

# Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie

**Kristina Geue**  
**Bernhard Strauß**  
**Elmar Brähler**  
(Hrsg.)

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

Diagnostik für  
Klinik und Praxis

 hogrefe

# **Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie**

**Diagnostik für Klinik und Praxis**  
**Band 1**

Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie

Dr. Kristina Geue, Prof. Dr. Bernhard Strauß, Prof. Dr. Elmar Brähler (Hrsg.)

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Elmar Brähler, Prof. Dr. Bernhard Strauß

**Kristina Geue**  
**Bernhard Strauß**  
**Elmar Brähler**  
(Hrsg.)

# Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

 **hogrefe**

**Dr. Kristina Geue**, geb. 1977. Studium der Psychologie in Leipzig. Seit 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. 2012 Promotion. Seit 2013 Weiterbildung zur systemischen Familientherapeutin (DGSF). Seit 2014 Psychologin in der Familienberatungsstelle Kinderschutzzentrum Leipzig.

**Prof. Dr. Bernhard Strauß**, geb. 1956. Studium der Psychologie in Konstanz. Seit 1996 Direktor des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

**Prof. Dr. Elmar Brähler**, geb. 1946. Studium der Mathematik und Physik in Gießen. 1976 Promotion in Ulm zur Psychotherapieforschung. 1980 Habilitation in Gießen für Medizinische Psychologie. 1994-2013 Leiter der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel.: +49 551 999 50 0  
Fax: +49 551 999 50 111  
E-Mail: [verlag@hogrefe.de](mailto:verlag@hogrefe.de)  
Internet: [www.hogrefe.de](http://www.hogrefe.de)

Satz: Barbara Brendel, Leipzig  
Druck: Hubert & Co, Göttingen  
Printed in Germany  
Auf säurefreiem Papier gedruckt

3., überarbeitete und erweiterte Auflage 2016  
© 2002, 2003 und 2016 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2700-3)  
ISBN 978-3-8017-2700-0  
<http://doi.org/10.1026/02700-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

Psychodiagnostik in der Psychotherapie – Eine Einführung .....	11
AASE-G                      Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Deutsche Version .....	19
ADHS-E                      ADHS-Screening für Erwachsene .....	25
ADNM-20                    Adjustment Disorder – New Module Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen .....	29
ADS                          Allgemeine Depressionsskala .....	33
AKV                          Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung .....	36
BAI                          Beck Angst-Inventar .....	41
BCQ                          Body Checking Questionnaire – Deutsche Version .....	45
BDI II                        Beck Depressions-Inventar – Revision .....	49
Bf-SR/Bf-SR'                Befindlichkeitsskala – Revidierte Fassung .....	52
B-IKS                        Beck Inventar für Kognitive Schemata .....	56
BIS-11                        Barratt Impulsiveness Scale – Deutsche Version .....	61
BIT                          Berner Inventar für Therapieziele .....	66
B-LR/B-LR'                 Beschwerden-Liste – Revidierte Fassung .....	69
BPI                          Borderline-Persönlichkeits-Inventar .....	72
BTSTB-2000/ BPSTB-2000                Berner Therapeuten- und Patientenstundenbogen 2000 .....	78
BRI                          Berner Ressourceninventar .....	81
BRMS                        Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala .....	86
BSS                          Beeinträchtigungs-Schwere-Score .....	90
BVB-2000                    Bochumer Veränderungsbogen-2000 .....	95
CBS-G                        Compulsive Buying Scale – Deutsche Version .....	99
CTQ                         Childhood Trauma Questionnaire – Deutsche Version .....	102
DAPP-BQ                    Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire .....	107
DAS                         Skala dysfunktionaler Einstellungen .....	113
DKB-43/DKB-35            Dresdner Körperbildfragebogen .....	116
DMQ-R                      Fragebogen zur Erfassung von Alkoholkonsummotiven .....	122

EAT-26D	Eating Attitudes Test .....	127
ECR-RD	Experiences in Close Relationships – Revised, deutsche Version .....	133
EDE-Q	Eating Disorder Examination-Questionnaire .....	139
EDI-2	Eating Disorder Inventory-2 .....	144
FAMOS	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata .....	149
FBeK	Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers .....	153
FDS	Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen .....	157
FEP	Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen .....	162
FEVER	Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft .....	167
FMP	Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation .....	170
FPTM	Fragebogen zur Psychotherapiemotivation .....	174
F-SozU	Fragebogen zur Sozialen Unterstützung .....	180
FTNA	Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit .....	184
FZH	Fragebogen zum zwanghaften Horten .....	188
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale .....	192
GAF	Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus .....	198
GAS	Goal Attainment Scaling .....	204
GBB-24	Gießener Beschwerdebogen .....	209
GHQ-28	General Health Questionnaire 28 .....	215
GQ-D	Gruppenfragebogen .....	221
GRQ	Group Readiness Questionnaire .....	225
GT-II	Gießen-Test – II .....	229
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version .....	235
HAMA	Hamilton Anxiety Scale .....	239
HAQ	Health Anxiety Questionnaire – Deutsche Version .....	242
HAQ	Helping Alliance Questionnaire .....	245
HDRS	Hamilton Depression Rating Skala .....	249
HSCL-25	Hopkins-Symptom-Checkliste-25 – Deutsche Version .....	253
HZI-K	Hamburger Zwangsinventar – Kurzform .....	258

IAS	Illness Attitude Scales .....	263
IES-R	Impact of Event Scale (Revidierte Form) .....	268
IIM	Inventar zur Erfassung interpersonaler Motive .....	271
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version .....	275
IMI-R	Impact Message Inventory .....	280
INK	Inkongruenzfragebogen .....	284
IPO-2001/ IPO-16	Inventar der Persönlichkeitsorganisation .....	288
ISS-20	Internetsuchtskala .....	294
KKG	Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit .....	300
KPD-38	Klinisch Psychologisches Diagnosesystem 38 .....	304
LAST	Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test .....	308
LSAS	Liebowitz-Soziale-Angst-Skala .....	313
MDBF	Mehrdimensionaler Befindlichkeitsfragebogen .....	318
Munich ED-Quest	Munich Eating and Feeding Disorder Questionnaire .....	322
MVS-G	Material Values Scale – Deutsche Version .....	326
NEQ	Night Eating Questionnaire .....	329
NISS	Need Inventory of Sensation Seeking .....	333
OBQ-D	Obsessive-Beliefs Questionnaire – Deutsche Version .....	339
OCI-R	Obsessive-Compulsive Inventory-Revised .....	344
OPD-SF	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – Strukturfragebogen .....	350
OQ®-45.2	Outcome-Questionnaire-45.2 .....	355
OSV-S	Skala zum Onlinesuchtverhalten .....	361
PAS	Panik- und Agoraphobie-Skala .....	367
PHQ-15	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Somatische Symptome .....	371
PHQ-9	Gesundheitsfragebogen für Patienten – Modul Depressivität .....	377
POCA-G	Processes of Change Alcohol – Deutsche Version .....	383
PPI-R	Psychopathic Personality Inventory-Revised – Deutsche Version .....	389

PSSI	Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar .....	393
PSWQ-PW	Penn State Worry Questionnaire – Past Week .....	400
PTSD-7	Kurze Screeningskala für Posttraumatische Belastungsstörung .....	405
ROMA-P/T	Ressourcenorientierte Mikroprozess-Analyse Patient/Therapeut .....	409
RS	Resilienzskala .....	412
RSES	Rosenberg Skala zum Selbstwertgefühl (Rosenberg Self-Esteem-Scale) .....	416
RSQ-D	Response Styles Questionnaire – Deutsche Version .....	420
SCL-90®-S	Symptom-Checklist-90®-Standard .....	426
SEQ-D	Session Evaluation Questionnaire – Deutsche Version (Stundenfragebogen) .....	432
SESA	Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit .....	436
SIAB-S	Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (Fragebogen zur Selbstbeurteilung) .....	440
SIAS	Soziale-Interaktions-Angst-Skala .....	445
SOC	Sense-of-Coherence-Fragebogen .....	450
SOMS	Screening für Somatoforme Störungen .....	456
SPAI	Soziale Phobie und Angstinventar .....	461
SPIN	Soziale-Phobie-Inventar .....	466
SPS	Soziale-Phobie-Skala .....	470
SSS-8	Somatic Symptom Scale–8 .....	475
STADI	State-Trait-Angst-Depressions-Inventar .....	478
STEP	Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelspsychotherapie .....	484
SWE	Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung .....	490
TAS-20/TAS-26	Toronto-Alexithymie-Skala .....	494
TeF	Therapieerleben-Fragebogen für Patienten und Angehörige .....	500
TSEB	Tagesklinik- und Stationserfahrungsbogen .....	503
VEV	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens .....	507
WAI-SR	Working Alliance Inventory – Revidierte Kurzversion .....	511
WHO ASSIST	WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – Deutsche Version .....	515

---

WI	Whiteley-Index zur Erfassung hypochondrischer Merkmale .....	520
WIFA-K	Wirkfaktoren-Skalen-Kurz .....	525
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale .....	528
	Testverzeichnis nach Konstrukten .....	533
	Register der Testautorinnen und Testautoren .....	539



# Psychodiagnostik in der Psychotherapie – Eine Einführung

*Bernhard Strauß, Elmar Brähler, Kristina Geue*

## Stellenwert von Psychodiagnostik innerhalb der Psychotherapie

Die Psychodiagnostik hatte innerhalb der Psychotherapie lange Zeit einen ausgesprochen schweren Stand. Insbesondere gegenüber standardisierten psychodiagnostischen Verfahren (Tests) haben zum Teil bis heute viele Psychotherapeuten<sup>1</sup> ein gewisses Misstrauen bzw. eine ablehnende Haltung. Hatfield und Ogles (2004, 2007) haben mehrfach gezeigt, dass psychotherapeutisch Tätige nur wenig bereit sind, standardisierte Instrumente in der Alltagspraxis einzusetzen.

Die Skepsis gegenüber Psychodiagnostik war besonders unter Vertretern der Psychoanalyse lange Zeit verbreitet, während Verhaltenstherapeuten schon immer aufgeschlossener waren, im Rahmen der Verhaltensdiagnostik und -analyse zumindest auf standardisierte Ratingskalen oder Tagebücher zurückzugreifen. In den letzten Jahren ist aber auch innerhalb der Psychoanalyse und anderen Therapierichtungen eine zunehmende Bereitschaft zu erkennen, die Erhebung diagnostischer Informationen anhand klinischer Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen oder strukturierter Interviews durchzuführen (vgl. Benecke, 2014).

In jüngster Zeit haben Fragen und Probleme der Psychodiagnostik in der psychotherapeutischen Forschung und Praxis noch mehr Beachtung gefunden. Davon zeugt eine wachsende Zahl von Büchern und Einzelbeiträgen, die sich mit diesem Themenbereich auseinandersetzen (z. B. Herzberg et al., 2015; Hinz & Brähler, 2012). Hintergründe sind neben der kontinuierlichen Weiterentwicklung psychologischer Behandlungsmethoden und -verfahren sowie der Klassifikation psychischer Störungen (z. B. im DSM-5; American Psychiatric Association, 2015) auch die Forderungen nach einem Wirksamkeitsnachweis (Evaluation), nach einer Qualitätssicherung von Psychotherapie bzw. nach dem Feedback von Behandlungsergebnissen (z. B. Lambert, 2007).

In den letzten Jahren sind wiederholt Empfehlungen zur Standardisierung von Diagnostik und Dokumentation in der Psychotherapie gegeben worden. Dabei wurde immer wieder betont, dass es erst durch einen systematischen Einsatz erprobter und zuverlässiger psychodiagnostischer Verfahren und Dokumentationssysteme möglich wird, klinisch-psychologische Praxis und Psychotherapie zu evaluieren und ihre Qualität zu überprüfen und zu sichern. Unter Qualitätssicherung wird dabei eine kontinuierliche Erfassung und selbstkritische Überprüfung der Ergebnis- und Prozessqualität der eigenen psychotherapeutischen Arbeit verstanden. Eine gewisse Standardisierung diagnostischer Instrumente wird seit Langem auch für die Forschung gefordert. Ogles (2013) stellte kürzlich dar, dass nach wie vor viele Prozess- und Ergebnisstudien in der Psychotherapie immer wieder neue Erhebungsinstrumente anwenden, wodurch ein „multidimensionales Chaos“ entstünde. Tatsächlich macht die hohe Variabilität metaanalytische Betrachtungen von Therapieergebnissen naturgemäß schwierig. Dies hat dazu geführt, dass immer wieder Vorschläge für eine Kernbatterie von Methoden für die Psychotherapie und Psychotherapieforschung formuliert wurden. Für den angloamerikanischen Raum sei beispielsweise Strupp et al. (1997) genannt oder für den Bereich der Gruppenpsychotherapie die Arbeit von Strauss et al. (2008).

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beide Geschlechter.

## Aufgaben und Funktionen der Psychodiagnostik in der Psychotherapie

Die psychologische Diagnostik im Bereich der Psychotherapie hat in Anlehnung an Baumann und Stieglitz (2003) folgende Aufgaben:

- *Beschreibung*: steht für die qualitative und quantitative Erhebung des Ausgangszustandes und gegebenenfalls für die Darstellung von Veränderungen. Unterschieden wird dabei zumeist zwischen den Ebenen Symptom, Syndrom und Diagnose/Störung.
- *Klassifikation*: ordnet eine Person zu Klassen eines Klassifikationssystems zu (z. B. ICD-10; WHO/ Dilling et al., 2013; DSM-5; American Psychiatric Association, 2015), unter Berücksichtigung von Differenzialdiagnosen und Komorbiditäten.
- *Erklärung*: ist nötig, um neben der reinen Beschreibung der Symptom- und Merkmalsausprägungen Informationen über die möglichen Ursachen für die Entstehung, Auslösung und Aufrechterhaltung der psychischen Auffälligkeiten oder Störungen bereitzustellen.
- *Prognose*: bedeutet Vorhersage des natürlichen oder durch Interventionen beeinflussten Verlaufs psychischer Störungen sowie der Abschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit von therapeutischen Interventionen.
- *Evaluation*: ist die Bewertung der durch Intervention(en) induzierten Veränderungen (formative Evaluation) und der Zielerreichung (summative Evaluation). Der Fokus der Evaluation kann auf die Intervention (Wirksamkeitsnachweis) oder den Therapeuten bzw. die Versorgungseinrichtung (Qualitätssicherung) gerichtet sein (vgl. Herzberg et al., 2015).

Andere Autoren (vgl. Hautzinger, 2001; Laireiter, 2000) halten Psychodiagnostik im Rahmen der Psychotherapie von großer Bedeutung und geradezu unverzichtbar für die folgenden Aufgabenbereiche:

1. Bestimmung und Deskription der Ausgangslage des Klienten,
2. Konzeption therapeutischer Problemstellungen (Fallkonzeption),
3. Selektion und Beschreibung therapeutischer Problem- und Zielbereiche,
4. Klassifikation der Symptomatik des Klienten,
5. Erklärung und Analyse von Ätiologie und Genese der Symptomatik des Klienten,
6. Selektion angemessener Interventionsstrategien und Zuordnung zu spezifischen therapeutischen Vorgehensweisen (differenzielle und selektive Indikation),
7. Abschätzung der Entwicklung und Therapierbarkeit der Symptomatik sowie des Entwicklungsverlaufes der Therapie (Prognose),
8. Qualitäts- und Prozesskontrolle sowie Therapie- und Prozesssteuerung (adaptive Indikation),
9. Beurteilung des Erfolges und der Effektivität der Therapie (Evaluation) und
10. Dokumentation des Behandlungsverlaufes.

Daneben spielt Psychodiagnostik auch bei der Supervision von Psychotherapie eine wichtige Rolle, wenn die diagnostischen Grundlagen therapeutischer Entscheidungen auch für Außenstehende transparent und nachvollziehbar dargestellt werden sollen.

Nicht zuletzt kommt der Psychodiagnostik auch eine eigenständige therapeutische Funktion zu, wenn etwa diagnostische Erkenntnisse dazu beitragen, dass Klienten Einsicht in ihre eigenen Problemzusammenhänge gewinnen und dadurch Selbstreflexion und Selbstmanagement gefördert werden.

Betrachtet man den Verlauf des therapeutischen Prozesses, so lassen sich unter einer solchen zeitlichen Perspektive drei Funktionen der Psychodiagnostik abgrenzen (vgl. Laireiter, 2000):

- Diagnostik vor und zu Beginn der Therapie: *Indikationsorientierte Diagnostik*.
- Diagnostik im Verlauf der Therapie: *Verlaufs- und Prozessdiagnostik*.
- Diagnostik am Ende und nach der Therapie: *Evaluative Diagnostik*.

