

---

# TAVIM-TP Materialien

Version 2.0, Deutsch, Juni 2007

zur Verwendung mit dem TAVIM-TP Manual

---



Daphne Projekt Nr. 2005-1/080/WYC

## Inhaltsverzeichnis

---

<b>1. Arbeitsblätter.....</b>	<b>3</b>
Einzelsitzung 1 – Arbeitsblatt 1.1 – Persönliche Anliegen. ....	4
Gruppensitzung 1 – Arbeitsblatt 1.1 – Erläuterung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. ....	6
Gruppensitzung 2 – Arbeitsblatt 2.2 – Erarbeitung eines persönlichen Erklärungsmodells. ....	10
Gruppensitzung 4 – Arbeitsblatt 4.2 – Die Wirkung von Alkohol erkennen .....	11
Gruppensitzung 5 – Arbeitsblatt 5.1 – Automatische Gedanken mit der ABC-Technik erkennen..	12
Gruppensitzung 6 – Arbeitsblatt 6.1 – Schöne Ereignisse erinnern: Persönliche Lebenslinie .....	13
Gruppensitzung 6 – Arbeitsblatt 6.2 – Erinnerung an wichtige Personen .....	14
Gruppensitzung 8 – Arbeitsblatt 8.2 – Problemlöseschritte. ....	15
<b>2. Arbeitsblätter für die Wochenaufgaben.....</b>	<b>16</b>
Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1a – Entwicklung persönlicher Ziele.....	17
Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1b – Entwicklung persönlicher Ziele.....	18
Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1a – Kosten-Nutzen-Analyse .....	19
Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1b – Kosten-Nutzen-Analyse .....	20
Gruppensitzung 2 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Persönliche Lebenslinie. ....	21
Gruppensitzung 2 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2 – Persönliche Strategien alkoholbezogene Aggression bzw. Gewalt zu reduzieren .....	22
Gruppensitzung 3 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Entspannungstraining. ....	24
Gruppensitzung 4 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Persönliche Anspannungs-Aggressions-Kurve .....	29
Gruppensitzung 4 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2 – Persönliche Auslöser-Hierarchie.....	31
Gruppensitzung 5 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Automatische Gedanken erkennen.....	33
Gruppensitzung 5 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2 – Positive Selbstkommunikation trainieren ..	34
Gruppensitzung 6 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Persönliche Stärken .....	37
Gruppensitzung 6 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2 – Kuchen-Übung .....	38
Gruppensitzung 7 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Konflikte managen .....	41
Gruppensitzung 7 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2 – Auszeit-Methode trainieren .....	41
Gruppensitzung 8 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Familienkonflikte lösen.....	42
Gruppensitzung 8 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2 – Persönliches Waagemodell.....	44
Gruppensitzung 9 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1 – Persönlicher Notfallkoffer .....	45
<b>3. Evaluationsbögen – TherapeutInnen .....</b>	<b>47</b>
<b>4. Evaluationsbögen – Teilnehmer .....</b>	<b>82</b>

## 1. Arbeitsblätter

---

Einzelstizung 1 – Persönliche Anliegen

Bereiche	Ziele	Hindernisse	Wie hilft oder verhindert das Trinken Ihre Ziele?	Wie hilft oder verhindert Aggression bzw. Gewalt Ihre Ziele?	Pläne
Zuhause					
Beruf/Tätigkeit					
Familie					
Freunde und Bekannte					
Partnerschaft und sexuelle Wünsche					
Persönliche Veränderung					

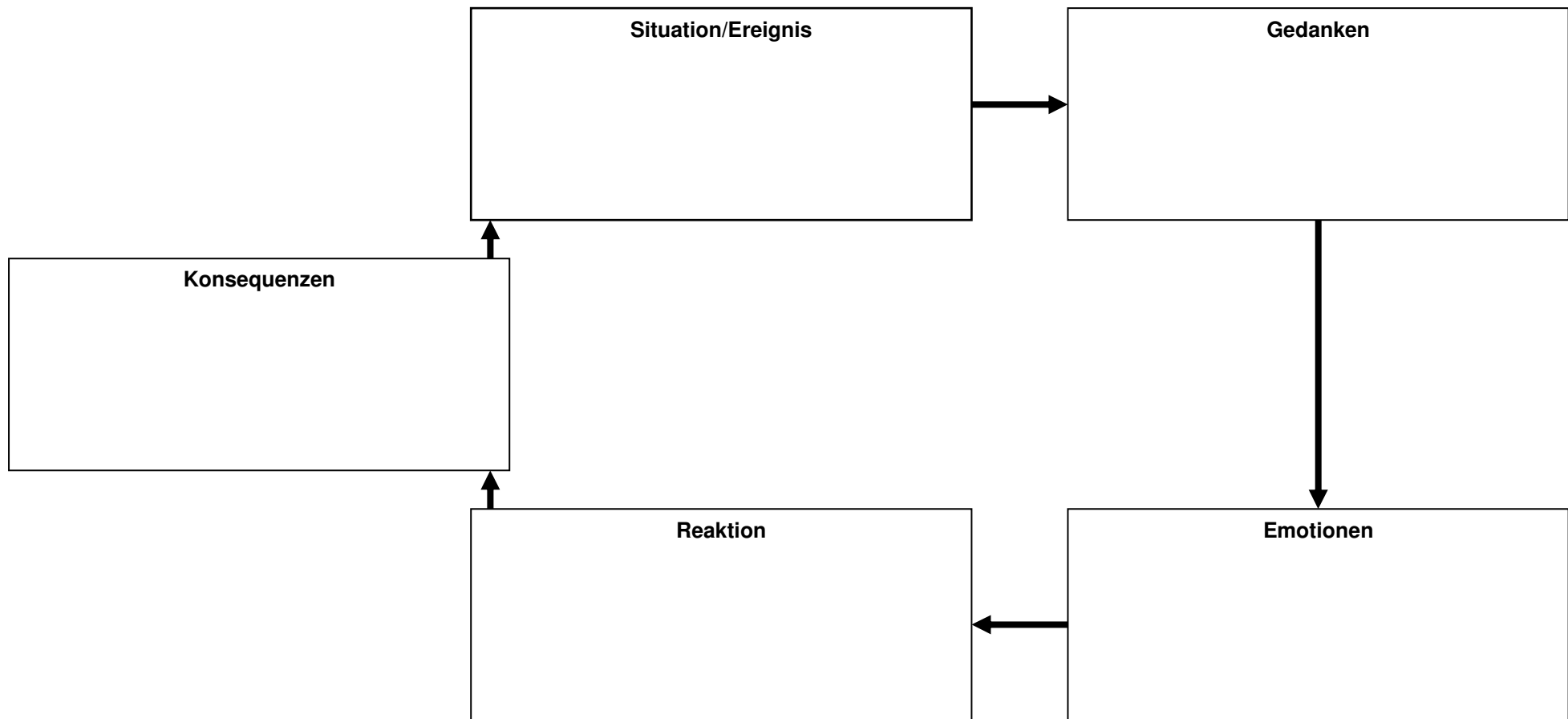
Einzelstizung 1 – Persönliche Anliegen

Bereiche	Ziele	Hindernisse	Wie hilft oder verhindert das Trinken Ihre Ziele?	Wie hilft oder verhindert Aggression bzw. Gewalt Ihre Ziele?	Pläne
Ausbildung/Berufliche Weiterentwicklung					
Gesundheit					
Substanzkonsum					
Religion und Spiritualität					
Freizeit/Hobbies					
Andere Bereiche					

Gruppensitzung 1 – Übung 1.1

**Erläuterung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten**

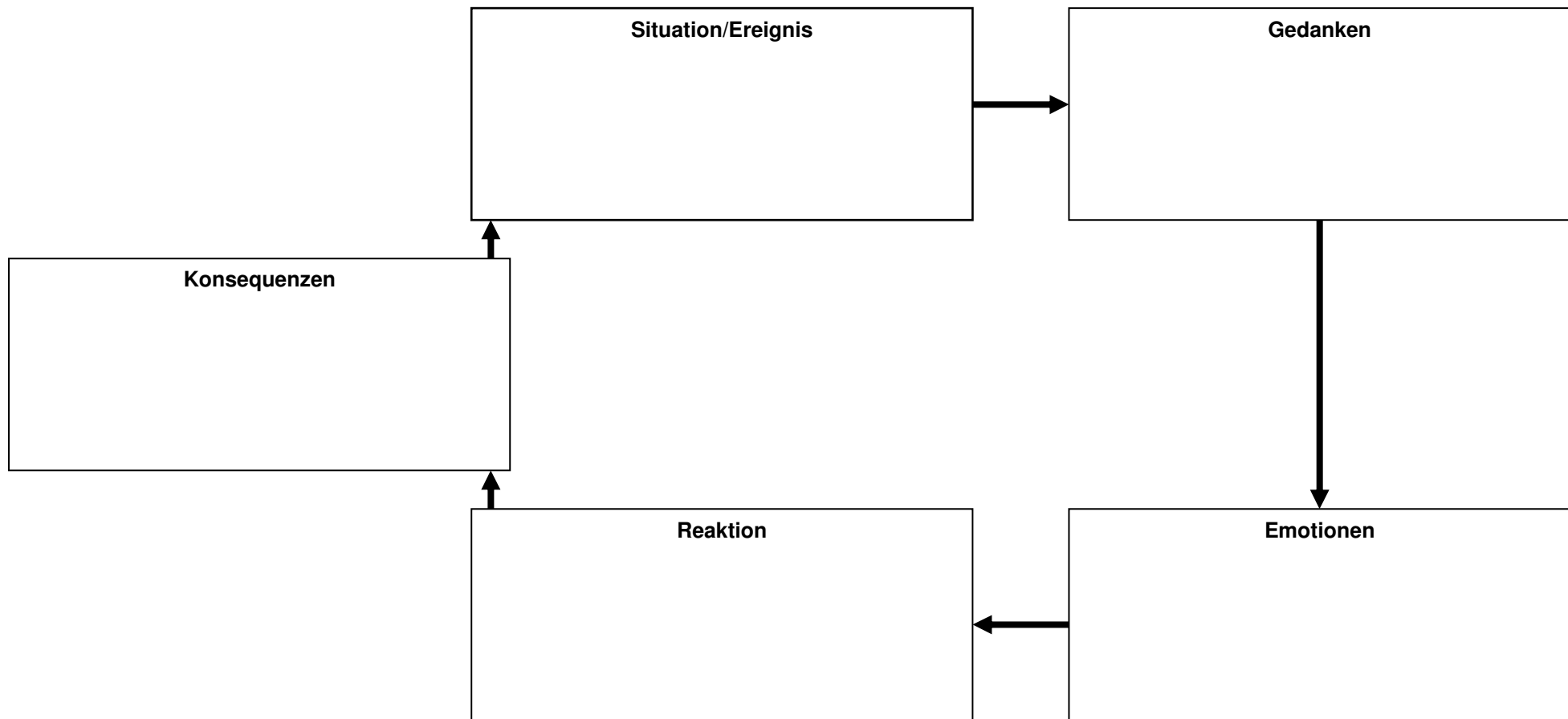
Bitte versuchen Sie **ANGST** mithilfe des Modells zu erklären, d.h. den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Finden Sie für jedes Kästchen Beispiele und tragen Sie diese ein.



