

# PSYCHODIAGNOSTIK und THERAPIE-MONITORING

## Prozess und Outcome Messung in der ambulanten Psychotherapie

Univ.Prof.DDr.G.Schiepek

Dipl.Psych.DDr.E.Bachler



## INHALTSVERZEICHNIS

1. Was kann ich mit dem SNS® erfassen?
2. Warum Prozess-Diagnostik in der Psychotherapie?
3. Kurzbeschreibung SNS®
4. Psychometrische Verfahren im SNS®
5. Anwendungsbeispiele
6. Schulungen
7. Kosten
8. FAQs
9. Literatur
10. Impressum-Partner



## 1. Was kann ich mit SNS® erfassen?

Mit dem SNS® kann man mit über 100 klinischen Fragebögen eine **Statusdiagnostik** durchführen. Der Patient benutzt hierzu die **SNS-App®** bearbeitet die Fragebögen am Smartphone, Tablet oder PC. Der Therapeut erhält dann automatisiert Auswertungen über Merkmalsausprägungen die ein Patient zu einem beliebigen Zeitpunkt hat (Beginn der Therapie, nach einem oder sechs Monaten bzw. zum Ende) (z.B. mit dem ISR ICD 10 Symptomrating können alle ICD 10 Diagnosen erfasst werden) (vgl. Pt 5 Anwendungsbeispiele Bsp.1-2).

Über die **SNS-App®** kann mit dem Patienten auch ein **Verlaufsmonitoring** durchgeführt werden (der Patient füllt symptom- und prozessbezogenen Fragebögen einmalig, täglich, mehrmals wöchentlich, wöchentlich oder monatlich bzw. alle drei Monate etc. aus). Dadurch kann man mit dem SNS erfassen wie sich Merkmale über die Zeit verändern (z.B. einzelne Faktoren oder Items von Fragebögen etc.). Die Darstellung (Art der Diagramme) kann im SNS frei gewählt werden (vgl. Pt. 5 Anwendungsbeispiele Bsp. 3-5). Neue Daten werden dann laufend in Echtzeit aktualisiert und sind sofort sichtbar

Das **Realtime Monitoring**: Werden die Daten tägliche täglich erfasst (z.B. mit dem Therapieprozessbogens TPB) erhalten wir sehr detaillierten Prozessdaten der Therapie: (z.B. über den Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung, Veränderungsmotivation, Problemeinsicht, Selbstfürsorge (allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie) und Ergebnis- (Outcome)werten der PSTH wie Emotionen, soziales Verhalten, Beschwerden bzw. Symptomentwicklung. Die Verwendung von Analysetools (Korrelationsmatrix, Recurrence-plot, Komplexitätsresonanzdiagramm etc.) erlauben uns dann Aussagen über den Entwicklungsprozess des Patienten (welche Items, Faktoren hängen mit welchen Items, Faktoren zusammen, wann bestehen z.B. kritische Instabilitäten, die zu Verbesserungen sogenannte sudden gains, oder Verschlechterungen sudden losses führen, was geht diesen kritischen Instabilitäten voraus, wann bestehen welche wiederkehrende Muster u.v.a.m.). (vgl. Pt. 5 Anwendungsbeispiele Bsp 6-9).

Die Messung von Merkmalen vor und bei Abschluss der Therapie (pre-post) ermöglicht Aussagen über die Effektstärke der Therapie zu bestimmten Diagnosen, Therapiedauer, Geschlecht, Alter zu machen etc. (**Outcomemessung**) (vgl. Pt. 5 Anwendungsbeispiele Bsp 10).

Mit der Interaktionsmatrix können **Dynamiken in sozialen System** (Paare, Familie, Gruppe, Organisationen etc.) erfasst und dargestellt werden; Veränderungsprozesse können in Zeitreihen, Spinnennetzen, Resonanzdiagrammen oder Gruppenmatrizen dargestellt und ausgewertet werden. (vgl. Pt. 5 Anwendungsbeispiele Bsp.11-12 ).

Mit dem **Fragebogeneditor** können beliebig viele neue Fragebögen eingegeben werden; oder einzelne Faktoren oder Items aus vorhandenen Fragebögen können zu eigenständigen psychometrischen Erfassungsinstrumenten weiterentwickelt werden. Hierzu sind unterschiedliche Skalen (Visuelle-analog Skala, Likertskala etc.) verfügbar.

Und das Alles ohne großen Aufwand mit hoher Nutzerfreundlichkeit. Sie können das System in ca. 3 Stunden erlernen (zertifizierte online Fortbildungsveranstaltung mit Fortbildungspunkten) und anwenden. Sie erhalten daneben laufend begleitende Unterstützung zu neuen Entwicklungen in der SNS® Community. Sie können Teile des SNS nutzen und alle anderen Funktionalitäten langsam kennenlernen.

Therapiemonitoring verbessert die Zusammenarbeit der Patienten mit dem Therapeuten, und damit die Qualität der therapeutischen Prozesse und ihre Ergebnisse. Dem Therapeuten liefert das Therapiemonitoring therapieunterstützende Informationen, und stellt einen wichtigen Baustein in der Dokumentation seiner Arbeit dar. Darüber hinaus werden therapeutische Prozesse durch SNS Daten noch „spannender“.