Vor und zu Beginn der Therapie sind vor allem selektive Indikationsentscheidungen von Bedeutung. Dabei geht es um die Entscheidung zwischen mehreren therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, mit dem Ziel einer möglichst optimalen Zuordnung von Klient, Therapeut und Behandlungsmethode. Da zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen oftmals mehrere und zum Teil sehr unterschiedliche Methoden, Programme und Techniken zur Verfügung stehen, ist damit auch die Frage verknüpft, mit welchem Therapieverfahren eine vorliegende Störung am wirkungsvollsten zu behandeln ist (prognostische Indikation). Selektive Indikationsentscheidungen sollten somit vor oder zu Beginn einer Therapie getroffen werden und auf diagnostischen Informationen über den Klienten sowie auf Erfahrungswissen über die Spezifik und Leistungsfähigkeit von Psychotherapiemethoden basieren.

Die Indikationsentscheidung stellt somit neben der Auswahl geeigneter Behandlungsmethoden, der Ablaufplanung (Behandlungsrahmen, Kombination und Reihenfolge der Methoden) und der Konkretisierung auf den Einzelfall ein wesentliches Element der Therapieplanung dar, sie betrifft vor allem die Vorausplanung der Therapie. In der Praxis erfolgt allerdings zumeist eine pragmatische selektive Indikation, bei der unter Berücksichtigung des verfügbaren und realisierbaren Behandlungsangebotes, der Ziele und Änderungspräferenzen des Klienten und der zur Verfügung stehenden Zeit ein Behandlungsplan formuliert wird. Im Zusammenhang mit der selektiven Indikationsfrage sind auch Selbstselektionen bzw. -indikationen von Klienten zu berücksichtigen, die zumeist auf subjektiven Theorien („Laientheorien“) über Ursachen, Behandelbarkeit und Prognose der eigenen Probleme sowie auf Wissen und Einstellungen zu professioneller Psychotherapie beruhen und gegebenenfalls auch die Behandlungsmotivation der Patienten anzeigen.

Im weiteren Verlauf der Therapie spielen psychodiagnostische Verfahren insbesondere bei der Verlaufsanpassung von Indikationsentscheidungen an Veränderungen des Problemverhaltens und/oder der Therapieziele eine bedeutsame Rolle (adaptive Indikation; auch prozessuale oder verlaufsorientierte Indikation). Adaptive Indikationsentscheidungen betreffen somit Art und Umfang der Modifikationen von Faktoren des psychotherapeutischen Prozesses. Basierend auf der Diagnostik der Veränderungen des Klientenverhaltens soll der Therapieverlauf durch diese Modifikationen auf bestimmte Zielgrößen hin optimiert werden. Letztlich geht es um die Anpassung des therapeutischen Vorgehens an den Einzelfall. Zentrale Bedeutung kommt hierbei der Therapieprozessdiagnostik sowie der therapiebegleitenden Veränderungsmessung zu.

Bei der Erfassung von Veränderungen im Verlauf der Therapie und im Rahmen der Evaluation des Therapieerfolgs sind psychodiagnostische Verfahren von großer Bedeutung. Zu den wichtigsten Ansätzen, mit denen es möglich ist, Veränderungen im Verlauf bzw. nach Abschluss therapeutischer Interventionen zu erfassen, zählen nach Stieglitz und Baumann (2001):

- die indirekte Veränderungsdiagnostik,
- die direkte Veränderungsdiagnostik,
- die Beurteilung der Therapiezielerreichung und
- die Beurteilung des (psychopathologischen) Status nach Therapieende.

Bei der indirekten Veränderungsdiagnostik werden Veränderungsinformationen zumeist durch die Differenzbildung zwischen zwei Statusmessungen (zu Beginn und nach Abschluss der Therapie) gewonnen. Von besonderer Relevanz ist hier das Paralleltestkonzept, das den Vorteil bietet, dass Gedächtnis- und Erinnerungseffekte bei Messwiederholungen weitgehend ausgeschaltet werden können. Allerdings liegen derzeit nur für sehr wenige klinische Selbstbeurteilungsverfahren Parallelformen vor. Einen weiteren wichtigen Ansatz der indirekten Veränderungsdiagnostik stellt die Entwicklung von änderungssensitiven Items und Skalen dar.

Bei der direkten Veränderungsdiagnostik werden hingegen Erhebungsinstrumente verwendet, die es einer Person erlauben, stattgefundene Veränderungen direkt einzustufen, wobei die Aussagen zur Beschreibung der subjektiv erlebten Veränderungen in der Komparativform gehalten sind (z. B. besser, schlechter). Im Unterschied zur indirekten Veränderungsdiagnostik, die mindestens zwei Erhebungszeitpunkte voraussetzt, ist für die direkte Veränderungsdiagnostik eine einmalige Erhebung zu Therapieende ausreichend.

Bei der Beurteilung der Therapiezieelerreichung kommen Verfahren zum Einsatz, bei denen versucht wird, die Veränderung von einem Ausgangszustand (Therapiebeginn) in einen Zielzustand (Therapieende) abzubilden, wobei hier zumeist eine individuumszentrierte, einzelfallanalytische Vorgehensweise gewählt wird. Als bekannteste Methode zur Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen und zur zielorientierten Erfolgsmessung ist hier die Zielerreichungsskalierung (Goal Attainment Scaling [GAS], vgl. den Beitrag in diesem Band) zu nennen (vgl. Kordy & Hannover, 1999; Scholz, 1996).

Für die Beurteilung des (psychopathologischen) Status nach Therapieende wird überprüft, inwieweit interventionsabhängige Veränderungen innerhalb oder außerhalb eines bestimmten Normbereiches liegen. Diese Vorgehensweise ist vor allem dann von praktischer Relevanz, wenn für ein Testverfahren Normwerte für gesunde Probanden vorliegen. In diesem Fall kann nach Beendigung einer Therapie der erhobene individuelle Wert eines Klienten in Beziehung zu den vorliegenden Normwerten gesetzt werden.

Auch wenn sich für die einzelnen Phasen des therapeutischen Prozesses jeweils spezifische psychodiagnostische Aufgaben formulieren lassen, sind andere Aufgaben nicht an bestimmte Phasen gebunden. So ist es beispielsweise für die indirekte Veränderungsmessung notwendig, eine Statusdiagnostik der psychischen Probleme und Störungen des Klienten sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie durchzuführen. Auch für eine lückenlose Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlung sind diagnostische Informationen aus allen Phasen der Psychotherapie von großer Relevanz.

In der Psychotherapie kommt neben den Testverfahren auch weiteren psychodiagnostischen Methoden eine große Bedeutung zu. Zu nennen sind hier insbesondere Interviewverfahren und klinische Ratings (vgl. Strauß & Schumacher, 2005), auf die in diesem Band nicht eingegangen wird. Ebenso werden Testverfahren zur Leistungsdiagnostik sowie zur neuropsychologischen Funktionsdiagnostik im vorliegenden Buch nicht aufgeführt, auch wenn diese im psychotherapeutischen Kontext nicht zu unterschätzen sind (z. B. bei Patienten mit depressiven Störungen, komorbidem Alkohol- und Drogenmissbrauch). Projektive Testverfahren stehen in relativ enger (theoretischer) Beziehung vor allem zu psychoanalytischen und psychodynamischen Therapieansätzen (Rauschfleisch, 2006), werden aber in der Routinepraxis nur noch selten verwendet. Auch mehrdimensionale Persönlichkeitsfragebögen werden in der Psychotherapie gelegentlich noch verwendet (z. B. Freiburger Persönlichkeitsinventar, FPI; aktuelle Fassung FPI-R), die man auch an anderen Stellen ausführlich beschrieben findet (z. B. Brähler et al., 2002).

## **Anliegen und Aufbau des vorliegenden Buches**

Die im Jahre 2002 erstmalig für den deutschsprachigen Raum vorgelegte Sammlung diagnostischer Verfahren speziell für den Bereich der psychotherapeutischen Forschung und Praxis wird mit dem vorliegenden Buch komplett neu aufgelegt. Es soll damit ein neuerlicher Überblick über derzeit wichtige Verfahren gegeben und die Auswahl geeigneter Verfahren für spezifische Fragestellungen der psychotherapeutischen Forschung und Praxis erleichtert werden. Andere im deutschsprachigen Bereich vorliegende Übersichtsarbeiten und Sammelbände zu psychodiagnostischen Verfahren sind zu-

meist breiter angelegt und nicht speziell auf den Bereich der Psychotherapie zugeschnitten (vgl. Brähler et al., 2002; Collegium Internationale Psychiatriae Scalearum, 2015; Westhoff, 1993).

Wir verweisen ergänzend ausdrücklich auf die Bände der Reihe „Diagnostik für Klinik und Praxis“. Diese beziehen sich auf Klinische Interviews und Ratingskalen (Strauß & Schumacher, 2005), Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation (Bengel et al., 2008), Psychodiagnostische Verfahren für die Dermatologie (Kupfer et al., 2006), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Schumacher et al., 2003), Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter (Barkmann et al., 2011) und Diagnostische Verfahren in den Sexualwissenschaften (Richter et al., 2014). In diesen Bänden finden sich gewiss auch eine Reihe spezifischer Testverfahren, die für die psychotherapiebezogene Diagnostik im weiteren Sinne brauchbar sein können.

Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass mit dem vorliegenden Buch keine grundlegende Darstellung der theoretischen Hintergründe, Probleme und Perspektiven der Psychodiagnostik in der Psychotherapie angestrebt wird (vgl. z. B. Herzberg et al., 2015).

In diesem Band werden sowohl störungsübergreifende als auch störungsbezogene Selbstbeurteilungsverfahren dargestellt, die meist auch zur Bestimmung von Therapieergebnissen eingesetzt werden können.

Zu den störungsübergreifenden Verfahren gehören solche, die sich auf Merkmale beziehen, welche prinzipiell im Zusammenhang mit sehr unterschiedlichen psychischen Störungen von Bedeutung sein können. Zu solchen Bereichen gehören beispielsweise körperliche Beschwerden, das emotionale Befinden, das subjektive Erleben des eigenen Körpers, die Qualität der sozialen Beziehungen, soziale Kompetenzdefizite oder wahrgenommene Probleme im Umgang mit anderen Menschen. Wichtig im Kontext psychotherapeutischer Interventionen sind auch mental repräsentierte Beziehungsschemata, deren subjektiver Anteil mit Instrumenten, die sich am interpersonalen Modell orientieren, oder mit Bindungsfragebögen erfasst werden können. Damit können die therapeutische Haltung und spezifische Interventionen auf den jeweiligen Beziehungs- oder Bindungsstil eingestellt werden, um typische Fehler aus den mit maladaptiven Stilen verbundenen Interaktionsmustern zu vermeiden. Eine Reihe der hier aufgeführten Methoden dient der Erfassung personaler und sozialer Ressourcen, wie z. B. der Resilienz oder des Kohärenzgefühls. Zu den wichtigsten sozialen Ressourcen gehören die sozialen Netzwerke eines Patienten und die daraus resultierende soziale Unterstützung (vgl. Laireiter, 1993).

Für die störungsspezifischen Verfahren werden die Bereiche Abhängigkeit (Nikotin, Alkohol, Kauf- und Internetsucht), Angst, Anpassungsstörung, Depression, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Somatoforme Störungen, Traumata und Zwangsstörung abgebildet.

Schließlich umfasst dieser Band eine Vielzahl von Verfahren zur therapiebezogenen Diagnostik, die den oben genannten Vorgehensweisen zur Therapieprozessdiagnostik sowie der therapiebegleitenden Veränderungsmessung zuzuordnen sind (Baumann & Stieglitz, 2001). Sowohl bei der Erfassung von Veränderungen im Verlauf der Therapie (Prozessfaktoren) wie auch im Rahmen der Evaluation des Therapieerfolgs (Outcome-Diagnostik) spielen psychodiagnostische Verfahren eine bedeutsame Rolle.

Die Auswahl der Verfahren für das vorliegende Buch erfolgte auf der Basis einer umfänglichen Expertenbefragung. In das Buch wurden schließlich Verfahren aufgenommen, die die folgenden Kriterien erfüllt haben:

1. Das Verfahren muss im deutschsprachigen Raum entwickelt worden sein bzw. es muss eine deutsche Fassung existieren.

2. Es liegt als Selbst- und/oder Fremdbeurteilungsinstrument vor. Die für die Psychotherapie gleichfalls sehr relevanten klinischen Interviews wurden nicht in dieses Buch aufgenommen (vgl. Strauß & Schumacher, 2005).
3. Das Verfahren wurde teststatistisch überprüft, d. h. Reliabilität und Validität müssen in empirischen Studien nachgewiesen worden sein. Die Testkonstruktion und Testevaluation müssen auf anerkannten methodischen Standards basieren (vgl. Häcker et al., 1998).
4. Es liegen bevölkerungsrepräsentative Normwerte oder zumindest Vergleichswerte für klinische Gruppen vor.
5. Das Verfahren findet eine hohe Akzeptanz und weite Verbreitung in der psychotherapeutischen Forschung und Praxis.

Für das Buch wurden neben psychodiagnostischen Verfahren, die bereits in einem Verlag publiziert worden sind, auch solche berücksichtigt, die bisher lediglich als Forschungsinstrumente vorliegen oder zum Teil nur über die Autoren zu beziehen sind. Die Mehrzahl der in diesem Buch enthaltenen Verfahrensbeschreibungen wurde von den Testautoren selbst verfasst, in einigen Fällen konnten andere kompetente Autoren gewonnen werden.

Dieses Buch kann und will keinen Anspruch auf Vollständigkeit diagnostischer Verfahren in der Psychotherapie erheben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die wesentlichen und derzeit häufig in der psychotherapeutischen Praxis verwendeten Verfahren beschrieben werden. Die bereits in der Erstauflage aufgenommenen Beschreibungen wurden allesamt sorgfältig überarbeitet und aktualisiert. Einige Verfahren der Erstauflage sind in diesem Band nicht mehr enthalten, da sie nach Meinung der befragten Experten veraltet sind oder aber bereits in anderen Bänden der Reihe ausführlich dargestellt wurden. Ferner wurde eine ganze Reihe neuer und bereits etablierter Testverfahren der letzten 15 Jahre aufgenommen.

## Hinweise zum Gebrauch des Handbuchs

Die allen Verfahrensbeschreibungen zugrunde liegende einheitliche Gliederung soll dem Leser und Nutzer des Buches eine schnelle Orientierung und eine gezielte Auswahl geeigneter Verfahren ermöglichen.

Neben den Autoren wird zu Beginn jeder Verfahrensbeschreibung auch die Bezugsquelle für das Verfahren genannt. Dies ist vor allem dann von großer praktischer Bedeutung, wenn es (bisher) nicht in einem Verlag publiziert wurde und deshalb nicht ohne Weiteres zu beziehen ist. In einem weiteren Gliederungspunkt wird auf eventuell vorhandene Vorgänger- oder Originalversionen des Verfahrens verwiesen, ebenso werden eventuell vorhandene Kurzversionen benannt und beschrieben. Eine Kurzbeschreibung des Verfahrens gibt Auskunft über die diagnostische Zielstellung und die verwendete Erhebungsmethodik. Die nächsten Gliederungspunkte sprechen die für den praktischen Einsatz des Verfahrens zentralen Punkte des Anwendungsbereiches und der Bearbeitungszeit an. Danach wird auf die theoretischen Hintergründe der Verfahrensentwicklung sowie auf den Bezug zur Psychotherapie eingegangen. Dem folgt eine kurze Beschreibung der Testentwicklung sowie des Aufbaus und der Auswertung des Verfahrens. In den nächsten Punkten wird auf die Gütekriterien des Verfahrens (Objektivität, Reliabilität und Validität) eingegangen und auf vorhandene Norm- und/oder Vergleichswerte verwiesen. Der Punkt Ressourcen gibt Auskunft darüber, ob ein Verfahren im Internet frei zugänglich ist. Abschließend folgen die Literaturübersicht, die Autoren der Verfahrensbeschreibung sowie die Kontaktdaten des Erstautors des Beitrags.

Zur besseren Übersicht über die eingeschlossenen Verfahren sind die Testbeschreibungen innerhalb des Buches alphabetisch nach ihren Abkürzungen sortiert. Das Inhaltsverzeichnis bietet mit der alphabetischen Liste der Namens Kürzel inklusive der Volltitel der Verfahren eine erste Orientierung.

Für die schnelle und unkomplizierte Suche von spezifischen Testverfahren findet der Leser am Ende des Buches ein Verzeichnis, welches eine Übersicht der Testverfahren, deren Zuordnung und die Seitenzahl enthält. Ebenso findet sich eine Übersicht aller Testautoren in alphabetischer Reihenfolge.

