



Teil A: Zeitpunkt

A1. Zunächst wählen Sie bitte den Zeitpunkt aus, an dem Sie sich momentan in Ihren Psychotherapie-Sitzungen befinden. Je nach Auswahl werden Ihnen die entsprechenden Fragebögen zum Ausfüllen angezeigt.

Beginn der Therapie (fülle den Fragebogen das erste Mal)

Nach 6 Monaten Therapie

Nach 12 Monaten Therapie

Nach 18 Monaten Therapie (Ende der Studie)

Follow-up: 6 Monate nach Ende der Therapie

Teil B: Ihr Code

B1.

Geben Sie hier Ihren 8-stelligen Code ein:

Beispiel: AT-LP0-AK0

AT = Österreich

LP0 = Initialen der Therapeut:in und Prüfziffer 0

AK0 = Ihre Initialen und Prüfziffer 0

Teil C: Angaben zu Ihrer Person

Im Folgenden bitten wir Sie Angaben zu Ihrer Person und Lebenssituation zu machen:

C1. Welchem Geschlecht fühlen Sie sich zugehörig?

männlich

weiblich

divers



C2.

Wie alt sind Sie (in Jahren)?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C3. Haben Sie Kinder?

Ja

Nein

C4.

Wie lautet Ihr höchster Bildungsabschluss?

kein Pflichtschulabschluss

Sonderschulabschluss

Pflichtschulabschluss

Matura/Reifeprüfung

Hochschulabschluss

Sonstiges

Sonstiges

C5. Wie ist Ihre aktueller Familienstand?

Alleinlebend (ohne Familienangehörigen)

mit Partner:in lebend

Leben in einer vorübergehenden Unterkunft (zB. Notunterkunft, Obdachlosigkeit)

Leben in einer Einrichtung/Krankenhaus

Leben bei den Eltern/Erziehungsberechtigten

Wohnen bei anderen Verwandten/Freund:innen

Leben in Gemeinschaftsunterkünften

Betreuung von Kindern unter 5 Jahren

Betreuung von Kindern über 5 Jahren

Vollzeitpflegeperson (für behinderte/ältere Menschen)



Sonstiges



Sonstiges

C6. Sind Sie derzeit berufstätig?

ja

nein

C7. Sind Sie derzeit in psychiatrischer Behandlung (zB. bei einem Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie)?

ja

nein

C8. Nehmen Sie derzeit Psychopharmaka zur Behandlung von psychischen Beschwerden?

ja

nein

C9. Welche Psychopharmaka nehmen Sie?

Antipsychotika

Antidepressiva

Anxiolytika / Hypnotika

Sonstiges

Sonstiges



C10. Wie viel Erfahrungen haben Sie mit Psychotherapie bzw. psychotherapeutischer Behandlung?

- keine Erfahrung mit Psychotherapie
- ein paar Wochen Psychotherapie
- ein paar Monate regelmäßige Psychotherapie
- ca. 1 Jahr regelmäßige Psychotherapie
- ca. 2 Jahre regelmäßige Psychotherapie
- ca. 3 Jahre regelmäßige Psychotherapie
- ca. 4 Jahre regelmäßige Psychotherapie
- mehr als 4 Jahre regelmäßige Psychotherapie

Teil D: Fragebögen zur Persönlichkeit

D1.

Auf der folgenden Seite finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen verschiedene Eigenschaften von Personen beschrieben werden. Bitte geben Sie an, wie sehr diese Aussagen auf Sie zutreffen. Wählen Sie bitte diejenige Antwort aus, die im Allgemeinen auf Sie am besten zutrifft.

Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch im Erleben anders ist.

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
Ich erlebe mich manchmal wie eine fremde Person.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich viel über mich nachdenke, gerate ich eher in Verwirrung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn man andere zu nahe an sich heran lässt, kann das gefährlich werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich anderen oft schwer verständlich machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In mir herrscht oft ein solches Gefühlschaos, dass ich es gar nicht beschreiben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schätze manchmal falsch ein, wie mein Verhalten auf andere wirkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn andere viel über mich wissen, fühle ich mich oft irgendwie kontrolliert oder beobachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gefühle sind manchmal so intensiv, dass ich Angst bekomme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin schon sehr verletzt worden, weil ich mich in einem Menschen getäuscht hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	mit persönlich zugestoßen	Zeuge:in davon gewesen	davon erfahren	im Rahmen meines Berufes	unsicher	trifft nicht zu
Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu irgendeiner Art von sexueller Handlung durch Gewalt oder Androhung von Gewalt gezwungen werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere unerwünschte oder unangenehme sexuelle Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (beim Militär oder als Zivilist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefangenschaft (z.B. gekidnappt, entführt, als Geisel genommen werden, Kriegsgefangener)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweres menschliches Leid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzlicher gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzlicher Unfalltod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Verletzung, Schaden oder Tod, die/den Sie jemand anderem zugefügt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2.

