

**Digital Appendix TRAIN<sub>4</sub>Positivity – Development and Pilot Evaluation of a Mobile-Based Training  
of Positivity Bias at the Level of Action Tendencies**

**Appendix K2 Screening, Pretest, and Posttest Questionnaires**

**Appendix K2.1 Self-Report Questionnaires Screening**



---

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)      Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Forschung mitzuwirken.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den kommenden Seiten sorgfältig und vollständig. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist allein Ihre persönliche Einschätzung. Dies ist kein Leistungstest.

Der Fragebogen wird anonym und vertraulich ausgewertet. Die Befunde werden nur in zusammengefasster Form veröffentlicht. Ein Rückschluss auf die einzelne Person ist hierbei weder beabsichtigt noch möglich.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Studienteam

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Anamnesebogen**

Im Folgenden bitten wir Sie, einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person zu machen.

**Geschlecht und Geburtsdatum:**

1. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an ☐ männlich ☐ weiblich
2. Bitte geben Sie Ihr Alter an \_\_\_\_\_ (Jahre)

**Herkunft und Sprache:**

3. Wo sind Sie geboren? (Bitte geben Sie das Land an) \_\_\_\_\_
4. Deutsch ist meine Muttersprache ☐ ja ☐ nein

**Fragen zur Gesundheit:**

5. Im Vergleich zu Gleichaltrigen bin ich:
- ☐ Weniger gesund/häufiger krank
- ☐ Gleich gesund/gleich häufig krank
- ☐ Gesünder/weniger oft krank
- ☐ Viel gesünder/viel weniger krank
- ☐ Ich bin nie krank

6. Ich leide aktuell bzw. litt in der Vergangenheit an folgenden ärztlich/therapeutisch diagnostizierten Erkrankungen (→ **Mehrfachnennungen möglich**)

Bitte ankreuzen:	aktuell	früher
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (hoher Blutzucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte (hohes Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber (Hepatitis, Zirrhose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (Nierenunterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tumor des Gehirns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma (unfallbedingte Gehirnerschütterung, Gehirmprellung o.a. Gehirnverletzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwere Verletzungen des Gehirns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hirnblutung (Schlaganfall mit Einblutung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hirninfarkt (Schlaganfall mit Minderdurchblutung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entzündliche Erkrankung des Gehirns (z.B. Hirnhautentzündung, Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neurodegenerative Erkrankung (z.B. Parkinson Erkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bipolare Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Organische Psychische Störungen (z. B. Demenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bekannte Intelligenzminderung (geistige Behinderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## Bitte ankreuzen:

aktuell

früher

☐ Epilepsie (Fallsucht, Krampfleiden)☐☐☐ Depression☐☐☐ Schizophrenie☐☐☐ Angststörung (Phobie, Panikstörung)☐☐☐ Zwangsstörung☐☐☐ Essstörung☐☐☐ Posttraumatische Belastungsstörung☐☐☐ ADHS☐☐☐ Persönlichkeitsstörungen☐☐☐ Suchterkrankung (Alkohol)☐☐☐ Suchterkrankung (Medikamente)☐☐☐ Suchterkrankung (Drogen)☐☐☐ Folgende Stoffe habe ich während meiner Suchterkrankung eingenommen/nehme ich ein:

\_\_\_\_\_

## 7. Befanden oder befinden Sie sich in professioneller psychotherapeutischer Behandlung?

(ambulant oder stationär)

☐ aktuell☐ früher☐ trifft nicht zu

## 8. Befanden oder befinden Sie sich in professioneller psychiatrischer Behandlung?

(ambulant oder stationär)

☐ aktuell☐ früher☐ trifft nicht zu

## 9. Ich nehme regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente:

☐ ja☐ nein

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

## 10. Meine Mutter hat/hatte folgende Krankheiten:

\_\_\_\_\_ ☐ nicht zutreffend

## 11. Mein Vater hat/hatte folgende Krankheiten:

\_\_\_\_\_ ☐ nicht zutreffend

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem körperlichen Gesundheitszustand:

12. Wie sehr waren Sie in den vergangenen vier Wochen in Ihrer beruflichen Tätigkeit durch körperliche Gesundheitsprobleme eingeschränkt (z. B. Arbeitszeit aufgrund der Gesundheitsprobleme reduziert, mehr Anstrengung erforderlich, geringere Leistungsfähigkeit)?

☐ Überhaupt nicht☐ Ein wenig☐ Mäßig☐ Ziemlich viel☐ Extrem

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

13. Wie sehr waren Sie in den vergangenen vier Wochen in Ihren Alltagsaktivitäten durch körperliche Gesundheitsprobleme eingeschränkt?

- ☐ Überhaupt nicht  
☐ Ein wenig  
☐ Mäßig  
☐ Ziemlich viel  
☐ Extrem

14. Wie sehr waren Sie in den vergangenen vier Wochen in Ihren sozialen Aktivitäten mit Familie/Freunden/ Nachbarn etc. durch körperliche Gesundheitsprobleme eingeschränkt?

- ☐ Überhaupt nicht  
☐ Ein wenig  
☐ Mäßig  
☐ Ziemlich viel  
☐ Extrem

15. Wie stark litten Sie in den vergangenen vier Wochen unter körperlichen Schmerzen?

- ☐ Überhaupt nicht  
☐ Ein wenig  
☐ Mäßig  
☐ Ziemlich viel  
☐ Extrem

16. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 12 Monaten Ihren Hausarzt konsultiert?

Anzahl der Arztbesuche: \_\_\_\_\_

17. Wie häufig wurden Sie in den vergangenen 12 Monaten stationär im Krankenhaus behandelt?  
*(Keine ambulanten Behandlungen)*

Anzahl der stationären  
Krankenhausaufenthalte: \_\_\_\_\_

18. Leiden Sie unter einer Sehschwäche (z. B. Kurz- oder Weitsichtigkeit)?

- ☐ ja ☐ nein

19. Tragen Sie eine Sehhilfe (z. B. Brille, Kontaktlinsen)?

- ☐ ja ☐ nein

20. Liegen bei Ihnen motorische Einschränkungen vor, die eine Handynutzung beeinträchtigen oder verhindern (z. B. Verletzung, Einschränkungen der Motorik infolge einer Erkrankung)?

- ☐ ja ☐ nein

## Gewohnheiten:

21. An wie vielen Tagen in der Woche nutzen Sie den Computer (einschließlich Tablet) durchschnittlich (z. B. am Arbeitsplatz, zu Hause)?

- ☐ ich nutze den Computer nie → **weiter mit Frage 23**

- ☐ 1 Tag  
☐ 2 Tage  
☐ 3 Tage  
☐ 4 Tage  
☐ 5 Tage  
☐ 6 Tage  
☐ 7 Tage

22. Wie lange nutzen Sie den Computer (einschließlich Tablet) insgesamt durchschnittlich pro Tag (z. B. am Arbeitsplatz, zu Hause)?

An Werktagen (Montag – Freitag)

- ☐ < 1h ☐ 1-2h ☐ 2-3h ☐ 3-4h

- ☐ 4-6h ☐ 6-8h ☐ > 8h

Am Wochenende (Samstag &amp; Sonntag)

- ☐ < 1h ☐ 1-2h ☐ 2-3h ☐ 3-4h

- ☐ 4-6h ☐ 6-8h ☐ > 8h

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

23. An wie vielen Tagen in der Woche nutzen Sie das Handy durchschnittlich (z. B. am Arbeitsplatz, zu Hause)?

☐ ich nutze das Handy nie → weiter mit Frage 25

- ☐ 1 Tag  
☐ 2 Tage  
☐ 3 Tage  
☐ 4 Tage  
☐ 5 Tage  
☐ 6 Tage  
☐ 7 Tage

24. Wie lange nutzen Sie das Handy insgesamt durchschnittlich pro Tag (z. B. am Arbeitsplatz, zu Hause)?

An Werktagen (Montag – Freitag)

- ☐ < 1h    ☐ 1-2h    ☐ 2-3h    ☐ 3-4h  
☐ 4-6h    ☐ 6-8h    ☐ > 8h

Am Wochenende (Samstag &amp; Sonntag)

- ☐ < 1h    ☐ 1-2h    ☐ 2-3h    ☐ 3-4h  
☐ 4-6h    ☐ 6-8h    ☐ > 8h

25. An wie vielen Tagen in der Woche nutzen Sie das Internet durchschnittlich? Bitte denken Sie dabei auch an die Nutzung des Internets an Ihrem Arbeitsplatz oder auf Ihrem internetfähigen Handy.