Gruppensitzung 1 – Übung 1.1

**Erläuterung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten**

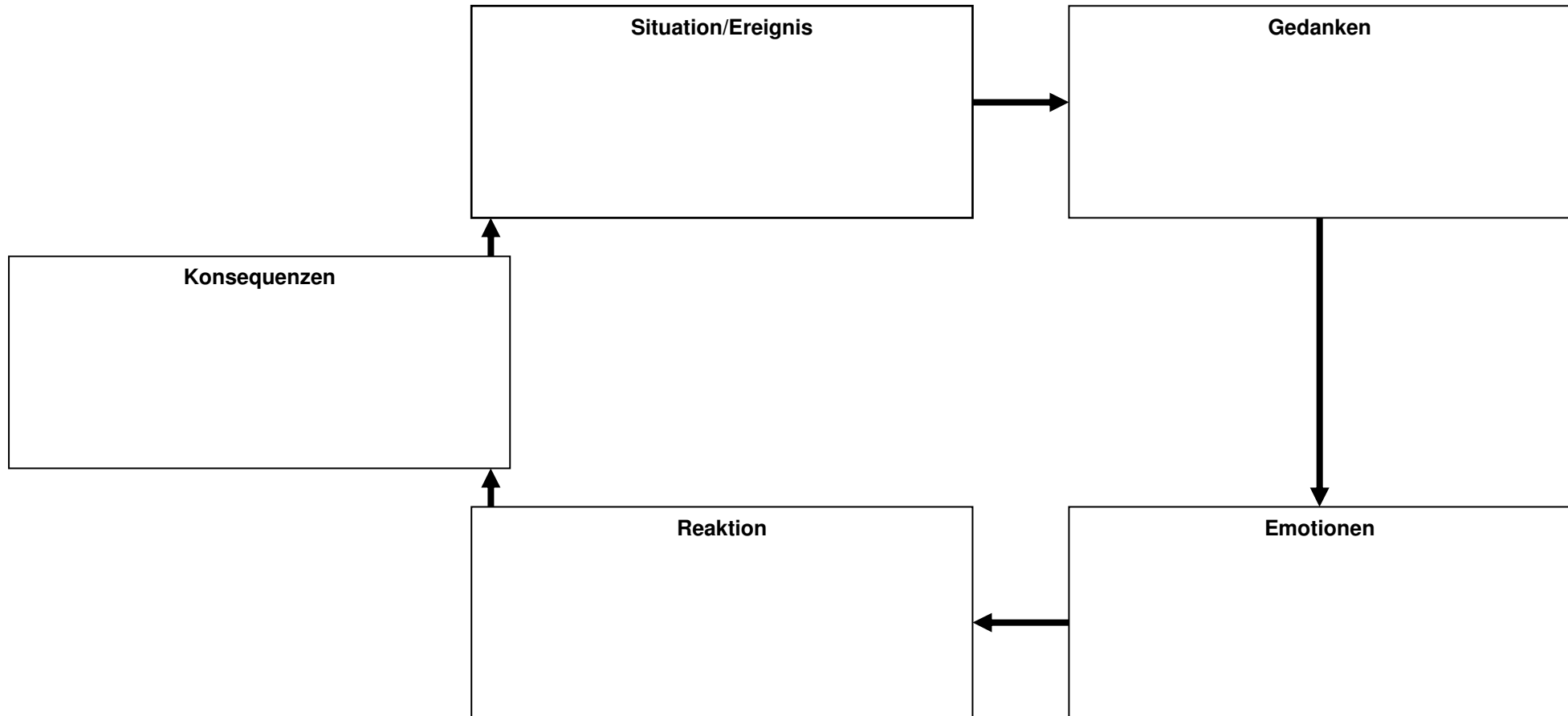
Bitte versuchen Sie **FREUDE** mithilfe des Modells zu erklären, d.h. den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Finden Sie für jedes Kästchen Beispiele und tragen Sie diese ein.



Gruppensitzung 1 – Übung 1.1

**Erläuterung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten**

Bitte versuchen Sie **WUT** mithilfe des Modells zu erklären, d.h. den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Finden Sie für jedes Kästchen Beispiele und tragen Sie diese ein.

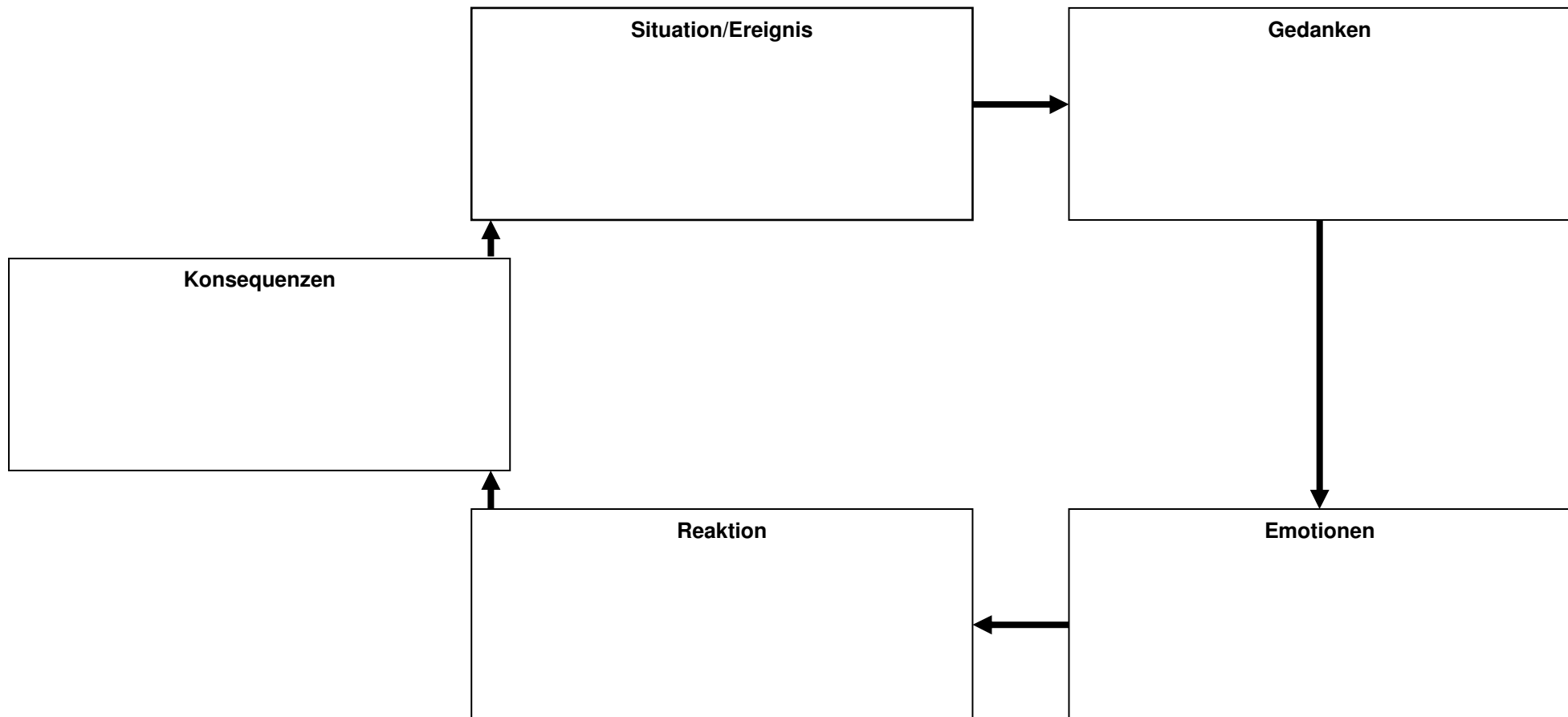




Gruppensitzung 1 – Übung 1.1

**Erläuterung des Zusammenhangs zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten**

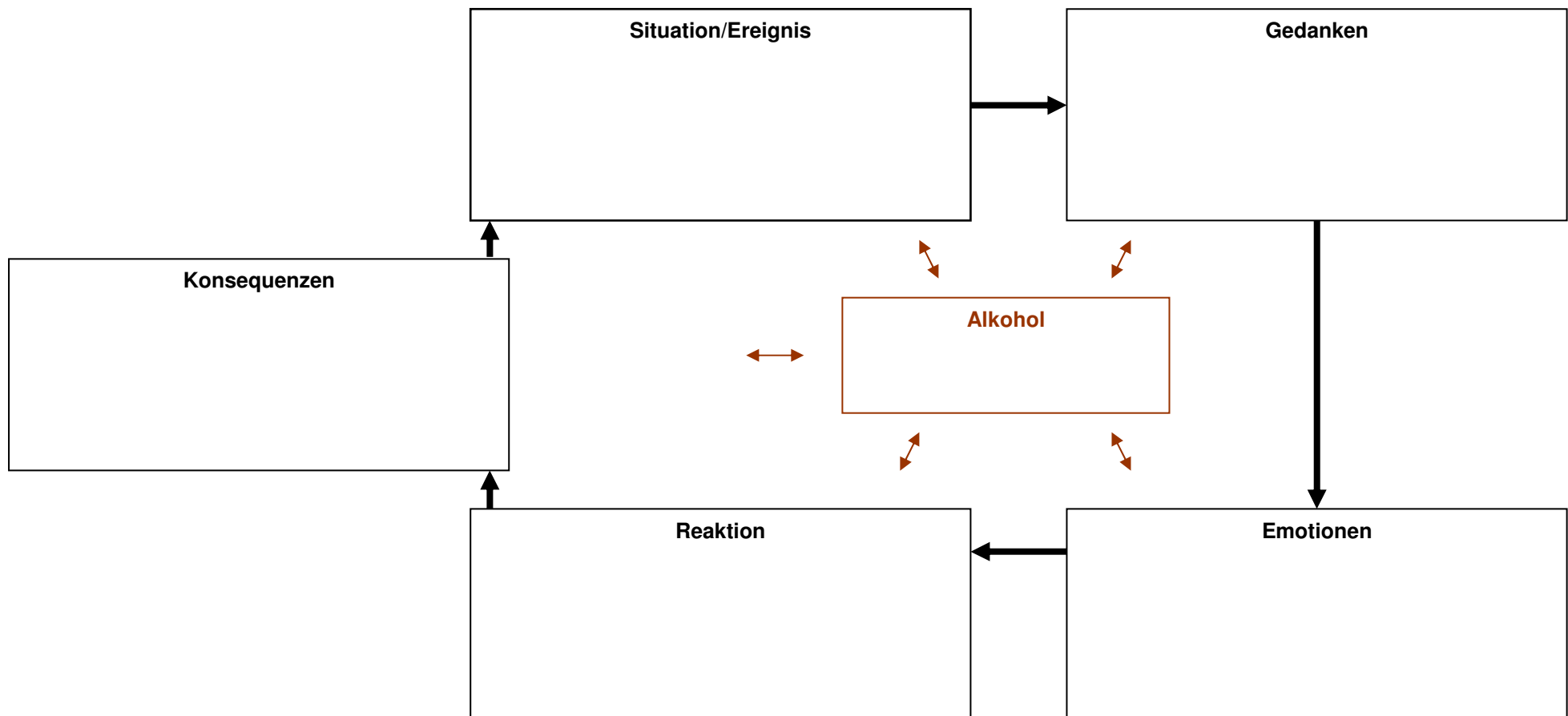
Bitte versuchen Sie **EKEL** mithilfe des Modells zu erklären, d.h. den Zusammenhang zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten. Finden Sie für jedes Kästchen Beispiele und tragen Sie diese ein.