Abschließend sei allen Autoren dieses Buches gedankt, die sich bereit erklärt haben, Verfahrensbeschreibungen zu verfassen und dann doch etwas Geduld aufbringen mussten, bis das fertige Buch nun vorliegt. Zu danken ist auch den zahlreichen psychotherapeutischen und psychodiagnostischen Experten, die bei der ersten Selektion geeigneter und relevanter Verfahren für dieses Buch einen wichtigen Dienst geleistet haben. Nicht zuletzt sei Frau Barbara Brendel gedankt, die in bewährter Weise das überzeugende Layout und die Druckfassung des Buches erstellt hat.

## Literatur

- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5* (Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner et al.). Göttingen: Hogrefe.
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Brähler, E. (Hrsg.). (2011). *Klinisch-psychiatrische Ratingsskalen für das Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2001). Psychodiagnostik psychischer Störungen: Allgemeine Grundlagen. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (2. Aufl., S. 3–20). Stuttgart: Thieme.
- Baumann, U. & Stieglitz, R.-D. (2003). Klinisch-psychologische Diagnostik. In K. D. Kubinger & R. S. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik* (S. 242–248). Weinheim: Beltz PVU.
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bengel, J., Wirtz, M. & Zwingmann, C. (Hrsg.). (2008). *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D. & Petermann, F. (Hrsg.). (2002). *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS) (Hrsg.). (2015). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (6., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Beltz-Test.
- Häcker, H., Leutner, D. & Amelang, M. (Hrsg.). (1998). Standards für pädagogisches und psychologisches Testen. *Diagnostica und Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, Suppl. 1*.
- Hatfield, D. R. & Ogles, B. M. (2004). The Use of Outcome Measures by Psychologists in Clinical Practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 485–491.
- Hatfield, D. R. & Ogles, B. M. (2007). Why some clinicians use outcome measures and others do not. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34* (3), 283–291.
- Hautzinger, M. (2001). Diagnostik in der Psychotherapie. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 351–364). Stuttgart: Thieme.
- Herzberg, P. Y., Brähler, E. & Strauß, B. (2015). Psychodiagnostik. In W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.), *Psychosomatik und Verhaltensmedizin* (S. 313–329). Stuttgart: Schattauer.
- Hinz, A. & Brähler, E. (2012). Medizinisch-psychologische Diagnostik. In E. Brähler, B. Strauß (Hrsg.), *Grundlagen der Medizinischen Psychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie Medizinische Psychologie, Bd. 1, S. 73–110). Göttingen: Hogrefe.

- Kordy, H. & Hannover, W. (1999). Zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen anhand individueller Therapieziele. In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 75–90). Göttingen: Hogrefe.
- Kupfer, J., Schmidt, S. & Brähler, E. (Hrsg.). (2006). *Psychodiagnostische Verfahren für die Dermatologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Laireiter, A. R. (1993). Begriffe und Methoden der Netzwerk- und Unterstützungsforschung. In A. Laireiter (Hrsg.), *Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde* (S. 14–54). Bern: Huber.
- Laireiter, A.-R. (Hrsg.). (2000). *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care? *Psychotherapy Research*, 17, 1–14.
- Ogles, B. (2013). Measuring change in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6<sup>th</sup> ed., pp. 134–166). New York: Wiley & Sons.
- Rauschfleisch, U. (2006). Projektive Tests. In F. Petermann & M. Eid (Hrsg.), *Handbuch der Psychologischen Diagnostik* (S. 127–134). Göttingen: Hogrefe.
- Richter, D., Brähler, E. & Strauß, B. (Hrsg.). (2014). *Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft*. Göttingen: Hogrefe.
- Scholz, O. B. (1996). Therapieplanung des Einzelfalles – Voraussetzungen, Methoden, Anwendungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Einzelfallanalyse* (3. Aufl., S. 264–283). München: Oldenbourg.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.-D. & Baumann, U. (2001). Veränderungsmessung. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl., S. 21–38). Stuttgart: Thieme.
- Strauß, B. & Schumacher, J. (Hrsg.). (2005). *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauss, B., Burlingame, G. M. & Borman, B. (2008). Using the CORE-R-Battery in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1225–1237.
- Strupp, H. H., Horowitz, L. M. & Lambert, M. J. (Eds.). (1997). *Measuring patient changes*. Washington: American Psychological Association.
- Westhoff, G. (Hrsg.). (1993). *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Göttingen: Hogrefe.
- WHO/Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9., überarb. Aufl.). Bern: Huber.

# AASE-G

## Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale – Deutsche Version

<b>Autoren des Testverfahrens</b>	Carlo C. DiClemente, Joseph P. Carbonari, Rosario P. G. Montgomery und Sheryl O. Hughes
<b>Quelle</b>	Bott, K., Rumpf, H.-J., Bischof, G., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2003). Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen: deutsche Version (AASE-G). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Küfner (Hrsg.), <i>Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES), Version 3.00</i> . Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	<i>Originalversion:</i> DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. & Hughes, S. O. (1994). The alcohol abstinence self-efficacy scale. <i>Journal of Studies on Alcohol, 55</i> , 141–148.
<b>Kurzversionen</b>	McKiernan, P., Cloud, R., Patterson, D. A., Wolf, S., Golder, S. & Besel, K. (2011). Development of a Brief Abstinence Self-Efficacy Measure. <i>Journal of Social Work Practice in the Addictions, 11</i> (3), 245–253. Die Kurzform enthält 12 Items, die mit je sechs Items die Skalen <i>Zuversicht</i> und <i>Versuchung</i> erfasst.
<b>Kurzbeschreibung</b>	Bei der AASE-G handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung von Selbstwirksamkeitserwartungen bezüglich Alkoholabstinenz. Durch den Fragebogen werden die beiden Skalen <i>Versuchung</i> und <i>Zuversicht</i> mit insgesamt 40 Items erhoben (Bott et al., 2003; DiClemente et al., 1994), wobei für jeweils 20 typische Trigger-Situationen die Befragten einschätzen, wie groß (a) die Versuchung zum Alkoholkonsum wäre und (b) wie zuversichtlich sie sind, in diesem Kontext nicht rückfällig zu werden. Die beschriebenen Situationen wurden faktoranalytisch den Subskalen (1) <i>Negativer Affekt</i> , (2) <i>Soziale Situationen bzw. positive Zustände durch Alkohol verstärken</i> , (3) <i>Somatisches Unwohlsein, Schmerzen oder Bedenken</i> und (4) <i>Entzugserscheinungen/starkes Verlangen</i> zugeordnet. Für jede Subskala werden fünf Items beantwortet. Das für Forschung und Suchttherapie entwickelte Instrument wird als Papier-Bleistift-Verfahren bearbeitet (Bott et al., 2003).
<b>Anwendungsbereich</b>	Die AASE-G eignet sich als Verfahren der klinischen Psychodiagnostik zum Einsatz bei Erwachsenen im Rahmen von Suchttherapien und in der Alkoholrehabilitation (Bott et al., 2003). Ein weiteres Anwendungsgebiet ist die klinische Forschung, insbesondere in der Psychotherapieforschung und in Rückfallstudien. Untersuchungen haben gezeigt, dass der Fragebogen sensibel für Rückfälle und Veränderungen im Trinkverhalten ist (DiClemente et al., 2001). Er

**Bearbeitungszeit**

ermöglicht es, Selbstwirksamkeitseinschätzungen als Outcome oder als Mediator des Trinkverhaltens zu erheben und zwischen verschiedenen Messzeitpunkten zu vergleichen (Bott et al., 2003, Di Clemente et al., 1994).

Die Durchführungszeit liegt bei 10 Minuten, für die Auswertung werden circa 5 bis 10 Minuten benötigt (DiClemente et al., 1994).

**Theoretischer Hintergrund**

Selbstwirksamkeit ist nach Bandura (1997) die subjektive Gewissheit, schwierige Anforderungssituationen mit der eigenen Kompetenz bewältigen zu können. Es handelt sich um ein dynamisches Konstrukt, das sich dem jeweiligen situativen Kontext angleicht. Selbstwirksamkeitserwartungen verändern und verfestigen sich auf Grundlage vorhergehender Erfolgs- bzw. Misserfolgsergebnisse, Beobachtungen, sozialer Einflüsse und physiologischer Zustände. Diese Überzeugungen einer Person bezüglich ihrer Kompetenzen beeinflussen Wahrnehmung, Motivation, Ausdauer und damit auch den Handlungserfolg (Bandura, 1997; Marlatt & Gordon, 1985).

In der Suchtforschung und -therapie gelten Selbstwirksamkeitserwartungen als bedeutsame Wirkfaktoren. In diesem Zusammenhang betreffen sie die Zuversicht in die eigenen Fähigkeiten, eine konstruktive Veränderung des Trinkverhaltens herbeizuführen (DiClemente et al., 1995).

Marlatt und Gordon (1985) postulieren in ihrem Rückfallmodell die Annahme, dass die Selbstwirksamkeitserwartungen die psychischen Mechanismen der Alkoholabhängigkeit und darüber das Rückfallrisiko beeinflussen. Sie gehen davon aus, dass die Erfahrung, eine Risikosituation bewältigen zu können, die Selbstwirksamkeit erhöht und so die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls verringert. Misslingt die Bewältigung der Situation führt dies zu einer Abnahme der Selbstwirksamkeitserwartung, die Situation ohne Alkoholkonsum zu meistern. Untersuchungen zeigen, dass Alkoholiker mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen weniger rückfallgefährdet sind, mehr Bewältigungsstrategien einsetzen und insgesamt günstigere Krankheitsverläufe zeigen, als solche mit niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen (Westerberg, 1998).

Ausgehend von diesen Überlegungen fokussiert die AASE-G einerseits die subjektive Versuchung in potenziellen Rückfallsituationen und andererseits die Zuversicht, nicht rückfällig zu werden (Bott et al., 2003).

**Bezug zur Psychotherapie**

Die AASE-G kann in der Psychotherapie von alkoholabhängigen Patienten Hinweise für Behandlungsplanung, Therapieverlauf und Rückfallrisiko liefern. Die Berücksichtigung individueller Risikosituationen aus dem Testprofil kann zur individuellen Anpassung der Intervention herangezogen werden und der Rückfallprophylaxe dienen. Nach Bandura (1997) stellt die Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung ein zentrales Wirkprinzip von Psychotherapie dar. Durch die Möglichkeit des wiederholten Einsatzes eignet sich die AASE-G zur Abbildung von Therapieverläufen bzw. abschließend auch zur Bewertung des Behandlungserfolges.

**Testentwicklung**

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Fragebogens waren die Annahmen des Rückfallmodells nach Marlatt und Gordon (1985) und der darauf aufbauende Situational Confidence Questionnaire (SCQ) von Annis und Graham (1990). Dieser erfasst in typischen Rückfallsituationen die Selbstwirksamkeitserwartung, dem Alkoholkonsum zu widerstehen.

Mit der englischen AASE sollte ein Verfahren geschaffen werden, dass einerseits die *Versuchung* in risikohaften Rückfallsituationen und andererseits die *Zuversicht*, nicht rückfällig zu werden, erfasst. Orientiert an Selbstwirksamkeitsskalen zum Tabakrauchen wurde die erste, 49 Items umfassende Version der AASE konstruiert und in zwei Pilotstudien getestet (DiClemente et al., 1994).

Die endgültige Form wurde anhand der Daten von  $N = 266$  ambulanten Patienten einer Behandlungseinrichtung für Alkoholabhängigkeit ( $N = 174$  Männer,  $M = 34$  Jahre) gewonnen (DiClemente et al., 1994). Die Patienten hatten im Durchschnitt mit 16 Jahren begonnen zu trinken und wiesen im Mittel seit 9 Jahren eine Trinkproblematik auf. Aus ursprünglich 49 Items wurden faktor- und itemanalytisch zwei Skalen mit je 20 Items extrahiert (*Versuchung* und *Zuversicht*), deren Skalenkorrelation  $r = -.65$  betrug. Mit Strukturgleichungsmodellanalysen wurden vier Subskalen identifiziert: *Negativer Affekt*, *Soziale Situationen bzw. positive Zustände durch Alkohol verstärken*, *Somatisches Unwohlsein*, *Schmerzen oder Bedenken* und *Entzugerscheinungen/starkes Verlangen*. Dabei zeigte eine Vier-Faktoren-Lösung mit einem Faktor 2. Ordnung (*Zuversicht* bzw. *Versuchung*) die beste Anpassung. Männer und Frauen unterschieden sich nicht maßgeblich in ihrem Antwortverhalten (DiClemente et al., 1995).

Die Übersetzung und psychometrische Überprüfung einer deutschen Version (AASE-G) erfolgte im Rahmen der Studie Transitions in Alcohol Consumption and Smoking (TACOS; Bischof et al., 2000; Rumpf et al., 2000).

Die Ermittlung der Testgüte erfolgte anhand der Daten aus zwei klinischen Stichproben. Bei der ersten handelte es sich um  $N = 230$  ohne formelle Hilfe remittierte Alkoholabhängige (23.9 % Frauen,  $M = 48.2$  Jahre). Die zweite Stichprobe bestand aus  $N = 221$  Patienten einer stationären Motivationsbehandlung (28.3 % Frauen,  $M = 43.6$  Jahre). Die Faktorenstruktur der englischen AASE konnte für die deutsche Version nicht repliziert werden. Bott und Kollegen weisen darauf hin, dass die Unterschiede durch den Zeitpunkt der Untersuchung bedingt sein könnten. In der amerikanischen Studie beantworteten die Probanden die Fragen vor Beginn, in der deutschen Untersuchung während der Behandlung (Bott et al., 2003).

**Aufbau und Auswertung**

Die AASE-G umfasst 20 Schilderungen von potenziellen Rückfallsituationen. Jede Situation wird einmal für die Skala *Versuchung* und einmal für die Skala *Zuversicht* bewertet; demnach sind insgesamt 40 Items zu beantworten. Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = überhaupt keine Versuchung bzw. überhaupt nicht sicher bis 5 = sehr starke Versuchung bzw. absolut sicher). Die Instruktionen unterscheiden sich zwischen den Skalen. Die Situationen sind vier Subskalen mit jeweils fünf Items zugeordnet:

- *Negativer Affekt* (Bsp.: „Wenn ich mich traurig fühle.“),
- *Soziale Situationen/positive Zustände durch Alkohol verstärken* (Bsp.: „Wenn Menschen, mit denen ich früher getrunken habe, mich zum Alkoholtrinken auffordern.“),
- *Somatisches Unwohlsein/Schmerzen/Bedenken* (Bsp.: „Wenn ich Kopfschmerzen habe.“) und
- *Entzugserscheinungen/starkes Verlangen* (Bsp.: „Wenn es mich quält, dass ich mit dem Trinken aufgehört habe oder Entzugserscheinungen habe.“).

Für die Auswertung werden die Itemwerte in Werte zwischen 0 bis 4 umkodiert. Die Werte werden für die Skalen getrennt aufsummiert, hohe Werte entsprechen einer starken Zuversicht bzw. Versuchung. Es kann ein Differenzwert berechnet werden, indem der Summenwert der Skala *Zuversicht* vom Summenwert der Skala *Versuchung* subtrahiert wird (DiClemente et al., 1995). Ein Verhältnis der Werte, in dem auf der Skala *Versuchung* hohe Werte und auf der Skala *Zuversicht* niedrige Werte erreicht werden, weist auf eine stärkere Abhängigkeit hin (Bott et al., 2003).

#### Gütekriterien

Die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind aufgrund der standardisierten Instruktion und der Hinweise zur Auswertung gegeben. Bezüglich der Interpretation liegen Empfehlungen, jedoch keine manualisierten Richtlinien vor (Bott et al., 2003; DiClemente et al., 1995).

Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) der beiden Skalen ist mit Werten von  $\alpha = .97$  für die Skala *Zuversicht* und  $\alpha = .95$  für die Skala *Versuchung* als gut zu beurteilen (Bott et al., 2003).

Die teststatistische Überprüfung für die deutsche Fassung erfolgte anhand der Daten der beiden bereits beschriebenen Stichproben (Bischof et al., 2000; Rumpf et al., 2000). Es zeigte sich, dass die AASE-G zwischen verschiedenen Gruppen alkoholabhängiger Probanden differenzieren konnte. In der Überprüfung mittels U-Test erzielten die ohne formelle Hilfe remittierten Alkoholabhängigen ( $N = 230$ ) signifikant höhere Werte für die Skala *Zuversicht* und niedrigere Werte für die Skala *Versuchung* als die Gruppe der Patienten, die sich in einer stationären Motivationsbehandlung befanden ( $N = 221$ ). Das Antwortverhalten erwies sich als vom Geschlecht unabhängig. Im Sinne der konvergenten Validität korrelierten die Subskalen der AASE-G positiv mit dem Alcohol Use Inventory (AUI). Geringe Zusammenhänge zwischen den Subskalen der AASE-G und den Motivationsskalen des University of Rhode Island Change Assessment (URICA) belegen eine weitgehende Unabhängigkeit vom Konstrukt Motivation. Die Skalen-Interkorrelation betrug für die Gesamtstichprobe  $r = -.83$ , für die remittierten Probanden  $r = -.79$  und für die Patienten in Behandlung  $r = -.64$  (Bott et al., 2003).