☐ ich nutze das Internet nie → weiter mit Frage 27

- ☐ 1 Tag  
☐ 2 Tage  
☐ 3 Tage  
☐ 4 Tage  
☐ 5 Tage  
☐ 6 Tage  
☐ 7 Tage

26. Wie lange nutzen Sie das Internet insgesamt durchschnittlich pro Tag? Bitte denken Sie dabei auch an die Nutzung des Internets an Ihrem Arbeitsplatz oder auf Ihrem internetfähigen Handy.

An Werktagen (Montag – Freitag)

- ☐ < 1h    ☐ 1-2h    ☐ 2-3h    ☐ 3-4h  
☐ 4-6h    ☐ 6-8h    ☐ > 8h

Am Wochenende (Samstag &amp; Sonntag)

- ☐ < 1h    ☐ 1-2h    ☐ 2-3h    ☐ 3-4h  
☐ 4-6h    ☐ 6-8h    ☐ > 8h

27. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

- ☐ nie → weiter mit Frage 37    ☐ etwa 1 mal/ Monat oder weniger    ☐ 2-4 mal/ Monat  
☐ 2-4 mal/ Woche    ☐ 4 mal oder mehr/Woche

28. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag? (ein Getränk entspricht etwa 0,75l Bier, 0,25l Wein oder Sekt, 2cl Schnaps oder 4cl Likör).

- ☐ 1 - 2    ☐ 3 - 4    ☐ 5 - 6    ☐ 7 - 9    ☐ 10 oder mehr

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum:

	Nie	Weniger als ein- mal im Monat	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	Täglich oder fast täglich
29. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol (=Standardgetränk) bei einer Gelegenheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass Sie nicht mehr mit dem Trinken aufhören konnten, nachdem Sie einmal begonnen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Wie oft passierte es in den letzten 12 Monaten, dass Sie wegen des Trinkens Erwartungen, die man an Sie in der Familie, im Freundeskreis und im Berufsleben hat, nicht mehr erfüllen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wie oft brauchten Sie während der letzten 12 Monate am Morgen ein alkoholisches Getränk, um sich nach einem Abend mit viel Alkoholenuss wieder fit zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Wie oft hatten Sie während der letzten 12 Monate wegen Ihrer Trinkgewohnheiten Schuldgefühle oder Gewissensbisse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wie oft haben Sie sich während der letzten 12 Monate nicht mehr an den vorangegangenen Abend erinnern können, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Haben Sie sich oder eine andere Person unter Alkoholeinfluss schon einmal verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hat ein Verwandter, Freund oder auch ein Arzt schon einmal Bedenken wegen Ihres Trinkverhaltens geäußert oder vorgeschlagen, dass Sie Ihren Alkoholkonsum einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Haben Sie bereits Mittel zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit eingenommen? <i>Wenn ja, welche?</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

38. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage 45</b>			
39. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	<input type="checkbox"/> nach 5 Min.	<input type="checkbox"/> nach 6-30 Min.	<input type="checkbox"/> nach 31-60 Min.	<input type="checkbox"/> nach mehr als 60 Min.	
40. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen zu unterlassen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
41. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	<input type="checkbox"/> die Erste am Morgen			<input type="checkbox"/> andere	
42. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	<input type="checkbox"/> 31 und mehr	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> bis 10	
43. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
44. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
45. Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein → <b>weiter mit Frage: 47</b>			

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

46. An wie vielen Tagen in der Woche treiben Sie durchschnittlich Sport?

- ☐ 1 Tag  
☐ 2 Tage  
☐ 3 Tage  
☐ 4 Tage  
☐ 5 Tage  
☐ 6 Tage  
☐ 7 Tage

**Konsum illegaler Drogen:**

47. Haben Sie schon einmal illegale Drogen konsumiert?

☐ ja☐ nein → weiter mit Frage 5148. Wenn ja, welche Substanz?  
Substanzen zur Auswahl:

- |               |               |                                     |
|---------------|---------------|-------------------------------------|
| 1. Amphetamin | 11. Klebstoff | 21. Palfium                         |
| 2. Cannabis   | 12. Gras      | 22. PCP                             |
| 3. Kokain     | 13. Haschisch | 23. Ritalin                         |
| 4. Codein     | 14. Heroin    | 24. Temgesic                        |
| 5. Crack      | 15. LSD       | 25. THC                             |
| 6. Dilaudid   | 16. Marihuana | 26. Toluol                          |
| 7. Ecstasy    | 17. Mescaline | 27. Trichloräthylen                 |
| 8. Äther      | 18. Methadon  | 28. Crystal Meth (Methylamphetamin) |
| 9. Freebase   | 19. Morphine  |                                     |
| 10. Benzin    | 20. Opium     |                                     |

## 49. Substanz 1:

Nummer \_\_\_\_ aus der obigen Liste (Frage 50)

49a. Nehmen Sie diese Substanz zurzeit noch ein?

- ☐ Ja  
☐ Innerhalb der letzten 3 Monate  
☐ Innerhalb der letzten 6 Monate  
☐ Innerhalb des letzten Jahres  
☐ Seit mindestens 1 Jahr nicht mehr

49b. Mit wie viel Jahren haben Sie diese Substanz zum ersten Mal eingenommen?

\_\_\_\_ Jahre

49c. Wie oft haben Sie diese Substanz genommen?

- ☐ sporadisch  
☐ regelmäßig  
☐ täglich

49d. Wie war/ist die Dynamik des Drogenkonsums?

- ☐ Konsum schwankt stark  
☐ Konsum gleichbleibend  
☐ Konsum nimmt zu  
☐ Konsum nimmt ab

## 50. Substanz 2:

Nummer \_\_\_\_ aus der obigen Liste (Frage 50)

50a. Nehmen Sie diese Substanz zurzeit noch ein?

- ☐ Ja  
☐ Innerhalb der letzten 3 Monate  
☐ Innerhalb der letzten 6 Monate  
☐ Innerhalb des letzten Jahres  
☐ Seit mindestens 1 Jahr nicht mehr

50b. Mit wie viel Jahren haben Sie diese Substanz zum ersten Mal eingenommen?

\_\_\_\_ Jahre

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

50c. Wie oft haben Sie diese Substanz genommen?

- ☐ sporadisch  
☐ regelmäßig  
☐ täglich

50d. Wie war/ist die Dynamik des Drogenkonsums?

- ☐ Konsum schwankt stark  
☐ Konsum gleichbleibend  
☐ Konsum nimmt zu  
☐ Konsum nimmt ab

**Bei weiteren Substanzen, benachrichtigen Sie bitte das Studienteam!****Vorherige Trainingsteilnahme:**

51. Haben Sie in der Vergangenheit bereits an einem Training/Workshop/Coaching zur Förderung von Resilienz (d.h., psychischer Widerstandskraft) teilgenommen?

- ☐ ja  
☐ nein

52. Haben Sie in der Vergangenheit bereits an einem sonstigen Training/Workshop/ Coaching zur Förderung der psychischen Gesundheit teilgenommen?

- ☐ ja  
☐ nein

*Falls ja, bitte genauere Bezeichnung:*

\_\_\_\_\_



TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum ..... (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: .....