## 2. Warum Prozess-Diagnostik (Monitoring) in der Psychotherapie?

**Therapie-Monitoring** ist neben Super- und Intervision die effektivste Form um die Qualität von Therapieverläufen bzw. die Ergebnisse von Psychotherapien zu verbessern (Duncan et al. 2010). Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, dass die Symptombelastung, die Rate der Verbesserungen, die Rate der Therapieabbrüche und die Verschlechterungsraten in Psychotherapien durch Feedbacksysteme und Therapie-Monitoring positiv beeinflusst werden (Wampold 2015; Lambert 2017).

### Warum?

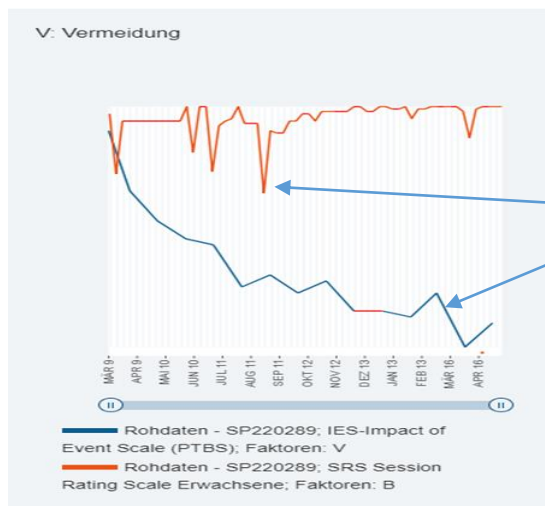
Mit einer Varianzaufklärung von 54% gilt die therapeutische Beziehung als wichtigster Wirkfaktor in der Psychotherapie (Wampold 2001; Kraus et al. 2011). Dabei erwiesen sich Klienten deutlich präziser in der Einschätzung der therapeutischen Beziehung als Therapeuten (Bachelor & Horvath 1999).

Durch das Therapiemonitoring wird der Klient aufgefordert sich laufend, aktiv mit Aspekten der therapeutischen Beziehung und der Entwicklung der persönlichen Zielsetzung stärker auseinander zu setzen. **Monitoringsysteme fördern dadurch die Zusammenarbeit des Patienten mit dem Therapeuten** und reduzieren „Blindsidedness of therapists“ (McDonald & Mellor-Clark 2015). Die Bearbeitung und Förderung der therapeutischen Arbeitsbeziehung, ist ein wesentlicher Teil der interaktionellen „competence“ des Therapeuten.

Denn 19-42% der Sitzungen zeigen Verschlechterungen in der Arbeitsbeziehungen Patient und Therapeut (Safran et al. 2011). Therapeuten erkennen aber sehr begrenzt (1-5%) eine Verschlechterung, oder einen nahenden Therapieabbruch des Klienten. Die durchschnittliche Abbruchrate bei Psychotherapien liegt bei 47% (Lambert & Ogles 2004). Sich früh verschlechternde Patienten erreichen im Unterschied zu „early responders“ (der Patient reagiert innerhalb der ersten 20 Sitzungen mit Symptomverbesserungen in der Therapie) seltener positive Entwicklungen, beziehungsweise Remissionen, und zeigten häufiger schlechtere Symptomwerte zum Therapieende (Schlagert & Hiller 2017; vgl. auch Haas et al. 2002). Probst et al. (2013) wiesen für den stationären Behandlungskontext nach, daß Therapeuten mit Therapiemonitoring die Raten der Verschlechterungen von Patienten in Psychotherapien von 25% auf 8,7% senken können. Finch et al. (2001) konnten den Nachweis

für die ambulante Psychotherapie erbringen (85%-100% der Patienten die sich in psychotherapeutischen Behandlungen verschlechterten konnten durch Monitoringsysteme identifiziert werden). Mit Therapiemonitoring können Therapeuten „alliance ruptures“ deutlich besser erkennen und bearbeiten (Hannan, 2005) (vgl. Abb 1).

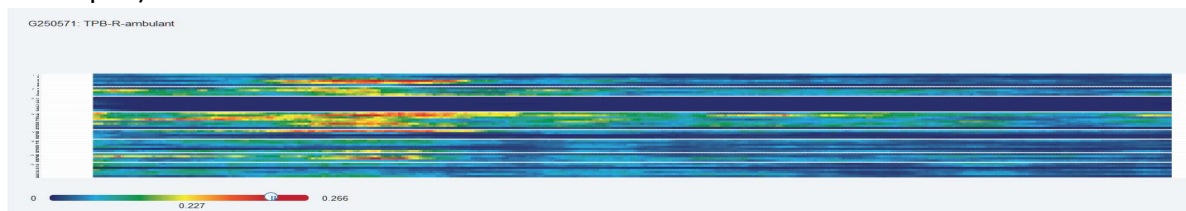
Die frühe positive Entwicklung der Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient geht zeitlich der frühen positive Symptomentwicklung der Patienten immer voraus (Zilcha-Mano et al. 2014).



**Die Abb1:** zeigt zwei Zeitreihen: Dem Wert des Items zur „Therapeutischen Beziehung“ aus der Sessionratingscale **SRS** (wöchentliche Werte) und den Faktor Vermeidung aus den Traumafragebogen **IES** (Impact of Event Scale) (monatliche Werte).  
Die V-Muster in der Session Rating Scale zeigen Krisen in der therapeutischen Beziehung (sich unverstanden fühlen) die die Patientin in der Sitzung nicht geäußert hat aber über den Fragebogen ausdrücken konnte und dann bearbeitet werden konnten.