## Gruppensitzung 2 – Übung 2.2

### Erarbeitung eines persönlichen Erklärungsmodells

Bitte erinnern Sie sich an ein Ereignis von alkoholbezogener Aggression bzw. Gewalt innerhalb der Familie und versuchen Sie es mit Hilfe des Modells zu erklären: Können Sie Auslöser erkennen? Welche (automatischen) Gedanken hatten Sie? Welche Gefühle wurden ausgelöst? Was haben Sie getan? Welche Folgen sind eingetreten und welche Konsequenzen hatten Sie erwartet? Welche Rolle hatte der Alkoholkonsum gespielt?





Gruppensitzung 5 – Übung 5.1

**Automatische negative Gedanken mithilfe der ABC-Technik**

Bitte erinnern Sie sich an eine Situationen, in der Sie aggressiv oder gewalttätig gegen Familienmitglieder geworden sind (nachdem Sie Alkohol getrunken haben). Analysieren Sie diese mithilfe der ABC-Technik. Sie können auch ein aktuelles Ereignis (hier in der Behandlungseinrichtung auswählen), welches Suchtdruck oder starke innere Anspannung ausgelöst hat.“

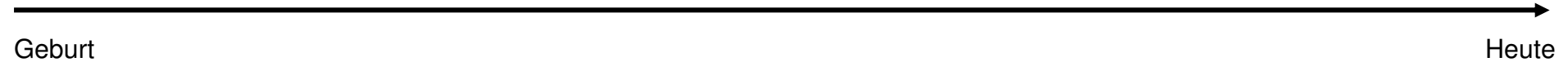
Beginnen Sie damit die Situation zu beschreiben. Es kann einfacher sein, erst Ihre Reaktion zu beschreiben (C). Versuchen Sie dann sich an das zu erinnern, was Sie gedacht haben. Auch wenn Sie sich nicht genau erinnern können, schreiben Sie das, was Sie wahrscheinlich gedacht haben.

Beschreiben Sie die <b>Auslösende Situation (A)</b> .	Tragen Sie Ihre <b>Bewertungen (B)</b> : Was haben Sie gedacht?	Beschreiben Sie die <b>Konsequenzen (C)</b> : Welche Gefühle hatten Sie? Was haben Sie getan?

## Gruppensitzung 6 – Übung 6.1

### **Schöne Ereignisse erinnern: Persönliche Lebenslinie**

Bitte erinnern Sie sich an angenehme und schöne Ereignisse in Ihrem Leben. Zeichnen Sie Ihre persönliche Lebenslinie! Sie können die Lebenslinie frei gestalten!



## Gruppensitzung 6 – Übung 6.2

### **Erinnern an wichtige (positive) Personen**

Erinnern Sie sich bitte an eine Person, die Sie wirklich liebt/mag oder geliebt/gemocht hat oder um Sie besorgt ist oder besorgt war! Überlegen Sie was diese Person an Ihnen mag/mochte.

Die Person ist/war: \_\_\_\_\_

Was mag/mochte er/sie an Ihnen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was würde die Person heute über mich sagen (denken Sie an positive Aspekte!)?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Gruppensitzung 8 – Übung 8.2

### Einführung von Problemlösefähigkeiten

1. Erkennen eines Problems: Wie erkenne ich ein Problem?

---

---

---

---

2. Definieren eines Problems: Was ist ein Problem?

---

---

---

---

3. Definieren eines Zieles: Was will ich?

---

---

---

---

4. Überlegen und analysieren Sie unterschiedliche Lösungen: Was sind Wahlmöglichkeiten? Was kann ich machen?

---

---

---

---

5. Überlegen Sie mögliche Schwierigkeiten: Was ist mein Plan? Was sind Hindernisse?

---

---

---

---

6. Bewerten von Ergebnissen: Wie hat gut und was weniger gut geklappt?

---

---

---

## **1.2 Arbeitsblätter für die Wochenaufgaben**

---



Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1a

**Entwicklung persönlicher Ziele**

Denken Sie bitte über Ihre ganz persönlichen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse nach und schreiben Sie die Ziele in die Tabelle, die für Sie persönlich wichtig sind. Bitte bewerten Sie dann auf einer Skala von 1 bis 10, wie wichtig Ihnen das Ziel für Sie ist

- Formulieren Sie positive Ziele.
- Wählen Sie Ziele, die erreichbar bzw. realistisch sind (z.B. kleinere Teilziele).
- Formulieren Sie konkrete Ziele.
- Wählen Sie Ziele, die für Sie relevant bzw. bedeutungsvoll sind.

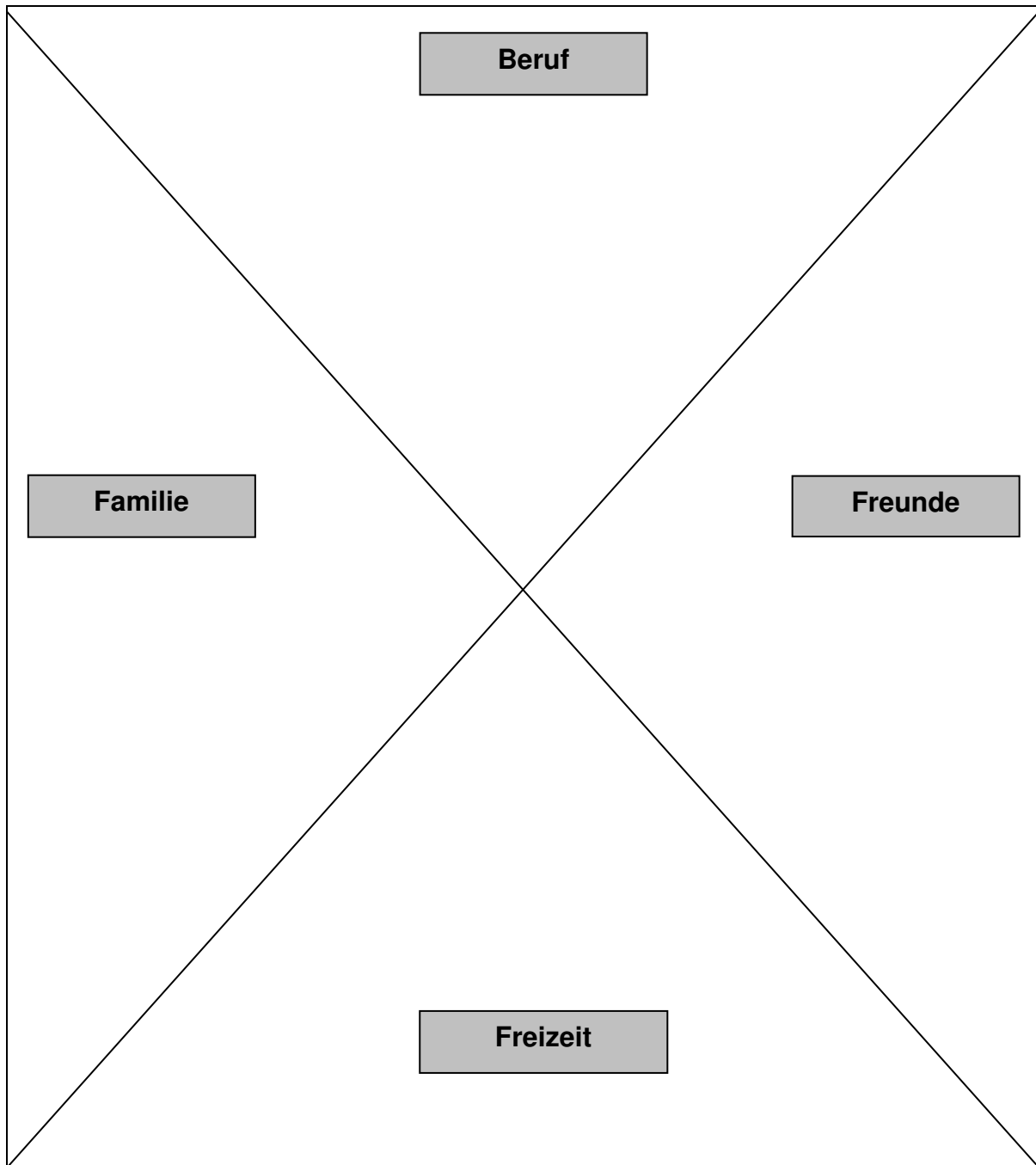
<b>Meine persönliche Ziele</b> <i>Ich würde gerne ... Ich wünsche mir ...</i>	<b>Wie wichtig ist mir das Ziel?</b> von 1 = gar nicht wichtig bis 10 = sehr wichtig
1.....	
2.....	
3.....	
4.....	
5.....	

Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1b

**Entwicklung persönlicher Ziele**

Denken Sie bitte über Ihre ganz persönlichen Ziele, Wünsche und Bedürfnisse nach und tragen Sie die Ziele in die Tabelle, die für Sie persönlich wichtig sind.

- Formulieren Sie positive Ziele.
- Wählen Sie Ziele, die erreichbar bzw. realistisch sind (z.B. kleinere Teilziele).
- Formulieren Sie konkrete Ziele.
- Wählen Sie Ziele, die für Sie wichtig bzw. bedeutungsvoll sind.



The diagram is a large square divided into four quadrants by two diagonal lines. Each quadrant contains a grey rectangular box with a label:

- Top quadrant: **Beruf**
- Right quadrant: **Freunde**
- Bottom quadrant: **Freizeit**
- Left quadrant: **Familie**

Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2a

**Kosten-Nutzen-Analyse**

Denken Sie bitte darüber nach, welche Vorteile und Nachteile Sie durch alkoholbezogenes aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten haben. Tragen Sie alles, was Ihnen dazu einfällt, in die Tabelle ein.

<p><b>Kosten = Nachteile</b>  <i>Welche Nachteile bringt alkoholbezogene Aggression bzw. Gewalt?</i></p>	<p><b>Nutzen = Vorteile</b>  <i>Welche Vorteile bringt alkoholbezogene Aggression bzw. Gewalt?</i></p>

Gruppensitzung 1 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2b

**Kosten-Nutzen-Analyse**

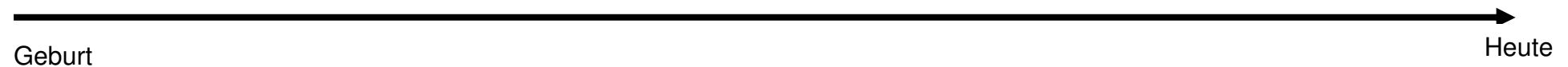
Denken Sie bitte darüber nach, welche Vorteile und Nachteile Sie durch alkoholbezogenes aggressives bzw. gewalttätiges Verhalten haben. Denken Sie auch über kurzzeitige und langzeitige Vor- und Nachteile nach. Tragen Sie alles, was Ihnen dazu einfällt, in die Tabelle ein.