## GHQ-28

Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig:

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, ob Sie **in den letzten Wochen** irgendwelche gesundheitlichen Beschwerden hatten bzw. wie Ihr gesundheitliches Befinden im Allgemeinen **in den letzten Wochen** war. Bitte beantworten Sie ALLE Fragen, indem Sie einfach die für Sie zutreffendste Antwort ankreuzen. Bitte denken Sie daran, dass wir besonders erfahren möchten, welche gesundheitlichen Beschwerden Sie derzeit haben oder **in letzter Zeit** hatten. Es geht uns nicht um die, die Sie in der Vergangenheit hatten.

Es ist sehr wichtig, dass Sie versuchen, ALLE Fragen zu beantworten.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

In letzter Zeit:

A1. Haben Sie sich wohl und körperlich gesund gefühlt?	<input type="checkbox"/> Besser als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Schlechter als sonst	<input type="checkbox"/> Viel schlechter als sonst
A2. Hatten Sie das Gefühl, Aufmunterung zu brauchen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A3. Haben Sie sich erschöpft und unpässlich gefühlt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A4. Haben Sie sich krank gefühlt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A5. Haben Sie Kopfschmerzen gehabt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A6. Haben Sie ein Spannungs- oder Druckgefühl im Kopf gehabt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
A7. Haben Sie unter Hitze- oder Kälteempfindungen gelitten?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B1. Haben Sie wegen Sorgen weniger geschlafen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B2. Hatten Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B3. Haben Sie das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B4. Waren Sie häufig gereizt und schlecht gelaunt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B5. Waren Sie ohne ersichtlichen Grund ängstlich oder gerieten Sie in Panik?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B6. Hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen alles über den Kopf wächst?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
B7. Waren Sie oft nervös und leicht erregbar?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst

(Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig):

TRAIN<sub>4</sub>Positivity Fragebogen

Version 2

Seite 9 von 15

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## In letzter Zeit:

C1. Waren Sie in der Lage, aktiv und tätig zu sein?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger als sonst
C2. Ging Ihnen alles langsamer von der Hand?	<input type="checkbox"/> Schneller als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Langsamer als sonst	<input type="checkbox"/> Viel langsamer als sonst
C3. Haben Sie im Großen und Ganzen den Eindruck gehabt, dass Sie gut zurechtkommen?	<input type="checkbox"/> Besser als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Schlechter als sonst	<input type="checkbox"/> Viel schlechter als sonst
C4. Waren Sie zufrieden mit der Art und Weise, wie Sie Ihre täglichen Aufgaben und Aktivitäten erledigt haben?	<input type="checkbox"/> Zufriedener als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger zufrieden als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger zufrieden als sonst
C5. Haben Sie sich nützlich gefühlt?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger als sonst
C6. Fühlten Sie sich in der Lage, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger in der Lage
C7. Haben Sie Ihre alltäglichen Tätigkeiten genießen können?	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Genau wie sonst	<input type="checkbox"/> Weniger als sonst	<input type="checkbox"/> Viel weniger als sonst
D1. Empanden Sie sich als wertlos?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D2. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass das Leben hoffnungslos ist?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D3. Haben Sie das Gefühl gehabt, dass das Leben für Sie wertlos ist?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D4. Haben Sie an die Möglichkeit gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Eigentlich nicht	<input type="checkbox"/> Der Gedanke kam mir	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe darüber nachgedacht
D5. Haben Sie manchmal gedacht, dass Sie überhaupt nichts tun können, weil Sie mit den Nerven am Ende sind?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D6. Haben Sie sich gewünscht, Sie wären tot und könnten alles hinter sich lassen?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Nicht mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Mehr als sonst	<input type="checkbox"/> Viel mehr als sonst
D7. Haben sich Ihnen immer wieder Selbstmordgedanken aufgedrängt?	<input type="checkbox"/> Nein, gar nicht	<input type="checkbox"/> Eigentlich nicht	<input type="checkbox"/> Der Gedanke kam mir	<input type="checkbox"/> Ja, ich habe darüber nachgedacht

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Daily hassles checklist**

Nun möchten wir Sie über mögliche Ärgernisse oder Unannehmlichkeiten befragen, die im täglichen Leben auftreten können. Die nachfolgende Liste enthält eine Sammlung an möglichen Situationen. Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.

Bitte lesen Sie die Liste der Reihe nach durch und bewerten Sie:

- An wie vielen Tagen die jeweilige Situation schätzungsweise auftrat (bitte wählen Sie „trat nicht auf“, falls Sie die jeweilige Situation nicht erlebt haben)
- Wie belastend Sie die jeweilige Situation durchschnittlich erlebt haben („gar nicht belastend“ bis „sehr belastend“)
- Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute

	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?		trat nicht auf
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht	sehr	
1. Verlieren oder Verlegen von Gegenständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2. Negatives Ereignis in den Medien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
3. Negatives politisches Ereignis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gesellschaftliche Verpflichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
5. Unterbrechung bei einer Tätigkeit (z. B. in der Arbeit oder bei einer Freizeitbeschäftigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wartezeit oder Verzögerung (z. B. bei Bus oder Bahn, Warten auf eine Person)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
7. Flüchtigkeitsfehler oder Fehler wegen mangelnder Aufmerksamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gerede oder Lästereien von anderen Leuten (einschließlich in sozialen Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
9. Diskriminierung oder Mobbing durch eine andere Person (einschließlich in sozialen Medien)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alpträume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
11. Anfahrt/Pendeln zur Arbeit/Ausbildungsstelle/Schule/Hochschule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kleinerer Gesetzesverstoß (z. B. Bußgeld wegen Ordnungswidrigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
13. Unannehmlichkeit mit Behörde, Amt oder anderer Institution (z. B. Finanzamt, Bank, Firma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit am Arbeitsplatz (z. B. mit Vorgesetzten oder Arbeitskollegen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit mit nahestehenden Personen (z. B. Eltern, Geschwister, Partnerin/Partner)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)      Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.

	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?		trat nicht auf	
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht	sehr		
16. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit zwischen nahestehenden Personen (z. B. zwischen den Eltern, zwischen Freunden/Freundinnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
17. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit mit anderen nicht-nahestehenden Personen (z. B. Busfahrer, Nachbar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
18. Konflikt oder Meinungsverschiedenheit mit Ihrem Kind/Ihren Kindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problem mit der Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
20. Besorgung oder Fahrdienst für andere (z. B. Medikament für Familienmitglied besorgen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21. Problem oder Unannehmlichkeit dadurch, dass Ihre Freunde oder Verwandten zu weit weg wohnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22. Problem durch fehlende Unterstützung oder Hilfe durch andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
23. Problem mit Ihrem Haustier (z. B. Krankheit, unerwünschtes Verhalten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
24. Beeinträchtigung durch unsichere Umgebung (z. B. unsicheres Wohnumfeld)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
25. Beeinträchtigung durch Dreck, Verschmutzung oder Gestank (z. B. in der Wohngegend oder Wohnung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
26. Problem dadurch, dass nicht genügend Geld zur Verfügung steht (z. B. für Grundversorgung, Notfälle oder besondere Wünsche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
27. Andere schulden Ihnen Geld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sie schulden anderen Geld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hohe oder unerwartete finanzielle Belastung (z. B. Kauf teurer Produkte oder Gegenstände, Kosten für Reparatur des Autos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
30. Finanzielle Angelegenheit (z. B. Rechnungen bezahlen, Beschäftigung mit finanzieller Vorsorge im Alter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
31. Unerwarteter oder unerwünschter Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
32. Nebenwirkung von Medikamenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eigene körperliche Beschwerde (z. B. leichtere Erkrankung oder Schmerzen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>



TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Bitte denken Sie jetzt nur an die vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?							Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?					trat nicht auf
	1	2	3	4	5	6	7	gar nicht			sehr		
34. Körperliche Beschwerde (z. B. leichtere Erkrankung oder Schmerzen) bei einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
35. Schlafmangel oder Schlafprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
36. Arztbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
37. Zuhause anfallende Büro- oder Schreibarbeit (z. B. Formulare ausfüllen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
38. Haushaltsführung (z. B. Kochen, Putzen oder Einkaufen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
39. Vornehmen einer kleineren Reparatur (z. B. im eigenen Haus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
40. Problem mit einem technischen Gerät (z. B. Computer, Haushaltsgerät, Elektrogerät)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
41. Wartung oder Instandhaltung eines Gegenstands (z. B. des Autos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
42. Unangenehmes oder schlechtes Wetter (z. B. Regen, Hitze, Kälte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
43. Störendes Verhalten oder Fehlverhalten anderer (z. B. rücksichtslose Raucher, störende Nachbarn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
44. Schlechtes Essen (z. B. in der Mensa oder Kantine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
45. Lärm (z. B. Straßenlärm, Fluglärm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
46. Verkehrsstau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
47. Suche nach einem Parkplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
48. Problem mit einem Kommunikationsmittel (z. B. Internet, Telefon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
49. Leistungssituation in Arbeit/Schule/Studium (z. B. Prüfung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
50. Hohe Leistungsanforderung oder hohes Arbeitspensum in Arbeit/Schule/Studium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
51. Langweilige Tätigkeit (z. B. in der Arbeit oder im Studium)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
52. Besprechung (z. B. in der Arbeit, im Studium, im Verein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ungeregelte oder zu lange Arbeitszeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
54. Problem mit der Planung oder Vereinbarung von Terminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Bitte denken Sie jetzt nur an die <u>vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.</u>	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?	Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?					trat nicht auf
		gar nicht				sehr	
55. Zeitdruck	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
56. Schlechte Neuigkeit (z. B. Absage auf Bewerbung, Mitteilung über schlechtes Prüfungsergebnis)	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
57. Problem oder Unannehmlichkeit durch Suche nach einem Ausbildungs-/Studien-/ oder Arbeitsplatz	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
58. Problem oder Unannehmlichkeit durch Wohnungssuche oder Umzug	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
59. Haben Sie in den vergangenen 7 Tagen bis einschließlich heute noch weitere Situationen erlebt, die Sie als <b>Ärgernis</b> oder <b>Unannehmlichkeit</b> empfunden haben?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
60. Falls ja, bitten wir Sie, diese Situationen in die nachfolgenden freien Felder einzutragen.		Bitte geben Sie auch hierbei an: • An wie vielen Tagen die jeweilige Situation auftrat • Wie belastend Sie die jeweilige Situation durchschnittlich erlebt haben („gar nicht belastend“ bis „sehr belastend“).					

Bitte denken Sie jetzt nur an die <u>vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute.</u>	An wie vielen Tagen trat die Situation schätzungsweise auf?	Wie belastend haben Sie die Situation durchschnittlich erlebt?				
		gar nicht				sehr
a)	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<b>Anzahl der Tage</b>				
61. An wie vielen der vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute haben Sie etwas sehr Belastendes erlebt?	0 1 2 3 4 5 6 7					
Waren die <u>vergangenen 7 Tage bis einschließlich heute</u> außergewöhnlich (z.B. besonders freudig, besonders belastend)?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein				

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Bearbeitung der Fragebögen.

Die Information, ob Sie an der Studie teilnehmen können, erhalten Sie nach erfolgter Auswertung der Fragebögen.

Wir werden uns diesbezüglich innerhalb einer Woche mit Ihnen in Verbindung setzen.

Ihr Studienteam

## Appendix K2.2 Self-Report Questionnaires Pretest

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an unserer Forschung mitzuwirken.

Bitte beantworten Sie die Fragen auf den kommenden Seiten sorgfältig und vollständig. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Wichtig ist allein Ihre persönliche Einschätzung. Dies ist kein Leistungstest.

Der Fragebogen wird anonym und vertraulich ausgewertet. Die Befunde werden nur in zusammengefasster Form veröffentlicht. Ein Rückschluss auf die einzelne Person ist hierbei weder beabsichtigt noch möglich.

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.**

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Studienteam



TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Soziodemographie**

Im Folgenden bitten wir Sie, einige soziodemographische Angaben zu machen.

**Herkunft:**

1. Wie groß ist der Ort, in dem Sie überwiegend aufgewachsen sind? ☐ < 10.000 Einwohner ☐ 10.000 – 100.000 Einwohner ☐ > 100.000 Einwohner
2. Wie viele Jahre Ihrer Kindheit und Jugend haben Sie dort insgesamt verbracht? \_\_\_\_\_ Jahre

**Soziale Situation:**

3. Bitte geben Sie Ihren derzeitigen Familienstatus an.  
☐ ledig  
☐ verheiratet  
☐ getrennt lebend  
☐ geschieden  
☐ verwitwet
4. Ich habe Kinder ☐ keine ☐ ein ☐ zwei oder drei ☐ mehr
5. Ich habe Geschwister ☐ keine ☐ ein ☐ zwei oder drei ☐ mehr
6. Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an.  
☐ kein Abschluss  
☐ Hauptschulabschluss  
☐ Realschulabschluss  
☐ Abitur  
☐ abgeschlossene Berufsausbildung  
☐ abgeschlossenes Studium

**Erwerbssituation:**

7. Bitte geben Sie Ihren derzeitigen Erwerbsstatus an.  
Sind Sie  
☐ vollzeitarbeitend  
☐ teilzeitarbeitend (gesundheitsbedingt)  
☐ teilzeitarbeitend (NICHT gesundheitsbedingt)  
☐ berentet (aus Gesundheitsgründen)  
☐ berentet (NICHT gesundheitsbedingt)  
☐ arbeitslos (aus Gesundheitsgründen)  
☐ arbeitslos (NICHT gesundheitsbedingt berentet/krankgeschrieben)
8. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit hauptsächlich aus? \_\_\_\_\_  
(Falls teilzeit- oder vollzeitarbeitend)
9. Sind Sie  
☐ abhängig beschäftigt  
☐ selbstständig

## TRAIN4Positivity

Datum ..... (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: .....

10. Wie viele Arbeitsverhältnisse in abhängiger Beschäftigung haben Sie?

- ☐ 1  
☐ 2  
☐ mehr als 2

11. Haben Sie Personalverantwortung?

☐ ja ☐ nein

12. Wie viele Stunden arbeiten Sie normalerweise pro Woche?

..... Stunden

(Arbeitsstunden insgesamt)

13. Arbeiten Sie im Schichtdienst?

☐ ja ☐ nein**Einkommen:**

14. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

*Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.*

..... Person(en)

15. Wie viele Personen tragen insgesamt zum Einkommen Ihres Haushalts bei?

*Denken Sie nicht nur an Arbeitseinkommen, sondern auch an Renten, Pensionen, Stipendien und andere Einkommen. Zu diesem Haushalt zählen alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften.*

..... Person(en)

16. Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?

*Bei dieser Frage geht es darum, Gruppen in der Bevölkerung mit z.B. hohem, mittlerem oder niedrigem Einkommen auswerten zu können. Daher möchten wir gerne wissen, wie hoch das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt ist. Sie können sicher sein, dass Ihre Antwort nicht in Verbindung mit Ihrem Namen ausgewertet wird.**Unter durchschnittlichem monatlichem Nettoeinkommen Ihres Haushalts ist die Summe zu verstehen, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit (abzüglich der Betriebsausgaben und Steuern), Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Vermögen, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.*

- ☐ Angabe verweigert  
☐ unter 800 Euro  
☐ 801 bis 1500 Euro  
☐ 1501 bis 2000 Euro  
☐ 2001 bis 3000 Euro  
☐ 3001 bis 5000 Euro  
☐ über 5000 Euro

17. Wie hoch ist Ihr eigenes durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen?

- ☐ Angabe verweigert  
☐ unter 800 Euro  
☐ 801 bis 1500 Euro  
☐ 1501 bis 2000 Euro  
☐ 2001 bis 3000 Euro  
☐ 3001 bis 5000 Euro  
☐ über 5000 Euro

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## Life Events

Im Folgenden werden nacheinander verschiedene Lebensereignisse genannt, die Sie erlebt haben könnten. Bitte lesen Sie die Liste der Reihe nach durch. Falls Sie ein Lebensereignis erlebt haben, geben Sie bitte Ihr damaliges Alter an (wenn Sie ein Ereignis häufiger erlebt haben, können Sie natürlich mehrere Altersangaben machen). Bitte kreuzen Sie für alle Lebensereignisse, die Sie nicht erlebt haben, das Feld 'nicht zutreffend' an. Wenn Sie keine Angabe machen wollen, kreuzen Sie bitte das Feld 'keine Angabe' an.