Was fördert die Zusammenarbeit Patient-Therapeut, und was führt zu positiven Entwicklungsprozessen in Psychotherapien? Durch die Nutzung von Monitoringsystemen, setzen sich Patienten aktiver mit der Entwicklung der therapeutischen Beziehung, den Therapiezielen und dem Rahmen der Psychotherapie auseinander; sie verbessern dadurch ihr Selbstwirksamkeitserleben, ihre Behandlungserwartung, sie entwickeln Einsicht zu Zusammenhängen, und es erhöht ihre Veränderungsmotivation etc. d.h. sie tragen aktiv zu einer Stärkung der allgemeinen Wirkfaktoren als den zentralen „Treibern“ des therapeutischen Prozesses bei. Das SNS® bildet z.B. über den Therapieprozessbogen (TPB) diese Entwicklungsdynamik dieser einzelnen allgemeinen Wirkfaktoren ab.

**Abb2:** zeigt den Verlauf einer PSTH über ein Jahr (erfasst mit dem TPB; Erläuterungen siehe Pt.5 Bsp. 6).



Zwei Meta-Analysen stammen aus der Arbeitsgruppe um Lambert (Shimokawa et al., 2010) und beziehen sich auf die Daten ihrer eigenen Studien, mit mittleren bis großen Effekten ( $d=0.53-0.70$ ), vor allem bei Patienten mit „not on track“ Verläufen, also solchen, die sich unter dem Durchschnitt vergleichbarer Patienten entwickeln.

- Die Akzeptanz der Patienten in Hinblick auf ein regelmäßiges Monitoring ist sehr hoch; die Compliance Rate liegt über alle Diagnosegruppen bei 78,3% (Mittelwert) und 89,4% (Median) (Schiepek et al. 2016).

- Die Bereitschaft von Therapeuten Monitoringsysteme zu nutzen ist hoch, wenn die Systeme technisch einfach sind, und die Therapeuten in der Nutzung insbesondere in der Integration des Therapiemonitorings in die therapeutische Praxis unterstützt werden. Lutz et al. (2012) zeigten in einer Studie zur ambulanten Psychotherapie in Deutschland, daß 70% der Therapeuten Ihre Vorgehensweise mit Feedbackdaten von Patienten verändern. Ein Mangel an Zeit ist in Hinblick auf die Ambivalenz der Therapeuten gegenüber Monitoringsystemen wesentlich (de Jong 2012). Diese Anforderungen an die Praxis haben wir versucht mit dem SNS® umzusetzen.

Wampold (2015) betont die entscheidende Frage sei nicht ob sie genutzt werden, sondern wie. **Die Forderung nach der routinemäßigen Nutzung von Therapie-Monitoring kommt aus der Psychotherapieforschung (schulenübergreifend) (Wampold 2015; Lambert 2017) den Kostenträgern, und der Gesundheitspolitik.**

### 3. Kurzbeschreibung SNS®

Das SNS® (synergetisches Navigationssystem) ermöglicht dem Therapeuten in der ambulanten Psychotherapie in einfacher Weise webbasiert klinische Patientendaten zu erfassen. **In der Entwicklung des SNS haben wir höchsten Wert auf einfache Nutzung des Systems mit geringem Zeitaufwand für den Therapeuten gelegt.**

Es liegen Fragebögen zu allen ICD10 (Kapitel F) Diagnosen und Therapieprozessbögen vor.

Des Weiteren können Gruppenprozesse und Familiendynamiken durch Gruppenfragebögen oder eine Interaktionsmatrix erfasst werden.

Die Verfahren (gegenwärtig über 100) können dem Patienten automatisiert mit frei wählbarer zeitlicher Taktung (täglich, mehrmals wöchentlich, wöchentlich, monatlich etc.), mit einem definierten Anfang und Ende zugewiesen werden. Der Patient erhält dann eine email zur Erinnerung und kann den Fragebogen auf dem Smartphone, dem Tablet oder dem PC ortsungebunden ganz einfach über eine APP (SNS®) ausfüllen. Für den Nutzer ist die Zahl der angewendeten Fragebögen nicht mit weiteren Kostenverbunden (all in one Lösung).

Dem Therapeuten stehen unterschiedliche Ansichten (Übersicht, Standarddiagramm, vom Therapeuten zum Patienten definierte Diagramme, Outcome-Diagramme zu Alter, Geschlecht und Diagnosen- und Auswertungstools) zur Verfügung (vgl. Übersicht Pt. 5). So erhält der Therapeut einen raschen Überblick. Die Aktualisierung der Daten erfolgt immer Realtime d.h. in Echtzeit es stehen daher immer die aktuellen Patientendaten zur Verfügung, es muss nichts mehr konfiguriert werden und die Daten sind direkt in die Praxisverwaltung z.B. Elefant® eingebunden.

## 4. Psychometrische Verfahren im SNS® (über 100 Verfahren)

### 4.1. Psychometrische Verfahren für Erwachsene

#### **ACSS-FAD**

Die Acquired Capability for Suicide Scale - Fearlessness about Death (ACSS-FAD) ist ein Selbstbeurteilungsbogen und erfasst „Furchtlosigkeit vor dem Tod“. Im Rahmen der Interpersonal Theory of Suicide (dtsh. Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens [ITSV]) ist „Furchtlosigkeit vor dem Tod“ eine Subdimension der Acquired Capability for Suicide, d.h. der Fähigkeit eine suizidale Handlung ausführen zu „können“. Der ACSS besteht aus 7 items.

