

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

SQFM-AA

Kurzfragebogen für suchtselastete Familienmitglieder (Version Glücksspiel)

Buchner, U. G., Koytek, A., Wodarz, N. & Wolstein, J. (2016)

Buchner, U. G., Koytek, A., Wodarz, N. & Wolstein, J. (2016). SQFM-AA. Kurzfragebogen für suchtselastete Familienmitglieder (Version Glücksspiel) [Verfahrensdokumentation, Autorenbeschreibung und Fragebogen mit Instruktion und Auswertung]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.6583>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9007042>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s). By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-NC-ND 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Kurzfragebogen für suchtbelastete Familienmitglieder SQFM-AA

Version Glücksspiel

Bitte lesen Sie sich die folgenden Aussagen durch und kreuzen möglichst spontan an, welche Aussage auf Sie zutrifft.

In letzter Zeit (in den letzten 3 Monaten):

		Gar nicht 0	Ein- oder zweimal 1	Manch- mal 2	Häufig 3	
1	Wurden die Finanzen Ihrer Familie beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Kommt das Glücksspielen Ihrer/Ihres Angehörigen Ihrem Sozialleben in die Quere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Sind Sie besorgt, dass Ihr/e Angehörige/r ihr/sein Erscheinungsbild oder ihre/seine Selbstfürsorge vernachlässigt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
4	Sucht Ihr/e Angehörige/r Streit mit Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Hat Ihr/e Angehörige/r Sie bedroht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Hat Ihr/e Angehörige/r Familienfeiern durcheinandergebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe

Haben Sie in letzter Zeit (in den vergangenen 3 Monaten)...

		Nein 0	Ein- oder zweimal 1	Manch- mal 2	Häufig 3	
7	mit Ihrer/Ihrem Angehörigen eine Auseinandersetzung über ihr/sein Glücksspielverhalten begonnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	sich launisch oder emotional Ihrer/Ihrem Angehörigen gegenüber verhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	jede Bewegung Ihrer/Ihres Angehörigen beobachtet oder sie/ihn kontrolliert oder ein wachsames Auge auf sie/ihn gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
10	sich mit Ihrer/Ihrem Angehörigen zusammengesetzt und offen darüber gesprochen, was wegen des Glücksspielens unternommen werden könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Sie Ihrer/Ihrem Angehörigen klargemacht, dass Sie die Gründe für ihr/sein Glücksspielverhalten nicht akzeptieren und Sie sie/ihn nicht mehr decken werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Ihrer/Ihrem Angehörigen Ihre Erwartungen, was sie/er zum Familienleben beitragen sollte, klar gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
13	sich für Ihre/n Angehörige/n große Mühe gegeben, z.B. indem Sie für sie/ihn mit anderen über die Rückzahlung von Geld verhandelt haben oder Tätigkeiten im Haushalt übernommen haben, während sie/er beim Spielen war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Ihrer/Ihrem Angehörigen Geld gegeben, obwohl Sie dachten, es würde für das Glücksspielen verwendet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Ausreden für Ihre/n Angehörige/n gemacht, sie/ihn gedeckt oder die Schuld auf sich genommen, wenn etwas aufgrund des Glücksspielverhaltens passiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
16	Ihre eigenen Interessen verfolgt oder sich nach neuen Interessen oder Beschäftigungsmöglichkeiten umgesehen, oder engagieren Sie sich in einer politischen, kirchlichen, sportlichen oder anderweitigen Organisation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	sich weiter um Ihre eigenen Belange gekümmert oder so getan, als ob Ihr/e Angehörige/r nicht da wäre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	manchmal zuerst Ihre eigenen Bedürfnisse berücksichtigt, indem Sie sich um sich gekümmert haben oder sich selbst etwas Gutes getan haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe

FRAGEBOGEN

Bitte wenden.

Kurzfragebogen für suchtblastete Familienmitglieder SQFM-AA

Version Glücksspiel

Wie häufig haben Sie jedes der folgenden Symptome in letzter Zeit
(in den letzten 3 Monaten) erlebt?