Schließlich fragen wir Sie noch, wie belastend das jeweilige Lebensereignis für Sie war ('gar nicht belastend' bis 'sehr belastend'). Wenn Sie ein Ereignis häufiger erlebt haben, bitten wir Sie, die Belastung für jedes Ereignis einzeln zu bewerten.

*Beispiel: Arbeitsplatzverlust im Alter von 25 und 40, welches im Alter von 25 als gar nicht belastend und im Alter von 40 als sehr belastend erlebt wurde.*

	Alter	gar nicht			Sehr	Nicht zutreffend	Keine Angabe
1. Arbeitsplatzverlust	25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?						keine Angabe
	Alter	gar nicht			sehr	nicht zutreffend	
1. Arbeitsplatzverlust	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Traumatisches Ereignis am Arbeitsplatz	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Heiratspläne	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	Alter	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?					keine Angabe
		gar nicht			sehr	nicht zutreffend	
4. Hauskauf, -verkauf oder Umzug	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Größere Hausrenovierung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Begehen eines Diebstahles oder Vandalismus	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Gesetzesverstöße	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Ernsthafte finanzielle Probleme	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Ernsthafte Erkrankung, Unfall oder Krankheitsdiagnose von Ihnen oder einem engen Familienmitglied (Kind, Partner, Eltern, Geschwister, Großeltern)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?						nicht zutreffend	keine Angabe
	Alter	gar nicht				sehr		
10. Ernsthafte Erkrankung, Unfall oder Krankheitsdiagnose eines engen Freundes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Tod eines Familienmitgliedes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Tod eines Freundes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Tod eines geliebten Haustieres	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14. Trennung der Eltern	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15. Andauernde Streitigkeiten zwischen Familienmitgliedern	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?						keine Angabe
	Alter	gar nicht			sehr	nicht zutreffend	
16. Trennung von Freund/ Freundin/Partner/Ehepartner	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Ernsthafte Streitigkeiten mit Freund/Freundin/Partner/ Ehepartner	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Ernsthafte Probleme in Freundschaften	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Schulanfang eines Kindes	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Intensive Betreuung einer alten oder kranken Person	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Schwangerschaftsabbruch bei Ihnen oder Ihrer Partnerin	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?						keine Angabe
	Alter	gar nicht			sehr	nicht zutreffend	
22. Ernsthafte körperliche Erkrankung - unfähig zu arbeiten oder zu alltäglichen Aktivitäten	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Verletzung - unfähig zu arbeiten oder zu alltäglichen Aktivitäten	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Schwangerschaftskomplikationen oder Fehlgeburt von Ihnen oder Ihrer Partnerin	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Opfer von körperlichem Missbrauch oder eines Raubüberfalls	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Opfer von sexuellem Missbrauch	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. Irgendwelche anderen belastenden Ereignisse (Prüfungen, Autounfall, Hausbrand, Erdbeben, militärische Kampfhandlungen)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**WHO-5**

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.

Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	etwas weniger als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
1. ...war ich froh und guter Laune.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## LOT-R

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.	trifft ausge- sprochen zu	trifft etwas zu	teils/ teils	trifft kaum zu	trifft über- haupt nicht zu
1. Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn bei mir etwas schiefgehen kann, dann tut es das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich bin leicht aus der Fassung zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**BRS**

Geben Sie bitte an, wie sehr Sie den folgenden Aussagen jeweils zustimmen.

	stimme über- haupt nicht zu	stimme eher nicht zu	neutral	stimme eher zu	stimme voll- kommen zu
1. Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Es fällt mir schwer, zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne größere Probleme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**PSS-10**

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. (Kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das Ihrer Zustimmung am besten entspricht.)

	nie 0	fast nie 1	manch- mal 2	ziemlich oft 3	sehr oft 4
1. Wie oft wurden Sie im letzten Monat von unerwarteten Ereignissen überrascht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass es Ihnen nicht möglich ist, wichtige Dinge in Ihrem Leben zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie oft haben Sie sich im letzten Monat nervös oder "gestress" gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie oft haben Sie sich im letzten Monat zuversichtlich gefühlt, dass Sie in der Lage sind, persönliche Probleme zu regeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass die Dinge in Ihrem Leben genauso laufen, wie sie es sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass Sie mit anfallenden Aufgaben nicht zu Rande kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wie oft waren Sie in der Lage mit Widrigkeiten des Lebens kontrolliert umzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie oft fühlten Sie sich als Herr der Lage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wie oft haben Sie sich über Dinge geärgert, die außerhalb Ihrer Kontrolle lagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie oft hatten Sie das Gefühl, dass sich Schwierigkeiten so sehr auf türmten, dass sie Ihnen über den Kopf wuchsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## SES-17

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Aussagen. Lesen Sie bitte jeden Satz und bestimmen Sie, ob die jeweilige Aussage auf Sie zutrifft oder nicht. Trifft sie zu, treffen Sie bitte die Auswahl bei **richtig**, ansonsten bei **falsch**.

	Richtig	Falsch
1. Manchmal werfe ich Müll einfach in die Landschaft oder auf die Straße.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eigene Fehler gebe ich stets offen zu und ertrage gelassen etwaige negative Konsequenzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Im Straßenverkehr nehme ich stets Rücksicht auf die anderen Verkehrsteilnehmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe schon einmal Drogen (Tabletten, Haschisch oder „Ähnliches“ konsumiert).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich akzeptiere alle anderen Meinungen, auch wenn sie mit meiner eigenen nicht übereinstimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Meine Wut oder schlechte Laune lasse ich hin und wieder an unschuldigen oder schwächeren Leuten aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe schon einmal jemanden ausgenutzt oder übers Ohr gehauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In einem Gespräch lasse ich den anderen stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich zögere niemals, jemandem in einer Notlage beizustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn ich etwas versprochen habe, halte ich es ohne Wenn und Aber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich lästere gelegentlich über andere hinter deren Rücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich würde niemals auf Kosten der Allgemeinheit leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bleibe immer freundlich und zuvorkommend anderen Leuten gegenüber, auch wenn ich selbst gestresst bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Im Streit bleibe ich stets sachlich und objektiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe schon einmal geliehene Sachen nicht zurückgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich ernähre mich stets gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Manchmal helfe ich nur, weil ich eine Gegenleistung erwarte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**PANAS**

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Wörtern, die unterschiedliche Gefühle und Empfindungen beschreiben. Lesen Sie jedes Wort und tragen dann in die Skala neben jedem Wort die Intensität ein. Sie haben die Möglichkeit, zwischen fünf Abstufungen zu wählen.

Geben Sie bitte an, wie Sie sich im Moment fühlen.	ganz wenig/ gar nicht	ein bisschen	einigermaßen	erheblich	äußerst
1. aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bekümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. freudig erregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. erschrocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. feindselig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. stolz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. begeistert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. beschämt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. entschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. aufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## SPF

Sie werden jetzt eine Reihe von Aussagen lesen, die jeweils bestimmte (verallgemeinerte) menschliche Eigenschaften oder Reaktionen beschreiben, die alle etwas mit Gefühlen zu tun haben. Bitte kennzeichnen Sie dann auf der 5-Punkte-Skala, inwieweit diese Aussage auf Sie zutrifft; je höher die Zahl, desto höher die Zustimmung. Vielleicht fällt Ihnen auch zu der einen oder anderen allgemeinen Beschreibung ein konkretes Erlebnis ein.