Die Faktorstruktur des Fragebogens wurde mit den Daten der Patienten in Motivationsbehandlung anhand explorativer Faktorenanalysen (Hauptachsenmethode, oblique Rotation) ermittelt. Ohne Vorgabe eines Extraktionskriteriums konnten für die beiden Skalen *Zuversicht* und *Versuchung* (Faktoren 2. Ordnung) nach dem Kaiser-Guttman-

### Vergleichswerte/ Normen

Kriterium jeweils drei Faktoren extrahiert werden. Die Itemzuordnung der für die englische Originalversion berichteten Subskalen konnte jedoch nicht repliziert werden. In der dreifaktoriellen Lösung erklärte in der Skala *Zuversicht* der erste Faktor 52 % der Varianz, der zweite bzw. dritte Faktor zusätzlich noch 7 % bzw. 4.7 %. Für die Items der Skala *Versuchung* betragen die entsprechend aufgeklärten Varianzanteile 42 %, 5.3 % und 3.6 %. Bott und Kollegen gehen davon aus, dass der deutschen Version AASE-G eine eindimensionale Struktur zugrunde liegt. Sie weisen jedoch darauf hin, dass weitere Validierungsstudien im deutschen Sprachraum erforderlich sind. Die für die englische Originalversion ermittelte vierdimensionale Struktur konnte für keine der beiden Skalen repliziert werden.

Normwerte der englischen Originalversion können auf Anfrage von den Testautoren bezogen werden. Verfügbar sind einerseits die Daten einer Subgruppe von Alkoholabhängigen sowie einer ambulanten Patientstichprobe (DiClemente et al., 1995, 2001).

Eine umfassende Normierung der deutschen Version anhand einer größeren Stichprobe steht bislang noch aus (Bott et al., 2003).

### WWW-Ressourcen

Es liegen keine zusätzlichen Ressourcen vor.

### Literatur

- Annis, H. M. & Graham, J. M. (1990). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bischof, G., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen. Ein Vergleich auslösender Faktoren. *Sucht*, 46 (1), 54–61.
- Bott, K. E., Rumpf, H.-J., Bischof, G., Meyer, C., Hapke, U. & John, U. (2003). Der Alkoholabstinenz-Selbstwirksamkeitsfragebogen: deutsche Version (AASE-G). In A. Glöckner-Rist, F. Rist & H. Kufner (Hrsg.), *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 3.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Daniels, J. W., Donovan, D. M., Bellino, L. E. & Neavins, T. M. (2001). Self-efficacy as a matching hypothesis: Causal chain analysis. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH Hypotheses: Results and Causal Chain Analyses* (pp. 239–259). Project MATCH Monograph Series, Vol. 8. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G. & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 141–148.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. & Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. In J. Maddux (Ed.), *Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research and Application* (pp. 109–142). New York: Plenum Press.

**Autoren des Beitrags****Kontakt  
daten der  
Erstautorin**

Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C. & John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence: sample selection bias by media solicitation. *Addiction*, 95, 765–775.

Westerberg, V. S. (1998). What predicts success? In W. R. Miller & R. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (pp. 301–315). New York: Plenum Press.

Lena M. Becker und Elmar Brähler

M.Sc. Lena M. Becker  
Gärtnerstraße 24a  
12207 Berlin  
lena.mb@gmx.de

# ADHS-E

## ADHS-Screening für Erwachsene

<b>Autoren des Testverfahrens</b>	Sören Schmidt und Franz Petermann
<b>Quelle</b>	Schmidt, S. & Petermann, F. (2013). <i>ADHS-Screening für Erwachsene (ADHS-E)</i> (2. überarb. und erw. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	keine
<b>Kurzversionen</b>	Das Kernscreening (ADHS-E) ist mit 25 Items als zeitökonomisches Verfahren einsetzbar.
<b>Kurzbeschreibung</b>	<p>Das ADHS-E setzt sich aus einem Kernscreening (ADHS-E) und einer Langform (ADHS-LE) zusammen. Es handelt sich um ein mehrdimensionales Beurteilungsinstrument zur Erfassung von Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. Im Kernscreening sind dies die Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– <i>Emotion und Affekt,</i></li><li>– <i>Aufmerksamkeitssteuerung,</i></li><li>– <i>Unruhe/Überaktivität,</i></li><li>– <i>Impulskontrolle/Disinhibition,</i></li><li>– <i>Stressintoleranz.</i></li></ul> <p>Die Langform enthält die Skalen der Kurzform und umfasst zusätzlich die Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– <i>Extraversion</i> und</li><li>– <i>Retrospektive Angaben.</i></li></ul> <p>Die Langform erfasst die angeführten Dimensionen über eine höhere Anzahl spezifischer Items. Sie enthält zudem ein Screening zum Substanzmittelkonsum, mit welchem der Anwender Alkohol, Drogen und Medikamentenkonsum erfassen kann. Beide Testformen sowie ein Auswertungsbogen zum Substanzmittelscreening liegen als Papier-Bleistift-Verfahren vor. Potenzielle Anwender sind Psychologen/Psychotherapeuten, Ärzte/Psychiater, Ergotherapeuten sowie im Bereich der ADHS tätige Wissenschaftler.</p>
<b>Anwendungsbereich</b>	Das ADHS-E eignet sich zur differenzierten Symptomerfassung von ADHS-Symptomen und ist somit in der klinischen Praxis (Psychotherapie, Psychiatrie) einsetzbar. Weiterhin ist der Einsatz in Anwendungsfeldern, in denen der Einfluss von ADHS-spezifischen Symptomen anzunehmen ist, möglich. Dies betrifft insbesondere die Verkehrspsychologie, forensische und rechtspsychologische Fragestellungen sowie neuropsychologische Einsatzbereiche (Schmidt & Petermann, 2012).

**Bearbeitungszeit**

Die Kurzform (ADHS-E) ist im Durchschnitt in 7 bis 10 Minuten durchzuführen, die Bearbeitung der Langform (ADHS-LE) dauert etwa 10 bis 15 Minuten.

**Theoretischer Hintergrund**

Der ADHS im Erwachsenenalter liegt eine genetisch-neurobiologische Disposition zugrunde, welche einen spezifischen Einfluss auf das Verhalten ausübt. Daraus resultieren die störungsspezifischen Symptomtrias der Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität, wie sie in der ICD-10 oder auch im DSM-5 beschrieben sind. Während diese Kriterien im Kindes- und Jugendalter die Störung vergleichsweise gut umschreiben, entsprechen betroffene Erwachsene diesen in vielen Fällen nicht mehr. Hier sind zusätzliche Verhaltensauffälligkeiten anzuführen, deren Basis zwar die zugrunde liegende Aufmerksamkeitsstörung darstellt, deren Ausprägung aber häufig nicht mehr über die diagnostischen Kriterien abbildbar sind, wie sie in der ICD-10 angeführt werden. Das DSM-5 tritt diesem Umstand etwas eher entgegen, indem es für konkrete Symptome eine erwachsenentypische Beschreibung gibt. Am ausführlichsten sind diagnostische Kriterien für das Erwachsenenalter in der 2003 entwickelten Leitlinie auf der Basis eines Expertenkonsensus mit der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN; vgl. Ebert et al., 2003) dargestellt. Dies gelingt, indem nicht nur ICD- und DSM-Kriterien berücksichtigt wurden, sondern auch die in den USA entwickelten Symptomkriterien von der Arbeitsgruppe um Paul Wender, welche sich explizit auf die Ausprägung der Störung im Erwachsenenalter fokussierte (vgl. Wender, 2000).

Das ADHS-E integriert die diagnostischen Anforderungen der Klassifikationssysteme und der Leitlinien gleichermaßen, indem nicht nur Skalen zu den Symptomtrias enthalten sind (z. B. Aufmerksamkeitssteuerung oder Unruhe und Überaktivität), sondern auch erwachsenenspezifische Symptome, wie zum Beispiel die Affektlabilität (Skala *Emotion und Affekt*) berücksichtigt werden.

**Bezug zur Psychotherapie**

Das ADHS-E eignet sich zur differenzierten Symptomerfassung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Fragestellungen. Im klinischen Kontext dient es dem Anwender zur Ermittlung diagnostischer und therapierelevanter Informationen (inkl. der Verlaufskontrolle). In der Forschung hat sich das Verfahren zur Erfassung der Komorbidität mit anderen psychischen Störungen und auch körperlichen Belastungsfaktoren (Schmidt et al., 2010) sowie zur Erfassung altersspezifischer psychischer Beeinträchtigungen (Schmidt et al., 2012) bewährt. Ebenso eignet sich das ADHS-E für Studien zur Differenzialdiagnostik bei Verdacht auf ADHS (Witt et al., 2014) und zur Untersuchung spezieller Gruppen (z. B. Verkehrsdelinquenten), in denen ADHS als Einflussfaktor angenommen werden kann (Schmidt et al., 2015).

**Testentwicklung**

Die Konstruktion erfolgte nach klassisch-testtheoretischen Vorgaben. Nach Abschluss vorbereitender Analysen anhand eines großen Itempools verblieben 84 Items, die an einer Konstruktionsstichprobe von  $N = 118$  Erwachsenen mit der gesicherten Diagnose einer ADHS erhoben wurden. Die Stichprobe verfügte über ein ausgewogenes Ge-

**Aufbau und  
Auswertung**

schlechterverhältnis (52.5 % Männer, 47.5 % Frauen) mit einem Altersmittel von 31.62 Jahren bei einem Altersrange von 18 bis 69 Jahren. In einem ersten Schritt wurden Item- und Trennschärfeanalysen durchgeführt, wodurch sich der Datenpool von 84 auf 64 Items reduzierte. Anschließend wurden explorative Faktorenanalysen berechnet, aus welcher sich mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 48.80 % die Skalen des ADHS-LE ergaben. Da ein Kernscreening (ADHS-E) geplant war, anhand dessen eine zeitökonomische Erfassung gegenwärtig vorhandener diagnostischer Symptome realisiert werden sollte, wurden die Skalen *Retrospektive Angaben* und *Extraversion* darin nicht berücksichtigt und zudem pro Skala nur jeweils fünf Items mit der höchsten Faktorladung ausgewählt. Nach erneuter Berechnung einer Faktorenanalyse auf der Basis dieser 25 Items resultierte eine Faktorenlösung mit einer Varianzaufklärung von insgesamt 57.18 %, in welcher sich die fünf Kernskalen des ADHS-E eindeutig bestätigen ließen.

Die Items im ADHS-E werden über eine vierstufige Skala erfasst (Likert-Skala) und in einem Wertebereich von 0 bis 3 kodiert. Einzelne Items sind invers skaliert, sodass die Auswertung nur unter Einbezug einer Schablone (ADHS-LE) bzw. des vorgegebenen Auswertungsrasters (ADHS-E) möglich ist. Die Rohwerte werden sowohl skalenweise als auch für den Gesamtwert summiert und schließlich in vorgegebene Kästchen auf dem Auswertungsbogen eingetragen. Den Normtabellen im Manual lassen sich die Vergleichswerte entnehmen, die sich in ein Profil überführen lassen. Auf diesem Wege erhält der Anwender eine differenzierte grafische Darstellung über die Ausprägung konkreter Problembereiche.

**Gütekriterien**

*Objektivität:* Bei strikter Orientierung an die vorgegebenen Instruktionen sowie der standardisierten Auswertung mittels Schablonen und einem Auswertungsraster ist von einer hohen Objektivität des Verfahrens auszugehen.

*Reliabilität:* Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) des ADHS-E erstreckt sich innerhalb einer klinischen Stichprobe ( $N = 183$ ) über einen Wertebereich von  $\alpha = .73$  bis  $.87$ . Die Split-Half-Reliabilität (Spearman-Brown-Korrektur) liegt mit einem Koeffizienten von  $r_k = .81$  in einem guten Bereich. Die Retest-Reliabilität kann ebenfalls als äußerst zufriedenstellend angesehen werden und variiert skalenabhängig zwischen  $r_{tt} = .85$  und  $.94$ .

*Validität:* Faktorenanalysen ergaben differenzierte Skalen und eine insgesamt gut interpretierbare Faktorenstruktur. Korrelationen mit konstrukt-nahen Verfahren sowie fehlende signifikante Korrelationen mit konstruktfernen Instrumenten bescheinigen sowohl ADHS-E als auch ADHS-LE eine hohe konvergente und divergente Validität. Signifikante Unterschiede zwischen einer klinischen Stichprobe ( $N = 183$ ) und einer zufällig aus der Normgruppe gezogenen Kontrollgruppe von gleichem Umfang verweisen auf eine hohe klinische Validität. Beide Verfahren

**Vergleichswerte/  
Normen**

verfügen zudem über eine hohe Sensitivität und Spezifität in der Erfassung störungsspezifischer Merkmale.

Das Kernscreening (ADHS-E) wurde an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von  $N = 1\,845$  Personen normiert. Die Normierung des ADHS-LE erfolgte anhand einer nicht klinischen Vergleichsgruppe von  $N = 1\,296$  Personen. Dem Anwender stehen Prozentränge und T-Werte zur Verfügung.

**WWW-Ressourcen**

Es liegen keine zusätzlichen Ressourcen vor.

**Literatur**

- Ebert, D., Krause, J. & Roth-Sackenheim, C. (2003). ADHS im Erwachsenenalter – Leitlinien auf der Basis eines Expertenkonsensus mit Unterstützung der DGPPN. *Der Nervenarzt*, *10*, 939–946.
- Schmidt, S., Brähler, E., Petermann, F. & Koglin, U. (2012). Komorbide Belastungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ADHS. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *60*, 15–26.
- Schmidt, S. & Petermann, F. (2012). Neuropsychologische Diagnostik bei ADHS im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, *23*, 225–235.
- Schmidt, S., Waldmann, H.-C., Petermann, F. & Brähler, E. (2010). Wie stark sind Erwachsene mit ADHS und komorbiden Störungen in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität beeinträchtigt? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *58*, 9–21.
- Schmidt, S., Wendler, K., Brieler, P., Kollra, H.-G. & Petermann, F. (2015). Zum Einfluss von ADHS im Straßenverkehr: Ergebnisse einer Querschnittsuntersuchung bei deliktauffälligen Kraftfahrern. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, *63*, 53–58.
- Wender, P. H. (2000). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in children, adolescents and adults*. Oxford: University Press.
- Witt, O., Brücher, K., Biegel, G., Petermann, F. & Schmidt, S. (2014). ADHS im Erwachsenenalter versus Borderline Persönlichkeitsstörung: Kriterien zur Differenzialdiagnostik. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie*, *82*, 337–345.

**Autoren des Beitrags**

Sören Schmidt und Franz Petermann

**Kontaktdaten des  
Erstautors**

Prof. Dr. Sören Schmidt  
Hochschule Fresenius, University of Applied Sciences  
Im MediaPark 4c  
50670 Köln  
soeren.schmidt@hs-fresenius.de

# ADNM-20

## Adjustment Disorder – New Module

## Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen

### **Autoren des Testverfahrens**

Andreas Maercker, Franziska Einsle und Volker Köllner

### **Quelle**

Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. & Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine, 15*, 584–595.

Der ADNM-20 steht zum Public-use zur Verfügung und kann kostenlos im Internet bezogen werden.

### **Vorgänger-/ Originalversionen**

*Deutschsprachige Ursprungsversion mit 29 Items:*

Maercker, A., Einsle, F. & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology, 40* (3), 135–146.

### **Kurzversionen**

*Kurzversion mit sechs Items:*

Bachem, R. & Maercker, A. (2014). ADNM-6: Anpassungsstörungen-Screeningskala. In C. J. Kemper, E. Brähler & M. Zenger (Hrsg.), *Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskalen* (S. 9–11). Berlin: MWV.

### **Kurzbeschreibung**

Der ADNM-20 besteht aus 20 Items, welche die Symptome von Anpassungsstörungen im Selbstbericht erfassen, die im diagnostischen Konzept der zukünftigen ICD-11 vorgesehen sind. Im Zentrum stehen die Hauptsymptomgruppen Präokkupationen und Fehlanpassung. Weiterhin werden Begleitsymptome der funktionalen Beeinträchtigung, Vermeidungs- und Angstsymptome, Depressivität und Impulskontrollprobleme erfasst. Der ADNM-20 liegt als Papier-Bleistift-Verfahren vor.

