere ich mich, weil andere unsinnige Forderungen an mich stellen
0 1 2 3	405 Pflichten "vergesse" ich einfach
0 1 2 3	406 Ich bin in der Ausübung meiner Tätigkeiten besser, als andere glauben
0 1 2 3	407 Ich ärgere mich, wenn andere mir sagen wollen, wie ich meine Arbeit besser machen könne, selbst wenn sie Recht haben

0 1 2 3	408 Wie und wann ich meine Arbeit mache, entscheide ich, die sollen warten, bis ich fertig bin
0 1 2 3	409 Wenn mir nicht gefällt, was mein Gegenüber will, so gehe ich eher in eine passive Verweigerung als in offenen Protest
0 1 2 3	410 Bei Autoritätspersonen fällt mir sofort ein, was es an denen zu kritisieren gibt, so dass ich nicht so viel Achtung vor Ihnen habe
PA	
0 1 2 3	501 Ich brauche sehr viel Bestätigung und Beifall und irgendwie verschaffe ich mir das auch
0 1 2 3	502 Attraktives Aussehen und Auftreten steht an erster Stelle und verführerisch wirken darf gern dabei sein
0 1 2 3	503 Ich achte sehr darauf, dass es mir nicht passiert, unattraktiv auszusehen, das wäre mir sehr unangenehm
0 1 2 3	504 In zwischenmenschlichen Situationen bin ich mit meinen Gefühlen mit Haut und Haaren dabei und ich drücke meine Gefühle sehr stark aus - manchen mag das überschwänglich erscheinen
0 1 2 3	505 Ich fühle mich wohler, wenn ich im Mittelpunkt stehe, als wenn ich wenig Beachtung in einer geselligen Runde finde
0 1 2 3	506 Meine Gefühle können relativ schnell wechseln - mal bin ich ganz glücklich und froh, dann wieder ganz traurig
0 1 2 3	507 Meine Wünsche sind mir ganz wichtig und da möchte ich nicht lange warten
0 1 2 3	508 Ich reagiere so stark mit Gefühlen, dass sie mich in schwierigen Situationen eher kopflos machen
0 1 2 3	509 Einerseits gehe ich direkt in nahen Kontakt, aber wenn der andere dann die Initiative ergreift, wird es mir auch schnell zu nah und ich ergreife die Flucht
0 1 2 3	510 Sprachlich verwende ich gerne ausschmückende Worte, so eine genaue Sprache liegt mir nicht
HI	
0 1 2 3	601 Ich verspüre nicht den Wunsch nach einer nahen Beziehung, ich habe auch keine Freude an solchen Beziehungen
0 1 2 3	602 Es ist mir nicht wichtig, einer Familie oder einem Freundeskreis anzugehören
0 1 2 3	603 Ich suche mir fast immer Unternehmungen aus, die ich allein machen kann
0 1 2 3	604 So starke Gefühle wie Wut oder Freude habe ich selten
0 1 2 3	605 Sexuelle Kontakte sind mir nicht wichtig
0 1 2 3	606 Lob und Kritik anderer Menschen lösen in mir kaum Gefühle aus
0 1 2 3	607 Abgesehen von Eltern und Geschwistern habe ich höchstens eine wichtige Bezugsperson (Freund(in) oder Person meines Vertrauens)
0 1 2 3	608 Ich lasse nur sehr wenig Gefühle aus mir heraus
0 1 2 3	609 Ich weiß von mir, teils weil andere mir das sagten, dass ich kaum Wärme ausstrahle, eher distanziert wirke
0 1 2 3	610 Ich weiß von mir, teils durch andere, dass ich selten durch meinen Gesichtsausdruck oder Gesten (wie Lächeln oder Nicken) zeige, was in mir vorgeht
SC	
0 1 2 3	701 Auf Kritik reagiere ich oft mit intensiven Gefühlen der Wut, Scham oder Demütigung, ob ich es nun zeige oder nicht
0 1 2 3	702 Es gelingt mir oft, die Beziehungen zu anderen Menschen dazu zu nutzen, meine Ziele voranzubringen
0 1 2 3	703 Ich bin mir meiner doch großen Fähigkeiten und Talente sehr bewusst und möchte, dass andere diese deutlich sehen und richtig respektieren
0 1 2 3	704 Wenn ich mal Probleme habe, dann aus ganz besonderen einzigartigen Gründen. Nur wenige, besondere Menschen können das dann verstehen
0 1 2 3	705 Sehr oft bewegen mich Phantasien großen Erfolges
0 1 2 3	706 Im Kontakt mit anderen ist mir deren laufende Aufmerksamkeit wichtig. Ich ertappe mich dabei, dass ich mir Ihre Bewunderung holen möchte
0 1 2 3	707 Mit den Gefühlen anderer befasse ich mich nicht so sehr
0 1 2 3	708 Ich habe den Anspruch, von anderen meiner einzigartigen Persönlichkeit entsprechend behandelt zu werden, nicht wie einer unter vielen
0 1 2 3	709 Wenn ich es mal nicht geschafft habe, erstklassig zu sein, sondern nur durchschnittlich abschneide, so fühle ich mich als der ganz große Versager und fürchte zu einem Nichts zu werden, nichts mehr wert zu sein
0 1 2 3	710 Wenn andere mehr haben oder erreichen, werde ich extrem neidisch

