

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

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

## A

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage.

## B

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann.

## C

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

## D

- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

## E

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

## F

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

## G

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

## H

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

## I

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

## J

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

\_\_\_\_\_ Subtotal Seite 1

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlußfreudig wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszu- sehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich häßlich machen.
- 3 Ich finde mich häßlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muß mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muß mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

JA     NEIN

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

\_\_\_\_\_ Subtotal Seite 2

\_\_\_\_\_ Subtotal Seite 1

\_\_\_\_\_ Summenwert

# Auswertung

Der Fragebogen wird durch Addition der angekreuzten Aussagen ausgewertet. Je Gruppe geht nur eine und zwar die am höchsten zählende Aussage in den Summenwert ein. Kreuzt ein Proband z. B. bei dem Item G die Aussage mit dem Wert 1 («Ich bin von mir enttäuscht») und die Aussage mit dem Wert 3 («Ich hasse mich») an, dann geht die Aussage mit dem Wert 3 alleine in den Summenwert des BDI ein. Besonders zu beachten ist das 19. Item mit dem Buchstaben S. Gewichtsabnahme kann auch durch bewußte Diät und Verhaltensänderung erzielt werden. Kreuzt ein Proband bei der Zusatzfrage «Ja» an, dann wird dieses Item mit 0 gewertet. Die Summenwerte des BDI können zwischen 0 und 63 Punkten schwanken. Werte un-

ter 11 Punkten dürfen als unauffällig, im normalen Bereich angesehen werden. Werte zwischen 11 und 17 Punkten weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Als klinisch relevant gilt der Punktwert von 18 und darüber. Dieser Grenzwert liegt zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der gesunden Probandengruppe (Mittelwert 6,45, Standardabweichung 5,2) und eine Standardabweichung über den Mittelwerten der psychosomatischen Patientengruppen (Mittelwert 11,4, Standardabweichung 7,6), sowie nahe (minus 1/2 Standardabweichung) bei dem Mittelwert der depressiven Patienten (Mittelwert 23,7, Standardabweichung 9,8) (vgl. Abbildung 1).

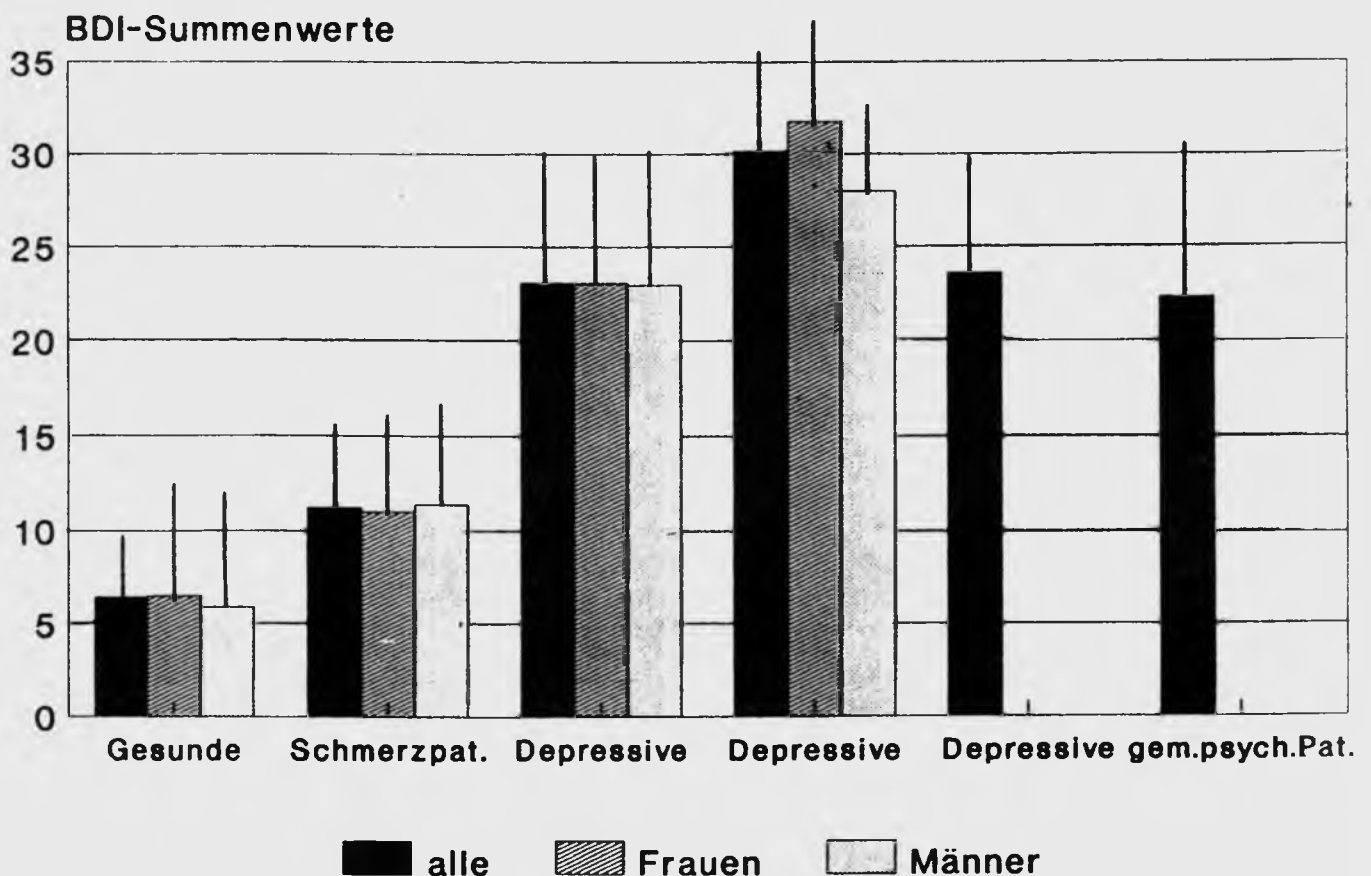


Abbildung 1: BDI-Summenwerte verschiedener Stichproben, getrennt für Männer und Frauen.

## • Alkoholkonsum: MALT-Fragebogen

---

### 1. Vom Arzt zu beurteilen

---

- 1. Lebererkrankung: mindestens ein klinisches Symptom (z.B. vermehrte Konsistenz, Vergrößerung, Druckdolenz o.a.) und mindestens ein pathologischer Laborwert (z.B. GOT, GPT oder  $\gamma$ -GT) sind notwendig
- 2. Polyneuropathie (trifft nur zu, wenn keine anderen Ursachen bekannt sind, z.B. Diabetes mellitus oder eindeutige chronische Vergiftungen)
- 3. Delirium tremens (jetzt oder in der Vorgeschichte)
- 4. Alkoholkonsum von mehr als 150 ml (bei Frauen 120 ml reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat)
- 5. Alkoholkonsum von mehr als 300 ml (bei Frauen 240 ml) reinem Alkohol ein- oder mehrmals im Monat
- 6. Factor alcoholicus (Alkoholfahne zur Zeit der ärztlichen Untersuchung)
- 7. Familienangehörige oder engere Bezugspersonen haben schon einmal Rat gesucht wegen Alkoholproblemen des Patienten (z.B. beim Arzt, dem Sozialdienst oder anderen entsprechenden Einrichtungen)

---

### 2. Vom Patienten zu beurteilen

---

- 1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände
- 2. Ich habe zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz
- 3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren
- 4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten.
- 5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke
- 6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken
- 7. Ich denke häufig an Alkohol
- 8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es vom Arzt verboten wurde
- 9. In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen
- 10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht
- 11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin
- 12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig
- 13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt
- 14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)
- 15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken
- 16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme
- 17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen
- 18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben
- 19. Einmal möchte ich aufhören mit dem Trinken, dann wieder nicht
- 20. Andere Leute können es nicht verstehen, warum ich trinke
- 21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht
- 22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben
- 23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden
- 24. Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen

---

Tab. 1.10: Merkmalskatalog des Münchener Alkoholismus-Tests (MALT, Feuerlein et al. 1977)

### Auswertung:

Vom Arzt bejahte Punkte wiegen vierfach, die vom Patienten gemachten Angaben einfach.