### **Anwendungsbereich**

Der ADNM-20 richtet sich an erwachsene Personen, welche ein kritisches Lebensereignis erlebt haben und sich dadurch belastet fühlen. Er kann sowohl für klinische Zwecke als auch in der Forschung eingesetzt werden.

### **Bearbeitungszeit**

Die durchschnittliche Durchführungszeit liegt bei 10 bis 15 Minuten, variiert jedoch in Abhängigkeit der Anzahl belastender Lebensereignisse.

### **Theoretischer Hintergrund**

Dem ADNM-20 liegt ein neues diagnostisches Konzept zugrunde, welches Anpassungsstörungen ähnlich der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) als Stress-response-Syndrom beschreibt (Maercker et al., 2007). Demnach sind Anpassungsstörungen maladaptive Reaktionen auf psychosoziale Stressoren, welche durch zwei Symptomcluster charakterisiert werden. Präokkupationen (auch Intrusionen genannt) umfassen wiederkehrende belastende Erinnerungen an die Stresssituation und ihre Konsequenzen und können spontan auftreten oder durch Trigger in der Umwelt ausgelöst werden. Fehlanpassungs-

**Bezug zur  
Psychotherapie**

symptome, das zweite Hauptsymptomcluster, bezieht sich auf Veränderungen im Verhalten und der Persönlichkeit der Betroffenen. Solche Fehlanpassungssymptome wie Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme bei der Alltagsbewältigung oder verringertes Selbstbewusstsein müssen eine deutliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder beruflichen Lebensbereichen verursachen. Weiterhin werden im ADNM-20 verschiedene Zusatzsymptome (Vermeidung, Ängstlichkeit, Depressivität oder Impulskontrollprobleme) erfasst, welche zur Bestimmung des Subtyps herangezogen werden können.

Die beiden Kernsymptombereiche sind ähnlich jener der PTSD und der akuten Belastungsreaktion, welche zusammen mit der Anpassungsstörung zu den Stress-response-Syndromen gezählt werden können (Horowitz, 1997, 2004). Im Unterschied zur PTSD und der akuten Belastungsstörung ist das Auslöseereignis einer Anpassungsstörung jedoch nicht lebensbedrohlicher oder traumatischer Natur, sondern ein belastendes Lebensereignis, welches psychosozialen Stress auslöst, wie z. B. Scheidung, finanzielle Probleme, schwere Erkrankungen oder Konflikte am Arbeitsplatz.

Im klinischen Alltag gehören Anpassungsstörungen zu den am häufigsten gestellten Diagnosen. Die Diagnose ist jedoch in den Diagnostikmanualen nur unklar definiert und darf nur vergeben werden, wenn die Kriterien für keine weitere psychische Störung vorliegen. Das neue, dem ADNM-20 zugrunde liegende diagnostische Konzept ermöglicht eine klarere Abgrenzung von anderen Störungen, was sowohl Klinikern als auch der Forschung Nutzen bringt. Anhand des ADNM-20 können Symptome der Anpassungsstörung gemäß der zukünftigen ICD-11 Diagnosedefinitionen erfasst werden (Maercker et al., 2013). Darüber hinaus handelt es sich beim ADNM-20 um den bisher einzigen Selbstbeurteilungsfragebogen für Anpassungsstörungen sowohl nach dem bisherigen ICD-10/DSM-5 als auch nach dem zukünftigen ICD-11 Konzept.

**Testentwicklung**

Bei der Testentwicklung wurde ein iteratives Verfahren angewendet. Zuerst wurden 55 Statements auf Basis des diagnostischen Konzepts der Anpassungsstörung als Stress-response-Syndrom (Maercker et al., 2007) formuliert. Anschließend wurde dieser Itempool 22 erfahrenen Klinikern vorgelegt, welche die Bedeutsamkeit jedes einzelnen Symptoms in Bezug auf den jeweiligen Symptombereich (Intrusionen, Fehlanpassung, Vermeidung, Ängstlichkeit, Depressivität oder Impulskontrollprobleme) einschätzten. Die 29 Statements, welche auf einer vierstufigen Skala eine Bewertung > 2 erhielten, wurden in die erste Version des ADNM (ADNM-29) aufgenommen und anhand einer Gruppe von 160 Patienten (90.6 % Männer) mit Herzerkrankungen validiert. Das Durchschnittsalter betrug 62.7 Jahre. Die Kürzung auf 20 Items wurde aufgrund von Faktoranalysen sowie klinischen Plausibilitätserwägungen vorgenommen.

**Aufbau und  
Auswertung**

Der ADNM-20 besteht aus zwei Teilen: einer Liste mit belastenden Lebensereignissen sowie einer Symptomliste. Im ersten Teil des Frage-

## Gütekriterien

bogens werden sechs Arten akuter Stressereignisse (z. B. Scheidung, Umzug) sowie 10 Arten chronischer Stressoren (z. B. schwere Krankheit, Konflikte mit Nachbarn) aufgelistet. Es wird erfasst, ob eine Person von den Stressereignissen während der vergangenen 2 Jahre betroffen war. Drei offene Fragen ermöglichen es, weitere Ereignisse hinzuzufügen. Für jedes Stressereignis wird jeweils der Zeitraum erfragt, in dem die Belastung auftrat.

Im zweiten Teil des ADNM-20 beziehen sich die Betroffenen auf das am stärksten belastende Ereignis und bewerten 20 störungsrelevante Symptome auf einer vierstufigen Antwortskala (1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft). Zusätzlich wird angegeben, seit wann die Reaktion auftritt (< 1 Monat, 1 bis 6 Monate, 6 Monate bis 2 Jahre). *Präokkupationen* werden anhand von vier Items erfasst (Bsp.: „Meine Gedanken kreisen um alles, was mit der belastenden Situation zu tun hat“). Das zweite Hauptsymptomcluster besteht aus drei Items zur Einschätzung von *Fehlanpassungssymptomen* (Bsp.: „Seit der belastenden Situation kann ich mich nur schwer auf bestimmte Dinge konzentrieren“) sowie dem Item zur Einschätzung der funktionalen Beeinträchtigung („Insgesamt beeinträchtigt mich die Situation stark spürbar in meinem Zusammenleben mit anderen, meinen Freizeitbeschäftigungen oder in anderen wichtigen Lebensbereichen“). Zusätzlich werden folgende Symptomgruppen gemessen: *Vermeidung* (4 Items), *depressive Stimmung* (3 Items), *Ängstlichkeit* (2 Items) und *Impulsivität* (3 Items). Die Kriterien für eine Anpassungsstörung gelten als erfüllt, wenn beide Kernsymptomgruppen mindestens einmal  $\geq 3$  und mindestens zweimal  $\geq 2$  eingeschätzt werden und zusätzlich das Kriterium der funktionalen Beeinträchtigung erfüllt ist ( $\geq 3$ ).

Der ADNM-29 wurde an zwei belasteten Stichproben (687 Herzpatienten und 135 Patienten einer psychosomatischen Klinik) evaluiert (Einsle et al., 2010), während der ADNM-20 in einer bevölkerungsrepräsentativen deutschen Stichprobe ( $N = 2\,512$ ) im Alter von 14 bis 93 Jahren teststatistisch überprüft wurde (Glaesmer et al., 2015).

*Objektivität:* Der ADNM-20 ist ein standardisiertes Instrument in Bezug auf Erhebung und Auswertung und kann folglich als objektiv eingeschätzt werden.

*Reliabilität:* Für alle Skalen des ADNM-29 wurde zufriedenstellende interne Konsistenz festgestellt (Cronbachs  $\alpha$  zwischen .71 und .90). Es wurde zudem eine adäquate Retest-Reliabilität über einen Zeitraum von 6 Wochen ermittelt (Einsle et al., 2010). Für den ADNM-20 wurden mit Werten zwischen .68 und .89 ebenfalls gute interne Konsistenzen auf Skalenniveau aufgezeigt (Glaesmer et al., 2015), es liegt jedoch noch keine Einschätzung der Retest-Reliabilität vor.

*Validität:* Die Skalen des ADNM-29 wiesen signifikante Zusammenhänge mittlerer Höhe mit herkömmlichen Instrumenten zur Erfassung von PTSD (IES-R) sowie Angst und Depression (HADS) auf (Einsle et al., 2010).

	<p>Die faktorielle Validität der Subskalen des ADNM-20 wurde anhand von konfirmativen Faktoranalysen ermittelt und ergab eine akzeptable Passung. Die Faktoren waren jedoch hoch korreliert (.74 bis .97) und folglich schlecht voneinander abgrenzbar. Dieses Resultat deutet darauf hin, dass es sich bei der Kernsymptomatik der Anpassungsstörung um ein einfaktorielles Konzept handelt und die Unterscheidung von Subtypen nicht sinnvoll ist (Glaesmer et al., 2015).</p>
<b>Vergleichswerte/ Normen</b>	<p>Zum ADNM-20 liegen noch keine Normwerte vor. In der repräsentativen Studie der deutschen Allgemeinbevölkerung (14 bis 93 Jahre) wurde anhand des ADNM-20 eine Punktprävalenz von 2 % festgestellt (Glaesmer et al., 2015).</p>
<b>WWW-Ressourcen</b>	<p>Der ADNM-20 kann kostenfrei bezogen werden unter:  <a href="http://www.psychometrikon.de/inhalt/suchen/test.php?id=866e60ee7a3044797fc9ecc65516086e">http://www.psychometrikon.de/inhalt/suchen/test.php?id=866e60ee7a3044797fc9ecc65516086e</a>.</p>
<b>Literatur</b>	<p>Einsle, F., Köllner, V., Dannemann, S. &amp; Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. <i>Psychology, Health &amp; Medicine</i>, 15, 584–595.</p> <p>Glaesmer, H., Rompell, M., Brähler, E., Hinz, A. &amp; Maercker, A. (2015). Adjustment Disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation. <i>Psychiatry Research</i>, 229 (3), 940–948.</p> <p>Horowitz, M. J. (1997). <i>Stress response syndromes</i> (3<sup>rd</sup> ed.). Northvale, NJ: Aronson.</p> <p>Horowitz, M. J. (2004). <i>Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders</i> (4<sup>th</sup> ed.). Northvale, NJ: Aronson.</p> <p>Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M. et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. <i>World Psychiatry</i>, 12 (3), 198–206.</p> <p>Maercker, A., Einsle, F. &amp; Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. <i>Psychopathology</i>, 40 (3), 135–146.</p>
<b>Autoren des Beitrags</b>	<p>Rahel Bachem und Andreas Maercker</p>
<b>Kontaktdaten des Zweitautors</b>	<p>Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker      Universität Zürich      Psychopathologie und Klinische Intervention      Binzmühlestr. 14/17      CH-8050 Zürich      maercker@psychologie.uzh.ch</p>

# ADS

## Allgemeine Depressionsskala

<b>Autor des Testverfahrens</b>	Martin Hautzinger
<b>Quelle</b>	Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). <i>Allgemeine Depressionsskala (ADS)</i> (2., überarb. und neu norm. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. Das Copyright liegt beim Hogrefe Verlag.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. <i>Applied Psychological Measurement</i> , 1, 385–401.
<b>Kurzversionen</b>	<i>Es existiert eine Kurzform mit 15 Fragen:</i> Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). <i>Allgemeine Depressionsskala (ADS)</i> (2., überarb. und neu norm. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
<b>Kurzbeschreibung</b>	Die ADS erfasst die aktuelle depressive Symptomatik mit 20 Fragen. Jede Frage soll auf einer vierstufigen Likert-Skala dahingehend beantwortet werden, wie häufig während der letzten Woche das eigene Befinden der formulierten Aussage entsprach. Dabei werden emotionale, motivationale, kognitive, somatische und motorisch/interaktionale Beschwerden erfragt.
<b>Anwendungsbereich</b>	Die ADS kann in Bevölkerungsstichproben, in epidemiologischen Untersuchungen, klinischen und nicht klinischen Stichproben zur Erfassung aktueller depressiver Beschwerden sowie zur Messung der Schwere einer depressiven Störung und zur Vorauswahl (Screening) von Personen zur genaueren klinischen Beurteilung einer affektiven Beeinträchtigung angewendet werden. Der Einsatz ist bei Jugendlichen (ab 12 Jahre) bis ins hohe Alter (85 Jahre) möglich (Matschinger et al., 2000).
<b>Bearbeitungszeit</b>	Die Bearbeitung und die Auswertung dauern 5 bis 10 Minuten.
<b>Theoretischer Hintergrund</b>	Das heterogene Störungsbild depressiver Beeinträchtigungen umfasst Symptome auf der emotionalen, motivationalen, kognitiven, somatischen und motorischen Ebene. Der Fragebogen berücksichtigt alle Ebenen, hat jedoch seinen Schwerpunkt im affektiven Bereich (7 Items) und im somatischen Bereich (6 Items). Ferner gibt es Items zu zwischenmenschlichen Erfahrungen und positivem Affekterleben. Da mit der ADS eine Beschreibung depressiver Störungen bzw. eine Auswahl von Personen mit möglichen depressiven Störungen angestrebt wird, bildet der international übliche Kanon an typischen depressiven Symptomen (wie im DSM-IV bzw. ICD-10 festgelegt) den Hintergrund dieser Skala. Ein Bezug zu einer ätiologischen Konzeption der Depression liegt nicht vor.

**Bezug zur Psychotherapie**

Die ADS bietet sich als Erfolgs- und als Verlaufsmaß bei jeglicher Form antidepressiv wirkender Intervention an. Erfahrungen liegen insbesondere bei Psychotherapiestudien (z. B. bei Depressionen), jedoch auch bei Schmerzstörungen, Somatoformen Störungen und Angststörungen unter ambulanten Bedingungen vor. Durch den wöchentlichen Bezugsrahmen, stellt dieses einfache Instrument ein rasch beantwortetes Verlaufsmaß bei ambulanten Psychotherapien dar und kann gut zur Dokumentation (Qualitätskontrolle) eingesetzt werden.

**Testentwicklung**

Speziell für den Bedarf epidemiologischer Studien an großen amerikanischen Bevölkerungsstichproben wurde der Fragebogen entworfen und umfangreich erprobt (Radloff, 1977). Ähnlich wurde bei der Adaptation der Übersetzung vorgegangen (Hautzinger, 1988). Die Skala erwies sich als sensibel, doch wenig spezifisch. Es werden unverhältnismäßig viele Personen mit der ADS als depressiv beurteilt, obgleich diese Beurteilung bei einer ausführlichen klinischen Diagnostik nicht aufrechterhalten werden kann. Patienten mit anderen Störungen als Depressionen, auch körperlichen und chronischen Krankheiten, erzielen auf der ADS leicht erhöhte Werte, was im Sinne von Resignation und Demoralisierung zu verstehen ist.

**Aufbau und Auswertung**

Die 20 Fragen (Kurzform 15 Items) erfragen folgende depressive Symptome: Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Gefühl der Ablehnung, Weinen, Genussunfähigkeit, Rückzug, Angst, fehlende affektive Reagibilität, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Pessimismus. Bezogen auf die zurückliegende Woche gibt es vier Antwortmöglichkeiten: 0 = selten und überhaupt nicht (weniger als 1 Tag lang), 1 = manchmal (1 bis 2 Tage lang), 2 = öfters (3 bis 4 Tage lang) und 3 = meistens, die ganze Zeit (5 und mehr Tage lang). Vier Items drücken einen positiven Zustand aus und sind bei der Auswertung entsprechend umgepolt zu verrechnen. Anhand des Antwortmusters können Personen identifiziert werden, die den Fragebogen unaufmerksam oder unehrlich beantwortet haben. Die angekreuzten Antworten werden aufaddiert und in einem Gesamtwert (Summenwert) ausgedrückt. Der Gesamtwert kann mit den vorliegenden Normwerten verglichen werden. Gesunde, unauffällige Stichproben erzielen Werte unter 17 Punkten (Frauen 16, Männer 14), während depressive Patienten Werte über 27 Punkten erzielen. Andere Patientengruppen (Somatoforme Störungen, Angstpatienten usw.) liegen mit 18 bis 22 Punkten dazwischen. Die Verwendung des kritischen, klinisch sinnvollen Wertes von 22 (hohe Spezifität) wird empfohlen.

