

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 <https://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

Name: _____

Datum: _____

Fragebogen zum Therapieerleben für Angehörige (TeF-A)

Wenn jemand krank oder in Behandlung ist, dann sind davon immer auch ihre/seine Partner/Angehörige betroffen. Die folgenden Fragen zielen nicht darauf ab, etwas über den Patienten, das heißt Ihren Partner/Angehörigen, der sich in Behandlung befindet, zu erfahren, sondern es geht darum, was Sie selbst von der Therapie mitbekommen, wie gut Sie informiert wurden und wie Sie die laufende Behandlung einschätzen.

Im Folgenden finden Sie Aussagen, die sich auf die Therapie Ihres Partners/Angehörigen beziehen. Bitte markieren Sie durch Ankreuzen, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen. Dabei gibt es keine richtigen und falschen Antworten, kreuzen Sie deshalb diejenige Antwortmöglichkeit an, die am ehesten auf Ihre persönliche Wahrnehmung zutrifft. Natürlich können mit den kurzen Aussagen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden und vielleicht treffen deshalb einige nicht so gut auf Sie zu. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Aussagen auf die laufende Therapie.

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils, teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
1. Die Therapie ist mir bei der Bewältigung von eigenen Problemen eine spürbare Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe Angst, dass man durch die Therapie ein anderer Mensch wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich unterstütze die Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Therapie zielt darauf ab, andere Sichtweisen kennen zu lernen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die mit der Therapie verbundenen Anstrengungen nehme ich gerne in Kauf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe Angst, dass ich durch die Therapie als Schuldige/r angesehen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich habe das Gefühl, dass meine Bezugsperson (z.B. Partner/in) und ich durch die Therapie besser mit Problemen umgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich trage meinen Teil dazu bei, dass die Therapie ein Erfolg wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. In der Therapie lernt man, besser mit Gefühlen umzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe das Gefühl, dass die Beziehung zu meiner Bezugsperson (z.B. Partner/in) durch die Therapie intensiver wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Für die Therapie bringe ich gerne zusätzliche Zeit auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich empfinde die Therapie als Vorwurf mir gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich sehe meine Rolle in der Therapie als Schuldige/r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe Angst, durch die Therapie alleine dazustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich führe mit Anderen Gespräche über das, was in der Therapie läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16. Ich verstehe, was in der Therapie passiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ich habe das Gefühl, dass man als Patient durch die Therapie noch mehr unter den bestehenden Problemen leidet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ich weiß, was in der Therapie erreicht werden soll. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Ich weiß, was in der Therapie passiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ich habe das Gefühl, dass meine Bezugsperson (z.B. Partner/in) und ich durch die Therapie offener miteinander reden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Die Therapie macht mir Angst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Ich engagiere mich für die Therapie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ich befürchte, dass im Rahmen der Therapie sehr intime Dinge besprochen werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ich fühle mich nicht ausreichend informiert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ich fühle mich durch die Therapie persönlich angegriffen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Ich denke, dass eine Therapie hilfreich sein kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Ich empfinde die Therapie als Vertrauensbruch. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ich fühle mich durch die Therapie hintergangen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Ich bin mit der Therapie zufrieden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. In der Therapie lernt man, anders mit Problemen umzugehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ich empfinde die Therapie als Eingeständnis meines Versagens. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Ich tue das mir mögliche, um die Therapie voranzubringen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Ich fühle mich durch die Therapie ausgeliefert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ich fühle mich durch die Therapie im Stich gelassen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Ich fühle mich in Entscheidungen über anstehende Behandlungsschritte einbezogen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ich habe das Gefühl, dass die Therapie hilft, alltägliche Aufgaben besser zu erledigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Ich erhalte durch die Therapie Anregungen, die mir im Umgang mit Problemen nützlich sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Ich habe Angst, durch die Therapie ausgegrenzt zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Ich lehne die Therapie ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ich hoffe, dass man durch die Therapie in die Lage versetzt wird, Probleme besser lösen zu können. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Absender: _____

Adresse des Testautors/der Testautoren:

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

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