Es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte markieren Sie Ihre Antwort, indem Sie die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort ankreuzen (je größer die Zahl 1-5, desto höher ist Ihre Zustimmung). Falls Sie eine Änderung vornehmen wollen, so kreuzen Sie die nicht gewünschte Antwort durch und markieren die gewünschte Antwort mit einem Kreis.

	Nie 1 (-)	Selten 2 (-)	Manch- mal 3 (o)	Oft 4 (+)	Immer 5 (++)
1. Ich empfinde warmherzige Gefühle für Leute, denen es weniger gut geht als mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Gefühle einer Person in einem Roman kann ich mir sehr gut vorstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In Notfallsituationen fühle ich mich ängstlich und unbehaglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich versuche, bei einem Streit zuerst beide Seiten zu verstehen, bevor ich eine Entscheidung treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ich sehe, wie jemand ausgenutzt wird, glaube ich, ihn schützen zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich hilflos, wenn ich inmitten einer sehr emotionsgeladenen Situation bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nachdem ich einen Film gesehen habe, fühle ich mich so, als ob ich eine der Personen aus diesem Film sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. In einer gespannten emotionalen Situation zu sein, macht mir Angst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mich berühren Dinge sehr, auch wenn ich sie nur beobachte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich glaube, jedes Problem hat zwei Seiten und versuche deshalb beide zu berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich würde mich selbst als eine ziemlich weichherzige Person bezeichnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wenn ich einen guten Film sehe, kann ich mich sehr leicht in die Hauptperson hineinversetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. In heiklen Situationen neige ich dazu, die Kontrolle über mich zu verlieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn mir das Verhalten eines anderen komisch vorkommt, versuche ich mich für eine Weile in seine Lage zu versetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wenn ich eine interessante Geschichte oder ein gutes Buch lese, versuche ich mir vorzustellen, wie ich mich fühlen würde, wenn mir die Ereignisse passieren würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bevor ich jemanden kritisiere, versuche ich mir vorzustellen, wie die Sache aus seiner Sicht aussieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## STAXI

**Teil 1:** Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren **augenblicklichen Gefühlszustand** am besten beschreibt.

	überhaupt nicht (1)	ein wenig (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
1. Ich bin ungehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin sauer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich bin zornig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin aufgebracht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin schlecht gelaunt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich könnte vor Wut in die Luft gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich könnte laut schimpfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teil 2:** Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

	überhaupt nicht (1)	ein wenig (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
11. Ich werde schnell ärgerlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich rege mich leicht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin ein Hitzkopf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und schlecht beurteilt werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn ich gereizt werde, könnte ich losschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn ich wütend werde, sage ich hässliche Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	überhaupt nicht (1)	ein wenig (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
20. Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Teil 3:** Von Zeit zu Zeit fühlen wir uns ärgerlich oder wütend, aber Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie reagieren, wenn sie ärgerlich sind. Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die benutzt werden können, um seinen *ärgerlichen* oder *wütenden* Gefühlszustand zu beschreiben. Lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie oft Sie in der beschriebenen Weise **im Allgemeinen** handeln oder fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort anzukreuzen, die am besten beschreibt, wie Sie **im Allgemeinen** handeln oder fühlen.

	überhaupt nicht (1)	ein wenig (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
21. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich fresse Dinge in mich hinein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich bewahre meine Ruhe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich koche innerlich, zeige es aber nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich empfinde Groll, rede aber mit niemand darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich mache Dinge wie Türen zu schlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich bin ärgerlicher, als ich es zugeben möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich kontrolliere mein Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich bin weit mehr erzürnt als andere es wahrnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich mache hässliche Bemerkungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich kann mich selbst daran hindern, wütend zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Nach außen bewahre ich die Haltung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich werde wütend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich kontrolliere meinen Ärger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich platze heraus, sodass andere meinen Ärger zu spüren bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich werde laut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich fahre aus der Haut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich sage mir: Reg' dich nicht auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich könnte platzen, aber ich lasse es niemand merken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	überhaupt nicht (1)	ein wenig (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
42. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ich verliere die Fassung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich bin ärgerlicher, als ich es mir anmerken lasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**STAI-Y2**

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, d.h. in diesem Moment, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht (1)	ein wenig (2)	ziemlich (3)	sehr (4)
1. Ich fühle mich gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin nervös und unruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich wünschte, ich könnte so glücklich sein wie andere es scheinbar sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich fühle mich wie ein Versager.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich friedlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich bin ruhig und gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe das Gefühl, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich mache mir zu viele Gedanken über unwichtige Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe beunruhigende Gedanken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mir fehlt es an Selbstvertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühle mich sicher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Es fällt mir leicht, Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich unzulänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin ein zufriedener Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und stören mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich nehme Enttäuschungen so schwer, dass sie mir nicht aus dem Kopf gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich bin ein ausgeglichener Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich werde angespannt oder aufgewühlt, wenn ich an meine derzeitigen Sorgen und Tätigkeiten denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## ERQ

Wir möchten Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Gefühlen stellen. Uns interessiert, wie Sie Ihre Gefühle unter Kontrolle halten bzw. regulieren.

Zwei Aspekte Ihrer Gefühle interessieren uns dabei besonders. Einerseits ist dies Ihr **emotionales Erleben**, also was Sie **innen** fühlen. Andererseits geht es um den **emotionalen Ausdruck**, also wie Sie Ihre Gefühle verbal, gestisch oder im Verhalten nach **außen** zeigen.

Obwohl manche der Fragen ziemlich ähnlich klingen, unterscheiden sie sich in wesentlichen Punkten.

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie folgende Antwortmöglichkeiten benutzen.

1 ..... 2 ..... 3 ..... 4 ..... 5 ..... 6 ..... 7

Stimmt  
überhaupt nicht

Neutral

Stimmt  
vollkommen

	1	2	3	4	5	6	7
1. Wenn ich <i>mehr positive</i> Gefühle (wie Freude oder Heiterkeit) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn ich <i>weniger negative</i> Gefühle (wie Traurigkeit oder Ärger) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich in eine stressige Situation gerate, ändere ich meine Gedanken über die Situation so, dass es mich beruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich <i>mehr positive</i> Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich über meine aktuelle Situation anders nachdenke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wenn ich <i>weniger negative</i> Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**ASF-E**

Dieser Fragebogen umfasst die Ursachen, die von Personen zur Erklärung von Ereignissen herangezogen werden. Der Aufbau des Fragebogens und seine Bearbeitungsweise werden nachfolgend erläutert.

Auf den folgenden Seiten wird jeweils eine Situation beschrieben.

1. Lesen Sie sich die Situationsbeschreibung sorgfältig durch und versuchen Sie, sich so lebhaft wie möglich in genau diese Situation hineinzuversetzen.
2. Entscheiden Sie dann, was Ihrer Meinung nach die Hauptursache für die Situation ist. Ereignisse können viele Ursachen haben. Wählen Sie aber bitte nur die Ursache aus, die Ihrer Meinung nach die Hauptursache für die vorgegebene Situation ist. **Schreiben Sie diese Hauptursache bitte an der dafür vorgesehenen Stelle nieder.**
3. Machen Sie dann bitte **sechs Angaben hinsichtlich der Hauptursache**. Kreuzen Sie hierzu auf den vorgegebenen Skalen jeweils die für Sie am ehesten zutreffende Zahl an.  
Je stärker Sie der **rechten** Antwortalternative zustimmen, desto **größer** muss die angekreuzte Zahl sein.  
Je stärker Sie der **linken** Antwortalternative zustimmen, desto **kleiner** muss die angekreuzte Zahl sein.  
Stimmen Sie beiden Alternativen in gleichem Maße zu, kreuzen Sie bitte die „4“ an.
4. Wenn Sie mit der Bearbeitung einer Situation fertig sind, bearbeiten Sie die neue Situation in gleicher Weise.