NA	
0 1 2 3	801 Ich habe extrem intensive Beziehungen zu einem einzigen Menschen, leider nicht dauerhaft. Oft beginnt es mit starken Idealisierungen und endet ganz vehement in dessen völliger Verachtung und Abwertung
0 1 2 3	802 Ganz impulsiv kommt es bei mir zu Verhaltensexzessen wie Geldausgeben oder Ladendiebstahl oder rücksichtslosem Fahren oder sexuellen Exzessen oder Fressanfällen oder Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch
0 1 2 3	803 Stunden bis Tage lang habe ich außerhalb psychischer Erkrankungen sehr starke Verstimmungen mit Depression, starker Reizbarkeit oder großer Angst
0 1 2 3	804 Immer wieder kommt es bei mir zu extrem starker Wut, der ich ganz ausgeliefert bin, oder ich kann meine Wut nicht kontrollieren und muss etwas Aggressives tun
0 1 2 3	805 Es kommt immer wieder dazu, dass ich mit Selbstmord drohe oder einen Selbstmordversuch begehe oder mich körperlich absichtlich verletze
0 1 2 3	806 Ich kann mir nicht bewusst machen oder spüren, wer oder was ich bin, was ich will, was mir wichtig ist, auch bei meinen Freunden
0 1 2 3	807 Ich habe sehr oft und anhaltend ein Gefühl der quälenden Leere oder extremer Langeweile. Diese ist fast schlimmer als meine quälenden intensiven Gefühle
0 1 2 3	808 Bei mir ist es oft so, dass ich einen Menschen für ganz und gar gut, dagegen einen oder andere Menschen für völlig schlecht oder unerträglich empfinde
0 1 2 3	809 Oft frisst mich das Hin- und Hergerissensein zwischen intensiven gegensätzlichen Gefühlen wie Hass und Liebe oder Glück und Unglück auf
0 1 2 3	810 Allein und verlassen sein ist so schlimm, dass ich alles tue, ganz verzweifelte Aktivitäten starte, um dies zu verhindern. Meist erreiche ich damit das Gegenteil.
BO	
0 1 2 3	901 Wenn ich Menschen begegne, erwarte ich, dass sie mich übervorteilen, ausnutzen, benachteiligen, hinters Licht führen wollen
0 1 2 3	902 Auch Freunde und Kollegen halten nicht zu mir, sie sagen mir nicht die Wahrheit
0 1 2 3	903 Ich spreche kaum über mich, denn ich fürchte, dass andere, das was ich sage, böswillig gegen mich verwenden
0 1 2 3	904 Kleine Bemerkungen oder Reaktionen anderer zeigen oft eine gegen mich gerichtete versteckte Abwertung oder Bedrohung
0 1 2 3	905 Beleidigungen, missachtende oder verletzende Äußerungen anderer verzeihe ich nicht. Ich bin dann noch sehr lange voll Groll und Ärger
0 1 2 3	906 Ich rechne damit, dass andere meinen Charakter und meinen Ruf angreifen, da werde ich schnell wütend und wehre mich energisch
0 1 2 3	907 Ich kann einfach nicht glauben, dass mein Mann/meine Frau bzw. mein Freund/meine Freundin mir treu ist
0 1 2 3	908 Vieles in meiner Umwelt und in der Welt allgemein ist durch Verschwörung von bestimmten Menschen zustande gekommen
0 1 2 3	909 Ich muss ständig streiten, damit ich meine Rechte gegen andere verteidige. Ich beharre dann konsequent auf meinen Rechten
0 1 2 3	910 Mein Denken dreht sich oft um mich selbst. Ich bin halt ein besonderer, wichtiger Mensch
PR	

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Hamburger Module (HEALTH)

A Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Beschwerden**. Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten zwei Wochen durch diese Beschwerden gestört oder belastet** worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen unter ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 Angst oder Furcht, alleine aus dem Haus zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Angst oder Furcht, sich in größere Menschenmengen zu begeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Müdigkeit oder dem Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 Bauchschmerzen oder Verdauungsproblemen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder Ihr Leben beenden möchten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 dem Gefühl, einsam zu sein, auch wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 Schwierigkeiten, ein oder durchzuschlafen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 fehlendem Interesse und geringer Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 Angst oder Furcht vor offenen Plätzen oder auf die Straße zu gehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
14 einem Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15 Angst oder Furcht, in der Öffentlichkeit bewusstlos zu werden oder einen Herzanfall zu bekommen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16 Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17 dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, sich zu etwas aufzuraffen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
18 einem Gefühl von Schwere in den Armen und Beinen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
19 Schmerzen in Muskeln oder Gelenken	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
20 einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
21 Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen einer Zeitung oder beim Fernsehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
22 Kopfschmerzen oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
23 Angst oder Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
24 Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
25 Angst oder Furcht vor geschlossenen Räumen (z.B. Fahrstuhl, Tunnel, Kino)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH)

B Nachstehend finden Sie eine Liste von **Problemen und Schwierigkeiten**, die man **im Kontakt mit anderen Menschen** haben kann.
Bitte lesen Sie sich jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie sich **in den letzten zwei Wochen** durch diese Probleme im Kontakt mit anderen Menschen (Angehörigen, Freunden, fremden Personen, etc.) **belastet** oder **beeinträchtigt** gefühlt haben. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Wie sehr litten Sie in den letzten zwei Wochen ...?

	nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
1 unter Schwierigkeiten, eine fremde Person anzusprechen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass Sie ihn mögen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 darunter, dass Sie die Bedürfnisse anderer zu sehr über Ihre eigenen stellen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 unter Schwierigkeiten, anderen Menschen Ihre Gefühle zu zeigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 unter der mangelnden Fähigkeit, anderen gegenüber bestimmt aufzutreten, wenn es die Lage erfordert	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 unter Schwierigkeiten, Ihre wichtigen Anliegen anderen gegenüber durchzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 unter Schwierigkeiten, andere wissen zu lassen, dass Sie wütend sind	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 unter Schwierigkeiten, jemandem zu sagen, dass er Sie nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 darunter, dass es Ihnen schwer fällt, anderen Menschen zu vertrauen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 darunter, dass Sie sich zu sehr von anderen ausnutzen lassen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 unter der Angst, etwas Falsches zu sagen oder zu tun	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 darunter, dass Sie nach Kritik an Ihrer Tätigkeit oder Arbeit, weniger zustande bringen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13 unter Schwierigkeiten, bestehende Bekanntschaften oder Freundschaften aufrecht zu erhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

C Im Folgenden finden Sie einige Aussagen, mit denen man beschreiben kann, **wie man sich fühlt**.

