

## Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYINDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <http://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

## Mannheimer Craving Scale (MaCS)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Konsum von Suchtmittel (z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente) und auf Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Bilder, die damit zusammenhängen. Bitte kreuzen Sie jeweils die Aussage an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Falls nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Zeitraum der vergangenen sieben Tage.

<b>1.</b>	<b>Wenn Sie keine Suchtmittel nehmen, wie viel Ihrer Zeit wird dann von Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beansprucht, die etwas damit zu tun haben?</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Weniger als eine Stunde am Tag <input type="checkbox"/> 1-3 Stunden am Tag <input type="checkbox"/> 4-8 Stunden am Tag <input type="checkbox"/> Mehr als 8 Stunden am Tag
<b>2.</b>	<b>Wie häufig treten diese Gedanken oder Vorstellungen auf?</b> <input type="checkbox"/> Niemals <input type="checkbox"/> Nicht häufiger als achtmal am Tag <input type="checkbox"/> Häufiger als achtmal am Tag, aber die meisten Stunden des Tages sind frei davon <input type="checkbox"/> Mehr als achtmal am Tag und während der meisten Stunden des Tages <input type="checkbox"/> Die Gedanken treten so häufig auf, dass man sie nicht mehr zählen kann, und es vergeht kaum eine Stunde, in der sie nicht auftreten
<b>3.</b>	<b>Wie stark werden Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihr soziales Verhalten von diesen Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern beeinflusst? Gibt es etwas, was sie deswegen nicht tun oder nicht können? (Falls sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit dadurch beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?)</b> <input type="checkbox"/> Die Gedanken daran beeinflussen mich überhaupt nicht – ich arbeite oder verhalte mich völlig normal. <input type="checkbox"/> Die Gedanken daran beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Maße, mein Auftreten oder meine Leistung insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt. <input type="checkbox"/> Die Gedanken daran beeinflussen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht. <input type="checkbox"/> Die Gedanken daran beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine berufliche Leistung ganz erheblich. <input type="checkbox"/> Die Gedanken daran beeinträchtigen mein soziales Verhalten oder meine Arbeitsleistung vollständig.

## Mannheimer Craving Scale (MaCS)

4.	<p><b>Wenn Sie kein Suchtmittel nehmen, wie sehr leiden Sie dann unter den Vorstellungen, Gedanken, Impulsen oder Bildern, die damit zu tun haben bzw. wie sehr werden Sie dadurch gestört.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Keine Belastung oder Störung</p> <p><input type="checkbox"/> Geringfügig, selten und nicht besonders störend</p> <p><input type="checkbox"/> Mäßig, häufig und störend; ich kann aber noch damit zurechtkommen</p> <p><input type="checkbox"/> Stark, sehr häufig und sehr störend</p> <p><input type="checkbox"/> Extrem stark, fast durchgängig, alles andere wird beeinträchtigt.</p>
5.	<p><b>Wenn Sie kein Suchtmittel nehmen, wie sehr bemühen Sie sich dann, diesen Gedanken zu widerstehen, Sie nicht zu beachten oder Ihre Aufmerksamkeit auf etwas Anderes zu lenken? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand gegen diese Gedanken an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich habe so selten derartige Gedanken, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn Sie aber auftauchen, bemühe ich mich immer, diesen Gedanken zu widerstehen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich versuche meistens, diesen Gedanken zu widerstehen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich unternehme einige Anstrengungen, um diesen Gedanken zu widerstehen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich lasse allen derartigen Gedanken freien Lauf, ohne zu versuchen, sie zu kontrollieren. Dabei habe ich allerdings ein ungutes Gefühl.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich lasse diesen Gedanken freien Lauf.</p>
6.	<p><b>Wenn Sie kein Suchtmittel nehmen, wie erfolgreich können Sie dann diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Es gelingt mir stets vollkommen, diese Gedanken zu beenden oder sie zu zerstreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> Gewöhnlich kann ich diese Gedanken mit einiger Anstrengung und Konzentration beenden oder zerstreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> Manchmal kann ich diese Gedanken beenden oder sie zerstreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich kann diese Gedanken nur ganz selten beenden und sie nur sehr schwerlich zerstreuen.</p> <p><input type="checkbox"/> Selbst für kurze Momente kann ich solche Gedanken nur selten zerstreuen.</p>
7.	<p><b>Wie stark wird Ihre berufliche Tätigkeit durch die Einnahme von Suchtmitteln beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht können? (Falls Sie gerade nicht berufstätig sind: Wie sehr wäre Ihre berufliche Tätigkeit beeinflusst, falls Sie arbeiten würden?)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Beeinflusst mich beruflich überhaupt nicht – ich arbeite völlig normal.</p> <p><input type="checkbox"/> Beeinflusst meine beruflichen Tätigkeiten in geringem Maße, meine Arbeitskraft insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Beeinflusst meine berufliche Leistung eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht.</p> <p><input type="checkbox"/> Beeinträchtigt meine berufliche Leistung ganz erheblich.</p> <p><input type="checkbox"/> Beeinträchtigt meine Arbeitsleistung völlig.</p>