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 1: Sie treffen einen Freund/eine Freundin, der/die Ihnen ein Kompliment macht.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung des Komplimentes heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass mir ein Freund/eine Freundin ein Kompliment macht,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob mir ein/eine Freund(in) ein Kompliment macht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob mir ein/eine Freund(in) ein Kompliment macht
3. beeinflusst nur, ob mir ein/eine Freund(in) ein Kompliment macht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## Situation 2: Sie werden vermögend.

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung Ihrer finanziellen Verbesserung heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich vermögend werde,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich vermögend werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich vermögend werde
3. beeinflusst nur, ob ich vermögend werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 3: Ein Freund/eine Freundin kommt mit einem Problem zu Ihnen;  
es gelingt Ihnen nicht, ihm/ihr zu helfen.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung heran, dass es Ihnen nicht gelingt, Ihrem Freund/Ihrer Freundin zu helfen?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass es mir nicht gelingt, einem Freund/einer Freundin zu helfen,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob es mir gelingt, einem/einer Freund(in) zu helfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob es mir gelingt, einem/einer Freund(in) zu helfen
3. beeinflusst nur, ob es mir gelingt, einem/einer Freund(in) zu helfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 4: Sie halten einen wichtigen Vortrag bzw. ein wichtiges Referat und die Zuhörer reagieren ablehnend.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung der ablehnenden Reaktion der Zuhörer heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass die Zuhörer ablehnend auf meinen Vortrag bzw. mein Referat reagieren,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob die Zuhörer ablehnend auf mein/meinen Referat/Vortrag reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob die Zuhörer ablehnend auf mein/meinen Referat/Vortrag reagieren
3. beeinflusst nur, ob die Zuhörer ablehnend auf mein/meinen Referat/Vortrag reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus



TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 5: Sie schließen eine Arbeit erfolgreich ab.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung für den erfolgreichen Abschluss Ihrer Arbeit heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich eine Arbeit erfolgreich abschließe,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich eine Arbeit erfolgreich abschließe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich eine Arbeit erfolgreich abschließe
3. beeinflusst nur, ob ich eine Arbeit erfolgreich abschließe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 6: Sie treffen einen Freund/eine Freundin, der/die sich Ihnen gegenüber ablehnend verhält.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung des ablehnenden Verhaltens Ihres Freundes/Ihrer Freundin heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass sich ein Freund/eine Freundin mir gegenüber ablehnend verhält,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob sich ein/eine Freund(in) mir gegenüber ablehnend verhält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob sich ein/eine Freund(in) mir gegenüber ablehnend verhält
3. beeinflusst nur, ob sich ein/eine Freund(in) mir gegenüber ablehnend verhält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 7: Sie merken, dass Sie den Anforderungen Ihrer Arbeit nicht mehr gerecht werden können.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung dafür heran, dass Sie den Anforderungen Ihrer Arbeit nicht mehr gerecht werden können?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich den Anforderungen meiner Arbeit nicht mehr gerecht werden kann,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich den Anforderungen meiner Arbeit gerecht werden kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich den Anforderungen meiner Arbeit gerecht werden kann
3. beeinflusst nur, ob ich den Anforderungen meiner Arbeit gerecht werden kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 8: Ihr Partner/Ihre Partnerin geht liebevoller mit Ihnen um als früher.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung für das liebevolle Verhalten Ihres Partners/Ihrer Partnerin heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass mein Partner/meine Partnerin liebevoll mit mir umgeht,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob mein/meine Partner(in) mit mir liebevoller umgeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob mein/meine Partner/(in) mit mir liebevoller umgeht
3. beeinflusst nur, ob mein/meine Partner(in) mit mir liebevoller umgeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 9: Sie haben eine Party vorbereitet und keiner der Gäste bedankt sich später bei Ihnen.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung dafür heran, dass sich keiner der Gäste nach der Party bei Ihnen bedankt?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass sich keiner der Gäste später bei mir bedankt,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob sich meine Gäste bei mir bedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob sich meine Gäste bei mir bedanken
3. beeinflusst nur, ob sich meine Gäste bei mir bedanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 10: Bei Ihrem letzten Besuch bei Ihren Eltern haben Sie festgestellt, dass sich die Beziehung wesentlich verbessert hat.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung der verbesserten Beziehung zwischen Ihren Eltern und Ihnen heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass sich die Beziehung zu meinen Eltern wesentlich verbessert hat,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob sich die Beziehung zu meinen Eltern verbessert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob sich die Beziehung zu meinen Eltern verbessert
3. beeinflusst nur, ob sich die Beziehung zu meinen Eltern verbessert hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 11: Ihnen fällt in letzter Zeit auf, dass Sie bei Ihren beruflichen Tätigkeiten öfter kritisiert werden.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung der Ihnen gehäuft auffallenden Kritik heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten öfter kritisiert werde,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten kritisiert werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten kritisiert werde
3. beeinflusst nur, ob ich bei meinen beruflichen Tätigkeiten kritisiert werde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 12: Sie bewerben sich um eine Stelle (Studienplatz, guter Job), an der Ihnen viel liegt, und erhalten die Mitteilung, dass Sie angenommen werden.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung Ihrer erfolgreichen Bewerbung heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich eine Stelle bekomme,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich eine Stelle bekomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich eine Stelle bekomme
3. beeinflusst nur, ob ich eine Stelle bekomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus



TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 13: Ein Rendezvous/eine Verabredung verläuft nicht nach Ihren Wünschen.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung des nicht gelungenen Rendezvous/der nicht gelungenen Verabredung heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ein Rendezvous/eine Verabredung nicht nach meinen Wünschen verläuft,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ein Rendezvous/eine Verabredung nach meinen Wünschen verläuft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ein Rendezvous/eine Verabredung nach meinen Wünschen verläuft
3. beeinflusst nur, ob ein Rendezvous/eine Verabredung nach meinen Wünschen verläuft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 14: Sie bekommen mehr Geld (für Ihren regelmäßigen Job oder Ihren Beruf).**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung Ihrer Gehaltserhöhung heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich mehr Geld bekomme,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich mehr Geld bekomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich mehr Geld bekomme
3. beeinflusst nur, ob ich mehr Geld bekomme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 15: Sie sind auf einem großen Fest und kommen mit niemandem ins Gespräch.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung heran, dass Sie mit niemandem ins Gespräch kommen?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass ich auf einem großen Fest mit niemandem ins Gespräch komme,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob ich auf einem großen Fest mit jemandem ins Gespräch komme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob ich auf einem großen Fest mit jemandem ins Gespräch komme
3. beeinflusst nur, ob ich auf einem großen Fest mit jemandem ins Gespräch komme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens negativ
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, negativ aus

TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Situation 16: Ihre von Ihnen renovierte Wohnung findet bei allen Gästen der Einweihungsfeier Anklang.**

Welche Hauptursache ziehen Sie zur Erklärung der zustimmenden Reaktion Ihrer Gäste heran?

---



---



---

Bitte machen Sie nun Angaben über die von Ihnen genannte Hauptursache:

Die Hauptursache dafür, dass meine Wohnung bei allen Gästen Anklang findet,

	1	2	3	4	5	6	7	
1. liegt vollkommen in anderen Menschen oder den Umständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	liegt vollkommen in mir selbst
2. wird in Zukunft nie wieder beeinflussen, ob meine Wohnung bei allen Gästen Anklang findet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird auch in Zukunft immer wieder beeinflussen, ob meine Wohnung bei allen Gästen Anklang findet
3. beeinflusst nur, ob meine Wohnung bei allen Gästen Anklang findet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	beeinflusst auch viele andere Bereiche meines Lebens positiv
4. hat etwas mit den Umständen zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	hat etwas mit mir zu tun
5. wird sich über die Zeit verändern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wird über die Zeit stabil bleiben
6. wirkt sich nur auf die vorliegende Situation aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	wirkt sich auch auf viele andere Situationen, die mich betreffen, positiv aus

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

## CERQ

Jedem von uns passieren hin und wieder negative oder unangenehme Ereignisse und jeder reagiert darauf auf seine eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie im Allgemeinen denken, wenn Sie negative oder unangenehme Ereignisse erleben.