Spangenberg L., Scherer A. Glaesmer H., Gecht J., Barke A., Mainz V. & Forkmann T. (in revision). Furchtlosigkeit vor dem Tod und Suizidalität: Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version der revidierten Acquired Capability of Suicide Scale (ACSS-FAD). Psychiatrische Praxis

#### **ADNM 20**

Der ADNM-20 erfasst im Selbstbericht die Symptome einer Anpassungsstörung gemäß der ICD-11. Der ADNM-20 besteht aus zwei Teilen: einer Ereignisliste zur Erfassung von Belastungen sowie einer Itemliste zur Erfassung der daraus resultierenden Symptome. Anhand der Itemliste werden Präokkupationen und Fehlanpassung, die Hauptsymptom-gruppen der Anpassungsstörung nach ICD-11, sowie die Begleitsymptome der Vermeidung, Depressivität, Angst, Impulskontrollprobleme und funktionale Beeinträchtigung erfasst.

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloutre, M., Ommeren, M. Van, Jones, M., ... Augusto, E. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress : proposals for ICD-11. World Psychiatry, 12(3), 198–206.

#### **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): Selbsttest Alkoholkonsum**

10 items ergeben einen Gesamtscore zur Risikobeurteilung in Hinblick auf den Alkoholkonsum (cut – off scores zu Missbrauch, Abhängigkeitsverhalten).

#### **AQ-Autismus Spektrum Quotient Erwachsene**

Autistische Störungen zeichnen sich durch Einschränkungen in den Bereichen Soziale Interaktion, Kommunikation und stereotypes, restriktives Verhalten aus. Fremdbeurteilungsverfahren.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E (February 2001). "The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians". J Autism Dev Disord. 31 (1): 5–17.

#### **BFI 10 (Big Five Kurzversion)**

Das BFI-10 (Rammstedt/John 2007; Rammstedt 2007a) ist eine Kurzversion des etablierten Big Five Inventory (BFI; John et al. 1991). Es erfasst die Big Five-Persönlichkeitsdimensionen mit zwei Items pro Dimension, von denen jeweils eines den positiven und eines den negativen Pol abbildet (Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus, Offenheit).

Rammstedt, B., 2007a: The 10-Item Big Five Inventory (BFI-10): Norm values and investigation of socio-demographic effects based on a German population representative sample. European Journal of Psychological Assessment 23: 193-201.

#### **Bipolare Störung (FB)**

Differentialdiagnostisches Screening zu Depression und Hypo-Manie der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen.

#### **BSI Burnout Screening Inventory**

Der BSI Burnout-Test basiert auf Arbeit von Jaggi F. ("Burn-out-Screening-Inventory") (BSI).

## **BSS**

(Körperliche Beeinträchtigung, Psychische Beeinträchtigung, Sozialkommunikative Beeinträchtigung).  
Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) Kurzsкала zur Erfassung der globalen Beeinträchtigung in körperlicher, psychischer und sozial-kommunikativer Hinsicht.

Schepank H. BSS. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Manual und Testmappe. Göttingen: Beltz Test 1995.

## **BSL-23**

Bei der etablierten Langform der Borderline-Symptom-Liste (BSL-95) handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren zur quantitativen Erfassung borderline-spezifischer Symptomatik, bestehend aus 95 Items. Um Patientenbelastung und Auswertungszeit zu reduzieren, entwickelten wir eine auf 23 Items reduzierte Kurzform der BSL-23. Die Ergebnisse der Studie sprechen dafür, dass es sich bei der BSL-23 um ein Selbstbeurteilungsinstrument mit sehr guten psychometrischen Eigenschaften handelt, welches in der Verlaufs- und Ergebnismessung von Behandlungsstudien effizient eingesetzt werden kann.

Wolf M, Limberger MF, Kleindienst N, Stieglitz RD, Domsalla M, Philippsen A, Steil R, Bohus M. (2009). [Short version of the borderline symptom list (BSL-23): development and psychometric evaluation]. *Psychother Psychosom Med Psychol.*;59(8):321-4. doi: 10.1055/s-0028-1104598.

## **Bochumer Veränderungsfragebogen**

Mit seiner Hilfe kann der Patient zu Therapieende (post) – oder auch bereits während der Therapie – direkt einschätzen inwieweit sich (inzwischen) die einzelnen Symptome seit dem Zeitpunkt unmittelbar vor Therapiebeginn (prä) verändert haben: gebessert oder verschlechtert. Da direkt nach Veränderungen gefragt wird, kann man den Therapieerfolg abschätzen, selbst wenn zum Prä-Zeitpunkt keine Messung durchgeführt wurde. Der Fragebogen ist eindimensional. Je höher der durchschnittliche Skalenwert ausfällt, desto größer ist im Erleben des Patienten die Verbesserung seiner Symptomatik bzw. seines Zustandes.

Willutzki, U., Uelsmann, D. & Veith, A. (2009). Direkte störungsübergreifende Veränderungsmessung in der Psychotherapie: Der Bochumer Veränderungsfragebogen.

## **Borderline-Skala (CUT-20-R)**

Änderungssensitive Kurzsкала zur Erfassung der Borderline-Symptomatik.

Mestel R, Leichsenring F. Entwicklung einer änderungssensitiven Kurzsкала zur Erfassung der Borderline-Symptomatik: CUT-20-R. In: van der Meer E, Hagendorf H, Beyer R, Krüger F, Nuthmann A, Schulz S. (Hrsg). 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (S. 365). Lengerich: Papst Science Publishers 2002.