	<b>Kurzzeitig</b>	<b>Langzeitig</b>
<b>Nutzen = Vorteile</b>		
<b>Kosten = Nachteile</b>		

## Gruppensitzung 2 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

### **Persönliche Lebenslinie**

Bitte erstellen Sie eine persönliche Lebenslinie, d.h. den Verlauf Ihres Alkoholkonsums bzw. des aggressiven Verhaltens. Notieren oder malen Sie bitte wichtige Ereignisse, Situationen oder Erfahrungen, die mit dem Alkoholtrinken und/oder dem aggressivem Verhalten zusammenhängen und die für Sie bedeutsam sind bzw. waren: Was waren Meilensteine? Wann haben Sie angefangen zu trinken? Wann kam es das erste Mal zu aggressivem Verhalten? Sie können die Lebenslinie frei gestalten!



## Gruppensitzung 2 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

### **Persönliche Strategien alkoholbezogene Aggression bzw. Gewalt zu reduzieren**

Bitte listen Sie Ihre persönlichen Strategien zur Problemreduktion von alkoholbezogener Gewalt auf. Bitte schreiben Sie die Ideen und Möglichkeiten in die Kreise. Beachten Sie realistische Strategien, die für Sie von Nutzen sind.

**Meine Ziele:  
Ich wünsche/will...**

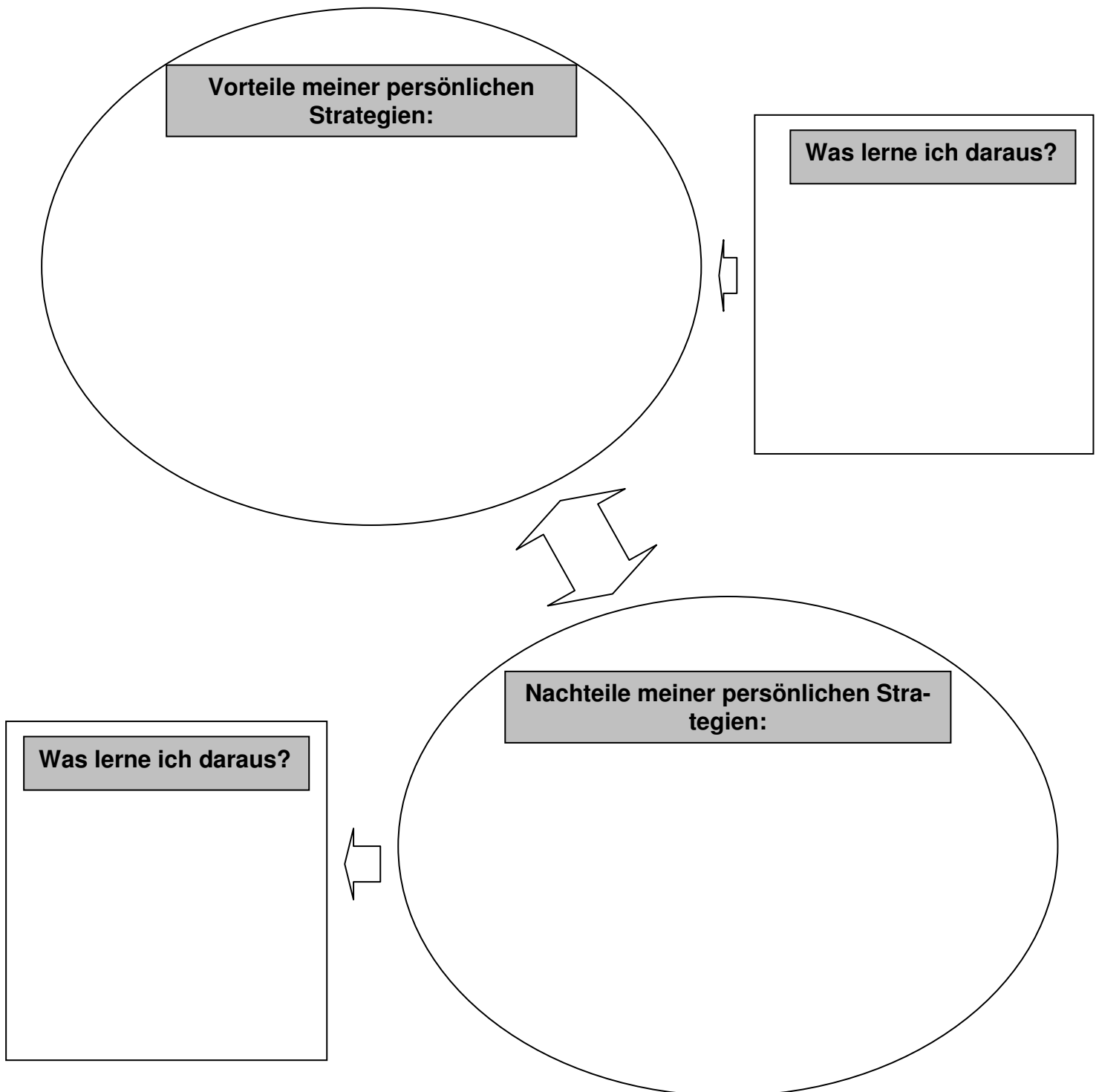
**Persönliche Strategien, die  
ich nutzen werde:**

**Mögliche Ergebnisse meiner  
persönlichen Strategien:**

## Gruppensitzung 2 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

### **Persönliche Strategien zur Reduktion oder zum Stoppen von alkoholbezogener Gewalt**

Bitte denken Sie über Vor- und Nachteile Ihrer persönlichen Strategien nach.



**Vorteile meiner persönlichen Strategien:**

**Was lerne ich daraus?**

**Nachteile meiner persönlichen Strategien:**

**Was lerne ich daraus?**

## Gruppensitzung 3 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

### Entspannungstraining

Nehmen Sie eine möglichst bequeme Haltung ein, und stellen Sie sich darauf ein, dass Sie sich nun entspannen werden. Achten Sie darauf, dass Sie bequem sitzen. Der Rücken ist angelehnt, die Füße stehen fest und sicher auf dem Boden, Arme und Hände ruhen locker im Schoß. Der Kopf hat eine angenehme Lage.

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun nach innen, auf Ihren Körper. Schließen Sie dabei die Augen oder schauen Sie auf einen Punkt vor Ihren Füßen. Spüren Sie Ihre Füße auf dem Boden, den Rücken, die Hände auf den Oberschenkeln. Gehen Sie in Gedanken durch Ihren Körper und versuchen Sie aufzuspüren, welche Muskeln angespannt und verkrampft und welche bereits ziemlich locker und entspannt sind.

Wenn Sie den Wunsch dazu haben, dann nehmen Sie einen tiefen Atemzug und atmen dann langsam wieder aus. Und lassen Sie den Atem dann einfach laufen und beobachten Sie, wie sich Ihre Bauchdecke beim Einatmen leicht hebt und senkt. Vielleicht können Sie auch spüren, wie die Luft kühl durch die Nase einströmt, und- vom Körper erwärmt- warm wieder hinausläßt.

Wir beginnen nun gleich mit den Übungen. Achten Sie dabei bitte ganz aufmerksam auf Ihre Empfindungen bei der Anspannung und der anschließenden Entspannung der Muskeln. Es kommt nicht darauf an, die Muskeln stark anzuspannen, sondern nur darauf, dass Sie die Unterschiede zwischen Anspannung und Entspannung deutlich spüren. Atmen Sie beim Anspannen der Muskeln ruhig weiter. Bitte führen Sie die Anspannung der Muskeln immer erst dann durch, wenn ich „jetzt“ sage“.

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit zunächst auf Ihre rechte Hand und Ihren rechten Unterarm. Ballen Sie Ihre **rechte Hand** zur Faust –jetzt-. Halten Sie die Spannung einen Moment und beobachten Sie die Empfindungen der Anspannung in Hand und Unterarm. –Und mit dem nächsten Ausatmen lösen Sie die Anspannung in Hand und Unterarm und lockern die Muskeln. Achten Sie auf den Unterschied zwischen Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Achten Sie darauf, welches Gefühl sich entwickelt in Hand und Unterarm, ein leichtes Kribbeln vielleicht, ein Gefühl von Schwere oder Wärme. Folgen Sie diesem Gefühl.

Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nun weiter zum **rechten Oberarm**. Beugen Sie den Ellenbogen mit geöffneter Hand nach oben –jetzt-. Spüren Sie die Anspannung im rechten Oberarm, halten Sie die Spannung noch einen Moment, - und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie den Arm wieder sinken und entspannen. Achten Sie wieder auf den Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Achten Sie darauf, wie mit dem Nachlassen der Anspannung Gefühle der Entspannung sich ausbreiten können- im rechten Oberarm- im rechten Unterarm- in der rechten Hand- in jedem einzelnen Finger.

Lassen Sie den rechten Arm entspannt ruhen, und wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit nun der **linken Hand** zu. Ballen Sie die linke Hand zur Faust, -jetzt-. Beobachten Sie die Empfindungen der Anspannung in Hand und Unterarm, noch einen Moment halten- und dann mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Spannung wieder los und entspannen. Achten Sie wieder auf den



Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung, die sich jetzt allmählich in der Hand und im Arm ausbreitet.

Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nun weiter zum **linken Oberarm**. Beugen Sie den Ellenbogen-jetzt-. Beobachten Sie die Anspannung der Muskeln im linken Oberarm- und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie den Arm wieder sinken, lockern die Muskeln im Oberarm und entspannen. Wieder ist deutlich der Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Lassen Sie alle Spannung aus dem Arm herausfließen und entspannen Sie den Arm- mit jedem Ausatmen- mehr und mehr. Mit jedem Ausatmen lösen sich die Muskeln des linken Oberarmes, des linken Unterarmes und der linken Hand mehr und mehr.

Lassen Sie beide Arme ganz entspannt und ruhig ruhen und richten Ihre Aufmerksamkeit nun bitte auf beide **Füße**. Krallen Sie die Zehen beider Füße ein- jetzt-. Halten Sie die Spannung einen Moment und beobachten Sie Ihre Empfindungen bei der Anspannung in beiden Füßen. Und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Anspannung wieder los und entspannen die Füße. Achte Sie wieder auf den Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Folgen Sie dem Gefühl der Entspannung mit jedem Ausatmen.

Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nun weiter zu den **Unterschenkeln**. Heben Sie die Fersen beider Füße an- jetzt-. Spüren Sie die Anspannung in den Wadenmuskeln, halten Sie die Anspannung in den Wadenmuskeln noch einen Moment, - und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Spannung wieder los und entspannen. Achten Sie wieder auf den Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Versuchen Sie, mit jedem Ausatmen die Wadenmuskeln noch mehr loszulassen und zu entspannen.

Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit nun den **Oberschenkeln** zu. Drücken Sie die Fersen beider Füße in den Boden und spannen Sie dabei die Oberschenkelmuskeln an- jetzt-. Beobachten Sie die Empfindungen der Anspannung, noch einen Moment halten – und dann mit dem nächsten Ausatmen wieder lösen und entspannen. Beobachten Sie wie mit dem Nachlassen der Anspannung Gefühle der Entspannung sich ausbreiten können in den Oberschenkeln. Und folgen Sie diesen Gefühlen mit jedem Ausatmen.

Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nun weiter zu den **Gesäßmuskeln**. Kneifen Sie die Pobacken zusammen- jetzt-. Achten Sie auf die Anspannung, halten, noch halten- und dann mit dem nächsten Ausatmen wieder entspannen. Wieder ist deutlich der Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Folgen Sie dem Gefühl der Entspannung- mit jedem Ausatmen. Mit jedem Ausatmen lösen sich die Muskeln des Gesäßes, der Oberschenkel, der Unterschenkel und der Füße mehr und mehr.

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun bitte auf Ihr Gesicht, zunächst auf die **Stirn**. Legen Sie die Stirn in Falten –jetzt-. Beobachten Sie die Spannung in Stirn und Kopfhaut, noch einen Moment halten – und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie die Stirn locker und gelöst werden, wie eine glatte, leere Fläche. Achten Sie wieder auf den Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Glätten Sie die Stirn immer mehr. Spüren Sie, wie die Entspannung der Stirn sich angenehm über die ganze Kopfhaut ausbreitet.

Wenden Sie Ihre Aufmerksamkeit nun den **Augen** zu. Kneifen Sie die Augen leicht zusammen und rümpfen Sie die Nase –jetzt-. Spüren Sie die Anspannung in der gesamten oberen Gesichtshälfte, halten, noch halten – und mit dem nächsten Ausatmen, wieder lösen und entspannen. Beobachten Sie wieder das Nachlassen der Anspannung und die aufkommende Entspannung.

Gehen Sie nun weiter zu den **Kiefermuskeln**. Pressen Sie die Zähne und Lippen aufeinander und drücken Sie mit der Zunge nach oben gegen den Gaumen –jetzt-. Spüren Sie die Anspannung, halte, noch halten – und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie wieder los, lockern den Unterkiefer und entspannen. Achten Sie darauf, wie mit dem Nachlassen der Spannung ein Gefühl der Entspannung eintritt. Folgen Sie diesem Gefühl. Lassen Sie die Entspannung mit jedem Ausatmen immer noch tiefer werden und tiefer.

Lassen Sie das Gesicht ganz entspannt und ruhig, und gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit weiter zu den Muskeln in **Hals und Nacken**. Ziehen Sie den Kopf etwas ein und drücken Sie ihn nach hinten –jetzt-. Spüren Sie die Anspannung in Nacken und Hinterkopf, halten, noch halten – und mit dem nächsten Ausatmen lösen Sie die Spannung wieder und lockern die Muskeln. Beobachten Sie wieder das Nachlassen der Anspannung und die aufkommende Entspannung- mit jedem Ausatmen. Mit jedem Ausatmen lösen sich die Muskeln in Hals und Nacken und des Gesichtes mehr und mehr.

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun auf Ihre **Schultern**. Drücken Sie die Schultern nach hinten zusammen –jetzt-. Achten Sie auf die Anspannung in den Schultern, im gesamten oberen Rücken, halten – und mit dem nächsten Ausatmen, lassen Sie die Schultern wieder los und entspannen. Lassen Sie die Schultern so tief wie möglich sinken. Lassen Sie alle Spannung aus den Schultern entweichen. Ein angenehmes Gefühl von Ruhe und Entspannung breitet sich aus, folgen Sie diesem Gefühl und vertiefen Sie es mit jedem Ausatmen immer mehr.

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun auf Ihre **Brustmuskeln**. Nehmen Sie einen tiefen Atemzug und halten Sie die Luft an –jetzt-. Spüren Sie die Spannung in den Brustmuskeln, noch einen Moment halten – und dann ausatmen, loslassen und entspannen. Achten Sie darauf, wie ein Gefühl der Entspannung eintritt. Lassen Sie die Entspannung mit jedem Ausatmen immer noch tiefer werden und tiefer.

Richten Sie Ihre Aufmerksamkeit nun bitte auf den **unteren Rücken**. Machen Sie ein leichtes Hohlkreuz –jetzt-. Spüren Sie die Spannung im unteren Rückenbereich, noch einen Moment halten- und mit dem nächsten Ausatmen lassen Sie dann wieder los und entspannen. Achten Sie wieder auf den Unterschied zwischen der Anspannung vorher und der Entspannung jetzt. Mit jedem Ausatmen lösen sich die Muskeln des Rückens mehr und mehr.

Wandern Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit nun weiter nach vorne in Ihren Bauch. Spannen Sie die **Bauchmuskeln** etwas an, so als wollten sie einen leichten Schlag abfangen, -jetzt-. Spüren Sie die Spannung in der Bauchdecke, halten Sie sie noch einen Moment – und mit dem nächsten Ausatmen, lassen Sie die Spannung los und entspannen. Wieder spüren Sie den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung. Lassen Sie die Bauchmuskeln locker, und entspannen Sie sie mit jedem Ausatmen mehr und mehr.“

Und nun konzentrieren Sie sich nur noch auf das angenehme Gefühl der Entspannung. Folgen Sie diesem Gefühl und versuchen Sie, es mit jedem Ausatmen immer noch tiefer werden zu lassen. Und lassen Sie dieses angenehme Gefühl in jeden Teil Ihres Körpers fließen: in die Arme- und Hände- in jeden einzelnen Finger- in Stirn und Kopfhaut- in die Augen- in Hals und Nacken- in die Schultern- den ganzen Rücken hinunter- in den Bauch- in das Gesäß- in die Oberschenkel- in die Unterschenkel- bis in die Füße hinein- bis in die Zehenspitzen. Lassen Sie sich mit jedem Ausatmen tiefer und tiefer in Ruhe und Entspannung fallen. So weit wie Sie möchten, wie es für Sie angenehm ist. Prägen Sie sich dieses angenehme Gefühl von Ruhe und Entspannung ein, um es in sich zu bewahren und hinauszutragen in den Rest des Tages.

Sagen Sie sich nun bitte, dass Sie die Übung gleich beenden werden.

Spannen Sie langsam beide Hände wieder an, winkeln Sie die Arme an, strecken und räkeln Sie sich. Atmen Sie ein paar Mal kräftig tief durch und öffnen Sie die Augen.

Gruppensitzung 3 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

**Entspannungstraining: Trainingsprotokoll**

Bitte trainieren Sie die PMR so oft Sie können und bewerten Sie Ihre Erfahrungen damit! Füllen Sie bitte anschließend das Trainingsprotokoll aus: Beschreiben Sie die Situation vorher und nachher! Wie angespannt bzw. gestresst waren Sie vorher? Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 bis 10, wie gut Sie sich entspannen konnten: 1 = sehr angespannt und 10 = sehr entspannt).

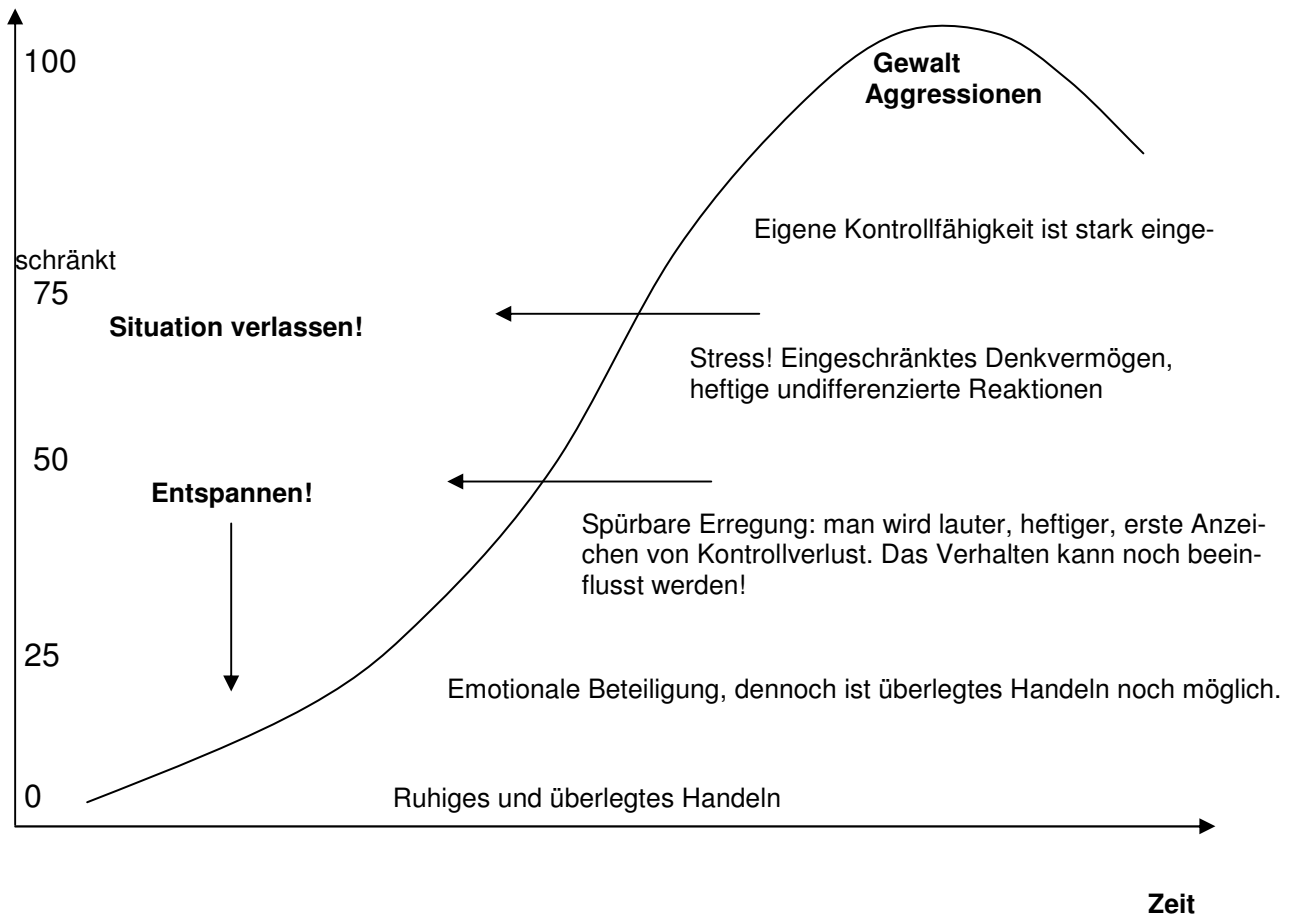
	Beschreiben Sie die Situation vorher!	Wie angespannt bzw. gestresst waren Sie?	Was hat beim Training gut geklappt?	Wie entspannt waren Sie nachher?
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				

Gruppensitzung 4 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

**Persönliche Anspannungs-Aggressions-Kurve**

Hier finden Sie ein Beispiel für eine Anspannungs-Aggressions-Kurve. Bitte schauen Sie sich diese genau an und überlegen, wie sich Ihre Aggressionen aufbauen.