0 – 5 Punkte: unauffällig

6 – 11 Punkte: Warnhinweis

12 – 52 Punkte: alkoholabhängig

• **Alkoholkonsum: AUDIT-Fragebogen**

AUDIT					
<i>Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!</i>					
Da Alkohol vielfach zu gesundheitlichen Schaden führt, werden Sie in diesem Fragebogen nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da sie Grundlage für ein ärztliches Gespräch sind.					
<b>Beachten Sie bitte, daß auch Bier ein alkoholisches Getränk ist!</b>					
Als Maßeinheit gilt 1 Drink = 1 Glas/Dose Bier oder 1 Glas Wein/Sekt oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky oder ähnliches.					
	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie alkoholische Getränke getrunken?	Nie	1 mal im Monat oder seltener	2mal im Monat	3 mal im Monat	4- oder mehrmals im Monat
Wieviele Drinks trinken Sie pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
Wie oft trinken sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchten Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie im letzten Jahr nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie sich nicht an die Ereignisse der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	Nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
<b>Auswertung:</b> Über 8 Punkte beim Mann und über 5 Punkte bei der Frau : Alkoholabhängigkeit wahrscheinlich.					

Tab. 1.11: Alcohol-Use-Disorders-Test (AUDIT, nach Babor und Grant 1989, aus Weiterung und Veltrup 1997)

# Fragebogen Persönlichkeitsstörungen

Aus: Beck/Freeman (1993): Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörung. Weinheim (Beltz - PsychologieVerlagsUnion), S.319-323.

Patient: ..... Datum: .....

Im folgenden werden einige der typischen Annahmen aufgeführt, die mit jeder spezifischen Persönlichkeitsstörung assoziiert sind. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde nicht in die Liste aufgenommen, da diese weniger spezifische Inhalte als die anderen Persönlichkeitsstörungen aufweist. Obwohl es unvermeidlich und auch notwendig ist, daß die Kategorien einander überlappen, ist diese Auflistung hilfreich, um zu einer Diagnose zu gelangen. Darüber hinaus hilft sie dem Therapeuten, Grundannahmen für therapeutische Interventionen auszumachen. Bitte ankreuzen:

	Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
<p><b>I. Selbstunsicherheit</b></p> <p>1. Ich bin bei der Arbeit oder bei sozialen Anlässen sozial inkompetent und unerwünscht.</p> <p>2. Andere Menschen können kritisch, gleichgültig, erniedrigend oder ablehnend sein.</p> <p>3. Ich ertrage keine unangenehmen Gefühle.</p> <p>4. Falls Menschen mir näherkommen, werden sie mein "wahres Ich" entdecken und mich ablehnen.</p> <p>5. Es wäre unerträglich, als minderwertig und unzulänglich bloßgestellt zu werden.</p> <p>6. Ich sollte unangenehme Situationen um jeden Preis vermeiden.</p> <p>7. Falls ich unangenehme Gedanken oder Gefühle habe, sollte ich versuchen, sie auszulöschen oder mich abzulenken - zum Beispiel indem ich an etwas anderes denke, Alkohol trinke, Drogen nehme oder fernsehe.</p> <p>8. Ich sollte Situationen, in denen ich Aufmerksamkeit erzeuge, aus dem Weg gehen oder möglichst unauffällig sein.</p> <p>9. Die unangenehmen Gefühle werden zunehmen und außer Kontrolle geraten. 10. Wenn andere mich kritisieren, müssen sie Recht haben.</p> <p>II. Es ist besser, gar nichts zu tun, als irgend etwas zu versuchen, das fehlschlagen könnte.</p> <p>12. Wenn ich nicht an ein Problem denke, muß ich diesbezüglich gar nichts unternehmen.</p> <p>13. Jegliche Anzeichen von Spannungen in einer Beziehung deuten darauf hin, daß sich die Beziehung verschlechtert. Daher sollte ich so etwas unterbinden.</p> <p>14. Wenn ich ein Problem ignoriere, ist es nicht mehr vorhanden.</p> <p><b>II. Abhängigkeit</b></p> <p>1. Ich bin schwach und bedürftig.</p>			

2. Ich brauche immer jemanden in meiner Nähe, der mir bei meinen Aufgaben hilft, oder für den Fall, daß etwas Schlimmes passiert.
3. Mein Helfer kann versorgend, unterstützend und vertrauensvoll sein - wenn er möchte.
4. Ich bin hilflos, wenn ich mir selbst überlassen werde.
5. Im Grunde genommen bin ich allein - es sei denn, ich kann mich einer stärkeren Person anschließen.
6. Das Schlimmste, was passieren könnte, wäre, verlassen zu werden.
7. Wenn ich nicht geliebt werde, werde ich immer unglücklich sein.
8. Ich darf nichts tun, was meinen Unterstützer oder Helfer kränken würde.
9. Ich muß unterwürfig sein, um seinen guten Willen aufrechtzuerhalten.
10. Ich muß jederzeit Zugang zu ihm haben.
11. Ich sollte Beziehungen so intim wie möglich gestalten.
12. Ich kann keine eigenen Entscheidungen treffen.
13. Ich kann mein Leben nicht so bewältigen, wie andere Menschen es können.
14. Ich brauche andere, um mir bei Entscheidungen behilflich zu sein und mir zu sagen, was ich tun soll.

### **III. Passive Aggressivität**

1. Ich bin unabhängig, brauche aber andere, die mir helfen, um meine Ziele zu erreichen.
2. Die einzige Möglichkeit, meine Selbstachtung zu wahren, besteht darin, mich indirekt durchzusetzen - indem ich beispielsweise Anweisungen nicht genau ausführe.
3. Es gefällt mir, mich an andere zu binden, aber ich bin nicht bereit, den Preis dafür zu zahlen und beherrscht zu werden.
4. Autoritätspersonen neigen dazu, aufdringlich, fordernd, lästig und kontrollierend zu sein.
5. Ich muß Widerstand gegen das Dominieren der Autoritätspersonen aufbringen, gleichzeitig aber ihre Anerkennung und Akzeptanz aufrechterhalten.
6. Es ist unerträglich, von anderen kontrolliert oder beherrscht zu werden.
7. Ich muß die Dinge auf meine eigene Weise erledigen.
8. Es trifft mich direkt in meinem Stolz und in meiner Unabhängigkeit, wenn ich Termine einhalte, Forderungen erfülle und mich anpasse.
9. Wenn ich Regeln befolge, so wie die Leute es erwarten, wird meine Handlungsfreiheit dadurch eingeschränkt.
10. Statt meinen Ärger direkt zum Ausdruck zu bringen, ist es am besten, mein Mißfallen dadurch aufzuzeigen, daß ich mich nicht anpasse.
11. Ich weiß, was das Beste für mich ist, also sollten die anderen mir nicht sagen, was ich zu tun habe.
12. Regeln sind willkürlich und schränken mich ein.
13. Andere stellen häufig zuviele Forderungen.
14. Wenn sich die Leute meines Erachtens zu sehr aufspielen, habe ich das Recht, ihre Forderungen zu mißachten.