## **CHIME Comprehensive Inventory of Mindfulness**

Der FB ist ein Selbststrating zu unterschiedlichen Aspekten der Achtsamkeit. Er umfasst 8 Faktoren (Gewahrsein gegenüber inneren und äusseren Erfahrungen, bewusstes Handeln, annehmende Haltung, nicht reaktive Orientierung, offene nicht vermeidende Haltung, Relativierung und einsichtsvolles verstehen) und 37 items.

Bergomi, C., Tschacher, W. & Kupper, Z. (2015). Meditation practice and self-reported mindfulness: a cross-sectional investigation of meditators and non-meditators using the Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences (CHIME). *Mindfulness*, 6(6), 1411-1421.

## **CORE -5, CORE 10 Kurzversion, CORE SF-A, CORE SF-B, CORE GP**

Neben dem CORE OM (34 items) steht noch eine Version mit 5 und 10 items bzw. ein Therapy-Assessment zur Messung des Therapieeffektes zur Verfügung.

## **CORE OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation)**

Der CORE OM umfasst 34 Items und 4 Faktoren: Subjektives Wohlfühl (4 Items), Probleme und Symptome (12 Items), Funktion (12 Items) und Risiken (6 Items).



## **CPQ-Chronic Pain Acceptance Questionnaire - deutsche Fassung**

Der CPAQ-D kann in Forschung und klinischer Praxis eingesetzt werden, um Hinweise auf dysfunktionale schmerzbezogene Kognitionen und Bewältigungsstile zu gewinnen. Der Verlauf chronischer Schmerzprobleme wird nur sehr eingeschränkt durch die Effektivität medizinischer Behandlungsmaßnahmen, aber wesentlich durch schmerzbezogene Kognitionen und Bewältigungsstile bestimmt. Der CPAQ-D enthält 20 Items, sich auf den Umgang mit bzw. die Bewertung von chronischen Schmerzen beziehen und von Patienten auf einer siebenstufigen Häufigkeitsskala von 0 = "nie" bis 6 = "immer" zu beurteilen sind. 18 der 20 Items werden zu den zwei Subskalen Aktivitätsbereitschaft und Schmerzbereitschaft zusammengefasst.

Nilges, P., Köster, B. & Schmidt, C.O. (2007). Schmerzakzeptanz - Konzept und Überprüfung einer deutschen Fassung des Chronic Pain Acceptance Questionnaire. *Der Schmerz*, 21 (1), 57-67.

## **CTS-Childhood Trauma Screening und CTQ Child Trauma Questionnaire**

5 Items erfassen sehr ökonomisches und valide traumatische Ereignisse. Die Dimensionen sind: körperlicher, sexueller und emotionaler Missbrauch, und körperliche und emotionale Vernachlässigung. Der CTQ besteht aus 28 items zu den gleichen 5 Faktoren.

Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., et al. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.

## **Depressions-Angst-Stress-Skala (DASS-21)**

Kurzversion des DASS zur Erfassung der Ausprägung von Depression, Angst und Stress (21 Items).

Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, Psychology Foundation, 1995.

## **Drugmonitoring (TDM)**

Das DM erfasst vier Faktoren im Bereich von Psychopharmakaeinnahme: die Wirkung der Einnahme von Psychopharmaka, mögliche Nebenwirkungen, die Befindlichkeit und die Compliance des Patienten.

(Erstellt nach den Richtlinien zum DM siehe Consensus-Leitlinien der TDM-Gruppe der AGNP)

## **DESC (Depressionsscreening)**

Das Rasch-basierte Depressionsscreening (DESC) kann als Screeningverfahren für eine depressive Episode oder zur Beurteilung der Schwere einer Depression eingesetzt werden. Das DESC besteht aus 10 Items.

Forkmann, T., Böcker, M., Wirtz, M., Gauggel, S., Norra, C.

## **EDI-2 (Eating Disorder Inventory)**

Das EDI-2 gilt international als Standardverfahren zur mehrdimensionalen Beschreibung der spezifischen Psychopathologie von Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa sowie anderen psychogenen Essstörungen. Die 11 Skalen des EDI-2 erfassen die folgenden Dimensionen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation und soziale Unsicherheit.

Clinton D, Birgegård A. (2017). Classifying empirically valid and clinically meaningful change in eating disorders using the Eating Disorders Inventory, version 2 (EDI-2). *Eat Behav*;26:99-103. doi: 10.1016/j.eatbeh.2017.02.001.

## **EDE-Q Eating Disorder Examination – Questionnaire bei Essstörungen**

Der EDE-Q ist die Fragebogenversion des strukturierten Essstörungsinterviews „Eating Disorder Examination (EDE) von Fairburn und Cooper (1993). Er dient der Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen anhand von 4 Subskalen (22 Items): Gezügeltes Essen, Essensbezogene Sorgen, Gewichtssorgen und Figursorgen.

## **ERQ Emotions Regulation Questionnaire**

Eines der ersten validierten Instrumente zur wissenschaftlichen Untersuchung von Emotionsregulationsprozessen, stellt der englischsprachige Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) von Gross und John (2003) dar. Dieser erlaubt es, Präferenzen für zwei häufig angewandte Strategien zur Emotionsregulation, nämlich Unterdrückung (suppression) und Neubewertung (reappraisal) zu erfassen.