**Grad der Erregung**

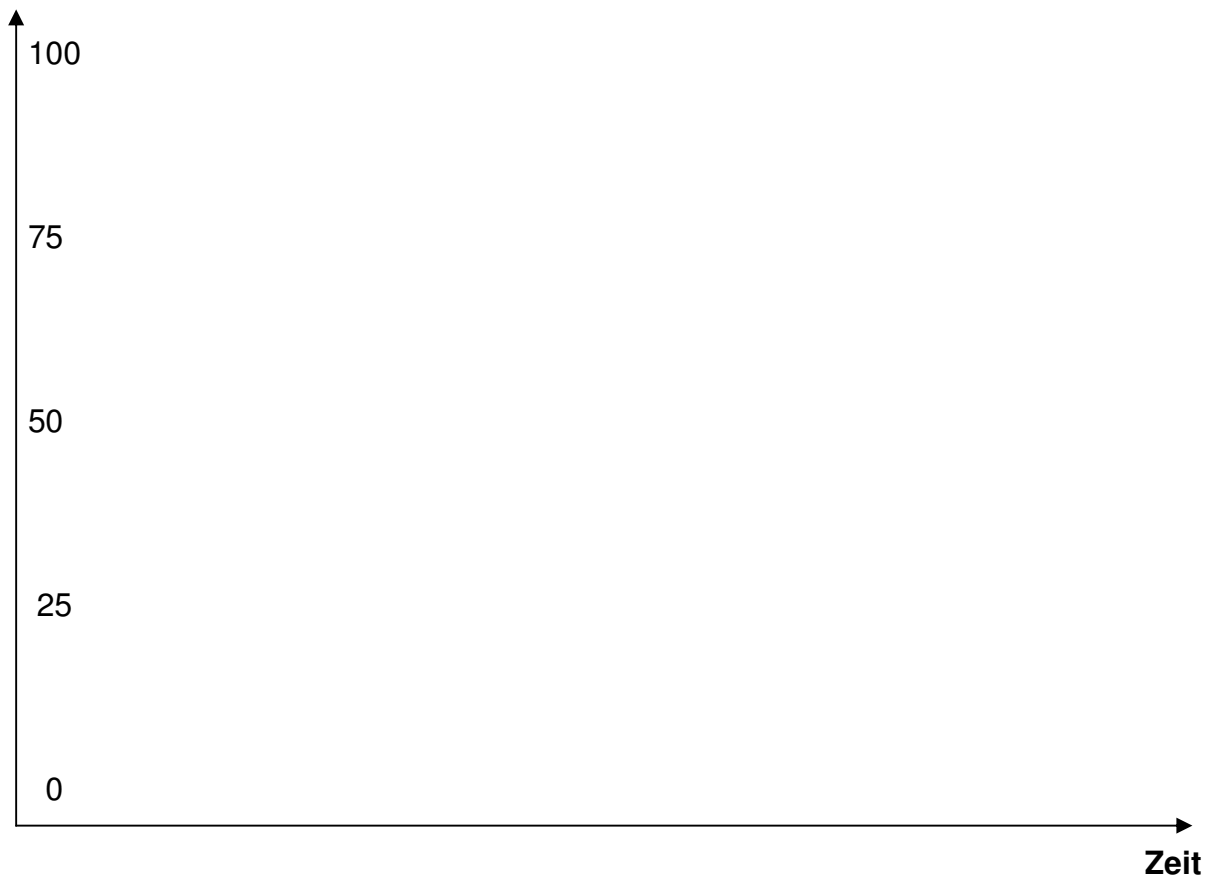


Gruppensitzung 4 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

**Persönliche Anspannungs-Aggressions-Kurve**

Bitte erinnern Sie sich an eine oder an typische Konfliktsituationen und erarbeiten Sie Ihre persönliche Kurve. Gestalten Sie die Kurve so, wie es für Sie passend erscheint. Sie können Auslöser, Gedanken, Gefühle und ganz konkretes Verhalten, das Ihnen wichtig erscheint eintragen. Beachten Sie dabei auch das Zusammenspiel von nicht-körperlicher und körperlicher Aggression bzw. Gewalt.“

**Grad der Erregung**



Gruppensitzung 4 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

**Persönliche Auslöser-Hierarchie**

Bitte überlegen Sie, welche Auslöser bei Ihnen besonders häufig zu alkoholbezogenen Aggressionen führen. Die Auslöser können innerlich oder äußerlich sein. Bitte überlegen Sie, welche Auslöser, besonders kritisch sind und versuchen eine Rangfolge zu erstellen. Tragen Sie bitte in die rechte Spalte ein, was Sie dann normalerweise denken.

<b>Was regt mich auf bzw. worüber ärgere ich mich oder werde ich wütend?</b>	<b>Was denke ich dann automatisch? Welche Gedanken habe ich?</b>

## Gruppensitzung 4 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

### **Persönliche Auslöser-Hierarchie**

Wählen Sie bitte einen Auslöser bzw. eine Situation aus und beantworten die folgenden Fragen.

**Beschreiben Sie die Situation, z.B. Welche Auslöser gab es? Wer war noch beteiligt?**

---

---

---

**Was speziell hat Sie in der Situation aufgeregt, geärgert oder wütend gemacht?**

---

---

---

**Was haben Sie körperlich gemerkt und welche Gefühle hatten Sie?**

---

---

---

**Was haben Sie gedacht?**

---

---

---

**Was haben Sie getan?**

---

---

---

**Was hätten Sie tun können, um sich zu kontrollieren?**

---

---

---



Gruppensitzung 5 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

**Automatische Gedanken erkennen**

Bitte erinnern Sie sich an ein oder zwei Situationen, in denen Sie aggressiv oder gewalttätig gegen Familienmitglieder geworden sind. Analysieren Sie diese mithilfe der ABC-Technik. Sie können auch ein aktuelles Ereignis (hier in der Behandlungseinrichtung auswählen), welches Suchtdruck oder starke innere Anspannung ausgelöst hat.“

Beginnen Sie damit die Situation zu beschreiben. Es kann einfacher sein, erst Ihre Reaktion zu beschreiben (C). Versuchen Sie dann sich an das zu erinnern, was Sie gedacht haben. Auch wenn Sie sich nicht genau erinnern können, schreiben Sie das, was Sie wahrscheinlich gedacht haben.

Beschreiben Sie die <b>Auslösende Situation (A)</b> .	Tragen Sie Ihre <b>Bewertungen (B)</b> : Was haben Sie gedacht?	Beschreiben Sie die <b>Konsequenzen (C)</b> : Welche Gefühle hatten Sie? Was haben Sie getan?

## Gruppensitzung 5 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

### Positive Selbstkommunikation trainieren

Eine wichtige Methode, sich selbst zu kontrollieren ist die Art und Weise, wie wir mit uns selbst reden, d.h. was wir uns selbst sagen. Sie können lernen, positive und beruhigende Gedanken zu produzieren.

Selbstkommunikation meint die Art und Weise, wie wir leise oder in Gedanken mit uns selbst reden.

#### Beispiele für Positive Selbstkommunikation:

##### Vorbereitung auf Provokation

“Ich kann einen Plan ausarbeiten, um damit umzugehen.”  
 “Das könnte eine heikle Situation werden, aber ich glaube an mich.”  
 “Ich habe Möglichkeiten das zu bewältigen!”

##### Umgang mit Konfrontationen

“Bleib ruhig. Entspannen.”  
 “Gehe nicht vom Schlimmsten aus  
 „Ziehe keine voreilige Schlüsse.”  
 “Solange ich die Ruhe bewahre, habe ich mich unter Kontrolle.”

##### Umgang mit Ärger oder starken Gefühlen am extremsten Punkt

“Sich darüber so aufzuregen, ist es nicht Wert.”  
 “Meine Erregung ist ein Signal darüber was ich zu tun habe.  
 „Ich nehme jetzt eine Auszeit!“  
 “Sieh’s locker und bleib ruhig.”

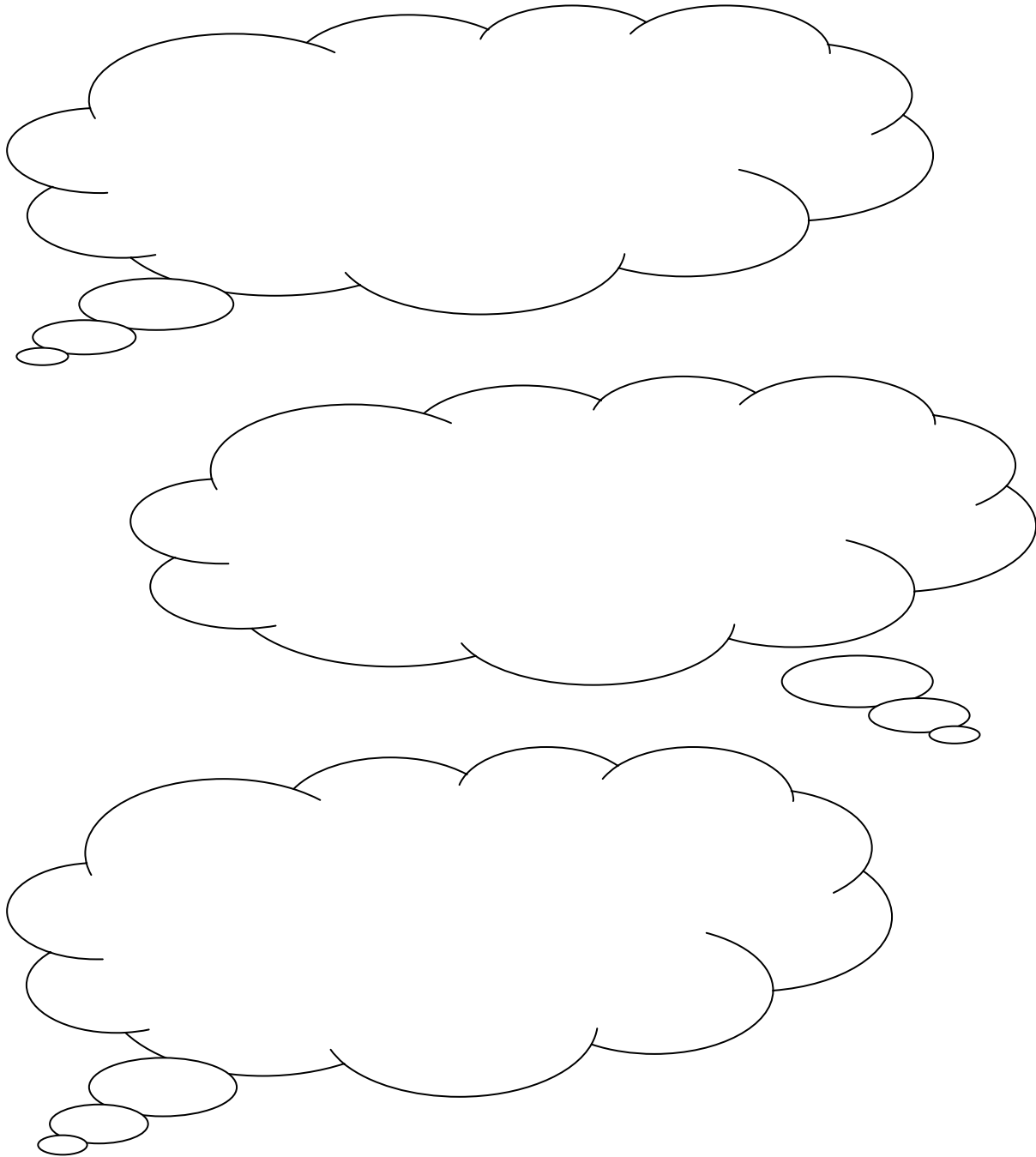
##### Weitere selbst-kontrollierende Äußerungen

“Ich kann erkennen, wenn ich emotional überreagiere.”  
 “Beruhige dich, so dass ich nicht außer Kontrolle gerate.”  
 “Ich kann meine gereizten Emotionen ändern.”  
 „Ich kann es stoppen.”