### **IV. Zwanghaftigkeit**

1. Ich habe die volle Verantwortung für mich selbst und für andere.

2. Ich muß mich auf mich selbst verlassen, damit alles erledigt wird.
3. Andere neigen dazu, zu nachlässig, unverantwortlich, bequem oder inkompetent zu sein.
4. Es ist wichtig, daß alles perfekt gemacht wird.
5. Ich brauche Ordnung, Systeme und Regeln, um die Arbeit vernünftig zu erledigen.
6. Wenn ich kein Systeme habe, fällt alles in sich zusammen.
7. Jegliche fehlerhafte oder unvollkommene Leistung kann zu einer Katastrophe führen.
8. Es ist wichtig, sich immer nach den strengsten Normen zu richten, sonst fällt alles in sich zusammen.
9. Ich muß meine Emotionen vollkommen unter Kontrolle haben.
10. Die Leute sollten alles auf meine Art und Weise erledigen.
11. Falls ich nicht die allerbesten Leistungen erbringe, werde ich versagen.
12. Mängel, Defekte oder Fehler können nicht toleriert werden.
13. Details sind von extremer Wichtigkeit.
14. Meine Art, Dinge zu erledigen, ist generell die beste.

#### **V. Mangelnde Sozialität**

1. Ich muß auf mich selbst aufpassen.
2. Mit Zwang oder List lassen sich Dinge am besten erledigen.
3. Wir leben in einem Dschungel, in dem der stärkste überlebt.
4. Die Leute werden mich überwältigen, wenn ich ihnen nicht zuvorkomme.
5. Es ist unwichtig, Versprechungen einzuhalten oder Schulden zu begleichen.
6. Lügen und Betrügen sind nichts Schlechtes, solange man sich nicht dabei erwischen läßt.
7. Ich bin ungerecht behandelt worden und habe das Recht, mir meinen gerechten Anteil zu verschaffen, egal mit welchen Mitteln.
8. Andere Menschen sind schwach und verdienen es, daß man sich ihrer bemächtigt.
9. Wenn ich andere Menschen nicht herumstoße, werde ich herumgestoßen.
10. Ich sollte alles tun, womit ich ungestraft davonkomme.
11. Das, was andere über mich denken, ist wirklich unwichtig.
12. Wenn ich etwas haben möchte, sollte ich alles Erforderliche tun, um es zu bekommen.
13. Ich kann mit allem davonkommen, also brauche ich mir keine Sorgen über verhängnisvolle Konsequenzen zu machen.
14. Wenn Menschen nicht für sich selbst sorgen können, ist das ihr Problem.

#### **VI. Narzißmus**

1. Ich bin ein ganz besonderer Mensch.
2. Da ich anderen so überlegen bin, habe ich das Recht auf besondere Behandlung und Privilegien.
3. Ich muß nicht die Regeln einhalten, die für andere Menschen gelten.
4. Es ist sehr wichtig, daß einem Anerkennung, Lob und Bewunderung



zuteil wird.

5. Wenn andere meinen Status nicht respektieren, sollten sie bestraft werden.
6. Andere Menschen sollten meine Bedürfnisse befriedigen.
7. Andere Menschen sollten erkennen, wie besonders ich bin.
8. Es ist unerträglich, wenn mir kein gebührender Respekt entgegengebracht wird oder wenn ich nicht das bekomme, was mir zusteht.
9. Andere Menschen verdienen nicht die Bewunderung oder den Überfluß, die ihnen zuteil werden.
10. Menschen haben nicht das Recht, mich zu kritisieren.
11. Die Bedürfnisse anderer sollten meinen eigenen nicht im Wege stehe.
12. Da ich so talentiert bin, sollten die Leute alles in ihrer macht tun, um meine Karriere zu fördern.
13. Nur Menschen, die so begabt sind wie ich, verstehen mich.
14. Ich habe alle Gründe, Großartiges zu erwarten.

### **VII. Die Histrionische Persönlichkeit**

1. Ich bin eine interessante, aufregende Person.
2. Um glücklich zu sein, brauche ich andere Menschen, die mir ihre Aufmerksamkeit schenken.
3. Wenn ich andere nicht unterhalte oder beeindrucke, bin ich ein Nichts.
4. Wenn ich die anderen nicht weiterhin fessele, werden sie mich nicht mögen.
5. Ich bekomme das, was ich möchte, wenn ich die anderen blende oder amüsiere.
6. Menschen, die nicht sehr positiv auf mich reagieren, sind niederträchtig.
7. Es ist schrecklich, wenn Leute mich ignorieren.
8. Ich sollte im Mittelpunkt des Interesses stehen.
9. Ich brauche nicht über Dinge nachzudenken - ich richte mich einfach nach meinem "Bauch".
10. Wenn ich Menschen unterhalte, sehen sie meine Schwächen nicht.
11. Ich kann Langeweile nicht ertragen.
12. Wenn mir mein Gefühl sagt, daß ich etwas tun muß, sollte ich es einfach tun.
13. Die Leute schenken mir nur dann ihre Aufmerksamkeit, wenn ich extreme Dinge tue.
14. Gefühle und Intuition sind bei weitem wichtiger als rationales Denken und Planen.

### **VIII. Die Schizotypische Persönlichkeit**

1. Das, was andere Menschen über mich denken, hat keine Bedeutung.
2. Es ist wichtig für mich, frei und unabhängig von anderen zu sein.
3. Ich mag lieber allein etwas unternehmen als mit anderen Menschen.
4. In vielen Situationen geht es mir besser, wenn ich alleine bin.
5. Ich werde bei meinen Entscheidungen nicht von anderen beeinflußt.
6. Enge Beziehungen zu anderen Menschen haben für mich keine Bedeutung.

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p>7. Ich stelle mir meine eigenen Normen und Ziele auf.</p> <p>8. Meine Ruhe ist mir viel wichtiger als die Nähe zu anderen Menschen.</p> <p>9. Die Gedanken anderer Menschen sind mir einerlei.</p> <p>10. Ich komme allein zurecht ohne die Hilfe anderer.</p> <p>11. Es ist besser, allein zu sein, als sich durch andere "gefesselt" zu fühlen.</p> <p>12. Ich sollte anderen nicht trauen.</p> <p>13. Ich kann andere Menschen für meine eigenen Zwecke benutzen, solange ich mich nicht für sie interessiere.</p> <p>14. Beziehungen bringen Verwirrung mit sich und stehen der Freiheit im Wege.</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|

**IX. Paranoide Persönlichkeit**

1. Ich kann anderen Menschen nicht trauen.
2. Andere Menschen haben versteckte Motive.
3. Wenn ich nicht aufpasse, versuchen andere, Nutzen aus mir zu ziehen oder mich zu manipulieren.
4. Ich muß immer auf der Hut sein.
5. Es ist nicht sicher, anderen zu vertrauen.
6. Wenn Menschen freundlich sind, versuchen sie möglicherweise, Nutzen aus mir zu ziehen oder mich auszubeuten.
7. Menschen nutzen mich aus, wenn ich ihnen die Chance dazu gebe.
8. Andere Menschen sind im großen und ganzen unfreundlich.
9. Andere Menschen wollen mich mit Absicht erniedrigen.
10. Die Leute wollen mich häufig absichtlich verärgern.
11. Ich bekomme große Schwierigkeiten, wenn ich es anderen gestatte, zu meinen, sie kämen ungestraft davon, wenn sie mich schlecht behandeln.
12. Wenn andere Menschen etwas über mich herausfinden, werden sie es gegen mich verwenden.
13. Die Leute sagen häufig etwas, meinen dabei aber etwas ganz anderes.
14. Jemand, der mir nahesteht, könnte illoyal oder untreu sein.

- I. Die Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung
- II. Die Dependente Persönlichkeitsstörung
- III. Die Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung
- IV. Die Zwanghafte Persönlichkeitsstörung
- V. Die Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- VI. Die Narzißtische Persönlichkeitsstörung
- VII. Die Histrionische Persönlichkeitsstörung
- VIII. Die Schizoide und Schizotypische Persönlichkeitsstörung
- IX. Die Paranoide Persönlichkeitsstörung

**Selbstbeurteilung**  
**HAQ-S**  
(Luborsky 1988)

Bitte schätzen Sie die Schwere der Beschwerden an, die Sie selbst zutreffen können. Einige der Beschwerden zu den psychischen Symptomen und der Vergabe einer möglichst validen, standardisierten Diagnose zu schlagen.“ (Tritt et al. 2008).

