

## 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

Ihr Name \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ihr Geschlecht:  weiblich  männlich

## ANLEITUNG

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen bezüglich Ihrer gerade laufenden psychotherapeutischen Behandlung Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das **Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

Hier ist ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

„Ich kann in der Therapie ich selbst sein.“

|     |    |   |   |    |     |
|-----|----|---|---|----|-----|
| --- | -- | - | + | ++ | +++ |
|-----|----|---|---|----|-----|

- Ist diese Aussage für Sie **sehr falsch**, durchkreuzen Sie bitte: ---
- Ist diese Aussage für Sie **falsch**, durchkreuzen Sie bitte: --
- Ist diese Aussage für Sie **eher falsch**, durchkreuzen Sie bitte: -
- Ist diese Aussage für Sie **eher richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +
- Ist diese Aussage für Sie **richtig**, durchkreuzen Sie bitte: ++
- Ist diese Aussage für Sie **sehr richtig**, durchkreuzen Sie bitte: +++

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

**SV-TAB**

Im Folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das **Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

|     |   | Diese Aussage ist: | sehr falsch |    |   | sehr richtig |    |     |
|-----|---|--------------------|-------------|----|---|--------------|----|-----|
| 01. | Auf meine Therapeutin/meinen Therapeuten kann ich mich grundsätzlich verlassen.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 02. | Ich bezweifle, dass meine Therapeutin/mein Therapeut immer ehrlich zu mir ist.  |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 03. | Bei meiner Therapeutin/meinem Therapeuten kann ich mich darauf verlassen, dass sie/er das tut, was sie/er vorher gesagt hat.                        |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 04. | Ich kann in der Therapie ich selbst sein.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 05. | Wenn ich meine Therapeutin/meinen Therapeuten brauche, kann ich mich darauf verlassen, dass sie/er für mich da sein wird.                           |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 06. | Ich kann meiner Therapeutin/meinem Therapeuten wirklich alles erzählen.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 07. | Wenn meine Therapeutin/mein Therapeut mir ein Kompliment macht, bezweifle ich, dass sie/er das wirklich so meint.                                   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 08. | Ich kann in der Therapie über all das sprechen, was in meinem Inneren vorgeht.  |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 09. | Ich weiß, dass ich meiner Therapeutin/meinem Therapeuten alles erzählen kann, ohne abgelehnt zu werden.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 10. | Mein Vertrauen in meine Therapeutin/meinen Therapeuten kann leicht erschüttert werden.  |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 11. | In der Therapie fühle ich mich frei, persönliche Probleme zu besprechen, bei denen ich mich normalerweise schäme oder Angst habe, sie anzusprechen. |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 12. | Ich vertraue darauf, dass meine Therapeutin/mein Therapeut mir hilft.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 13. | Ich bin davon überzeugt, dass meine Therapeutin/mein Therapeut bemüht und engagiert ist, mir zu helfen.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |
| 14. | Ich zweifle daran, dass meine Therapeutin/mein Therapeut mich und meine Probleme wirklich versteht.   |                    | ---         | -- | - | +            | ++ | +++ |



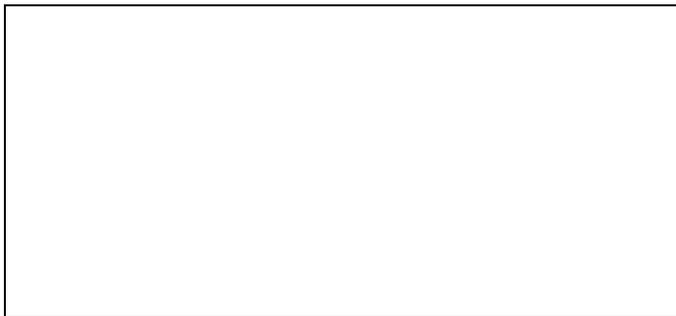
## ZUK-TAB

Im Folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das **Ihrer persönlichen Meinung** am besten entspricht.

| Diese Aussage ist: |  | sehr falsch |    |   |   | sehr richtig |     |
|--------------------|--|-------------|----|---|---|--------------|-----|
| 01.                | Seit dem ersten Kontakt mit meiner Therapeutin/<br>meinem Therapeuten bin ich zuversichtlich, dass ich in<br>der Therapie weitere Fortschritte machen werde. | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 02.                | Ich bin mir sicher, dass meine Therapeutin/mein<br>Therapeut auch künftige Belastungen mit mir<br>aushalten wird.  | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 03.                | Ich befürchte, dass sich durch die Therapie nur wenige<br>Dinge in meinem Leben verändern werden.  | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 04.                | Ich habe das Gefühl, dass die Therapie mit meiner<br>Therapeutin/meinem Therapeuten gut laufen wird.   | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 05.                | Ich erwarte, dass ich nach der Therapie viele Dinge<br>ganz anders sehen werde.  | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 06.                | Durch die Therapie wird sich mein Leben entscheidend<br>zum Positiven hin verändern.   | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 07.                | Ich setze große Hoffnungen in die Therapie.  | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 08.                | Die Erfahrungen, die ich in der Therapie mache, sind<br>eine gute Vorbereitung für zukünftige Probleme.  | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 09.                | Ich glaube, dass ich nach der Therapie glücklicher und<br>zufriedener sein werde.  | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |
| 10.                | Starken Belastungen werde ich auch in der Zukunft<br>hilflos gegenüber stehen.   | ---         | -- | - | + | ++           | +++ |

**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