Bitte geben Sie an, wie oft Sie sich **in den letzten zwei Wochen** so gefühlt haben!

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1 Ich fühle mich gelöst	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 Ich bin ruhig	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 Ich fühle mich wohl	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 Ich bin entspannt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 Ich fühle mich ausgeruht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 Ich kann mich freuen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 Ich kann genießen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Hamburger Module (HEALTH)

D Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich darauf beziehen, inwieweit **Sie sich** trotz Ihrer körperlichen oder seelischen Beschwerden **in der Lage fühlen, Ihre Aufgaben zu erledigen, mit Belastungen umzugehen oder Dinge zu tun, die Ihnen wichtig sind**. Bitte geben Sie für die **letzten zwei Wochen** an, wie sehr die jeweilige Aussage für Sie zutrifft.

Trotz meiner Beschwerden bin ich in der Lage ...

	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt sehr
1 ... die meisten meiner Aufgaben im Haushalt zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2 ... mich aus einem Stimmungstief wieder herauszuholen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3 ... mit meinen Schwierigkeiten und Problemen gut umgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4 ... meine persönlichen Ziele, die ich mir setze, zu erreichen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5 ... schwierige Probleme zu lösen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6 ... viele Dingen zu tun, die mir Spaß machen (z.B. meine Hobbys, Freizeitaktivitäten)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7 ... meiner Arbeit nachzugehen (z.B. Hausarbeit, bezahlte und unbezahlte Arbeit).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8 ... meine Kontakte zu Freunden und Bekannten für mich sinnvoll zu gestalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9 ... von meinen alltäglichen Belastungen abzuschalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10 ... meinen normalen Lebensstil aufrechtzuerhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
11 ... mir neue Fertigkeiten und Kompetenzen anzueignen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12 ... mich mit anderen Menschen auseinander zu setzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

E Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Gesundheit und ihre Zufriedenheit.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **in den letzten beiden Wochen** im Allgemeinen beschreiben?

sehr gut ₀ gut ₁ mittel ₂ schlecht ₃ sehr schlecht ₄

2. Wie stark waren insgesamt Ihre körperlichen Beschwerden **in den letzten beiden Wochen**?

nicht vorhanden ₀ wenig ₁ mittel ₂ stark ₃ sehr stark ₄

3. Wie stark waren insgesamt Ihre psychischen Beschwerden **in den letzten beiden Wochen**?

nicht vorhanden ₀ wenig ₁ mittel ₂ stark ₃ sehr stark ₄

4. Wenn Sie Ihre gesamte Situation betrachten: Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?

sehr zufrieden ₀ zufrieden ₁ mittel ₂ unzufrieden ₃ sehr unzufrieden ₄

Hamburger Module (HEALTH)

F Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beeinträchtigungen in Beruf, Haushalt, Freizeit oder sozialen Beziehungen aufgrund von seelischen oder körperlichen Beschwerden in den letzten zwei Wochen!						
Wie oft hatten Sie irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
		nicht	wenig	mittel	ziemlich	sehr
4	Wie sehr waren Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	Wie stark waren Sie darin beeinträchtigt , sich selbst zu versorgen (z.B. Einkaufen, Waschen, Kochen)?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Wie oft waren Sie in Ihrer Freizeit beeinträchtigt?		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
6	Ich konnte nicht so lange wie gewohnt meinen Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	Ich konnte nicht meinen gewohnten Freizeitbeschäftigungen und Hobbys nachgehen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	Ich war unzufrieden mit meinen Freizeitbeschäftigungen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