**Gütekriterien**

Die Skalenitems sind gut konstruiert und zeigen eine hohe Trennschärfe. Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) der ADS, auch die der Kurzform, liegt über .90 und die Testhalbierungsreliabilität bei .89. Die nach dem Rasch-Modell kalkulierte Reliabilität liegt bei .87. Mit anderen Selbstbeurteilungsmaßen depressiver Symptome (z. B. Beck Depressions-Inventar, Geriatric Depression Scale) korreliert die ADS

	<p>mit <math>r = .64</math> bis <math>.88</math>. Mit Fremdbeurteilungsmaßen (z. B. Hamilton Angst Skala usw.) liegen die Zusammenhänge zwischen <math>r = .43</math> und <math>.49</math>. Eine Faktorenanalyse repliziert zwar die von Radloff (1977) interpretierten vier Faktoren (Konstruktvalidität), doch laden alle Items auf dem ersten Faktor, während die anderen drei Faktoren nur durch wenige Items markiert werden. Dies spricht dafür, den ADS-Summenwert als einzig sinnvolle Messgröße zuzulassen.</p>
<b>Vergleichswerte/ Normen</b>	<p>Aufgrund großer epidemiologischer Stichproben und zahlreicher klinischer Studien liegen differenzierte Vergleichs- und Normwerte für verschiedene Altersgruppen (12- bis 85-Jährige) und beide Geschlechter vor (Hautzinger et al., 2012).</p>
<b>WWW-Ressourcen</b>	<p>Es liegen keine zusätzlichen Ressourcen vor.</p>
<b>Literatur</b>	<p>Hautzinger, M. (1988). Die CES-D Skala. Ein Depressionsinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. <i>Diagnostica</i>, <i>34</i>, 167–173.</p> <p>Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. &amp; Keller, F. (2012). <i>Allgemeine Depressionsskala (ADS)</i> (2., überarb. und neu norm. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.</p> <p>Matschinger, H., Schork, A., Riedel-Heller, S. &amp; Angermeyer, M. (2000). Zur Anwendung des CES-D bei älteren Menschen. Dimensionsstruktur und Messartefakte. <i>Diagnostica</i>, <i>46</i>, 29–37.</p> <p>Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. <i>Applied Psychological Measurement</i>, <i>1</i>, 385–401.</p>
<b>Autoren des Beitrags</b>	<p>Martin Hautzinger und Kristina Geue</p>
<b>Kontaktdaten des Erstautors</b>	<p>Prof. Dr. Martin Hautzinger Eberhard Karls Universität Tübingen Fachbereich Psychologie Klinische Psychologie und Psychotherapie Schleichstr. 4 72076 Tübingen hautzinger@uni-tuebingen.de</p>

# AKV

## Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung

<b>Autoren des Testverfahrens</b>	Anke Ehlers, Jürgen Margraf und Dianne L. Chambless
<b>Quelle</b>	Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). <i>Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung</i> (2., überarb. und neu norm. Aufl.). Weinheim: Beltz Test.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	<p><i>Originalversionen:</i> <i>Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) und Body Sensations Questionnaire (BSQ):</i> Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. &amp; Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 52, 1090–1097.</p> <p><i>Mobility Inventory (MI):</i> Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. &amp; Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 23, 35–44.</p>
<b>Kurzversionen</b>	keine
<b>Kurzbeschreibung</b>	<p>Der AKV ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, der aus den folgenden drei Fragebögen besteht:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Der Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) erfasst die Häufigkeit, mit der 14 katastrophisierende Kognitionen auftreten, wenn die Person ängstlich ist. Die Items beschreiben zum einen erwartete körperliche Krisen und zum anderen den erwarteten Kontrollverlust.</li><li>– Der Body Sensations Questionnaire (BSQ) erhebt das Ausmaß der Angst vor 17 körperlichen Symptomen wie Herzklopfen oder Atemnot.</li><li>– Das Mobility Inventory (MI) beinhaltet das Ausmaß der Vermeidung von 27 Situationen, vor denen Patienten mit Agoraphobie oft Angst haben. Die Vermeidung wird getrennt erfasst, einmal für den Fall, dass die Person allein ist, und für den Fall, dass sie begleitet wird.</li></ul>
<b>Anwendungsbereich</b>	Der AKV wurde entwickelt für Patienten mit Paniksyndrom und/oder Agoraphobie. Sie sind auch für Patienten mit Somatoformen Störungen und psychosomatischen Beschwerden von Interesse.
<b>Bearbeitungszeit</b>	Die Bearbeitungszeit liegt für den ACQ und den BSQ bei etwa 5 Minuten und für den MI bei circa 10 Minuten.
<b>Theoretischer Hintergrund</b>	ACQ/BSQ: Die Fragebögen messen die sogenannte Angst vor der Angst, die Patienten mit Paniksyndrom und/oder Agoraphobie kenn-

**Bezug zur  
Psychotherapie**

zeichnet (Ehlers & Margraf, 1993). Es wird angenommen, dass diese Personen Angst vor den körperlichen Begleiterscheinungen von Angst wie Herzklopfen oder Schwindelgefühlen haben und deswegen solche Situationen vermeiden, in denen diese Symptome auftreten. Das „Angst vor der Angst“-Konzept überschneidet sich mit der kognitiven Theorie des Paniksyndroms (Clark, 1986). Nach dieser Theorie haben Patienten mit Paniksyndrom eine überdauernde Tendenz, körperliche Symptome als Anzeichen einer unmittelbaren Bedrohung für die körperliche oder seelische Gesundheit zu interpretieren.

MI: Patienten mit Agoraphobien vermeiden eine Vielzahl unterschiedlicher Situationen wie Kaufhäuser, Autofahren, Schlangestehen, Brücken, Höhen oder Gaststätten. Wesentliche Aspekte der gefürchteten Situationen sind die Einengung der Bewegungsfreiheit und die Entfernung von sicheren Personen oder Orten. Die Betroffenen vermeiden Situationen, in denen es peinlich oder gefährlich wäre, einen Panikfall oder andere körperliche Symptome wie Ohnmachtsgefühle oder Durchfall zu bekommen. Der Fragebogen gibt eine umfassende Übersicht über typische Situationen und dient damit zum einen zur Erfassung des Schweregrades der Störung und zum anderen als Grundlage der Verhaltensanalyse und -therapie.

Die Fragebögen sind nützlich zur Planung kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen. Das Ausmaß der Veränderung in den Fragebögen gibt einen Anhaltspunkt über den Erfolg der Intervention. Im Manual finden sich Vergleichswerte erfolgreich behandelter Patienten (Ehlers & Margraf, 1993; Ehlers et al., 2001).

**Testentwicklung**

Es handelt sich um Übersetzungen der von Chambless und Kollegen (1984, 1985) entwickelten Fragebögen ACQ, BSQ und MI. Die Fragebögen basieren auf Erfahrungen in der kognitiven Verhaltenstherapie agoraphobischer Patienten und theoretischen Überlegungen zur Ätiologie von Panikanfällen (vgl. Ehlers & Margraf, 1993).

**Aufbau und  
Auswertung**

ACQ: Jede der 14 Aussagen wird auf einer fünfstufigen Skala von 1 = nie bis 5 = immer danach beurteilt, wie häufig der Zustand auftritt, wenn die Person ängstlich ist. Der Gesamtwert ist der Mittelwert der Items. Es können getrennte Werte für die Faktoren *Körperliche Krisen* (Bsp.: „Ich werde in Ohnmacht fallen.“) und *Kontrollverlust* (Bsp.: „Ich werde mich lächerlich benehmen.“) berechnet werden.

BSQ: Jede der 17 Körperempfindungen (Bsp.: „Gefühl, keine Luft zu bekommen.“) wird auf einer fünfstufigen Skala von 1 = gar nicht bis 5 = extrem danach beurteilt, wie viel Angst sie auslöst. Der Gesamtwert ist der Mittelwert der Items.

MI: Jede der 27 Situationen wird auf einer fünfstufigen Skala von 1 = niemals bis 5 = immer danach beurteilt, wie häufig sie aus Angst oder Unbehagen vermieden wird. Die 27 Situationen beinhalten drei Typen von potenziell angstausslösenden Anforderungen: Plätze (Bsp.: „Säle

## Gütekriterien

oder Stadien“), Fahren mit Transportmitteln (Bsp.: „Untergrundbahnen“) und Situationen (Bsp.: „Weit weg von zu Hause sein“). Für die 27 Aussagen wird das Ausmaß der Vermeidung getrennt eingeschätzt in Abhängigkeit davon, ob die Person allein (*Vermeidung allein*) oder in Begleitung (*Vermeidung begleitet*) ist. Der Gesamtwert ist der Mittelwert der Werte der Skalen *Vermeidung allein* und *Vermeidung begleitet*.

Die deutschsprachigen Fragebögen des AKV wurden an mehreren klinischen (Patienten mit Paniksyndrom/Agoraphobie, Patienten mit anderen Angststörungen, Patienten psychosomatischer Kliniken) und nicht klinischen Stichproben teststatistisch überprüft und normiert. Die Werte in den Fragebögen zeigen eine starke Reduktion nach erfolgreicher Verhaltenstherapie.

**Objektivität:** Die Fragebögen sind in ihrer Durchführung und Auswertung standardisiert und deshalb als objektiv einzuschätzen.

**Reliabilität:** Die internen Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) der Skalen sind befriedigend bis sehr gut.

- ACQ: Patienten mit Paniksyndrom/Agoraphobie ( $N = 1\,231$ )  $\alpha = .79$ ; Patienten mit anderen Angststörungen ( $N = 386$ )  $\alpha = .78$ .
- BSQ: Patienten mit Paniksyndrom/Agoraphobie ( $N = 1\,215$ )  $\alpha = .87$ ; Patienten mit anderen Angststörungen ( $N = 376$ )  $\alpha = .88$ .
- MI: Patienten mit Paniksyndrom/Agoraphobie ( $N = 1\,118$ ): *Vermeidung allein*  $\alpha = .96$ , *Vermeidung begleitet*  $\alpha = .96$ ; Patienten mit anderen Angststörungen ( $N = 385$ ): *Vermeidung allein*  $\alpha = .94$ , *Vermeidung begleitet*  $\alpha = .93$ .

Für zwei Stichproben von Patienten mit Paniksyndrom ( $N = 41$ ) und Personen mit seltenen Panikanfällen ( $N = 58$ ) wurden die folgenden Retest-Reliabilitäts-Koeffizienten ermittelt:

- ACQ: 4 Wochen:  $r = .75$ ; 110 Tage  $r = .80$ .
- BSQ: 4 Wochen:  $r = .63$ ; 110 Tage  $r = .66$ .
- MI: *Vermeidung allein*: 4 Wochen:  $r = .92$ ; 110 Tage  $r = .91$ ;  
*Vermeidung begleitet*: 4 Wochen:  $r = .79$ ; 110 Tage  $r = .86$ .

**Faktorielle Validität:** Die für die amerikanische Version gefundene Zweifaktorenstruktur des ACQ (*körperliche Krisen*, *Kontrollverlust*) konnte in verschiedenen Stichproben gut repliziert werden. Zwei der Items laden allerdings nicht konsistent auf dem vorhergesagten Faktor und werden daher bei den Subskalen der deutschen Fassung nicht berücksichtigt.

**Konvergente Validität:** Der ACQ und BSQ korrelieren erwartungsgemäß mit einem anderen Maß der Angst vor der Angst, dem Anxiety Sensitivity Index von Reiss et al. (1986), sowie der Angst-Skala der Cognitions Checklist von Beck et al. (1987). Für das MI zeigte sich erwartungsgemäß ein Zusammenhang mit der Agoraphobie-Skala des Fear Questionnaire von Marks und Mathews (1979) und der Phobie-Skala der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis (1977).

**Vergleichswerte/  
Normen**

*Externe Validität:* Patienten mit gegenwärtigem Paniksyndrom zeigen erwartungsgemäß höhere Werte im ACQ, BSQ und MI als Patienten in Remission. Die Werte im MI variieren mit dem von Experten eingeschätzten Schweregrad der Agoraphobie. Die Fragebögen diskriminieren zwischen Patienten mit Paniksyndrom, Patienten mit anderen Angststörungen und Personen ohne psychische Störungen. Patienten mit Somatoformen Störungen zeigen höhere Werte als psychosomatische Patienten ohne Somatoforme Störungen.

Normen (Perzentilwerte und Stanine-Werte) für Patienten mit Paniksyndrom/Agoraphobie ( $N > 1\ 200$ ), Patienten mit anderen Angststörungen ( $N = 280$  bis  $390$ ), psychosomatische Patienten ohne Angststörungen ( $N = 130$ ) und Kontrollpersonen ohne psychische Störungen ( $N = 200$ ) werden im Manual berichtet (Ehlers et al., 2001).

**WWW-Ressourcen**

Es liegen keine zusätzlichen Ressourcen vor.

**Literatur**

- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive-content specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, *96*, 179–183.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 1090–1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *23*, 35–44.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 231–235.
- Derogatis, C. R. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures. Manual-I for the r(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Johns Hopkins University, School of Medicine.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (1993). Angst vor der Angst – Ein neues Konzept in der Diagnostik der Angststörungen. *Verhaltenstherapie*, *3*, 14–24.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung* (2., überarb. und neu norm. Aufl.). Weinheim: Beltz Test.
- Marks, I. M. & Mathews, A. M. (1979). Brief standard rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, *17*, 263–267.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 1–8.

**Autorinnen des  
Beitrags**

Karin Pöhlmann und Kristina Geue

**Kontakt­daten der  
Erstautorin**

PD Dr. phil. Karin Pöhlmann  
Technische Universität Dresden  
Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Fetscherstr. 74  
01307 Dresden  
karin.poehlmann@tu-dresden.de

# BAI

## Beck Angst-Inventar

<b>Autor des Testverfahrens</b>	Aaron T. Beck
<b>Quelle</b>	Beck, A. T. (2007). <i>Beck Angst-Inventar (BAI). Deutsche Bearbeitung: J. Margraf &amp; A. Ehlers</i> . Frankfurt am Main: Pearson. Der Bezug ist kostenpflichtig.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	<i>Englische Originalversion:</i> Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measure clinical anxiety: psychometric properties. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 893–897.
<b>Kurzversionen</b>	keine
<b>Kurzbeschreibung</b>	Das Beck Angst-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsverfahren bestehend aus 21 Fragen zur Erfassung der Schwere von Angstsymptomen bei Jugendlichen und Erwachsenen. Angegeben wird, wie stark die Belastung durch die Symptome in der letzten Woche (einschließlich des Tages der Befragung) war. Zu jeder der 21 Empfindungen stehen dafür vier verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Der BAI wird ausgewertet durch die Addition der angekreuzten Antworten. Die Interpretation des Summenwertes erfolgt in minimale, milde, moderate und klinisch relevante Angstaussprägung.
<b>Anwendungsbereich</b>	Mit dem BAI liegt ein ökonomisches Instrument zur Erfassung klinischer Angst bei Personen ab 17 Jahren vor. Im englischen Sprachraum hat sich das Beck Anxiety Inventory (BAI) in der klinisch-psychologischen Forschung und der Psychotherapiepraxis durchgesetzt. Dessen Stärke besteht in der validen und sparsamen Erfassung der klinischen Angstsymptome, insbesondere auch körperlicher Art. Darüber hinaus diskriminiert das Inventar gut zwischen Angst und Depression.
<b>Bearbeitungszeit</b>	Die Bearbeitungszeit beträgt circa 10 Minuten und die Auswertungszeit liegt bei etwa 5 Minuten.
<b>Theoretischer Hintergrund</b>	Angst zeigt sich als komplexes Reaktionsmuster auf den verschiedenen Ebenen (subjektiv, motorisch, physiologisch). „Angst ist eine zukunftsorientierte Emotion, die mit (...) wahrgenommenen (realen oder irrealen) Gefahren (...) zusammenhängt“ (Beck, 2007, S. 9) und als Reaktion auf diese Gefahren eine stark biologische Komponente aufweist (Prinz & Petermann, 2009).  Einen pathologischen Status erreichen Ängste, wenn sie: <ul style="list-style-type: none"><li>– ohne angemessenen Grund auftreten,</li><li>– übertrieben stark oder anhaltend sind,</li></ul>

**Bezug zur  
Psychotherapie**

- mit starkem Leiden oder Beeinträchtigung einhergehen und
- nicht mehr kontrolliert werden können (Prinz & Petermann, 2009).

Das BAI (Beck, 2007) ist die deutsche Version des Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988), für das die 21 Originalitems übersetzt wurden. Das Anliegen war, ein Verfahren zu entwickeln, welches sowohl zur Diagnostik von Angststörungen als auch zur Beurteilung von Therapieindikation und Behandlungsverlauf dienen kann. Ferner soll das Testverfahren eine gute Differenzierung zwischen Angst- und depressiven Störungen erreichen.

Basierend auf dem BAI können Aussagen zur Diagnostik/Indikation für Psychotherapie als auch über den psychotherapeutischen Verlauf getroffen werden. So eignet sich das BAI zur Indikationsstellung im Rahmen der Angstbehandlung, zur Erfassung klinischer Angst, zur Veränderungsmessung im Therapieverlauf und im Rahmen der Evaluation und Qualitätssicherung von Therapiemaßnahmen.