Wählen Sie Feld:

- Ja, nicht
- Ja, mäßig
- Ja, sehr
- Nein

Bitte markiere zu jedem Punkt  
Fragen so gut Du kannst, selbst  
bei der Antwort, wie es Dir im Leben

Dein Name .....

Geburtsdatum .....

Ich versuche, nett zu anderen N

Ich bin oft unruhig, ich kann e

Ich habe häufig Kopfschmerze

Ich teile normalerweise mit A

Ich wie leicht wütend, ich

Ich bin oft unglücklich

Normalerweise tue ich, was

Ich bin dauernd in Bewegun

Ich habe einen oder mehrer

Ich schlage mich häufig, ic

Ich bin oft unglücklich

Im allgemeinen bin ich be

Klinik-Name/Praxis-Name:

Seite 1

Name: .....

Vorname: .....

Pat.-Nr./Chiffre: .....

geb.:

**ICD-10-Symptom-Rating (ISR)**

Hier ist eine Liste von Beschwerden, an denen Sie leiden können. Einige der genannten Beschwerden könnten auch Sie selbst zutreffen. Bitte geben Sie an, ob eine dieser Beschwerden zu Ihnen gehört. Bitte markieren Sie, wie stark Sie daran leiden.

Bitte beantworten Sie (jetzt spontan) die folgenden Aussagen!  
Kreuzen Sie „1 = trifft kaum zu“ an, wenn Sie kaum daran leiden,  
kreuzen Sie „2 = trifft ziemlich zu“ an, wenn Sie ziemlich daran leiden,  
kreuzen Sie „3 = trifft deutlich zu“ an, wenn Sie deutlich daran leiden und  
kreuzen Sie „4 = trifft extrem“ an, wenn Sie extrem daran leiden.

**Immer öfter eine gute Wahl  
Lizenzfreie Testverfahren**

Gute lizenzfreie Tests gibt es. Sie können in ihrem Einsatzbereich sogar problemlos mit kostenpflichtigen psychometrischen Instrumenten mithalten. Ursprünglich wurden sie aus unterschiedlichen Gründen entwickelt: zur Kostenreduktion oder im Rahmen größerer Qualitätssicherungsprojekte. „Kostenlos“ muss auch hier nicht mit „qualitativ minderwertig“ gleichgesetzt werden!

Ich möchte Ihnen einige ausgewählte, einfache Anwendungen vorstellen, die bereits in renommierten Modellprojekten, die eine neuartige Qualitätssicherung für Psychotherapeuten in ambulanter Praxis erproben, regelmäßig angewendet werden: der sogenannten QS-PSYBAY (Modellprojekt der KV Bayern) und dem sogenannten TK-Modell der Techniker Krankenkasse. Beide Projekte haben eine modifizierte angemessenere Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie zum Ziel. Nützliche Hinweise für hochwertige, lizenzfreie Tests erhielt ich auch vom IQP (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik) in München, einer Treuhandstelle für die Daten aller Patienten von 20 psychosomatischen Kliniken in Bayern.

Zunächst habe ich mich im deutschsprachigen Raum auf die Suche nach Instrumenten gemacht, die sich sowohl für den Einsatz in Kliniken als

auch für unsere ambulante psychotherapeutische Tätigkeit eignen. Weiter sollten die Instrumente möglichst verfahrensübergreifend einsetzbar sein, d.h. von Psychotherapeuten unterschiedlicher (Richtlinien-)Verfahren genutzt werden können.

Nach den lizenzfreien Instrumenten sucht man deutlich länger als nach lizenzierten, da sie nicht öffentlich erworben werden. Natürlich stellen wir als Psychotherapeuten die gleichen Anforderungen an diese Instrumente wie an kostenpflichtige: Sie sollen valide und reliabel, zielgerichtet, angemessen für die Behandlung, leicht durchführbar und natürlich auch unkompliziert auszuwerten sein.

Ausschließlich mittels Tests und Fragebögen lassen sich keine psychischen Störungen diagnostizieren, aber mit ihrem Einsatz, im Sinne eines diagnostischen Screenings, Hinweise auf deren Vorhandensein gewinnen. Sinn machen psychometrische Tests bereits in der internen Qualitätssicherung. Für eine externe Qualitätssicherung und für Forschungszwecke (wie z.B. der Versorgungsforschung) sind festgesetzte Normwerte jedoch Voraussetzung, um eine Vergleichbarkeit erhalten zu können.

Im Folgenden stelle ich Ihnen hier exemplarisch sechs Tests vor:

**1. Für erwachsene Patienten:**

**ISR:** ICD-10-Symptom-Rating  
**HAQ:** Helping Alliance Questionnaire – Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung

**2. Für Erwachsene und Kinder/jugendliche Patienten:**

**GAS:** Goal Attainment Scale – Zielerreichungsskala  
**GAF:** Global Assessment of Functioning – Skala zur Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus  
**GARF:** Global Assessment of Relational Functioning – Erfassung der Beziehungsfunktionen

**3. Für Kinder und Jugendliche:**

**SDQ:** Strengths and Difficulties Questionnaire – Fragebogen zu Stärken und Schwächen

**ISR – ICD-10-Symptom-Rating**

**Hintergrund**

Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR) ist ein relativ neues, umfassendes psychodiagnostisches Screening-Instrument für verschiedene psychische Störungen, das vom Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) in 2007 entwickelt wurde. Ziel der Entwicklung war, „in möglichst zeit- und ressourcenökonomischer Form die Brücke zwischen einer störungsübergreifen-

den Erfassung der psychischen Symptomatik und der Vergabe einer möglichst validen, standardisierten Diagnose zu schlagen.“ (Tritt et al. 2008).

**Anwendung**

Die Aufgabenstellung des ISR ist eine möglichst umfangreiche und störungsübergreifende Evaluation psychischer Symptomatik auf der Basis der ICD-10. Das ISR ist als Selbstbeurteilungsinstrument konzipiert. Der Einsatzbereich des ISR ist die stationäre und ambulante Routineversorgung von Erwachsenen. Es lässt sich bezüglich seiner Einsatzmöglichkeiten und den abgefragten Störungsbildern grob mit dem SCL-90-R vergleichen. Der SCL-90-R ist allerdings vor allem für psychiatrische Patienten konzipiert.

**Aufbau**

Das ISR baut auf dem Kapitel V (F-Diagnosen) der ICD-10 auf, indem es die dort aufgeführten Diagnosen zu übergeordneten Syndromen zusammenfasst. Das Syndrom-Rating umfasst 17 Items (Beschwerden), die fünf Subskalen mit den Syndromen Depression, Angst, Zwänge, Essstörungen sowie dem somatoformen Syndrom zugeordnet sind. Darüber hinaus existiert eine Zusatzskala mit 12 weiteren Einzelitems, die als Screening-Funktion für einzelne andere Syndrome dient (z.B. Belastungsstörung oder Derealisation). Der Patient schätzt bezüglich jeder Beschwerde den Schweregrad seiner Symptomatik ein von „0 = trifft nicht zu“ bis „4 = trifft extrem zu“. Da nicht alle Syndrome des ICD-10 für eine Selbstbeurteilung geeignet sind und somit auch nicht in das ISR aufgenommen wurden (z.B. das schizophrene Syndrom), ist es notwendig, dass der Psychotherapeut die Diagnostik durch sein Expertenrating ergänzt.

Die Auswertung ist unkompliziert und dauert – je nach Übung – etwa 10 Minuten. Die angekreuzten Werte der einzelnen Syndrome werden zusammengezählt und durch ihre Anzahl geteilt. Auf einem Profilbogen werden die Werte für jedes Syndrom eingetragen und ein Gesamt-Score ermittelt. Für die einzelnen Syndrome sowie den Gesamt-Score kann auf den Auswertungsbogen der Grad der Symptombelastung des Patienten abgelesen werden. Für die Zusatzskala sowie für die Verlaufsmessung liegen jeweils eigene Profilbögen vor.