Abler B., Kessler H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55, S. 144-152. DOI: 10.1026/0012-1924.55.3.144.

## **ERI-Essener Ressourcen Inventar**

Mit dem ERI lassen sich Psychotherapiepatienten von gesunden Personen dahingehend unterscheiden, wie es um ihre Ausstattung mit personalen und sozialen Protektivfaktoren und strukturellen Ressourcen steht. Das ERI besteht aus folgenden Subskalen Offenheit, Internale Kontrollüberzeugungen, Naturverbundenheit, Emotionsregulation, Autonomiebestreben, Soziale Kompetenz, Sinnhaftigkeit, Flexibilität, Soziale Ressourcen, Strukturelle Ressourcen.

Tagay S, Düllmann S., Repic N., Schlottbohm E., Fünfgeld F., Senf W. (2014). Das Essener Ressourcen-Inventar (ERI) – Entwicklung und Validierung Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen 12; 1, S.72-87.

## **FEP-2 (Fragebogen zur Evaluation von Therapieverläufen)**

Der FEP-2 dient der kontinuierlichen Erfassung des therapeutischen Fortschritts. Daher ist der FEP-2 ein Instrument, welches sich hervorragend für Routine Outcome Monitoring (ROM), sowie der Qualitätssicherung von psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen eignet. Die 40 Items des FEP-2 erfassen den Psychotherapieverlauf in einem Gesamtwert, der psychischen Gesamtbelastung, welche sich aus vier Subskalen zusammensetzt. Diese sind: Wohlbefinden, Symptombelastung, Beziehungen/interpersonelle Probleme und Inkongruenz.

Lutz, W., & Böhnke, J. R. (2008). Der "Fragebogen zur Evaluation von Psychotherapieverläufen"(FEP-2): Validierungen und Manual. Univ. Trier, Fachbereich I, Psychologie.

## **FFA Freiburger Fragebogen der Achtsamkeit**

Der Achtsamkeits - Fragebogen (FFAF) wurde dazu entwickelt, Achtsamkeit (Mindfulness) möglichst genau und bei jedem Menschen erfassen zu können. Es gibt eine Lang und eine Kurzversion (13 items).

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness - The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40, 1543-1555.

## **FSP Forschungsbogen Systemische Paartherapie**

### **GAD-7 Generalisierte Angst Diagnosescreening**

Der GAD-7 ist ein Instrument zur Diagnose der Generalisierten Angst und zur Messung von Schweregrad und Verlauf von Ängstlichkeit.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 1092-1097

### **Grönenbacher Stationärer Bindungsfragebogen (GSB)**

Der Fragebogen erfasst therapeutische Bindungsmuster in der Stationären Psychotherapie. Subskalen: 1 Sichere Bindung, 2 Furcht vor Mitpatienten, 3 Mangel an Zuwendung, 4. Verschmelzungswunsch mit dem Therapeuten. Über Diskriminanzfunktionen lassen sich 5 Bindungstypen ablesen: 1 Sicher gebunden, 2 Vermeidend-sicher, 3 Gemischt unsicher, 4 Verschmelzungswunsch, 5 Mangel an Beachtung.

Mestel R. Stabilität und Spezifität von Bindungsmustern von Patientinnen mit Borderline- und selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. Wiesbaden: Müller Verlag 2002.

## **HAQ-S Selbstbeurteilung Helping Alliance Questionnaire**

HAQ-S (patientenseitige Einschätzung) erfasst zwei Faktoren: "therapeutische Beziehungszufriedenheit" und "Zufriedenheit mit dem therapeutischen Ergebnis".

Bassler et al. (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 40, 23-32.

## **HEALTH-49 Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis**

Die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) erfassen ein breites Spektrum sehr unterschiedlicher psychologischer und sozialer Gesichtspunkte: Psychische und somatoforme Beschwerden, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung/Soziale Belastung.

Rabung S., Harfst T., Kowski S., Koch U., Wittchen H.U. & Schulz H. (2009). [Psychometric analysis of a short form of the "Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health" (HEALTH-49)]. *Z Psychosom Med Psychother.*;55(2):162-79.

## **HOLO-Angstskala**

Angst äußert sich nicht nur im Erleben, im Verhalten und körperlich, sondern auch auf der motivational-volitionalen Ebene: In angstauslösenden Situationen ist die willentliche Handlungsregulation (Handlungsorientierung HO) eingeschränkt zugunsten einer automatisierten Kontrolle durch emotional vorprogrammierte Flucht- und Vermeidungstendenzen (Lageorientierung LO). Im Vergleich mit Angstmessungen auf den anderen Ebenen erweist sich die HOLO-Angstskala von Hartung (1995) als am stärksten veränderungssensitiv (Kosfelder, Schulte, Lutz & Hartung, 2003).

Kosfelder, J., Schulte, D., Lutz, W. & Hartung, J. (2003). Die volitionale Ebene der Angst – Die Bedeutung von Handlungs- und Lageorientierung in der Therapie von Angststörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 176-183.

## **HoNOS -D und HoNOS 65+**

Die Symptombelastung zeigt Anzahl und Schweregrad der Symptome einer psychischen Störung. Sie wird sowohl im Selbstrating gemessen: Patientinnen und Patienten füllen dazu einen Fragebogen aus. So beurteilen sie beispielsweise die Somatisierung (körperliche Beschwerden ohne organische Befunde), Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Angst oder paranoides Denken. Die HoNOS-D ist ein 12 Item umfassendes Instrument zur Erfassung des differenzierten Schweregrades einer psychischen Erkrankung (siehe Anhang 1). Jedes der 12 Items beschreibt einen spezifischen Problembereich von Patienten mit psychischen Störungen, z.B. Item 7 „Gedrückte Stimmung“. Dem Beurteilungsformat liegt eine 5-stufige Likert-Skala.

Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

## **HSF-kurz Therapieprozessfragebogen kurz (ambulante und stationäre PSTH)**

Klima / Beziehungsqualität Mitklienten, Stabilitätsbedingung für den therapeutischen Prozess, Beziehungsqualität mit den Therapeuten Stabilitätsbedingung für den therapeutischen Prozess, Symptome / Belastungserleben subjektiv als "Symptom" eingeordnetes Erleben, Emotionserleben, Metaperspektive - auf den eigenen Prozess schauend, Selbstwahrnehmung-sich spüren, Selbstfürsorge-sich um sich selbst kümmern, Empathie, Selbstwirksamkeit / Zielerreichung-kann ich mein Umfeld für mich günstig gestalten? Komme ich in Richtung meiner Ziele einen Schritt weiter? Extra Faktor.

## **ICD 10-Symptom-Rating (ISR)**

Fragebogen zur Erfassung psychischer Störungen. Subskalen: Depressives Syndrom, Angstsyndrom, Zwangssyndrom, Somatoformes Syndrom, Essstörung, Zusatzskala.

Tritt K, von Heymann F, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W, Löw T. Die Entwicklung des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR) - Kurzbeschreibung der Pilotversion 1.0 und der Version 2.0. Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik 2007.

## **IE-4 Internale und externe Kontrollüberzeugung**

Der FB besteht aus 4 items zu 2 Faktoren (interne und externe Kontrollüberzeugung).

Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2010). Wie gut sind Kurzskalen für Kontrollüberzeugungen? [Abstract]. In F. Petermann & U. Koglin (Hrsgs.), 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. (S.248). Bremen: Pabst Science Publishers

## **I-8 Skala für impulsives Verhalten**

Die I-8-Skala besteht aus vier Skalen Dringlichkeit, Absicht, Ausdauer und Risikobereitschaft, die jeweils zwei Items enthalten. Die insgesamt acht Items werden jeweils mittels einer fünfstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) beantwortet.

Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). Eine Kurzskala zur Messung von Impulsivität nachdem UPPS-Ansatz: die Skala Impulsives-Verhalten-8 (I-8) (GESIS-Working Papers, 2012/20). Mannheim: GESIS -Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-312109>

## **ICQ-15 Soziale Kompetenz**

Es handelt sich um einen Fragebogen zur sozialen Kompetenz mit 15 items zu 5 Faktoren (Initiative ergreifen, Konfliktvermeidung, Offenheit, Konfliktverhalten).

Coroiu A., Meyer A., Gomez-Garibello C., Brähler E., Hessel A. & Körner A. (2014). Brief Form of the Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ-15). Development and Preliminary Validation With a German Population Sample European Journal of Psychological Assessment (2015), 31, pp. 272-279.

## **IES (Impact of Event Scale) Traumafragebogen**

Ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Messung posttraumatischer Belastungsreaktionen (PTBS), Basiert auf dem theoretischen Phasenmodell traumatischer Stressfolgen (Horowitz, 1976), Prozessorientierte Betrachtungsweise: Misst Intrusives Erleben und Vermeidungsverhalten.

Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). Diagnostica, 44, 130-141

## **INQ Interpersonal Needs Questionnaire**

Der Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und misst zwei zentrale Konzepte der „Interpersonal Theory of Suicidal Behavior“, auf Deutsch interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (ITSV), Thwarted Belongingness und Perceived Burdensomeness. Thwarted Belongingness bezieht sich auf den Eindruck, von anderen entfremdet bzw. nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe, einer Familie und/ oder eines Freundeskreises zu sein. Perceived Burdensomeness beschreibt die subjektive Überzeugung, dass die eigene Existenz eine Last für Familie, Freunde und / oder die Gesellschaft darstellt. Beide Konzepte werden in der ITSV als proximale Prädiktoren für suizidale Gedanken und Wünsche verstanden, die, wenn zusätzliche Bedingungen erfüllt sind, suizidales oder schwer selbstschädigendes Verhalten auslösen können.

Forkmann, T., Brähler, E., Gauggel, S., & Glaesmer, H. (2012). Prevalence and covariates of suicidal ideation in the German general population. Journal of Nervous and Mental Disease, 200, 401-405.

## **IPO-2001 Inventar Persönlichkeitsorganisation**

Das IPO-2001 ist ein multidimensionales Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg (1992). Es umfasst 83 Items, die auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt werden. Theoretisch lassen sich drei Hauptskalen (Identitätsdiffusion, Primitive Abwehr, Eingeschränkte Realitätsprüfung) und zwei Zusatzskalen (Primitive Aggression, Fehlende moralische Werte) bilden, die alle hoch korreliert sind. Es wird empfohlen, den Gesamtwert als Maß der strukturellen Beeinträchtigung zu verwenden.

Dammann, G., Hörz, S. & Clarkin, J. F. (2012). Das Inventar der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (IPO). In S. Doering & S. Hörz (Hrsg.), *Handbuch der Strukturdiagnostik: Konzepte, Instrumente, Praxis* (S. 269–283). Stuttgart: Schattauer.