## Mannheimer Craving Scale (MaCS)

<b>8.</b>	<b>Wie stark wird Ihr soziales Verhalten durch die Einnahme von Suchtmitteln beeinflusst? Gibt es etwas, was Sie deswegen nicht tun oder nicht können?</b> <input type="checkbox"/> Beeinflusst mein soziales Verhalten überhaupt nicht – ich verhalte mich völlig normal. <input type="checkbox"/> Beeinflusst mein soziales Verhalten in geringem Maße, mein Auftreten insgesamt ist jedoch nicht beeinträchtigt. <input type="checkbox"/> Beeinflusst mein soziales Verhalten eindeutig, ich komme aber noch damit zurecht. <input type="checkbox"/> Beeinträchtigt mein soziales Verhalten ganz erheblich. <input type="checkbox"/> Beeinträchtigt mein soziales Verhalten völlig.
<b>9.</b>	<b>Wenn Sie ein Suchtmittel nehmen möchten, aber daran gehindert wären, wie ängstlich oder ungehalten würden Sie dann werden?</b> <input type="checkbox"/> Ich würde überhaupt nicht ängstlich oder gereizt. <input type="checkbox"/> Ich würde in geringem Maße ängstlich oder gereizt. <input type="checkbox"/> Angst oder Reizbarkeit würden ansteigen, aber noch zu beherrschen sein. <input type="checkbox"/> Angst oder Reizbarkeit würden für mich sehr stark und störend. <input type="checkbox"/> Angst oder Reizbarkeit würden mich völlig überwältigen.
<b>10.</b>	<b>Wie sehr bemühen Sie sich der Einnahme von Suchtmittel zu widerstehen? (Geben Sie das Ausmaß Ihrer Bemühungen um Widerstand dagegen an, nicht den Erfolg oder Misserfolg, den Sie dabei haben.)</b> <input type="checkbox"/> Ich konsumiere so minimal, dass es nicht notwendig ist, dagegen anzugehen. Wenn ich doch konsumiere, bemühe ich mich immer, diesem zu widerstehen. <input type="checkbox"/> Ich versuche meistens, dem Konsum zu widerstehen. <input type="checkbox"/> Ich unternehme einige Anstrengungen, um dem Konsum zu widerstehen. <input type="checkbox"/> Ich lasse dem Konsum meistens freien Lauf, ohne zu versuchen, es zu kontrollieren. Dabei habe ich ein ungutes Gefühl. <input type="checkbox"/> Ich lasse dem Konsum völlig freien Lauf.
<b>11.</b>	<b>Wie stark ist Ihr Drang, Suchtmittel zu nehmen?</b> <input type="checkbox"/> Ich verspüre keinen Drang. <input type="checkbox"/> Ich verspüre etwas Drang. <input type="checkbox"/> Ich verspüre starken Drang. <input type="checkbox"/> Ich verspüre sehr starken Drang. <input type="checkbox"/> Der Drang ist völlig überwältigend und nicht zu beeinflussen.
<b>12.</b>	<b>Wie viel Kontrolle haben Sie über Ihren Suchtmittelkonsum?</b> <input type="checkbox"/> Völlig unter Kontrolle. <input type="checkbox"/> Gewöhnlich kann ich es unter willentlicher Kontrolle halten. <input type="checkbox"/> Ich kann es nur unter Schwierigkeiten kontrollieren. <input type="checkbox"/> Ich muss Suchtmittel nehmen und kann es nur unter Schwierigkeiten hinausschieben. <input type="checkbox"/> Ich bin kaum in der Lage, den Suchtmittelkonsum auch nur für kurze Zeit hinauszuschieben.

Mannheimer Craving Scale (MaCS)

<p><b>13.</b></p>	<p><b>Wie stark war während der letzten sieben Tage Ihr Verlangen nach Suchtmittel (der Wunsch danach, während der Zeit, in der sie nicht konsumierten) im Durchschnitt?</b></p> <p style="text-align: center;">0-----100</p> <p style="text-align: center;">nicht vorhanden <span style="float: right;">sehr stark</span></p>
<p><b>14.</b></p>	<p><b>Denken Sie bitte einmal an den Moment innerhalb der letzten sieben Tage zurück, als das Verlangen nach Suchtmittel am stärksten war. Wie stark war dieses Verlangen?</b></p> <p style="text-align: center;">0-----100</p> <p style="text-align: center;">nicht vorhanden <span style="float: right;">sehr stark</span></p>
<p><b>15.</b></p>	<p><b>Wie häufig hatten Sie während der letzten sieben Tage Verlangen nach einem Suchtmittel (den Wunsch danach, während der Zeit, in der sie nicht konsumierten)?</b></p> <p style="text-align: center;">0-----100</p> <p style="text-align: center;">nie <span style="float: right;">immer</span></p>
<p><b>16.</b></p>	<p><b>Wann haben Sie zuletzt ein Suchtmittel genommen?</b> Vor <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Tagen</p>

**Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem  
Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für  
Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)**

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Thema der Arbeit: .....

.....

eingesetztes Testverfahren:.....

.....

Publikation geplant in: .....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_

Datum                      Unterschrift