#### Gütekriterien

Für den Gesamt-Score des ISR ergab sich laut Tritt et al. 2010 ein Cronbachs Alpha von 0.92 sowie Werte von 0.78 bis 0.86 für die einzelnen Syndromskalen. In eben dieser Studie wurden das ISR mit dem SCL-90-R verglichen und hohe Korrelationen bezüglich der Validität gefunden. Eine syndromspezifische Normierung liegt ebenfalls vor. Die faktorenanalytische Validität der Syndromskalen wurde auch bestätigt.

Dieses lizenz- und damit kostenfreie Screening-Instrument kann ebenso wie die anderen hier vorgestellten psychometrischen Testverfahren neben der oben genannten Funktion als psychodiagnostischen Screening gut zur Prä-Post-Messung zur Ermittlung des Therapieerfolgs (Therapie-Outcome) eingesetzt werden. Auf dem zusätzlichen Profilbogen zur Verlaufsmessung lässt sich die Entwicklung des Patienten bezüglich der fünf Syndrome sowie des Gesamt-Scores als Kurve darstellen.

#### Ausblick

Die ISR-Items und -Skalen sollen zukünftig noch eine weiterführende Funktion erhalten, die auf die Absi-

cherung der klinischen ICD-10-Diagnostik abzielt. Auf der Basis der Antworten zu den ISR-Items sollen, wenn ein noch empirisch zu bestimmender Schwellenwert überschritten wird, im Rahmen von adaptiven Tests ggf. weitere Items angeboten werden, deren Antworten möglichst gute Hinweise für eine standardisierte ICD-10-Diagnostik liefern sollen. Für die Syndrome, die nicht durch Patientenratings abgedeckt sind, wird hierfür ein nachgeschaltetes Expertenrating durch den Psychotherapeuten als Diagnostiker als Ergänzung notwendig sein. Dieser zweite Schritt – der dann als Option angeboten und nur in Form einer elektronischen Abnahme durchführbar sein wird – befindet sich momentan in der Umsetzungsphase.



#### Download

Das ISR in der gekürzten Version 2.0 sowie die syndromspezifische Testnormierung liegen zum Download vor.

Zunächst für den stationären Bereich konzipiert, steht der ISR auch als einfache elektronische Version im Rahmen eines kompakten elektronischen Basis-Dokumentationstools kostenlos zum Herunterladen im Internet zur Verfügung.

Beides zu finden unter:

[www.iqp-online.de](http://www.iqp-online.de)

Eine Kurzanleitung zum ISR finden Sie unter: [www.praxischaefer.de](http://www.praxischaefer.de)

**HAQ (Helping Alliance Questionnaire) – Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung**

#### Hintergrund

Der HAQ – Helping Alliance Questionnaire – wurde 1984 von Luborsky et al. im Rahmen des sogenannten „Penn Psychotherapy Project“ ent-

wickelt. Bassler et al. übersetzten den HAQ 1995 ins Deutsche.

#### Anwendung

Der HAQ wird zur Beobachtung der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung in psychotherapeutischen Behandlungen eingesetzt. D.h. er misst bzw. vergleicht nicht einen Status der Befindlichkeit (ISR, GAF, GARF, GAS). Er findet sich als psychometrisches Erhebungsinstrument in einigen bedeutenden Modellprojekten, die neue Ansätze im Rahmen der Qualitätssicherung für Psychotherapeuten in ambulanter Praxis prüfen, beispielsweise in der QS-PSY-BAY und im sogenannten TK-Modell.

Patient und Psychotherapeut wenden den HAQ getrennt an, d.h. es gibt einen Selbsteinschätzungsbogen für den Patienten sowie einen Psychotherapeutenbogen.

Der HAQ ist geeignet zur einmaligen Erhebung beispielsweise gegen Ende der Behandlung, sinnvoller ist sein Einsatz aber in der Verlaufsmessung bzw. Prozessevaluation.

#### Aufbau

Der HAQ besteht aus 12 Items bzw. Aussagen. Bassler et al. beschreiben in ihrem Artikel von 1995 zwei Subskalen, unter die alle Items subsumiert werden können. Die eine Subskala misst die Beziehungszufriedenheit (Item 1, 6, 7, 8, 9 und 10), damit gemeint ist die Zufriedenheit mit der Art und Weise, wie sich die Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut gestaltet. Als Beispiel sei hier das Item 6 genannt: „Ich habe das Gefühl, mich auf den Therapeuten verlassen zu können.“ Die andere Subskala erfasst die Erfolgswahrscheinlichkeit von Patient und Psychotherapeut (Item 2, 3, 4, 5 und 11), z.B. Item 3: „Ich habe einige neue Ansichten ge-

wonnen.“ Die Antwortmöglichkeiten werden durch eine Likertskala in sechs Abstufungen von „sehr zutreffend“ bis „sehr unzutreffend“ angegeben.

Das zwölfte Item spricht die direkte Veränderungsmessung im Vergleich zum Behandlungsbeginn an und gilt als Zusatzitem, das Bewertungen von 1 bis 7 mit dem Mittelwert 0 (= der Zustand ist unverändert) vorsieht.

#### Gütekriterien

Bassler et al. (1995) befinden den HAQ in der Messung von Erfolgs- und Beziehungszufriedenheit reliabel und valide und darüber hinaus auch sensibel genug, um Veränderungen während des Therapieprozesses abbilden zu können.

Die Skalen wurden faktorenanalytisch validiert und ergaben bezüglich der Beziehungszufriedenheit ein  $\alpha = .89$ , bezüglich der Erfolgswahrscheinlichkeit ein  $\alpha = .84$ . (Hank, Krampen, 2008). Außerdem stellten Hank und Krampen fest, dass beide Skalen mit  $r = .43$  korrelierten. Konstruktvalidität ist ebenfalls gegeben (ebd.).

Für den HAQ wurden bislang keine Normwerte ermittelt. Dieses Manko hat aber nur ein eingeschränktes Gewicht, da der Test inhaltlich auf die Patient-Psychotherapeut-Beziehung fokussiert und eine Normierung mit einer Repräsentativ-Stichprobe weniger sinnvoll erscheint.



#### Download

des Patienten- und des Psychotherapeutenfragebogens sowie eines Entwurfs eines Auswertungsblattes zur systematischen Darstellung der Ergebnisse: [www.praxischaefer.de](http://www.praxischaefer.de)

**GAS (Goal Attainment Scale)**  
– Zielerreichungsskala

**Hintergrund**

Die Frage nach dem Therapieerfolg und Methoden, diesen zu messen, ist immer wieder Gegenstand der Forschung gewesen. Eine Antwort auf diese Frage ist die Goal Attainment Scale (GAS, zu Deutsch Zielerreichungsskala). Sie wurde erstmals 1968 von Thomas Kiresuk und Robert Sherman in den USA vorgestellt (Kiresuk et al. 1968). Der ursprüngliche Einsatzbereich der GAS war die Psychiatrie, von wo aus sie schließlich auch in Rehabilitation, Forschung sowie in die Basisdokumentation stationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Einrichtungen und Psychiatrischer Institutsambulanzen Eingang fand.

**Anwendung**

Mithilfe der GAS kann der Grad der Zielerreichung einer Psychotherapie erfasst werden. Da es in der Psychotherapie immer um sehr individuelle Ziele geht, werden standardisierte Instrumente hier oft als zu grob oder ungeeignet empfunden. Lege artis werden in ambulanten Psychotherapien die Behandlungsziele mehr oder minder detailliert mit dem Patienten zu Beginn einer Psychotherapie gemeinsam festgelegt. Diese Ziele werden mit der GAS schriftlich und etwas mehr formalisiert niedergelegt. Zu Beginn der Behandlung, am Besten im Laufe der probatorischen Sitzungen, formuliert der Patient mithilfe eines Fragebogens die Ziele, die er durch die Psychotherapie erreichen möchte. Die Auswahl der Ziele kann so vielfältig sein, wie seine Probleme und Symptome. Zusammen mit dem Psychotherapeuten werden diese Ziele besprochen.