## Gruppensitzung 5 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

### **Positive Selbstkommunikation trainieren**

Jetzt erarbeiten Sie sich bitte Ihre eigenen Beispiele für positive Selbstkommunikation, die Ihnen helfen könnten!

The page contains three large, empty thought bubbles arranged vertically. Each bubble is a cloud-like shape with a scalloped edge and a small tail of three smaller circles leading to the main body. The top bubble is positioned in the upper left, the middle one in the center, and the bottom one in the lower left. They are intended for the user to write their own examples of positive self-communication.

Gruppensitzung 5 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

**Positive Selbstkommunikation trainieren**

**Wochenprotokoll**

Wochentage	Situation	Positiver Gedanke	Wirkung
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

## Gruppensitzung 6 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

**Persönliche Stärken**

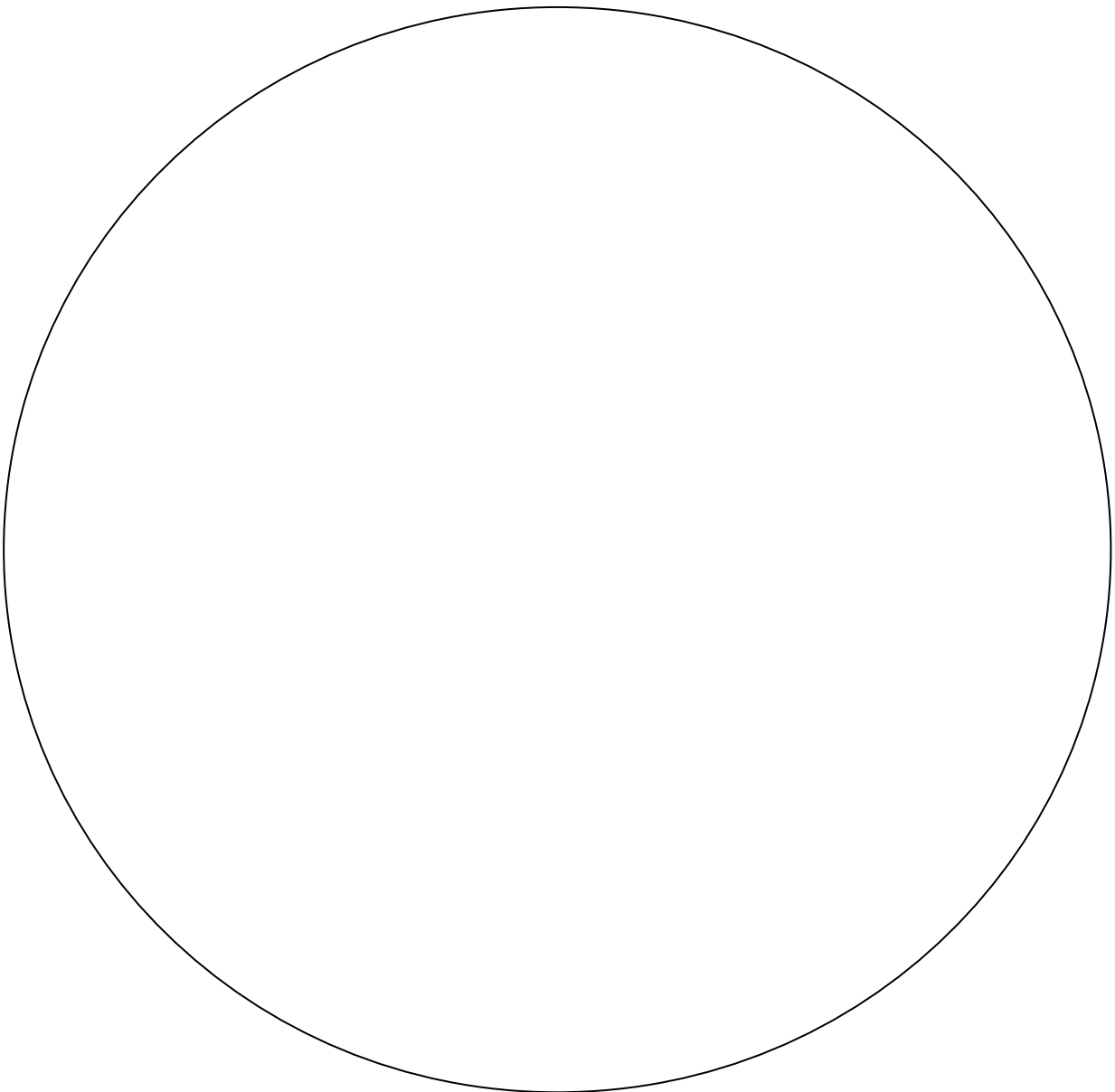
Bitte denken Sie über Ihre Stärken und Schwächen nach, z.B. Dinge, die Sie gut können oder Dinge, die Sie gerne machen. Am Anfang der nächsten Sitzung haben Sie Zeit, sich und Ihre Stärken, Kompetenzen und Fähigkeiten vorzustellen.

Stärken	Schwächen

## Gruppensitzung 6 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

**Kreisübung**

Bitte denken Sie über Ihre Stärken und Schwächen nach. Versuchen Sie diesen „Kuchen“ in Stücke zu zerteilen. Jedes Stück demonstriert eine Stärke oder Schwäche von Ihnen. Die Größe der Stücke zeigt wie wichtig bzw. wie groß dieser Teil für Sie ist.

**Meine persönlichen Stärken und Schwächen...**

## Gruppensitzung 7 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

### Konflikte managen

Teil 1: Bitte erinnern Sie sich an eine Situation, in der Sie aggressiv bzw. gewalttätig gegen Familienmitglieder wurden nachdem Sie Alkohol getrunken hatten. Betrachten Sie die Situation mithilfe des Ärger-Management.

#### 1. Beschreiben Sie die Situation

---

---

---

#### 2. Wer war beteiligt?

---

---

---

#### 3. Wie reagierten die anderen Personen?

---

---

---

#### 4. Welche Auslöser oder Warnsignale gab es?

---

---

---

#### 5. Was haben Sie gedacht und gefühlt?

---

---

---

#### 6. Wie haben Sie sich verhalten?

---

---

---

#### 7. Welche Äußerungen der Selbstkommunikation haben Sie verwendet?

---

---

---

#### 8. Was hätten Sie tun können, um nicht aggressiv bzw. gewalttätig zu werden?

---

---

---

## Gruppensitzung 7 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

### **Konflikte managen**

Teil 2: Bitte erinnern Sie sich an eine Situation, in der Sie wütend geworden sind, aber Ihre Emotionen und Verhalten kontrolliert haben: Worüber haben Sie sich geärgert bzw. was waren dort Auslöser? Was haben Sie gedacht und gefühlt? Was haben Sie getan, um sich zu kontrollieren?

#### **Beschreiben Sie die Situation**

---

---

---

#### **Wer war beteiligt?**

---

---

---

#### **Wie reagierten die anderen Personen?**

---

---

---

#### **Welche Auslöser oder Warnsignale gab es?**

---

---

---

#### **Was haben Sie gedacht und gefühlt?**

---

---

---

#### **Wie haben Sie sich verhalten? Was haben Sie zu sich selbst gesagt?**

---

---

---

#### **Was haben Sie getan, um nicht aggressiv bzw. gewalttätig zu werden?**

---

---

---



Gruppensitzung 7 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

**Auszeit-Methode trainieren**

Bitte benutzen Sie die Auszeit-Methode im Laufe dieser Woche mindestens 1x, z.B. wenn Sie sich geärgert haben oder sich angespannt bzw. schlecht fühle. Notieren Sie Ihre Erfahrungen im Wochenprotokoll.

Wochentage	Beschreiben Sie die Situation	Beschreiben Sie, was Sie getan haben und wie Sie sich gefühlt haben?	Beschreiben Sie die Wirkung
Montag			
Dienstag			
Mittwoch			
Donnerstag			
Freitag			
Samstag			
Sonntag			

## Gruppensitzung 8 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

### Familienkonflikte lösen

#### Problemlösungsschritte

1. Was ist das Problem?

Problemidentifikation

2. Was fühle ich?

Gefühle erkennen

3. Was sind mögliche Lösungen?  
Was sind meine Möglichkeiten?

Antwort(Reaktions)bildung

4. Für jede Lösung fragen:  
Ist es sicher?  
Wie könnten andere sich  
fühlen? Ist es fair?

??? Problemlösedenken

5. Was könnte passieren?  
Was ist das Beste was passieren könnte?  
Was ist das Schlimmste was passieren könnte?

Konsequenzdenken

6. Was werde ich tun?

Entscheidungen fällen

7. Was habe ich getan?  
Funktioniert es?

Selbstbewertung, Selbst-?

8. Warum war ich ärgerlich?  
Was tat ich?  
Was würde ich anders machen?

Reflektion

## Gruppensitzung 8 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1

**Familienkonflikte lösen****Problemlösungsschritte**

Bitte denken Sie an Probleme oder Konflikte in Ihre Beziehung/Partnerschaft: Was sind aktuelle Probleme und Konflikte? Welche Themen führen häufig zu Konflikten? Bitte wählen Sie einen typischen Konflikt aus und versuchen Sie, diesen mithilfe des Arbeitsblattes zu analysieren. Behalten Sie dabei auch die Kommunikationsregeln in Erinnerung.