**Testentwicklung**

Das BAI ist die deutsche Version des Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988). Von den 21 Items entsprechen 13 physiologischen Symptomen, fünf kognitiven Symptomen und drei sowohl kognitiven als auch somatischen Symptomen der Angst. Mit Ausnahme von zwei Items beziehen sich alle Items auf die DSM-III-R-Symptomkriterien von Panikattacken und generalisierter Angst.

Es stehen Referenzwerte von verschiedenen klinischen und nicht klinischen Personengruppen zur Verfügung (Beck, 2007). Ebenso finden sich Indikatoren für eine Veränderung der angstspezifischen Grenzwerte (Prinz & Petermann, 2009). Eine Unterscheidung von verschiedenen Formen von Angststörungen basierend auf den BAI-Kennwerten kann jedoch nicht erfolgen (Prinz & Petermann, 2009). Zudem muss eine zusätzliche spezifische Diagnostik möglicher komorbider Störungen (z. B. Depression; vgl. Helbig & Petermann, 2008) bzw. eine differenzialdiagnostische Abklärung somatischer Erkrankungen in Betracht gezogen werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass mit dem BAI die Intensität eines Angstsyndroms erfasst werden kann, jedoch keine spezifischen Angstdiagnosen erstellt werden können.

**Aufbau und  
Auswertung**

Die 21 Items werden auf einer vierstufigen Antwortskala beantwortet (0 = überhaupt nicht, 1 = wenig, es störte mich nicht sehr, 2 = mittel, es war sehr unangenehm, aber ich konnte es aushalten, 3 = stark, ich konnte es kaum aushalten). Die Summe der 21 Items bildet den BAI-Gesamtwert, der als Maß für die subjektiv empfundene Ängstlichkeit gilt. Gemäß den Autoren sollen fehlende Items mit Null bewertet werden, sodass die Angstaussprägung nicht überschätzt wird. Der Fragebogen sollte hingegen nicht mehr ausgewertet werden, wenn mehr als drei Items fehlen.

Zur Interpretation des BAI-Gesamtwertes wird die folgende Klassifikation empfohlen: minimale Angst (0 bis 7 Punkte), milde Angst (8 bis 15 Punkte), moderate Angst (16 bis 25 Punkte) und Hinweis auf klinisch relevante Angstsymptomatik (26 bis 63 Punkte). Ferner kann beim Ein-

## Gütekriterien

satz des BAI als Screeninginstrument die obere Klassifikationsgrenze der Skala herabgesetzt werden, um die Anzahl falsch negativer Fälle zu minimieren, oder im entgegengesetzten Fall die Grenze nach oben korrigiert werden, um falsch positive Fälle zu verringern.

Die Werteverteilung sowohl in der Normstichprobe als auch in Teilstichproben (Frauen und Männer) ist deutlich linksschief. Daher empfiehlt sich in der Auswertung nicht klinischer Stichproben der Verzicht auf parametrische Verfahren. Für die klinischen Angststichproben gilt dies jedoch nicht, da hier annähernd normalverteilte Werte vorliegen.

*Objektivität:* Für die mündliche sowie die schriftliche Testausführung existiert durch die vorgegebene Standardinstruktion eine mittlere bis hohe Durchführungsobjektivität. Durch den standardisierten Fragebogen und den eindeutig festgelegten Auswertungsalgorithmus (einfaches Aufsummieren) kann von einer guten Auswertungs- und Interpretationsobjektivität ausgegangen werden (Prinz & Petermann, 2009).

*Reliabilität:* Die interne Konsistenz der deutschsprachigen Version entspricht der Originalversion und kann als gut bewertet werden. Für klinische Stichproben liegen die Werte für Cronbachs  $\alpha$  bei .90, für nicht klinische Stichproben bei  $\alpha = .85$  bis .90. Auch die Retest-Reliabilität der deutschen Version des BAI ähnelt der Originalversion mit befriedigenden Werten. Für einen Retest-Abstand von 2 bis 7 Tagen liegen die Werte zwischen  $r = .68$  und  $.79$ . Die Retest-Reliabilität kann vor dem Hintergrund möglicher Schwankungen des klinischen Angsterlebens und der Beobachtung von Persönlichkeitsmerkmalen in solchen klinischen Skalen als sehr zufriedenstellend bewertet werden. Der BAI weist eine zeitliche Stabilität über einen Zeitraum von 18 Monaten auf ( $r = .53$  bis  $.67$ ).

*Validität:* Zur Beurteilung der konvergenten Validität werden, in der Korrelationsanalyse mit anderen Angstmaßen, Mediane zwischen  $r = .46$  (Hamilton Angst Skala) und  $r = .72$  (Subskala Ängstlichkeit der Symptom-Checklist-90®-Standard) mit einem Gesamtmedian von  $r = .53$  angegeben. Der Median für die Angstmaße insgesamt liegt bei  $r = .52$  und kann als gut bewertet werden. Die Korrelationen für die konstruktfernen Maße fallen hypothesenkonform deutlich geringer aus ( $r = .30$  für die Subskala Paranoides Denken der Symptom-Checklist-90®-Standard) oder sind nicht signifikant (Partnerschafts-Fragebogen, Fragebogen zum Essverhalten).

Des Weiteren zeigt sich eine bessere Diskriminierungsleistung des BAI bezüglich Depressivität, auch wenn diese deutlich geringer ausfällt als gegenüber konstruktfernen Maßen. So korreliert die Trait-Angst im State-Trait-Angst-Inventar (STAI-T) in den Angststichproben erwartungsgemäß höher mit dem Beck Depressions-Inventar ( $r = .80$ ) als der BAI ( $r = .44$ ) und liefert somit Hinweise auf eine ausreichende diskriminante Validität.

Im Manual wird eine Änderungssensitivität berichtet, aber es wird nur die Signifikanz des Prä-Post-Unterschiedes angegeben (Beck, 2007). Wünschenswert wären unterschiedliche Kennwerte (z. B. ver-

**Vergleichswerte/  
Normen**

schiedene Effektstärken), um eine sichere Einschätzung der Änderungssensitivität zu ermöglichen.

Für die deutsche Version des BAI existieren ausführliche alters-, geschlechts- und bildungsspezifische Prozentrangnormen für die Allgemeinbevölkerung sowie Normwerte für Subpopulationen verschiedener Angststörungen. Punktwerte von 26 bis 63 Punkte gelten als klinisch relevante Angst.

**WWW-Ressourcen**

Es liegen keine zusätzlichen Ressourcen vor.

**Literatur**

- Beck, A. T. (2007). *Beck Angst-Inventar (BAI)*. Deutsche Bearbeitung: J. Margraf & A. Ehlers. Frankfurt am Main: Pearson.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measure clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 893–897.
- Helbig, S. & Petermann, F. (2008). Entwicklungspsychopathologie Sozialer Angststörungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (3), 211–227.
- Prinz, M. & Petermann, F. (2009). Beck Angst-Inventar (BAI). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 63–66.

**Autorin des Beitrags**

Katja Petrowski

**Kontaktdaten der  
Autorin**

PD Dr. phil. Katja Petrowski  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Fetscherstr. 74  
01307 Dresden  
katja.petrowski@tu-dresden.de

# BCQ

## Body Checking Questionnaire – Deutsche Version

<b>Autorinnen des Testverfahrens</b>	Silja Vocks, Claudia Moswald und Tanja Legenbauer
<b>Quelle</b>	Vocks, S., Moswald, C. & Legenbauer, T. (2008). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Fassung des Body Checking Questionnaire (BCQ). <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i> , 37, 131–140.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	<i>Englischsprachige Originalversion:</i> Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 31, 324–333.
<b>Kurzversionen</b>	Eine Kurzversion des BCQ ist nicht vorhanden; allerdings wurden eine Version für Männer (MBCQ; Hildebrandt et al., 2010) sowie eine geschlechtsneutrale Version (GNBCQ; Alfano et al., 2011), die aus Items der beiden geschlechtsspezifischen Fragebögen zusammengesetzt ist, entwickelt. Beide Fragebögen sind ebenfalls bereits ins Deutsche übersetzt und in der deutschen Version gütegeprüft, allerdings in dieser Form noch nicht publiziert. Sie können bei Manuel Waldorf bezogen werden ( <a href="mailto:manuel.waldorf@uni-osnabrueck.de">manuel.waldorf@uni-osnabrueck.de</a> ).
<b>Kurzbeschreibung</b>	Der BCQ in seiner deutschsprachigen Version ist ein eindimensionales Selbstbeurteilungsverfahren. Das gemessene Konstrukt ist das Verhalten des Body Checking, welches insbesondere bei Personen mit Essstörungen und Körperdysmorpher Störung auftritt. Der Fragebogen kann sowohl im Forschungs- als auch im Psychotherapiekontext Anwendung finden.
<b>Anwendungsbereich</b>	Zielpopulation sind Erwachsene und Jugendliche mit Körperbildstörungen. In der Psychotherapie kann der BCQ (bzw. bei Männern alternativ der MBCQ) zur Diagnostik und Erfolgsmessung eingesetzt werden. In der Forschung ist der BCQ beispielsweise zur Quantifizierung der Verhaltenskomponente von Ess- und Körperbildstörungen oder im Kontext der Psychotherapie-Outcome- und Prozessforschung einsetzbar. Zudem kann mithilfe des GNBCQ geschlechterübergreifend zum Körperbild geforscht werden.
<b>Bearbeitungszeit</b>	Durchführungszeit: circa 2 bis 5 Minuten; Auswertungszeit: circa 2 Minuten.
<b>Theoretischer Hintergrund</b>	In der Forschungsliteratur werden Körperbildstörungen im Kontext der Essstörungen und der Körperdysmorphen Störung eingeteilt in eine perzeptive Komponente, welche die Fehlwahrnehmung des eigenen

### Bezug zur Psychotherapie

Körpers umfasst, eine kognitiv-emotionale Komponente, welche die negativen Gedanken und Gefühle bezogen auf den eigenen Körper beinhaltet sowie eine behaviorale Komponente (Cash, 2004). Letztere beschreibt neben dem körperbezogenen Vermeidungsverhalten (z. B. nicht in den Spiegel blicken) auch das körperbezogene Kontrollverhalten (Body Checking). Dieses manifestiert sich auf vielfältige Art und Weise, wie etwa häufiges sich wiegen, dem Abmessen von oder Kneifen in bestimmte Körperteile, dem Vergleich des eigenen Körpers mit der Figur bzw. dem Gewicht anderer Personen oder häufigem Inspizieren des eigenen Körpers im Spiegel. In zahlreichen Studien hat sich gezeigt, dass die Stärke des Body Checking mit der Schwere der Essstörungspathologie assoziiert ist (u. a. Shafran et al., 2003). Auch existieren erste Hinweise darauf, dass das Body Checking als typisches Sicherheitsverhalten die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper verstärkt (Shafran et al., 2003). Aus diesem Grund wurde der BCQ entwickelt, der erstmals im deutschsprachigen Raum das körperbezogene Kontrollverhalten quantitativ erfasst.

Die Körperbildstörung hat einen deutlichen Einfluss auf die Ätiologie und Aufrechterhaltung verschiedener Störungen, beispielsweise bei den Essstörungen und der Körperdysmorphen Störung, aber teilweise auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung und bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (z. B. Vergewaltigungsopfer). Forschung zur Symptomatik einer Körperbildstörung ist nötig, um auf dieser Basis entsprechende bestehende psychotherapeutische Interventionen zu optimieren oder neue Interventionsformen zu entwickeln. Mithilfe des BCQ lässt sich dieses Verhalten quantifizieren und bei Bedarf auch inhaltlich analysieren, da jedes Item eine einzelne Verhaltensweise umfasst. Im Rahmen der psychotherapeutischen Praxis kann der BCQ auch zur individuellen Diagnostik von Patienten genutzt und somit auch zur Therapieplanung eingesetzt werden. Der Fragebogen kann außerdem im Verlaufe der Therapie angewendet werden, um Symptomverbesserungen in Bezug auf die behaviorale Komponente der Körperbildstörung im Therapieverlauf zu messen.

### Testentwicklung

- BCQ: Zur Erstellung der englischsprachigen Version wurden zunächst Items auf Grundlage von Literatur zum Verhalten von Essstörungspatienten generiert, welche dann von einem Expertenteam bewertet und anschließend selektiert wurden (Reas et al., 2002). Für die deutschsprachige Version wurden die Items der englischsprachigen Originalversion zunächst ins Deutsche überführt und dann durch einen Muttersprachler rückübersetzt. Bei Abweichung zum Original wurde anschließend für die entsprechenden Items ein gemeinsamer Konsens gefunden.
- MBCQ: Die Fragebogenversion für Männer wurde strukturell an den BCQ angelehnt konstruiert. Items wurden auf Basis der Literatur spezifischer Körperbildprobleme bei Männern konstruiert und nach Bewertung durch ein Expertenteam selektiert (Hildebrandt et al., 2010).

### Aufbau und Auswertung

- GNBCQ: Der BCQ und der MBCQ wurden einer Stichprobe gemischten Geschlechtes vorgelegt. In darauffolgenden Analysen wurden solche Items ermittelt, welche nicht vom Geschlecht der Probanden beeinflusst waren (Alfano et al., 2011).

Alle drei dargestellten Fragebögen zum Body Checking weisen als Antwortformat eine fünfstufige Likert-Skala von 0 = nie bis 4 = sehr oft auf.

- BCQ: Die 23 Items des BCQ bilden in der deutschsprachigen Version eine Gesamtskala. Items sind z. B. „Ich überprüfe, wie mein Po im Spiegel aussieht“, „Ich vergleiche mich mit Models im Fernsehen oder in Zeitschriften“. Ausgewertet wird der Gesamtscore, berechnet als arithmetisches Mittel aller Items.
- MBCQ: Der MBCQ besteht aus 19 Items (Bsp.: „Ich vergleiche mich hinsichtlich der Breite meiner Schultern mit Anderen“, „Ich schaue mir meine Bauchmuskeln [Sixpack] im Spiegel an“). Für die deutschsprachige Übersetzung sind noch keine Auswertungsanweisungen publiziert.
- GNBCQ: Der GNBCQ besteht aus 10 Items, zusammengestellt aus den beiden geschlechtsspezifischen Fragebögen. Auswertungsanweisungen für die deutschsprachige Übersetzung sind ebenfalls noch nicht veröffentlicht.

### Gütekriterien

Die Gütekriterien des BCQ wurden an einer Stichprobe aus insgesamt  $N = 390$  Personen überprüft (Vocks et al., 2008), welche sich aus zwei Substichproben zusammensetzte: Die erste Stichprobe bestand aus Patientinnen mit Essstörungen ( $N = 124$ , ungefähr gleichverteilt auf die Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und nicht näher bezeichnete Essstörung) und die zweite aus gesunden Studenten der Psychologie ( $N = 266$ , 24 % männlich).

Die Objektivität kann aufgrund der Tatsache, dass es sich um einen Selbstbericht handelt, der standardisiert ausgewertet wird, als gegeben vorausgesetzt werden.

Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) lag in der Gesamtgruppe bei  $\alpha = .95$  und in den Subgruppen zwischen  $\alpha = .83$  (gesunde Männer) und  $\alpha = .94$  (Patienten mit Anorexia nervosa; Vocks et al., 2008). Die Stabilität betrug  $r_{tt} = .91$  ( $p < .001$ ) bei  $N = 85$  gesunden Personen in einem Zeitraum von 2 Wochen sowie  $r_{tt} = .73$  ( $p < .001$ ) bei  $N = 19$  Frauen mit Essstörungen, die auf eine Behandlung warteten, in einem Zeitraum von 3 Monaten (Vocks et al., 2008).