G Manchmal ist das Verhalten der anderen sehr hilfreich, manchmal weniger, manchmal ist es auch belastend. Bitte geben Sie an, wie häufig von den Menschen, die Ihnen nahe stehen, jemand ...						
		nie	selten	gelegentlich	oft	immer
1	es schwierig findet, zu verstehen, wie Sie sich fühlen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Ihnen das Gefühl gibt, dass ihm/ihr etwas an Ihnen liegt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	Ihre Schwierigkeiten und Probleme herunter spielt	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	für Sie da ist, wenn Sie ihn/sie brauchen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5	sich unbehaglich zu fühlen scheint, wenn er/sie mit Ihnen über Ihre Probleme spricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
6	wichtige Entscheidungen mit Ihnen bespricht	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
7	mehr von Ihnen erwartet, als Sie leisten können	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
8	Sie aufmuntert oder tröstet	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9	sich ärgert, wenn Sie seinen/ihren Rat nicht annehmen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
10	einen Teil seiner/ihrer Zeit oder Energie opfert, um etwas für Sie zu erledigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Fragebogen zum Therapieverlauf (HAQ-S)

zu Therapiebeginn

Pat.-Code: _____

Das Ziel dieses Fragebogens ist, dass Sie anhand der unten aufgeführten Aussagen Ihre **Erwartungen gegenüber Ihrem Therapeuten und Ihrer Therapie** beurteilen.

Prüfen Sie bitte jede dieser Aussagen daraufhin, inwieweit diese Ihren Erwartungen gegenüber Ihrem Therapeuten und Ihrer künftigen Therapie als zutreffend oder nicht zutreffend entsprechen.

Antworten Sie ruhig spontan, so wie Sie fühlen; es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte geben Sie ohne Ausnahme Ihre Einschätzung 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 Therapeut mir helfen wird.	<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 helfen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich glaube, dass ich in einer Therapie neue Einsichten gewinnen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Durch die Therapie werde ich mich bald besser fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich glaube, dass die Behandlung mir helfen wird, die Probleme zu bewältigen, derentwegen ich komme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich glaube, ich werde mich auf meinen Therapeuten verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich glaube, dass mein Therapeut mich verstehen wird.	<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
8. Ich glaube, dass mein Therapeut mir helfen wird, meine Ziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich glaube, dass ich und mein Therapeut ernsthaft an einem Strang ziehen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich glaube, dass ich und mein Therapeut meine Probleme ähnlich sehen und beurteilen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich glaube, dass die Behandlung mich in die Lage versetzen wird, mich selbst zu verstehen und mich selbstständig mit mir auseinandersetzen zu können. (d.h. auch dann, wenn ich mit meinem Therapeuten keine weiteren Gespräche mehr habe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir geht es im Vergleich zum Behandlungsbeginn besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Erwartete Veränderungen während der Behandlung:

Ich glaube, dass es mir in folgenden Hinsichten besser gehen wird:

Ich glaube, dass es mir in folgenden Hinsichten schlechter gehen wird:

14. Schätzen Sie bitte allgemein ein, wie es Ihnen im Moment geht:

Sehr schlecht	schlecht	mäßig	gut	sehr gut
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fremdbeurteilung Helping Alliance Questionnaire (HAQ-F)

zu Therapiebeginn

Pat.-Code: _____

Bitte schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Patienten anhand der unten aufgeführten Aussagen ein.

Wählen Sie bitte eine der folgenden 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 habe den Eindruck, dass ich meinem Patienten helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ich habe den Eindruck, dass die Behandlung meinem Patienten helfen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ich habe den Eindruck, dass mein Patient einige neue Einsichten gewinnen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ich habe den Eindruck, dass sich mein Patient besser fühlen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich habe den Eindruck, dass mein Patient die Probleme bewältigen kann, wegen derer er zur Behandlung kommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich habe den Eindruck, dass ich für meinen Patienten verlässlich bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Ich habe den Eindruck, dass ich meinen Patienten verstehe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Ich habe den Eindruck, dass ich mich dafür einsetze, dass der Patient seine Ziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