		Nie 0	Manch- mal 1	Häufig 2	
19	Besorgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Reizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Gedanken, die Sie nicht aus dem Kopf bekommen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	Körperteile, die sich kraftlos angefühlt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
23	Sich nicht konzentrieren können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24	Frühes Aufwachen und nicht wieder einschlafen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe

In den letzten 3 Monaten:

		Nie 0	Ein- oder zweimal 1	Manch- mal 2	Häufig 3	
25	Freunde/Verwandte haben mir zugehört, wenn ich über meine Gefühle gesprochen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26	Freunde/Verwandte waren für mich da.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	Freunde/Verwandte haben mit mir über meine/n Angehörige/n gesprochen und zugehört, was ich zu sagen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
28	Freunde/Verwandte haben Dinge über meine/n Angehörige/n gesagt, denen ich nicht zustimme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29	Freunde/Verwandte haben gesagt, dass mein/e Angehörige/r keine Hilfe verdient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30	Freunde/Verwandte haben gehässige Dinge über meine/n Angehörige/n gesagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe
31	Fachkräfte aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen haben mir hilfreiche Informationen über problematisches Glücksspielen gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32	Fachkräfte aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen haben sich mir zur Verfügung gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
33	Ich habe meine Situation meinem Ansprechpartner aus dem Gesundheits- oder Sozialwesen anvertraut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Summe

Einfluss Gesamt (Items 1-6)

Symptome Gesamt (Items 19-24)

Familienbelastung Gesamt
(Items 1-9; 13-15; 19-24)

Originalversion: The Alcohol, Drugs and the Family Research Group (2012).
Short Questionnaire for Family Members (affected by addiction) – Gambling.

Übersetzung: Buchner UG, Koytek A, Wodarz N, Wolstein J (2014).

FRAGEBOGEN

Kurzfragebogen für suchtbelastete Familienmitglieder SQFM-AA

Version Glücksspiel

Auswertung

Zur Auswertung werden die Abstufungen der Fragen pro Skala aufsummiert. Die Wertebereiche liegen zwischen 0-2 bzw. 0-3.

Fragen 1-6

„Gar nicht“ = 0 Punkte
„Ein- oder zweimal“ = 1 Punkt
„Manchmal“ = 2 Punkte
„Häufig“ = 3 Punkte

Fragen 19-24

„Nie“ = 0 Punkte
„Manchmal“ = 1 Punkt
„Häufig“ = 2 Punkte

Fragen 7-18

„Nein“ = 0 Punkte
„Ein- oder zweimal“ = 1 Punkt
„Manchmal“ = 2 Punkte
„Häufig“ = 3 Punkte

Fragen 25-33

„Nie“ = 0 Punkte
„Ein- oder zweimal“ = 1 Punkt
„Manchmal“ = 2 Punkte
„Häufig“ = 3 Punkte

Die Summenscores der einzelnen Skalen können Sie direkt auf dem Fragebogen eintragen.
Die einzelnen Skalen bestehen jeweils aus folgenden Fragen:

Skala

Items

Einfluss – besorgniserregendes Verhalten (Impact – Worrying Behaviour)	1, 2, 3
Einfluss – aktive Störungen (Impact – Active Disturbance)	4, 5, 6
<i>Einfluss gesamt</i>	1 - 6
Coping – involviert-emotional (Coping – Engaged-Emotional)	7, 8, 9
Coping – involviert-bestimmt (Coping – Engaged-Assertive)	10, 11, 12
Coping – tolerant-akzeptierend (Coping – Tolerant-Accepting)	13, 14, 15
Coping – zurückziehend-eigenverantwortlich (Coping – Withdrawal-Independent) *	16, 17, 18
Symptome – psychisch (Symptoms – Psychological)	19, 20, 21
Symptome – physisch (Symptoms – Physical)	22, 23, 24
<i>Symptome gesamt</i>	19 - 24
Soziale Unterstützung – hilfreich informell (Social Support – Helpful Informal) *	25, 26, 27
Soziale Unterstützung – nicht hilfreich informell (Social Support – Unhelpful Informal)	28, 29, 30
Soziale Unterstützung – hilfreich formell (Social Support – Helpful Formal) *	32, 33, 34
<i>Familienbelastung gesamt (Total Family Pressure)</i>	1-9; 13-15; 19-24

Hohe Ausprägungen auf den einzelnen Skalen deuten auf einen hohen Unterstützungsbedarf hin.
Eine Ausnahme bilden die mit * gekennzeichneten Skalen: Hier sind hohe Ausprägungen positiv zu bewerten.

AUSWERTUNG