Die inhaltliche Validität wurde für den ursprünglichen Itempool des englischen Originals anhand von Ratings eines Expertengremiums überprüft (Reas et al., 2002) und wird daher für die deutschsprachige Version ebenfalls angenommen. Die Güteprüfung des Originals fand eine dreidimensionale Faktorenstruktur (Checking des allgemeinen Aussehens, Checking spezifischer Körperteile, idiosynkratisches Checking), die aber für die deutsche Fassung nicht repliziert werden konnte, weshalb hier die Eindimensionalität zugrunde gelegt wurde. Der BCQ-Gesamtscore der klinischen Gruppe der Patientinnen mit Essstörungen war signifikant höher im Vergleich zu der gesunden Gruppe (Effektstärke  $g = 1.61$ ; Vocks et al., 2008). Zudem fanden sich sowohl in

	<p>den beiden gesunden als auch in der Patientenstichprobe mittlere Korrelationen (alle <math>r &gt; .50</math>, alle <math>p \leq .001</math>) zwischen dem BCQ-Gesamtscore und zwei Skalen des Eating Disorder Examination Questionnaire, welche die kognitive Komponente der Körperbildstörung (Figur- und Gewichtssorgen) abbilden. Belege zur diskriminanten Validität finden sich für die englischsprachige Originalversion bei Reas et al. (2002); dort ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen BCQ und einem Test für verbale Intelligenz.</p>
<b>Vergleichswerte/ Normen</b>	<p>Vocks et al. (2008) berichten Mittelwerte für fünf verschiedene Gruppen (Patienten mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und nicht näher bezeichneter Essstörung sowie gesunde Frauen und Männer). Am höchsten war der Score für Patienten mit Bulimia nervosa (<math>M = 1.99</math>, <math>SD = 0.86</math>), am niedrigsten für gesunde Männer (<math>M = 0.42</math>, <math>SD = 0.29</math>).</p>
<b>WWW-Ressourcen</b>	<p>Es liegen keine zusätzlichen Ressourcen vor.</p>
<b>Literatur</b>	<p>Alfano, L., Hildebrandt, T., Bannon, K., Walker, C. &amp; Walton, K. E. (2011). The impact of gender on the assessment of body checking behavior. <i>Body Image</i>, 8, 20–25.</p> <p>Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present and future. <i>Body Image</i>, 1, 1–5.</p> <p>Hildebrandt, T., Walker, D. C., Alfano, L., Delinsky, S. &amp; Bannon, K. (2010). Development and validation of a male specific body checking questionnaire. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 43, 77–87.</p> <p>Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. &amp; Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 31, 324–333.</p> <p>Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P. &amp; Lask, B. (2003). Body checking and its avoidance in eating disorders. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 35, 93–101.</p> <p>Vocks, S., Moswald, C. &amp; Legenbauer, T. (2008). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Fassung des Body Checking Questionnaire (BCQ). <i>Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie</i>, 37, 131–140.</p>
<b>Autorinnen des Beitrags</b>	<p>Verena Jurilj und Silja Vocks</p>
<b>Kontakt Daten der Erstautorin</b>	<p>M.Sc. Verena Jurilj          Universität Osnabrück          Institut für Psychologie          Fachgebiet Klinische Psychologie und Psychotherapie          Knollstr. 15          49088 Osnabrück          verena.jurilj@uni-osnabrueck.de</p>

# BDI II

## Beck Depressions-Inventar – Revision

<b>Autoren des Testverfahrens</b>	Martin Hautzinger, Ferdinand Keller und Christine Kühner
<b>Quelle</b>	Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner C. (2009). <i>Beck Depressions-Inventar – Revision (BDI II)</i> (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	<i>Englischsprachige Originalversion:</i> Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). <i>Beck Depression Inventory – Second Edition (BDI II). Manual</i> . San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
<b>Kurzversionen</b>	keine
<b>Kurzbeschreibung</b>	Das BDI II besteht aus 21 Gruppen von Aussagen, welche typische depressive Symptome beschreiben. Jede der 21 Gruppen enthält vier Aussagen, die in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung von 0 = nicht vorhanden, über 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung bis 3 = starke Ausprägung gestaffelt sind. Patienten sollen aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die ihre gegenwärtige Lage (bezogen auf die letzten 2 Wochen) am besten beschreibt.
<b>Anwendungsbereich</b>	Das BDI II ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik bei klinischen Populationen (Patienten mit depressiven Störungen) und ist vom Jugendalter (ab 16 Jahre) bis zu 80 Jahren einsetzbar. Die Anwendung außerhalb des klinischen Rahmens ist problematisch, obgleich es dazu zahlreiche Veröffentlichungen und ständige Anwendungen gibt. Eine modifizierte Form des BDI zum Einsatz bei nicht klinischen Stichproben wurde von Schmitt und Maes (2000) vorgeschlagen und evaluiert.
<b>Bearbeitungszeit</b>	Die Bearbeitungszeit beträgt circa 10 Minuten. Bei depressiven Patienten kann es aufgrund von Entscheidungsschwierigkeiten und allgemeiner Verlangsamung bis zu 20 Minuten dauern.
<b>Theoretischer Hintergrund</b>	Das Verfahren entstand aufgrund klinischer Beobachtungen depressiver Patienten. Es ist keiner Ätiologietheorie der Depression verpflichtet. Bei den Items überwiegen jedoch die Beschreibungen der affektiven, kognitiven und somatischen Symptomebene. Motorische Auffälligkeiten (wie Agitiertheit), Gewichtszunahme und gesteigertes Schlafbedürfnis sind nicht berücksichtigt. Da Beck selbst eine kognitive Theorie der Depression entworfen hat, dominieren beim BDI vor allem die kognitiven Auffälligkeiten (8 der 21 Items).
<b>Bezug zur Psychotherapie</b>	Das BDI ist ein verbreitetes Erfolgs- und Verlaufsmaß bei jeglicher Interventionsforschung, insbesondere jedoch bei der Psychotherapie de-

**Testentwicklung**

pressiver Störungen. Weite Anwendung findet das Verfahren auch bei anderen psychischen und somatischen Störungen zur Erfassung depressiver Symptome und deren Veränderung durch bestimmte Interventionen.

Ursprünglich war das BDI eine Mischung aus Fremd- und Selbstbeurteilung als Maß zur klinischen Beurteilung der Schwere der Depression gedacht, hat sich jedoch nur als Selbstbeurteilungsinstrument durchgesetzt. Die ursprüngliche Variante (Beck et al., 1961) wurde mehrfach überarbeitet und ist heute (Beck et al., 1996) in einer an das DSM-IV angepassten Form verfügbar. Die Version von 1987 (am DSM-III orientiert) wurde in zahlreiche Sprachen übersetzt und es existieren dazu weltweit viele Arbeiten. Die deutschsprachigen Arbeiten reichen bis 1974 (Lukesch, 1974) und 1983 (Kammer, 1983) zurück. In zahlreichen Arbeiten wurde die faktorielle Struktur untersucht und dabei wurden meist vier, doch auch bis zu sieben Faktoren interpretiert. Übereinstimmend betonen jedoch die Mehrzahl der Autoren, dass die Interkorrelationen der Faktoren hoch, die aufgeklärte Varianz einzelner Faktoren gering und die Interpretation selten überzeugend möglich ist. Beck et al. (1996) sowie Hautzinger et al. (2009) halten es für sinnvoll, von einem generellen Faktor auszugehen und so den Summenwert des Fragebogens zur Interpretationsgrundlage zu machen.

**Aufbau und Auswertung**

Das BDI II besteht aus 21 Gruppen von Aussagen, die folgende Symptombereiche abdecken: Dysphorie, Pessimismus, Versagen, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessenverlust, Entschlussfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Appetitverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust der Libido. Patienten sollen sich bezüglich jeder dieser Symptombereiche für eine von vier vorgegebenen Aussagen (0 = nicht vorhanden, 1 = leichte Ausprägung, 2 = mäßige Ausprägung und 3 = starke Ausprägung) entscheiden, die bezogen auf die letzten 2 Wochen am besten die gegenwärtige Verfassung beschreibt. Aus jeder Symptomgruppe werden die zutreffenden Aussagen addiert. Der Summenwert drückt die Schwere der gegenwärtigen depressiven Symptomatik aus. Ein Wert von 20 Punkten und darüber darf als klinisch signifikant angesehen werden. Werte zwischen 14 und 19 Punkten sind bereits erhöht und weisen auf eine milde bis mäßige Ausprägung depressiver Symptome hin. Depressive Patienten in Remission und auch klinisch unauffällige Kontrollpersonen weisen Summenwerte von unter neun Punkten auf. Es existieren zahlreiche Vergleichswerte und Normen unterschiedlicher klinischer Gruppen. Depressive Patienten erreichen typischerweise Werte von deutlich über 20 Punkten.

**Gütekriterien**

Das BDI II weist gute psychometrische Merkmale auf, die wiederholt bestätigt wurden. Die Reliabilität (interne Konsistenz) ist bei klinischen Stichproben durchweg hoch (Cronbachs  $\alpha > .89$ ), auch bei gesunden Kontrollgruppen werden hohe Werte von  $\alpha = .90$  erzielt. Die Stabilität der BDI II-Werte ist naturgemäß geringer, doch über 3 Wochen (klini-

	<p>sche Stichprobe) und 5 Monate (bei Gesunden) mit .78 zufriedenstellend hoch. Die inhaltliche Validität ist durch die Ausrichtung an den weithin akzeptierten Diagnosesystemen gegeben. Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsmaßen depressiver Symptome liegen bei <math>r = .89</math>. Das BDI II bildet therapeutische Fortschritte durch Pharmako- oder durch Psychotherapie gut ab. Die Konstruktvalidität ist belegt (Hautzinger et al., 2009).</p>
<b>Vergleichswerte/ Normen</b>	<p>Normwerte aufgrund verschiedener Strichproben und differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht existieren inzwischen (Hautzinger et al., 2009). Es gibt Vergleichswerte, Prozentränge, Grenzwerte und Erwartungswerte für unterschiedliche klinische Gruppen und bei unterschiedlichen Behandlungen.</p>
<b>WWW-Ressourcen</b>	<p>Das Manual ist in Auszügen verfügbar unter: <a href="http://www.pearsonassessment.de/out/pictures/media/366501.pdf">http://www.pearsonassessment.de/out/pictures/media/366501.pdf</a></p>
<b>Literatur</b>	<p>Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. &amp; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 4, 561–571.</p> <p>Beck, A. T., Steer, R. A. &amp; Brown, G. K. (1996). <i>Beck Depression Inventory – Second Edition. Manual</i>. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.</p> <p>Hautzinger, M., Keller, F. &amp; Kühner, C. (2009). <i>Beck Depressions-Inventar – Revision (BDI II)</i> (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson.</p> <p>Kammer, D. (1983). Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressionsinventars. <i>Diagnostica</i>, 24, 48–60.</p> <p>Lukesch, H. (1974). Testkriterien des Depressionsinventars von Beck. <i>Psychologie und Praxis</i>, 18, 60–78.</p> <p>Schmitt, M. &amp; Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars. <i>Diagnostica</i>, 46, 38–46.</p>
<b>Autoren des Beitrags</b>	<p>Martin Hautzinger und Kristina Geue</p>
<b>Kontakt Daten des Erstautors</b>	<p>Prof. Dr. Martin Hautzinger Eberhard Karls Universität Tübingen Fachbereich Psychologie Klinische Psychologie und Psychotherapie Schleichstr. 4 72076 Tübingen <a href="mailto:hautzinger@uni-tuebingen.de">hautzinger@uni-tuebingen.de</a></p>

# Bf-SR/Bf-SR'

## Befindlichkeitsskala – Revidierte Fassung

<b>Autoren des Testverfahrens</b>	Detlev von Zerssen und Franz Petermann
<b>Quelle</b>	Zerssen, D. von & Petermann, F. (2011). <i>Die Befindlichkeitsskala (Bf-SR) – Revidierte Fassung</i> . Göttingen: Hogrefe. Das Copyright liegt beim Hogrefe Verlag.
<b>Vorgänger-/ Originalversionen</b>	Zerssen, D. von (1976). <i>Die Befindlichkeitsskala</i> . Weinheim: Beltz.
<b>Kurzversionen</b>	keine
<b>Kurzbeschreibung</b>	Die Bf-SR stellt ein eindimensionales Verfahren zur Erfassung der momentanen Befindlichkeit dar. Über die Darbietung von 24 Paaren von Eigenschaftswörtern erfolgt eine Erhebung der momentanen Einschätzung der wahrgenommenen Befindlichkeit. Die Bf-SR liegt als Papier-Bleistift-Verfahren vor. Da zwei Parallelförmungen (Bf-SR und Bf-SR') existieren, ist das Verfahren besonders für psychologische, psychopharmakologische und psychiatrische Verlaufsuntersuchungen geeignet. Es eignet sich für Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzte, Psychiater sowie im Gesundheitswesen tätige Wissenschaftler.
<b>Anwendungsbereich</b>	Die Bf-SR ist bei Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 14 bis 90 Jahren einsetzbar.
<b>Bearbeitungszeit</b>	Die Bearbeitungszeit beträgt 5 Minuten und die Auswertungszeit 1 bis 2 Minuten.
<b>Theoretischer Hintergrund</b>	<p>Der Begriff Befindlichkeit kann als ein zentraler Zustand aufgefasst werden, welcher in der Literatur in verschiedener Art und Weise verwendet und diskutiert wird. Als allgemeiner Konsens lässt sich jedoch festhalten, dass Befindlichkeit eher eine Konsequenz denn eine Grundlage von Verhalten darstellt und zentrale Komponenten des subjektiven Empfindens von Emotionen und deren kognitive Bewertung (u. a.) eine Rolle spielen (z. B. Kleinert et al., 2007). Dabei lässt sich nach Schumacher et al. (2003) die emotionale Komponente in die Teilkomponenten Positiver Affekt, Negativer Affekt sowie Glück (als längerfristiger positiver Affekt) unterteilen. Die kognitive Komponente umfasst zum einen die globale, zum anderen auch die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit und stellt eher einen längerfristig andauernden Zustand (Trait) dar, als es bei der emotionalen Komponente (State) der Fall ist (vgl. DeNeve &amp; Cooper, 1998).</p> <p>Für die psychodiagnostische Erfassung von Befindlichkeit ist die zeitliche Komponente von Bedeutung. Becker (1994) postuliert dazu in seinem Strukturmodell des Wohlbefindens eine Unterscheidung in den</p>

**Bezug zur Psychotherapie**

aktuellen und habituellen Zustand. Während der aktuelle Zustand sich ausschließlich auf das momentane Erleben einer Person bezieht, umfasst der habituelle Zustand das allgemeine Wohlbefinden mit einem zeitlichen Bezug auf die letzten Wochen und Monate. Neben dieser zeitlichen Komponente wird zudem psychisches und körperliches Wohlbefinden unterschieden.

Die Bf-SR fokussiert letzteren Aspekt und ermöglicht dem Anwender auf diesem Wege einen Blick auf den momentanen Zustand. Daraus ergeben sich zahlreiche Anwendungsfelder, die insbesondere verschiedene Bereiche der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen betreffen.

**Testentwicklung**

Die Bf-SR bildet ein zeitökonomisches Verfahren und eignet sich zum Einsatz in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Die beiden Parallelformen sind so konzipiert, dass sie die momentane Befindlichkeit von Personen anhand von Eigenschaftswörtern erfassen. Sie eignen sich deshalb besonders gut für Studien, in denen Aussagen zur Befindlichkeit in unterschiedlichen Kontexten getroffen werden sollen (vgl. Schmidt et al., 2011) und/oder zur differenzierten Erfassung von Therapieverläufen an einzelnen Patienten oder Patientengruppen.

Ursprünglich stellte die Befindlichkeitsskala mit ihren beiden Parallelformen Bf-S und Bf-S' einen Bestandteil der Klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) aus dem Münchener Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS München) dar (Zerssen, 1976). Um für die klinische Forschung und Praxis weiterhin Aktualität zu gewährleisten und auch dem zeitgemäßen Wandel der Klassifikation psychischer Störungen gerecht zu bleiben, war es notwendig, eine grundlegende Überarbeitung der Befindlichkeitsskala vorzunehmen. Dazu wurden einzelne Items sprachlich überarbeitet sowie nach entsprechender vorheriger klinischer Erprobung auch einzelne Items entfernt. An einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von  $N = 2\,504$  wurden anschließend Kennwerte zur Itemgüte des überarbeiteten Verfahrens berechnet. Zudem erfolgte eine faktorenanalytische Überprüfung der Dimensionalität des Verfahrens, welche das zugrunde liegende, eindimensionale Konstrukt der Bf-SR erneut bestätigte.

**Aufbau und Auswertung**

Die Bf-SR besteht aus 24 Paaren von Eigenschaftswörtern von gegensätzlicher Bedeutung (positiv/negativ), die jeweils zeilenweise dargeboten werden. Der Patient wird aufgefordert (ohne lange zu überlegen), in das Kästchen ein Kreuz zu setzen, das seinen augenblicklichen Zustand am ehesten kennzeichnet. Am Ende jeder Zeile besteht zudem die Möglichkeit anzugeben, wenn keine der aufgeführten Eigenschaftswörter das eigene Befinden ausdrücken (weder-noch). Nur wenn der Patient sich gar nicht entscheiden kann, soll die Weder-noch-Spalte angekreuzt werden. Die Auswertung erfolgt mittels Schablone. Ein Kreuz vor einem Eigenschaftswort, das den negativen Pol eines Begriffspaares bildet, wird als 2, ein Kreuz vor dem positiven Eigenschaftswort als 0 und ein Kreuz vor der Weder-noch-Spalte grundsätzlich als 1 gewertet. Die Summe der Punktwerte pro Bogen bildet den