

Negative Effekte und Auswirkungen von Psychotherapie

Während einer psychotherapeutischen Behandlung können sowohl erwünschte als auch unerwünschte Effekte und Ereignisse auftreten. Bei diesem Fragebogen geht es um die Auswirkungen der Therapie, von denen Sie denken, dass sie unerwünscht oder negativ waren. Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen durch und geben Sie als erstes an, ob Sie während der Therapie eine dieser Auswirkungen bei sich beobachtet haben. Geben Sie anschließend das Ausmaß an, in dem Sie sich durch diese beeinträchtigt gefühlt haben. Außerdem bitten wir Sie einzuschätzen, ob diese Veränderungen durch die Therapie oder durch andere Umstände, die während des Behandlungszeitraumes aufgetreten sind, verursacht wurden.

Auswirkung oder Ereignis:	Aufgetreten?		Wenn ja – in diesem Ausmaß beeinträchtigte dies mich:					Vermutlich verursacht durch:	
	Nein	Ja	Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Stark	Sehr stark	Die therapeutische Behandlung	Andere Umstände
1. Ich hatte größere Probleme mit meinem Schlaf	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich fühlte mich gestresster	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich hatte mehr Angst	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich wurde unruhiger	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich fühlte mich niedergeschlagener	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich empfand eine große Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich bekam ein geringeres Selbstwertgefühl	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich verlor das Vertrauen in mich selbst	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich fühlte mich trauriger	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich fühlte mich weniger kompetent	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich erlebte mehr unangenehme Gefühle	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich beobachtete, dass sich das, weswegen ich die Therapie aufsuchte, verschlechterte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich erlebte, dass alte, unangenehme Erinnerungen wieder hochkamen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich bekam Angst, dass andere Menschen ahnen könnten, dass ich eine therapeutische Behandlung aufsuche	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auswirkung oder Ereignis:

Aufgetreten?

Wenn ja – in diesem Ausmaß
beeinträchtigte dies mich:

Vermutlich verursacht durch:

	Nein	Ja	Wenn ja – in diesem Ausmaß beeinträchtigte dies mich:					Vermutlich verursacht durch:	
			Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Stark	Sehr stark	Die therapeutische Behandlung	Andere Umstände
15. Ich bekam Gedanken, dass es besser wäre, wenn ich nicht mehr da wäre, oder dass ich mir das Leben nehmen sollte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich begann, mich vor anderen dafür zu schämen, dass ich eine Therapie machte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich hörte auf zu glauben, dass die Dinge besser werden können	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich begann zu glauben, dass das, weswegen ich die Therapie aufsuchte, nicht zum Besseren beeinflusst werden kann	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich hörte auf zu glauben, dass mir geholfen werden kann	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich scheine eine Abhängigkeit von der Therapie entwickelt zu haben	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich scheine eine Abhängigkeit von meinem Therapeuten/meiner Therapeutin entwickelt zu haben	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich habe das, was in der Therapie gemacht wurde, nicht immer verstanden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich habe meinen Therapeuten/meine Therapeutin nicht immer verstanden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich hatte kein Vertrauen in die Therapie	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich hatte kein Vertrauen zu meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich hatte das Gefühl, dass die Behandlung nichts gebracht hat	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ich hatte nicht das Gefühl, dass meine Erwartungen an die Therapie erfüllt wurden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Ich hatte nicht das Gefühl, dass meine Erwartungen an den Therapeuten/die Therapeutin erfüllt wurden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auswirkung oder Ereignis:

Aufgetreten?

**Wenn ja – in diesem Ausmaß
beeinträchtigte dies mich:**

Vermutlich verursacht durch:

	Nein	Ja	Wenn ja – in diesem Ausmaß beeinträchtigte dies mich:					Vermutlich verursacht durch:	
			Gar nicht	Etwas	Mittel- mäßig	Stark	Sehr stark	Die therapeutische Behandlung	Andere Umstände
29. Ich hatte das Gefühl, dass die Qualität der Behandlung schlecht war	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich hatte das Gefühl, dass diese Behandlung für mich nicht passend war	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Ich hatte das Gefühl, dass ich keine engere Beziehung mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin aufbauen konnte	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich fand, die Behandlung war demotivierend	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sonstige – Falls es andere negative Auswirkungen oder Ereignisse gab, beschreiben Sie diese hier in Ihren eigenen Worten