Die Erfahrung zeigt, dass durch die Anwendung der GAS die Motivation des Patienten für die Behandlung steigt, da die Ziele von Patient und Therapeut ganz konkret gemeinsam festgelegt werden. Der Patient übernimmt so mehr Eigenverantwortung. Am Ende der Psychotherapie – oder auch zwischendurch – werden die so vorab festgelegten Ziele dann in Bezug auf die aktuell erreichten Veränderungen überprüft. Dabei ist es möglich, dass Patient und Therapeut unterschiedliche Einschätzung hierzu haben. Beide Einschätzungen werden festgehalten, die

GAS ist somit sowohl ein Selbstbeurteilungs- als auch ein Fremdbeurteilungsinstrument.

Die Verwendung der GAS kann für die interne Qualitätssicherung interessant sein, da der Therapieerfolg im Rahmen einer Verlaufsmessung durch die Formalisierung der Therapieziele zugänglich gemacht werden kann.

Ein Vorteil der GAS ist sicherlich, dass sie aufgrund ihrer Anpassungsfähigkeit schulen- bzw. verfahrensübergreifend ist. In der Verhaltenstherapie werden u.a. von Margraf Fragebögen, die auf der GAS beruhen, schon regelhaft im Therapieprozess eingesetzt.

**Aufbau**

Die GAS kann als eine Art Bausatz verstanden werden. So existieren unterschiedliche Ausformungen bzw. Weiterentwicklungen der GAS. Sie wurde auf die unterschiedlichsten Bereiche der Betreuung und Therapie angepasst. Ihre Flexibilität macht eine individuelle Anpassung – unter Einhaltung einiger Regeln – auch in der Psychotherapie möglich. Die Konstruktion einer Skala ist relativ einfach:

1. Es werden in der Regel drei bis fünf Therapieziele beschrieben und schriftlich festgehalten.
2. Es können bestimmte Kriterien formuliert werden, anhand derer die Erreichung des Ziels oder auch eine mögliche Verschlechterung abzulesen wäre.
3. Die Ratingskala für die abschließende Bewertung kann unterschiedlich skaliert werden, numerisch, prozentual oder auch in Worten z.B. „mehr erreicht als das Therapieziel; Therapieziel erreicht“; Therapieziel teilweise erreicht; Therapieziel nicht erreicht; Therapieziel entfällt. So kann ein Ziel beispielsweise zu 100% oder 50% erreicht worden sein. Möglich ist auch, dass der Zustand sich im Vergleich zum Beginn der Therapie gar nicht verändert (0%)

oder sogar verschlechtert hat. Eine andere Methode ist, den Grad der Zielerreichung in einem Spektrum von Graden (-2 bis +2) anzugeben. Die Erfahrung zeigt, dass ein Ziel sich im Laufe der Psychotherapie auch als hinfällig erweisen kann und diese Möglichkeit einbezogen werden sollte. In derartigen Fällen kann ein neues Therapieziel gemeinsam formuliert werden.

4. Für die Darstellung der Auswertung existieren ebenfalls sehr unterschiedliche graphische Umsetzungen der GAS-Skala. So kann das Ergebnis z.B. als Kurve dargestellt werden, die den Weg vom Anfangszustand über die Zwischenergebnisse bis zum Grad der Zielerreichung zu Therapieende beschreibt oder aber die (Zwischen-)Ergebnisse werden tabellarisch, nebeneinander angeordnet festgehalten.
5. Es lässt sich nun ein Gesamt-Score über alle einzelnen (Problem-)Skalen eines Patienten ermitteln, indem die Werte aufaddiert werden. So können in einer Praxis bei gleichen GAS-Konstruktionen interindividuelle Vergleiche angenähert werden.

Bei der Festlegung und Ausformulierung der Therapieziele ist es hilfreich, folgende Eckpunkte zu beachten:

- Die individuellen Ziele können sich auf Verhaltensauffälligkeiten oder -defizite, bestimmte Symptome sowie die soziale Umwelt des Patienten beziehen. Sie können also sehr different sein: psychisch, somatisch, psychosozial, privat, beruflich etc.
- Idealerweise beziehen sich die Ziele auf Probleme, Konflikte und Einschränkungen, mit denen der Patient im Alltag konfrontiert wird.
- Wichtig ist, dass die Ziele möglichst verständlich formuliert werden.
- Die Ziele sollten für den Patienten realistisch erreichbar sein und dies auch innerhalb des zur Verfügung

stehenden (Behandlungs-)Zeitraumes.

- Bei der Bestimmung der Ziele erweist es sich für die spätere Bewertung als nützlich, wenn möglichst konkret überprüfbare Kriterien angegeben werden, an welchen festgestellt werden kann, ob oder in welchem Ausmaß das Ziel erreicht wurde. Werden die Ziele bzw. Zwischenziele zu „schwammig“ formuliert, fällt die Einschätzung der Zielerreichung zum Zeitpunkt der Bewertung entsprechend schwer.

Ein Beispiel für eine Zielformulierung wäre nach V. G. Dahling (s.u.):

**Ziel: Verbesserung des Kontakt- und Gesprächsinteresse**

- Ausgangszustand befindet sich bei 1: „das Gesprächsinteresse reduziert sich auf wenige vertraute Personen“
- Verschlechterung auf -2: „mutistischer Rückzug“
- Verbesserung um einen Grad auf 0: „entwickelt Interesse für Kontakte zu anderen Personen“,
- Verbesserung auf den Grad +1: „nimmt Kontakt zu alten Bekannten auf“
- Vollständige Erreichung des Ziels mit Grad +2: „schließt neue Bekanntschaften“

Wie hier relativ gut ersichtlich, sollten die Stufen der Zielerreichung möglichst nahe einem Intervallskalenniveau angegeben werden, um eine gewisse Skalenqualität zu erzielen. D.h. die Schwierigkeit des Patienten von einem Grad aus den nächsten zu erreichen, sollte jeweils gleich groß sein. Dies ist insbesondere für den Fall wichtig, dass (ggf. in einem größeren Umfang) eine (statistische) Vergleichbarkeit der Ergebnisse vom Behandler angestrebt wird.

### Gütekriterien

Für die folgenden Ausführungen erwies sich eine Dissertation von Volker Günter Dahling (2006) als ergiebig. Die Reliabilität wird in Studien im Allgemeinen zurückhaltend bis kritisch beurteilt, steigt allerdings, wenn die Durchführenden ein spezielles GAS-Training absolviert haben.

Inhaltliche Validität ist im Einzelfall gegeben, schließlich stellt die konkrete und individuell auf den Patienten bezogene Benennung der Therapieziele die optimale Operationalisierung der relevanten Zielbereiche dar. In Studien dagegen erweist sich die Messung der Validität als schwierig, da ein anerkanntes Referenzkriterium schwer zu bestimmen ist.

Die GAS wurde seit den 60er Jahren in verschiedener Weise weiterentwickelt, so zum Beispiel von G. Heuft und W. Senf (z.B. Heuft et al. 1996). Sie erarbeiteten ein Kategoriensystem mit fünf verschiedenen Hauptkategorien, unter das sich 130 Einzelkategorien an individuellen Therapiezielen (ITZ) subsumieren lassen. Durch eine Systematisierung des Grundschemas der GAS wird versucht, deren Mängel vor allem im methodischen Bereich, z.B. hinsichtlich einer präziseren statistischen Auswertung, zu begegnen. Dies spielt in erster Linie im Bereich größerer Studien eine Rolle.

Der GAS kann also für die interne Qualitätssicherung hilfreich sein. Aufgrund der Qualität der Gütekriterien und des Schulungsbedarfes ist er zur externen Qualitätssicherung nur eingeschränkt brauchbar.