**1. Woran erkennen Sie das Problem erkennen?**

---

---

---

**2. Beschreiben Sie das Problem!**

---

---

---

**3. Was waren Ihre Ziele? Was denken Sie waren die Ziele Ihrer Partnerin?**

---

---

---

**4. Welche Lösung haben Sie gewählt? Welche anderen Lösungen fallen Ihnen nun ein?**

---

---

---

**5. Was gab es für Schwierigkeiten bzw. Konsequenzen? Was wären die Konsequenzen, wenn Sie etwas anderes getan hätten?**

---

---

---

**6. Wie bewerten Sie Ihr Vorgehen?**

---

---

---

**7. Was würden Sie in Zukunft gerne anders machen?**

---

---

---

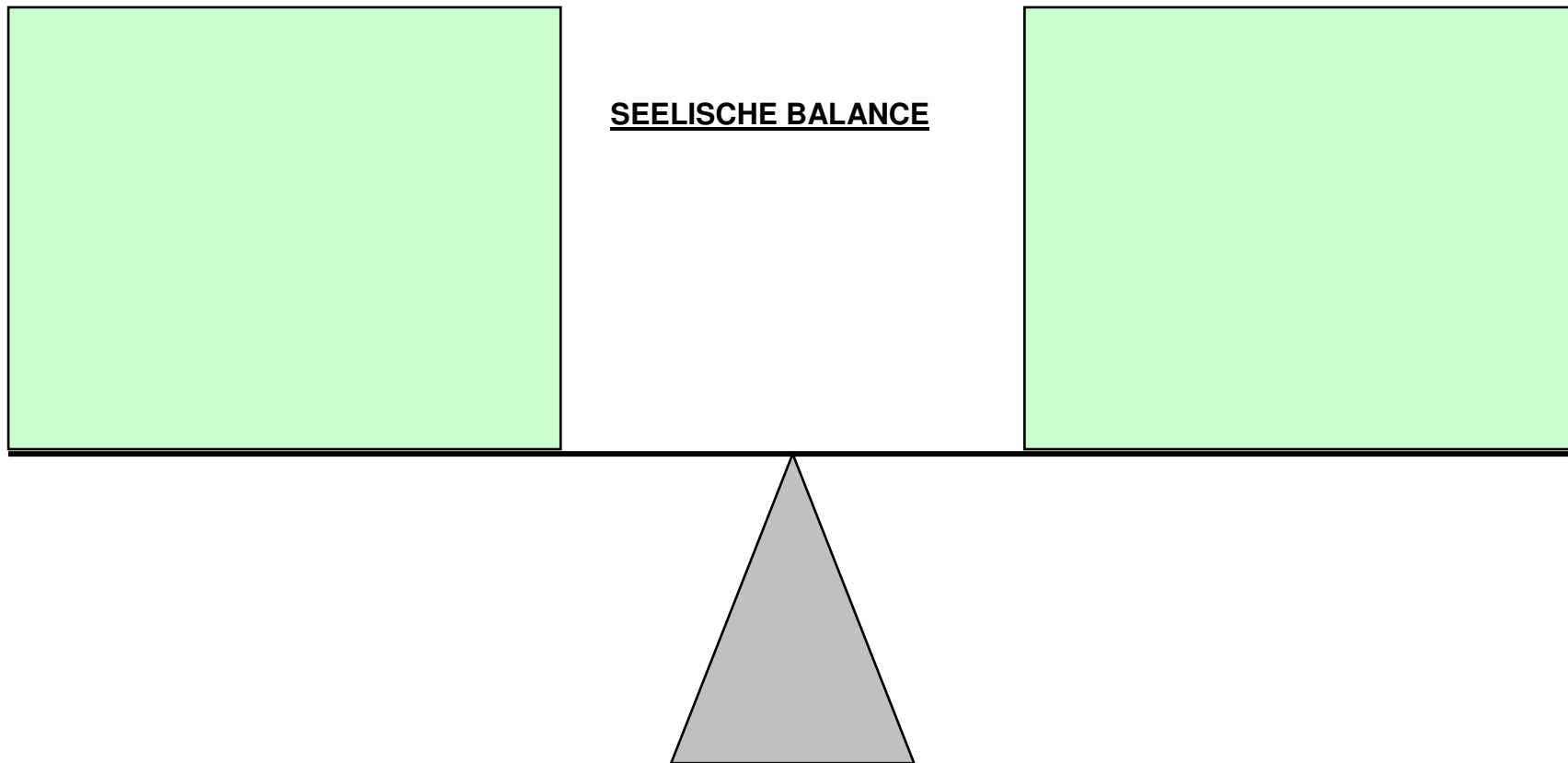
Gruppensitzung 8 – Wochenaufgabe – Vorschlag 2

**Persönliches Waage-Modell**

Wenn Sie sich Ihre aktuelle Familien- bzw. Partnersituation anschauen, welche Umstände stärken Sie und welche schwächen Sie? Welche Fähigkeiten haben Sie, mit den Belastungen umzugehen? Was müssen bzw. wollen Sie noch lernen?“

**Aufgaben**

**Fähigkeiten**



Gruppensitzung 9 – Wochenaufgabe – Vorschlag 1  
**Persönlicher Notfallkoffer**

**(1)**

Was sind meine persönlichen **frühen Warnsignale**?

**(2)**

Was sind meine persönlichen **Vermeidungsstrategien**?

**(3)**

Was sind meine persönlichen **Bewältigungsstrategien**?

Gruppensitzung 9 – Wochenaufgabe- Vorschlag 1  
**Persönlicher Notfallkoffer**

(4)

Was sind meine persönlichen **Fluchtstrategien**?

(5)

Was kann ich **nach einem Rückfall** tun? z.B. welche Personen kann/soll ich kontaktieren, wohin kann/soll ich gehen.

### **3. Evaluationsbögen - Therapeuten**

---

## **Evaluation der Sitzungen – TherapeutInnen**

---

**Einrichtung**

---

**Name des/r TherapeutInnen**

---



### Evaluation der Gruppensitzung 1 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?	
	Vorstellungsrunde	<input type="checkbox"/>
	Übung 1.1	<input type="checkbox"/>
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?	
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>

Bitte erläutern Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

## Evaluation der Gruppensitzung 2 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?		
	Übung 2.1.	<input type="checkbox"/>	
	Übung 2.2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?		
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>	
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 3 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?	
	Übung 3.1.	<input type="checkbox"/>
	Übung 3.2	<input type="checkbox"/>
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?	
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---



8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 4 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?		
	Übung 4.1.	<input type="checkbox"/>	
	Übung 4.2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?		
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>	
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 5 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?		
	Übung 5.1.	<input type="checkbox"/>	
	Übung 5.2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?		
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>	
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 6 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?		
	Übung 6.1.	<input type="checkbox"/>	
	Übung 6.2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?		
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>	
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---



4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 7 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?	
	Übung 7.1.	<input type="checkbox"/>
	Übung 7.2	<input type="checkbox"/>
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?	
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 8 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?		
	Übung 8.1.	<input type="checkbox"/>	
	Übung 8.2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?		
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>	
	Wochenaufgabe 2	<input type="checkbox"/>	
	Keine von beiden	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**



### Evaluation der Gruppensitzung 9 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?		
	Übung 9.1.	<input type="checkbox"/>	
	Übung 9.2.	<input type="checkbox"/>	
	Eine andere Übung	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Welche Wochenaufgabe haben Sie gewählt?		
	Wochenaufgabe 1	<input type="checkbox"/>	
	Eine andere Aufgabe	<input type="checkbox"/>	

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

3	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

5	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

8	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.
---	---

---

---

---

---

---

---

---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Gruppensitzung 10 – TherapeutInnen

1	Welche Übungen haben Sie durchgeführt?	
	Übung 10.1.	<input type="checkbox"/>
	Etwas anderes	<input type="checkbox"/>

Bitte begründen Sie kurz ihre Entscheidung und fügen Sie bei Bedarf weitere Anmerkungen hinzu:

---



---



---



---

2	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

3	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

4	Alles in allem: Waren die Inhalte für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

5	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Übungen für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

6	Alles in allem: War der Schwierigkeitsgrad der Wochenaufgaben für die Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

7	Sollten während der Gruppensitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum diese Änderungen</b> aufgetreten sind. Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.						
---	---	--	--	--	--	--	--

---



---



---



---



---



---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Einzelsitzung 1 – TherapeutInnen

1	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

2	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

3	Alles in allem: Waren die Inhalte für den Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Sollten während der Einzelsitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum</b> . Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.						
---	---	--	--	--	--	--	--

---



---



---



---



---



---

**Herzlichen Dank!**

## Evaluation der Einzelsitzung 2 – TherapeutInnen

1	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

2	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

3	Alles in allem: Waren die Inhalte für den Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Sollten während der Einzelsitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum</b> . Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.						
---	---	--	--	--	--	--	--

---



---



---



---



---



---

**Herzlichen Dank!**

### Evaluation der Einzelsitzung 3 – TherapeutInnen

1	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

2	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

3	Alles in allem: Waren die Inhalte für den Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Sollten während der Einzelsitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum</b> . Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.						
---	---	--	--	--	--	--	--

---



---



---



---



---



---

**Herzlichen Dank!**



### Evaluation der Einzelsitzung 4 – TherapeutInnen

1	Hatten Sie genug Zeit, die Sitzung wie beabsichtigt durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

2	Alles in allem: Waren die Informationen ausreichend, um die Sitzung durchzuführen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, was hat Ihnen gefehlt?

---



---



---

3	Alles in allem: Waren die Inhalte für den Teilnehmer angemessen?						
	Ja, völlig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nein, überhaupt nicht.

Falls nicht, bitte erläutern Sie dies:

---



---



---

4	Sollten während der Einzelsitzung andere relevante Änderungen vorgekommen sein, bitte erläutern Sie <b>welche Änderungen</b> aufgetreten sind und <b>warum</b> . Falls Sie noch zusätzliche Anmerkungen oder Kommentare haben, bitte notieren Sie diese hier.						
---	---	--	--	--	--	--	--

---



---



---



---



---



---

**Herzlichen Dank!**

#### **4. Evaluationsbögen - Teilnehmer**

---

# Evaluation - Teilnehmer

---

Einrichtung \_\_\_\_\_

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)		Geburtstag des Teilnehmers (Monat)		Letzter Buchstabe des Vornamens vom Teilnehmer	Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers		

### Evaluation der Gruppensitzung 1

*Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.*

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

## Evaluation der Gruppensitzung 2

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 3

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨



6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 4

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 5

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 6

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 7

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨



6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 8

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 9

Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.

1. Wie interessant fanden Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich waren für Sie die Inhalte, Übungen und Aufgaben dieser Sitzung, um aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

4. Wie sehr haben Sie die Sitzung als angenehm empfunden?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Sitzung?

---



---



---



---



---

Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

7. Gab es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---

**Herzlichen Dank!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			

### Evaluation der Gruppensitzung 10

*Dies war nun die letzte Gruppensitzung. Um das TAVIM - Behandlungsprogramm für die Zukunft und für andere Teilnehmer so nützlich wie möglich zu machen, möchten wir Sie bitten, uns Ihre Meinung zu TAVIM mitzuteilen. Bitte antworten Sie ehrlich, denn wir sind sehr an Ihrer persönlichen Ansicht interessiert. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage jenes Kästchen an, welches am besten Ihrer persönlichen Meinung entspricht.*

1. Wie interessant war für Sie das TAVIM - Behandlungsprogramm insgesamt?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

2. Wie hilfreich war das TAVIM - Behandlungsprogramm, um Ihr Trinkverhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

3. Wie hilfreich war das TAVIM - Behandlungsprogramm, um Ihr aggressives oder gewalttätiges Verhalten zu ändern?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

4. Wie angenehm fanden Sie das TAVIM - Behandlungsprogramm insgesamt?

Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehr
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------

5. Haben Sie weitere Anmerkungen zum TAVIM - Behandlungsprogramm?

---



---



---



---



---

*Bitte setzen Sie auf der nächsten Seite fort ⇨*

6. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen Rückfall in Bezug auf Alkohol gegeben (d.h. haben Sie irgendeinen Alkohol getrunken)?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---



---

7. Hat es seit der letzten TAVIM - Sitzung einen irgendeinen Rückfall in Bezug auf Aggression oder Gewalt gegeben?

Ja	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

Nein	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------

Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz die Situation:

---



---



---



---

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme und Kooperation!**

Code Teilnehmer							
Geburtstag des Teilnehmers (Tag)	Geburtstag des Teilnehmers (Monat)	Letzter Buchstabe des Vorna- mens vom Teilnehmer		Ersten drei Buchstaben des Vornamens der leiblichen Mutter des Teilnehmers			