Diese Fragen befassen sich mit einigen Ihrer Erfahrungen während Ihrer Kindheit und Jugend (bis zum 18. Lebensjahr). Auch wenn die Fragen sehr persönlich sind, versuchen Sie bitte, sie so ehrlich wie möglich zu beantworten. Wählen Sie dafür bitte für jede Frage das Kästchen aus, das am besten beschreibt, wie Sie rückblickend die Situation einschätzen.

Als ich aufwuchs ...

	überhaupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
... hatte ich nicht genügend zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wusste ich, dass es jemand gibt, der sich um mich kümmert und mich schützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bezeichneten mich Personen aus meiner Familie als „dumm“, „faul“ oder „hässlich“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... waren meine Eltern zu betrunken oder von anderen Drogen „high“, um für die Familie zu sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gab es jemand in der Familie, der mir das Gefühl gab, wichtig und jemand Besonderes zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... musste ich dreckige Kleidung tragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	überhaupt nicht	sehr selten	einige Male	häufig	sehr häufig
... glaubte ich, dass meine Eltern wünschten, ich wäre nie geboren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich von jemandem aus meiner Familie so stark geschlagen, dass ich zum Arzt oder ins Krankenhaus musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gab es nichts, was ich an meiner Familie ändern wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich mit einem Gürtel, einen Stock, einem Riemen oder mit einem harten Gegenstand bestraft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gaben meine Familienmitglieder aufeinander Acht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sagten Personen aus meiner Familie verletzende oder beleidigende Dinge zu mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich bin körperlich misshandelt worden, als ich aufwuchs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich eine perfekte Kindheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wurde ich so stark geschlagen oder verprügelt, dass es jemandem (z. B. Lehrer, Nachbar oder Arzt) auffiel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fühlten sich meine Familienmitglieder einander nah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... versuchte jemand, mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... drohte mir jemand, mir weh zu tun oder Lügen über mich zu erzählen, wenn ich keine sexuellen Handlungen mit ihm oder ihr ausführen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatte ich die beste Familie der Welt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... versuchte jemand, mich dazu zu bringen, sexuelle Dinge zu tun oder bei sexuellen Dingen zuzusehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... belästigte mich jemand sexuell.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich bin emotional (gefühlsmäßig) missbraucht worden, als ich aufwuchs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, ich bin sexuell missbraucht worden, als ich aufwuchs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war meine Familie mir eine Quelle der Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Teil F: Fragebogen zum Wohlbefinden

F1.

Dieser Fragebogen umfasst 34 Aussagen dazu, wie es Ihnen IN DER LETZTEN WOCHE ergangen ist. Bitte lesen Sie jede Aussage und überlegen Sie, wie oft Sie sich in der letzten Woche so gefühlt haben. Kreuzen Sie dann das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte benutzen Sie einen Kugelschreiber (keinen Bleistift) und kreuzen Sie deutlich eines der Kästchen an.

Während der letzten Woche...

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	fast immer
...habe ich mich schrecklich allein und isoliert gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich angespannt, unruhig oder nervös gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich das Gefühl, dass jemand da ist, an den ich mich wenden kann, wenn ich Unterstützung brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich zufrieden mit mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich völlig energielos gefühlt und konnte mich für nichts begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bin ich anderen gegenüber körperlich gewalttätig geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich das Gefühl, mit Schwierigkeiten umgehen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hatte ich Beschwerden, Schmerzen oder andere körperliche Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich daran gedacht, mich selbst zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war es mir zu viel, mit anderen zu reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben mich Anspannung und Angst davon abgehalten, wichtige Dinge zu tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich zufrieden mit den Dingen, die ich getan habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich durch unerwünschte Gedanken und Gefühle beunruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war mir zum Weinen zumute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich Panik und Schrecken empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich geplant, mein Leben zu beenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich von meinen Problemen überwältigt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft	fast immer
...hatte ich Schwierigkeiten, einzuschlafen oder durchzuschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich Wärme und Zuneigung für jemanden empfunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...konnte ich meine Probleme nicht beiseite schieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich in der Lage, die meisten Dinge zu erledigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich jemanden bedroht oder eingeschüchtert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich verzweifelt oder hoffnungslos gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dachte ich, es wäre besser, wenn ich tot wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich von anderen kritisiert gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dachte ich, dass ich keine Freunde habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich unglücklich gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...haben mich ungewollte Bilder und Erinnerungen gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich in der Gegenwart anderer schnell gereizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich gedacht, dass ich an meinen Problemen und Schwierigkeiten selbst schuld bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...war ich zuversichtlich im Hinblick auf meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich erreicht, was ich wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich von anderen erniedrigt oder beschämt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich mich selbst verletzt oder meine Gesundheit großen Gefahren ausgesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für die Teilnahme an der Studie! Sie haben mit der Beantwortung der Fragen einen wertvollen Beitrag zur Forschung geleistet!