

www.testarchiv.eu

## Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

### TeF

### Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige

Linden, M., Lind, A. & Quosh, C. (2017)

Linden, M., Lind, A. & Quosh, C. (2017). TeF. Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige [Verfahrensdokumentation, Fragebogen für Patienten (TeF-P) und Angehörige (TeF-A)]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.  
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4667>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

**<https://www.testarchiv.eu/de/test/9005963>**

#### Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei den AutorInnen.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

---

#### Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).

By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Therapieerleben-Fragebogen für Patienten (TeF-P)

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich auf Ihre Therapie beziehen. Bitte markieren Sie durch Ankreuzen, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen. Dabei gibt es keine richtigen und falschen Antworten, kreuzen Sie deshalb diejenige Antwortmöglichkeit an, die am ehesten auf Sie persönlich zutrifft. Natürlich können mit den kurzen Aussagen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden und vielleicht treffen deshalb einige nicht so gut auf Sie zu. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

**Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Aussagen auf die laufende Therapie.**

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
1. Die Therapie ist mir bei der Bewältigung von eigenen Problemen eine spürbare Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Angst, dass man durch die Therapie ein anderer Mensch wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich unterstütze die Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Therapie zielt darauf ab, andere Sichtweisen kennen zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die mit der Therapie verbundenen Anstrengungen nehme ich gerne in Kauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Angst, dass ich durch die Therapie als Schuldige/r angesehen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe das Gefühl, dass meine Bezugsperson (z.B. Partner/in) und ich durch die Therapie besser mit Problemen umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich trage meinen Teil dazu bei, dass die Therapie ein Erfolg wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In der Therapie lernt man, besser mit Gefühlen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe das Gefühl, dass die Beziehung zu meiner Bezugsperson (z.B. Partner/in) durch die Therapie intensiver wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Für die Therapie bringe ich gerne zusätzliche Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich empfinde die Therapie als Vorwurf mir gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich sehe meine Rolle in der Therapie als Schuldige/r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst, durch die Therapie alleine dazustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich führe mit Anderen Gespräche über das, was in der Therapie läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich verstehe, was in der Therapie passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Ich habe das Gefühl, dass man als Patient durch die Therapie noch mehr unter den bestehenden Problemen leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich weiß, was in der Therapie erreicht werden soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich weiß, was in der Therapie passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe das Gefühl, dass meine Bezugsperson (z.B. Partner/in) und ich durch die Therapie offener miteinander reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die Therapie macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich engagiere mich für die Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich befürchte, dass im Rahmen der Therapie sehr intime Dinge besprochen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich fühle mich nicht ausreichend informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich fühle mich durch die Therapie persönlich angegriffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich denke, dass eine Therapie hilfreich sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich empfinde die Therapie als Vertrauensbruch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich fühle mich durch die Therapie hintergangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich bin mit der Therapie zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. In der Therapie lernt man, anders mit Problemen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich empfinde die Therapie als Eingeständnis meines Versagens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich tue das mir mögliche, um die Therapie voranzubringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich fühle mich durch die Therapie ausgeliefert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich fühle mich durch die Therapie im Stich gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich fühle mich in Entscheidungen über anstehende Behandlungsschritte einbezogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich habe das Gefühl, dass die Therapie hilft, alltägliche Aufgaben besser zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich erhalte durch die Therapie Anregungen, die mir im Umgang mit Problemen nützlich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich habe Angst, durch die Therapie ausgegrenzt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich lehne die Therapie ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich hoffe, dass man durch die Therapie in die Lage versetzt wird, Probleme besser lösen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>