#### Download

Kurzanleitung sowie diverse Fragebögen zur Erhebung der Ziele des Patienten: [www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de)

**GAF (Global Assessment of Functioning Scale) – Globale Erfassung des Funktionsniveaus**

### Hintergrund

Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) wurde erstmals von der American Psychiatric Association 1989 vorgelegt. Sie basiert auf der Achse V des 1994 erschienen DSM-IV:

der Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten. Die deutsche Übersetzung wurde 1996 von Henning Saß, Hans-Ulrich Wittchen und Michael Zaudig veröffentlicht.

### Anwendung

Die GAF dient dem Psychotherapeuten als diagnostische Einschätzung in Form eines Expertenratings. Es handelt sich um eine Skala zum psychosozialen Funktionsniveau eines Patienten, unabhängig von dessen kulturellen Hintergrund. Die Skalierung wird zweimal durchgeführt, einmal zur Beurteilung des gegenwärtigen Anpassungsniveaus bzw. Wohlbefindens und einmal zur Beurteilung des Anpassungsniveaus im letzten Jahr. Die Skalierung erfolgt auf einer Skala von 1 bis 100. Bei diesem Rating sollten keine körperlichen Einschränkungen berücksichtigt werden, ebenso keine umgebungsbedingten Merkmale.

Die GAF kann als einfache momentane Staturerhebung verwendet werden oder auch als Wiedergabe des höchsten Niveaus, das der Patient beispielsweise innerhalb der letzten zwei Jahre erreicht hat. Sie eignet sich auch durch den Vergleich von Prä- mit Post-Messung zur Erfassung des Therapieerfolges und kann somit auch umfassende Aussagen über den klinischen Fortschritt von Patienten wiedergeben.

Der GAF-Wert kann dazu dienen, die „Bedürftigkeit“ des Patienten bezüglich einer Psychotherapie zu bewerten. So kann der GAF-Wert Hinweise bezüglich der Bedürftigkeit hinsichtlich einer Psychotherapie liefern.

### Aufbau

Die GAF-Skala ist in zehn Niveaus unterteilt. Von 100 („hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten“) wird bis auf 1 („ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen ... oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ...“) in Zehnerschritten abwärtssteigend das soziale und berufliche Funktionsniveau beschrieben. Der beurteilende Psychotherapeut „schreitet“ diese Stufen von oben her ab, bis er das Niveau erreicht, das er dem Patienten hinsichtlich seines Zustandes

zuschreibt. Liegen Schweregrad der Symptome und Funktionsniveau in verschiedenen 10er-Stufen, wird schließlich das schlechtere Niveau gewählt. Die Zuweisung von Zwischenwerten wie beispielsweise 87, 56 oder 44 lässt eine weitere Differenzierung der Einschätzung zu.

### Gütekriterien

Die GAF hat sich als reliabel erwiesen, insbesondere bei Behandlern, die ihn schon länger verwenden und damit über eine gewisse Erfahrung verfügen (z.B.  $r=0.81$  bei Söderberg et al. 2005).

Problematisch erscheint der Nachweis von ausreichender Validität. So besteht zum Beispiel hinsichtlich prognostischer Validität Unklarheit, wie vielen Kriterien ein Patient genügen muss, damit er in eine bestimmte Kategorie fällt sowie mit welcher Begründung ein bestimmter Wert vergeben wird (vgl. Woldroff 2004). Trotzdem bleibt sie als einfach zu handhabender und wenig aufwendiger klinischer Test brauchbar.



#### Download

GAF-Skala mit Kurz- und Langanleitung: [www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de), auch: [www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf\\_skala.pdf](http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf), oder: [www.dbsh.de/gaf.pdf](http://www.dbsh.de/gaf.pdf)

**GARF-Skala (Global Assessment of Relational Functioning Scale) – Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen**

### Hintergrund

Auch dieses Instrument ist Bestandteil des DSM-IV und hier eine der drei Skalen, die im Appendix des DSM-IV aufgeführt werden (siehe Saß et al. 1997). Weitere Unterskalen sind die Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) und die Defensive Functioning Scale. Das Instrument wurde analog zur individualszentrierten Achse V des DSM-IV (der GAF Global Assessment of Functioning) vom Committee on the Family of the Group for the Advancement of Psychiatry in den Vereinigten Staaten konstruiert.

Die GARF dient als Maß für die Reife und Stabilität der Beziehungen inner-

halb einer Familie, eines Freundeskreises oder der Beziehung eines Paares und wird mit Werten zwischen 1% und 100% kodiert, wobei Hilfen zur Einschätzung vorgegeben sind, die sich darauf beziehen, wie befriedigend das Zusammenleben ist und wie gut Schwierigkeiten gelöst werden.

### Anwendung

Die GARF hat in der Anwendung große Ähnlichkeit mit der GAF. Er kommt ebenso wie dieser als diagnostische Einschätzung zum Einsatz und ist als Fremdeinschätzungsinstrument für klinische Fachleute konstruiert.

Während die GAF-Skala das gesamte individuelle Funktionsniveau abfragt, erfasst die GARF die Beziehungsfunktionen. Genauer: Der Untersuchungsgegenstand sind die Familie, der Freundeskreis oder andere Beziehungsformen des Patienten. Mit der Zuweisung eines Wertes zwischen 1% und 100% wird eine Einschätzung des Funktionsniveaus der Familie etc. vorgenommen.

### Aufbau

Analog der GAF- ist die GARF-Skala in Funktionsniveaus unterteilt. Hier wird in insgesamt fünf Zwanzigerschritten der Bereich von 1% (dysfunktionale Beziehungen) bis 100% (funktionierende Beziehungen) abgedeckt. Beschrieben werden jeweils Abstufungen von Schweregraden von Beziehungsbeeinträchtigungen sowie ergänzend das Funktionsniveau für jede Stufe. Die Beeinträchtigungen und das Funktionsniveau werden anhand von drei Dimensionen bewertet: Zum einen der Problemlösungskompetenz (z.B. Anpassungsfähigkeit bei Stress), der Organisationsfähigkeit (z.B. hierarchisches Funktionieren) und des emotionalen Klimas (z.B. gegenseitige affektive Verantwortlichkeit). Fallen Schweregrad der Beziehungsbeeinträchtigungen und Funktionsniveau in unterschiedliche Dimensionen, wird bei der Beurteilung der Wertebereich des niedrigeren Niveaus gewählt. Die Bewertung mithilfe der GARF sollte sich auf den aktuellen Zeitraum (die letzten zwei Wochen) beziehen.

Ebenso wie die GAF ist die GARF ein Instrument, das für die Messung des aktuellen Status, der Veränderung und des Therapieerfolgs im Bereich



**Sabine Schäfer**

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg und Mitglied in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses.



der Beziehungsfunktionen verwendet werden kann. So wird die GARF je nach Zielsetzung zu Beginn und zum Ende einer Therapie durchgeführt (Prä-Post-Messung), für eine detailliertere Veränderungsmessung auch (mehrfach) während der laufenden Therapie. Auch der GARF ist ein leicht zu handhabendes und wenig aufwendiges Instrument.

**Gütekriterien**

Die GARF hat sich als ausreichend reliabel erwiesen (z.B.  $r=0.91$  nach Spearman-Brown-Formel bei Hilsenroth et al. 2000). Auch die Validität der GARF-Skala als ein Index der Persönlichkeits-Pathologie wird hier bestätigt.

Konstruktvalidität ist in Studien nachgewiesen worden (vgl. Ross et al. 2001). Bezüglich der prognostischen Validität ergeben sich dieselben Probleme wie bei der GAF-Skala.