	(fast) nie	manch- mal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
1. Ich denke, dass ich Schuld habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich denke, dass ich akzeptieren muss, was geschehen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich denke darüber nach, wie ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich denke an schönere Dinge als an das, was ich erlebt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich überlege, was ich am besten tun kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich denke, dass ich aufgrund dessen, was geschehen ist, ein stärkerer Mensch werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich denke, dass andere Menschen viel schlimmere Erfahrungen machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich denke weiter darüber nach wie schrecklich es ist, was ich erlebt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich denke, dass andere daran Schuld haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich denke, dass ich derjenige bin, der für das, was passiert ist, verantwortlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich denke, dass ich die Situation akzeptieren muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin eingenommen davon, was ich über das, was ich erlebt habe, denke und fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich denke an angenehme Dinge, die nichts damit zu tun haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich überlege, wie ich am besten mit der Situation umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich denke, dass die Situation auch positive Seiten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN4Positivity	
Datum _____ (TT/MM/JJJJ)	Probanden-ID: _____
16. Ich denke, dass es gar nicht so schlimm war, im Vergleich zu anderen Dingen.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Ich denke, dass das was ich erlebt habe, das Schlimmste ist, was einem passieren kann.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Ich denke, dass andere für das, was passiert ist, verantwortlich sind.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei mir liegt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Ich denke, dass ich lernen muss, damit zu leben.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Ich möchte verstehen, warum ich mich wegen dem, was ich erlebt habe, so fühle wie ich es tue.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22. Ich denke an etwas Schönes anstatt an das, was passiert ist.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Ich überlege mir einen Plan, wie ich am besten vorgehen kann.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Ich suche nach den positiven Seiten der Angelegenheit.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Ich sage mir, dass es Schlimmeres im Leben gibt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. Ich denke darüber nach, wie furchterlich die Situation gewesen ist.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Ich denke, dass die Ursache grundsätzlich bei anderen liegt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Jeder wird von Zeit zu Zeit mit negativen oder unangenehmen Ereignissen konfrontiert und jeder reagiert auf seine persönliche Art und Weise darauf. Bei den folgenden Fragen werden Sie gebeten anzugeben, was sie gewöhnlich denken wenn Ihnen ein negatives oder unangenehmes Ereignis widerfährt.

	(fast) nie	manch- mal	regelmäßig	häufig	(fast) immer
Ich versuche, die Situation aus einer losgelösten Perspektive, wie von außen, zu betrachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, mich von der Situation und meinen Gefühlen zu distanzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Bearbeitung der Fragebögen.

Ihr Studienteam

## Appendix K2.3 Self-Report Questionnaires Posttest

- See Appendix G4 concerning changes between screening, pretest, and posttest questionnaires

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

### Life Events

Im Folgenden werden nacheinander verschiedene Lebensereignisse genannt, die Sie seit der letzten Befragung erlebt haben könnten. Bitte lesen Sie die Liste der Reihe nach durch. Bitte kreuzen Sie für alle Lebensereignisse, die Sie nicht erlebt haben, das Feld 'nicht zutreffend' an. Wenn Sie keine Angabe machen wollen, kreuzen Sie bitte das Feld 'keine Angabe' an.

Schließlich fragen wir Sie noch, wie belastend das jeweilige Lebensereignis für Sie war ('gar nicht belastend' bis 'sehr belastend').

	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?						keine Angabe
	gar nicht				sehr	nicht zutreffend	
1. Arbeitsplatzverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Traumatisches Ereignis am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heiratspläne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hauskauf, -verkauf oder Umzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Größere Hausrenovierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Begehen eines Diebstahles oder Vandalismus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gesetzesverstöße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ernsthafte finanzielle Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ernsthafte Erkrankung, Unfall oder Krankheitsdiagnose von Ihnen oder einem engen Familienmitglied (Kind, Partner, Eltern, Geschwister, Großeltern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ernsthafte Erkrankung, Unfall oder Krankheitsdiagnose eines engen Freundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tod eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tod eines Freundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tod eines geliebten Haustieres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Trennung der Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Andauernde Streitigkeiten zwischen Familienmitgliedern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trennung von Freund/ Freundin/ Partner/ Ehepartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ernsthafte Streitigkeiten mit Freund/Freundin/ Partner/Ehepartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## TRAIN4Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

	Wie belastend war das Lebensereignis für Sie?						keine Angabe
	gar nicht			sehr	nicht zutreffend		
18. Ernsthafte Probleme in Freundschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Schulanfang eines Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Intensive Betreuung einer alten oder kranken Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schwangerschaftsabbruch bei Ihnen oder Ihrer Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ernsthafte körperliche Erkrankung - unfähig zu arbeiten oder zu alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Verletzung - unfähig zu arbeiten oder zu alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Schwangerschafts- komplikationen oder Fehlgeburt von Ihnen oder Ihrer Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Opfer von körperlichem Missbrauch oder eines Raubüberfalls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Opfer von sexuellem Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Irgendwelche anderen belastenden Ereignisse (Prüfungen, Autounfall, Hausbrand, Erdbeben, militärische Kampfhandlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Bewertung des Trainings**

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, einige Fragen zur Bewertung des Trainings zu beantworten.

Die Beantwortung dieser Fragen dient dazu, das Training mit „Breezly“ zukünftig weiter zu verbessern und auf die Bedürfnisse der Trainingsteilnehmer abzustimmen.

	trifft nicht zu (1)	trifft eher nicht zu (2)	trifft eher zu (3)	trifft genau zu (4)
1. Ich bin zufrieden mit dem Training.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Insgesamt wurden meine Erwartungen an das Training erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Insgesamt wurden meine Erwartungen an das Training nicht erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Das Erlernete ist nützlich für meinen privaten und/oder beruflichen Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich finde das Training gut anwendbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Das Training ist bedeutsam für meinen privaten/beruflichen Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich kann das Erlernete in meinem privaten/beruflichen Alltag anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es fällt mir schwer, das Erlernete im privaten/beruflichen Alltag anzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Das Training hat mir dabei geholfen, mich besser von Negativem zu distanzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Das Training hat mir dabei geholfen, das Positive näher an mich heranzulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es fällt mir schwer, mich von Negativem zu distanzieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es fällt mir schwer, das Positive nahe an mich heranzulassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Ausführung der „Wegwisch“-Bewegung auf dem Smartphone während des Trainings verbinde ich mit der Distanzierung von negativen Dingen (z. B. Ereignisse, Situationen, Personen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Ausführung der „Heranzieh“-Bewegung auf dem Smartphone im Training verbinde ich mit dem Heranzulassen von positiven Dingen (z. B. Ereignisse, Situationen, Personen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Das „Wegwischen“ der negativen Bilder im Training hat dazu geführt, dass ich mich besser von Negativem distanzieren konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Das „Heranziehen“ der positiven Bilder im Training hat dazu geführt, dass ich das Positive näher an mich heranlassen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Die Gestaltung der Trainings-App finde ich ansprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAIN<sub>4</sub>Positivity

Datum \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_. (TT/MM/JJJJ)

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

18. Das Training hatte negative Auswirkungen auf mich: ☐ ja ☐ nein

*Falls ja, bitte genauer beschreiben:*

Notizen

19. Was hat Ihnen am Training gefallen? ☐ keine Angabe

Notizen

20. Was hat Ihnen am Training nicht gefallen? ☐ keine Angabe

Notizen

21. Verbesserungsvorschläge: ☐ keine Angabe

Notizen

22. Würden Sie dieses Training Ihrer Familie/Freunden/Arbeitskollegen etc. weiterempfehlen?

☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe