

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 PSYNDEX-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

Diagnostisches Interview für PTED

A. Kernkriterien

1. Gab es in den vergangenen Jahren ein einschneidendes Ereignis/Erlebnis/eine einschneidende Erfahrung, durch das sich Ihre psychische Befindlichkeit deutlich und anhaltend bzw. bleibend negativ verändert hat?	→ NEIN	JA
2. Erleben Sie das kritische Lebensereignis als ungerecht oder nicht fair?	→ NEIN	JA
3. Fühlen Sie bei dem Gedanken an dieses Ereignis große Verbitterung, Wut, Verzweiflung und Hilflosigkeit?	→ NEIN	JA
4. Litten Sie bereits vor diesem Ereignis unter (schwerwiegenden / relevanten / erkennbaren) psychischen oder seelischen Problemen (Depressionen, Ängste o.ä.)?	NEIN	→ JA
BEURTEILUNG DURCH DEN UNTERSUCHER:		
LIEGT EIN VERBITTERUNGSAFFEKT VOR?	→ NEIN	JA
KANN DER AKTUELLE PSYCHISCHE ZUSTAND DURCH FRÜHERE ODER AKTUELLE PSYCHISCHE STÖRUNGEN ERKLÄRT WERDEN?	NEIN	→ JA

5. Wie lange hält bislang Ihre psychische Beeinträchtigung durch das kritische Lebensereignis an?
(Angabe in Monaten)

_____ Monate
→
Unter 6 Monate

B. Zusatzsymptome

1. Haben sich Ihnen im Verlauf der vergangenen Monate immer wieder Erinnerungen oder Gedanken an das Ereignis aufgedrängt und Sie belastet?	NEIN	JA
2. Wenn Sie an dieses Ereignis erinnert werden, führt das dann auch jetzt noch dazu, dass es Sie heftig aufregt?	NEIN	JA
3. Fühlen Sie sich dem kritischen Lebensereignis oder dem Verursacher gegenüber eher hilflos ausgeliefert?	NEIN	JA
4. Ist Ihre aktuelle Grundstimmung seit dem kritischen Lebensereignis häufig gedrückt?	NEIN	JA
5. Wenn Sie abgelenkt werden, können Sie dann auch einmal kurzfristig eine normale Stimmung erleben?	NEIN	JA
GAB ES UNTER B MINDESTENS 4 POSITIVE ANTWORTEN?	→ NEIN	JA
POSTTRAUMATISCHE VERBITTERUNGSSTÖRUNG		
NUR ANKREUZEN WENN KEINE MANIFESTE PSYCHISCHE STÖRUNG IM JAHR VOR DEM KRITISCHEN LEBENSEREIGNIS AUFTRAT.	NEIN	JA

Anmerkung: Die mit einem Pfeil markierten Antworten zeigen an, dass ein entscheidendes Kriterium für die Diagnose einer PTED nicht erfüllt wurde. In diesem Fall wird der Untersucher gebeten, „NEIN“ im diagnostischen Feld am Ende des Interviews zu markieren.

C. Ergänzendes Beschwerdespektrum

Wenn das kritische Lebensereignis angesprochen wird oder Sie daran denken, steigen dann folgende Gefühle in Ihnen auf?

- | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Interessenverlust und Rückzug: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 2. Mangelnde Fähigkeit, auf freudige Ereignisse gefühlsmäßig zu reagieren | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 3. Schlafstörungen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 4. vermehrte Erschöpfung und Müdigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 5. Unruhe oder Getriebenheit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 6. Reizbarkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 7. Konzentrationsstörungen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 8. Antriebshemmung und Antriebslosigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 9. Abnahme des sexuellen Interesses: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 10. Vermehrte Kopf- oder Rückenschmerzen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 11. Vermehrte Magen-Darm-Probleme: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 12. Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Schwindel: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 13. Appetitverlust: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 14. Gewichtsverlust: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 15. Vermeidung von Orten oder Personen, die Sie an das kritische Lebensereignis erinnern? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 16. Dem Gefühl, dass es keinen Sinn macht, Dinge anzupacken und sich anzustrengen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 17. Verzweiflung: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 18. Hoffnungslosigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 19. Wut: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 20. Angst: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 21. Aggression: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 22. Verbitterung: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 23. Traurigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 24. Hilflosigkeit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 25. Angerührtheit: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 26. Ärger: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 27. Beleidigtsein: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 28. Groll: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 29. Demütigung, Herabwürdigung: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 30. Scham: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 31. Rachegefühle: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |
| 32. Enttäuschung: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> stark | <input type="checkbox"/> sehr stark |

D) Weitere Folgen

Hat das kritische Lebensereignis zur Folge, dass Sie

1. sich selbst Vorwürfe machen und auf sich selbst ärgerlich sind?
nein etwas stark sehr stark
2. ständig an das kritische Lebensereignis denken müssen?
nein etwas stark sehr stark
3. hochkommende Erinnerungen an das kritische Lebensereignis als schmerzhaft erleben?
nein etwas stark sehr stark
4. den Wunsch hatten, aus dem Leben zu scheiden?
nein etwas stark sehr stark
5. sich freuen würden, wenn einer Person oder Institution etwas Schlimmes widerfahren würde?
nein etwas stark sehr stark
6. Gedanken, Phantasien oder Wünsche haben, jemandem aus Rache etwas antun zu wollen
nein etwas stark sehr stark
7. bei beruflichen Aktivitäten beeinträchtigt sind?
nein etwas stark sehr stark
8. bei familiären Aktivitäten und Kontakten beeinträchtigt sind?
nein etwas stark sehr stark
9. bei Hobbys, Freizeitaktivitäten oder geselligen Aktivitäten beeinträchtigt sind?
nein etwas stark sehr stark

**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