**Download**

der GARF-Skala samt Kurzanleitung:

[http://cip-medien.com/media/download\\_gallery/06-01/2006-1-06.%20Stasch.pdf](http://cip-medien.com/media/download_gallery/06-01/2006-1-06.%20Stasch.pdf), oder unter: [www.praxisschaefer.de](http://www.praxisschaefer.de)

**SDQ (Strenghts and Difficulties Questionnaire) – Fragebogen zu Stärken und Schwächen**

**Hintergrund**

Ursprünglich wurde der SDQ in Großbritannien 1997 von Goodman und dann 1998 von Goodman et al. weiterentwickelt. Inzwischen wurde er in über 40 Sprachen übersetzt. Das kann sich als besonders hilfreich erweisen, sollten Eltern (oder Kinder) über ungenügende Deutschkenntnisse verfügen. 1999 erweiterte Goodman den

SDQ um eine zweite Seite bei Verdacht auf klinisch bedeutsame Beschwerden des Kindes. Hier finden sich z.B. Fragen zu Chronifizierung, Stress, sozialer Einbettung und Problemen. In einer dritten Version kann der SDQ auch als Follow-up Fragebogen eingesetzt werden. Hierfür werden auf dem Zusatzfragebogen noch zwei weitere Fragen gestellt, danach ob die Behandlung die Probleme reduzierte und ob diese hilfreich war.

**Anwendung**

Der SDQ dient als valides diagnostisches Basis-Screening zur Ermittlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dabei wird Bezug genommen auf deren Stärken und Schwächen. Der Fragebogen im Fremdrating durch die Eltern ist für Kinder ab 3 Jahren einsetzbar, der im Selbstrating ab 11 Jahren. Ziel ist die Erfassung psychischer Auffälligkeiten. Damit grenzt er sich von den altersspezifischen Vorsorgeuntersuchungen ab, welche Entwicklungsdefizite in Motorik, Sprache, kognitive Leistungen etc. feststellen. Der SDQ eignet sich darüber hinaus auch für Längsschnittuntersuchungen, zur Messung therapeutischer Effekte und für wissenschaftliche Fragestellungen. Für das Ausfüllen eines Fragebogens werden ca. 5 Minuten benötigt, die Auswertung dauert je nach Übung ca. 10-15 Minuten.

**Aufbau**

Als Selbstbeurteilungsinstrument ist der SDQ für 11- bis 17-jährige Jugendliche konzipiert. Ergänzend wurden auch unterschiedliche Fremdbeurteilungsbögen entwickelt für 3- bis 4-jährige Kinder sowie eine Version für Eltern von 4- bis 16-Jährigen, für schulpflichtige 4- bis 16-Jährige auch eine Lehrer-Version.

Die Fragebögen liegen in einer ein- und einer zweiseitigen Variante vor. Die Items der ersten Seite sind inhaltlich über alle Versionen identisch. Die zweite Seite ergänzt wahlweise Fragen zur Beeinträchtigung, oder dient in einer Folgebefragung der Erhebung der erlebten Veränderungen. Die Normen und die Auswertungsanweisungen aller Fragebogenversionen gelten immer nur für die 25 Items der ersten Seite.

Der SDQ besteht aus fünf Skalen: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und Prosoziales Verhalten. Jeder Skala sind fünf Items zugeordnet. Die Auswertung der Fragebögen wird durch Schablonen erleichtert, mithilfe derer den Antworten („nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“) jeweils ein Wert von 0 bis 2 zugeordnet wird. Die Werte werden für jede Skala addiert, ein Gesamtscore ergibt sich durch die Addition der Werte der ersten vier Skalen (d.h. ohne die Skala „Prosoziales Verhalten“).

Die Interpretation der addierten Skalenwerte sowie des Gesamtscore ergibt eine „normale“, „grenzwertige“ oder „auffällige“ Problematik des Kindes oder Jugendlichen. Für die Normierung wurde angenommen, dass ca. 80% der Kinder und Jugendlichen als „normal“ und jeweils 10% als „grenzwertig“ bzw. „auffällig“ eingestuft werden können. Leider erfasst dieses Screening-Instrument einige bedeutsame Störungen wie Phobien, Trennungsangst oder Essstörungen nicht ausreichend.

**Gütekriterien**

Bezüglich der internen Validität wurde die Faktorstruktur bestätigt (Woerner et al. 2002). Die Messung der in-

ternen Konsistenz für den Gesamtscore ergab einen Cronbachs Alpha von 0.80 für die Selbstbeurteilungsversion der Jugendliche sowie von 0.87 für die Fremdbeurteilung-Lehrer-Version. Dagegen fiel die Test-Retest-Reliabilität eher moderat aus: Der Gesamtscore liegt bei 0.62 (Jugendliche) und 0.80 (Lehrer). Auch wenn in verschiedenen Veröffentlichungen der diagnostische Wert für den deutschen SDQ nachgewiesen wurde, wurde bisher keine Normierung festgelegt. Becker 2007 bestätigt normierte Cutoff-Werte für die drei Kategorien „normal“, „grenzwertig“ und „auffällig“, sowohl für den Gesamtproblemwert als auch für die Subskalen.



**Download**

Frage-, Antwort- und Auswertungsbögen sowie Auswertungsschablonen des SDQ und eine umfangreiche Literaturangabe finden Sie hier: [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org)



**Literaturhinweis:**

Das ausführliche Literaturverzeichnis zu allen Testverfahren finden Sie unter [www.dptv.de](http://www.dptv.de).





Sie sind hier: [Psychomeda](#) > [Online-Tests](#)

## Test-Diagnostik

### Psychologische Online-Tests

Alle Tests auf dieser Seite sind kostenlos, frei zugänglich, anonym und werden regelmäßigen Qualitätskontrollen nach wissenschaftlichen Standards (Objektivität, Reliabilität und Validität) unterzogen. Psychomeda-Tests werden zur Diagnostik, in therapeutischen Praxen und für die Personalauswahl/Laufbahnplanung (Assessment Center) eingesetzt.

**NEU!**

#### Online-Konzentrationstest

Testen und trainieren Sie Ihr Konzentrationsvermögen. Ein gutes Konzentrationsvermögen verbessert die Leistungsfähigkeit. Ein geringes Konzentrationsvermögen kann bei Kindern und Jugendlichen ein Hinweis auf das ADHS-Syndrom sein. [Zum Konzentrationstest d2...](#)



#### Online-Test: Emotionale Intelligenz (EQ)

Die **Emotional Intelligenz** spielt nicht nur im privaten Bereich eine bedeutende Rolle, sondern zählt auch zu den wichtigen Schlüsselfaktoren für die berufliche Laufbahn. [Zum EQ-Test...](#)



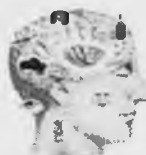
#### Online-Test: Allgemeine Intelligenz (IQ)

Die **Allgemeine Intelligenz** ist vor allem für den schulischen Erfolg und das Studium von Bedeutung. Sie umfasst Fähigkeiten wie logisches Denken, Sprachverständnis und räumliches Denken. Der Psychomeda-Online-Test erfasst die wichtigsten Merkmale nach wissenschaftlichen Standards. [Zum IQ-Test...](#)



#### Online-Test: Burnout- und Stress-Test (Stress-Level, Coping, Burnout)

Können Sie mit Stress umgehen oder sind Sie Burnout gefährdet? Dieser klinische Test beruht auf den Arbeiten der amerikanischen Psychologen Charles Carver, Christina Maslach und Susan Jackson. Sie erfahren, wie gut ihre Strategien im Umgang mit Stress sind und inwieweit Sie von Burnout betroffen sind. [Zum Burnout-Test...](#)



#### Psychomeda-Persönlichkeitstest

Wissenschaftler haben in den letzten Jahren fünf grundlegende Persönlichkeitsdimensionen (Big Five) identifiziert, die daher auch in allen bekannten Persönlichkeitstests (DISG-Test, NEOFFI, FPI, 16PF) enthalten sind. Mit dem Psychomeda-Persönlichkeitstest können Sie diese Persönlichkeitsdimensionen testen und Ihr Profil nach dem bekannten

DISC-Modell auswerten lassen. [Zum Psychomeda-Persönlichkeitstest...](#)

[Als Coach, Psychologe, Psychotherapeut oder Unternehmen können Sie die Psychomeda-Test auch als White-Label-Lösung auf Ihrer Webseite anbieten. Weiter...](#)