## **IPO-16 Inventar zur Persönlichkeitsorganisation-Kurzversion**

Die Kurzversion des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) ist ein Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads der strukturellen Beeinträchtigung. Das IPO-16 ist ein gut validiertes und jetzt auch normiertes Screening-Instrument für strukturelle Beeinträchtigung, dessen Anwendung in Forschung und Praxis empfohlen werden kann. Das IPO wurde in den 90er Jahren von der Arbeitsgruppe um Kernberg in New York entwickelt, wobei die Items und Skalen mehrfach revidiert wurden. In allen IPO-Versionen werden die drei genannten zentralen Dimensionen der Persönlichkeitsorganisation durch die drei Hauptskalen Identitätsdiffusion, primitive Abwehr und mangelnde Realitätsprüfung abgebildet.

Zimmermann, J., Benecke, C., Hörz, S., Rentrop, M., Peham, D., Bock, A., Wallner, T., Schauenburg, H., Frommer, J., Huber, D., Clarkin, J.F., Dammann, G. (2013b): Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica* 59, 3–16.

## **IPOS Integrated POS**

Das integrated POS erfasst die physische, psychologische, emotionale, spirituelle, Entwicklung von schwer kranken Menschen. Darüber hinaus wird der Informationsbedarf und der Unterstützungsbedarf erhoben.

Schildmann EK, Groeneveld EI, Denzel J, Brown A, Bernhardt F, Bailey K, Guo P, Ramsenthaler C, Lovell N, Higginson IJ, Bausewein C, Murtagh FE. Discovering the hidden benefits of cognitive interviewing in two languages: The first phase of a validation study of the Integrated Palliative care Outcome Scale. *Palliat Med.*2016;30(6):599-610.

## **LPFS-SR Level of Personality Function Self Rating Langversion (deutsche Übersetzung)**

(die Items zu den 4 Faktoren können auch unabhängig voneinander verwendet werden – jeweils 20 items)

Der LPFS-SR ist ein Fragebogen mit Inhalten, die direkt dem DSM-5-Modell von Persönlichkeitsstörungen, Kriterium A, entsprechen. Der LPFS- korrelierten im Wesentlichen mit einer Vielzahl von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen, Persönlichkeitsstörungskonstrukten und zwischenmenschlichen Problemen. Der LPF-SR hat 4 Faktoren (Selbstbild-, Selbststeuerung, Nähe-Distanz-(Beziehungs)-verhalten- und Empathie) welche mit dem beiden DSM-5-Kriterien zu A übereinstimmt. Selbst-Funktionen (Identität und Eigenlenkung) zwischenmenschliches Funktionsniveau/Beziehungsfähigkeit (Interpersonal Functioning). Die 4 Faktoren können dem Patienten auch einzeln zugewiesen werden.

Hopwood C.J., Good E.W. & Morey L.C.(2018). Validity of the DSM-5 Levels of Personality Functioning Scale-Self Report. *J Pers Assess.* 9:1-10.

## **LPFS-SR Level of Personality Function Self Rating (deutsche Übersetzung) Kurzversion**

Die Kurzversion des LPFS-SR mit 12 items gibt die beiden A Faktoren des DSM V Selbst-Funktion und zwischenmenschliches Funktionsniveau/Beziehungsfähigkeit (interpersonal Functioning) wieder.

Bach B. & Hutsebaut J. (2018). Level of Personality Functioning Scale-Brief Form 2.0: Utility in Capturing Personality Problems in Psychiatric Outpatients and Incarcerated Addicts. *J Pers Assess.* 1:1-11.

## **Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), trait version (Achtsamkeitsfragebogen)**

Selbsteinschätzung der Tendenz, im Alltag aufmerksam, und sich der gegenwärtigen Erfahrung gewahr zu sein. Die 15 Fragen beziehen sich auf ein Ein-Faktoren-Konstrukt von Achtsamkeit. Die MAAS beschränkt sich auf negativ gepolte Items. Sie erfasst damit letztlich Unaufmerksamkeit bzw. Unachtsamkeit; deren Gegenpol wird dann mit Achtsamkeit gleichgesetzt (Brown & Ryan 2003).

Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

## **OBQ Obsessive-Beliefs Questionnaire (OBQ-D) bei Zwangsstörungen**

Die deutsche Version des OBQ (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005; deutsch Ertle et al., 2008) erfasst mit 24 (statt ursprünglich 44) Items drei Dimensionen zwanghafter Gedanken bzw. Einstellungen: (1) „Bedeutsamkeit von Gedanken“, (2) „Perfektionismus“ und (3) „Gefahrenüberschätzung“ sowie einen Gesamtwert. Der OBQ-D ist an mehreren klinischen und einer Kontrollstichprobe konstruiert und überprüft worden und erlaubt eine differenzierte Beurteilung zwanghafter Symptomatik.

Woods C.M., Tolin D.F., Abramowitz J.S. (2004). Dimensionality of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) J Psychopathol Behav Assess.;26(2):113–125.

## **OCS Zohar-Fineberg Obsessive Compulsive Screen**

Es stellt das einzige Screeningverfahren für Zwangsstörungen dar. Die Durchführung dieses Screenings ist sehr zeitökonomisch und weist in der englischen Originalversion eine Sensitivität von 94 % und eine Spezifität von 85 % auf.

Fineberg Na. Group cognitive behaviour therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD): a controlled study. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2005. 9(4):257-263

## **OPD-SF Kurz und Langversion**

Kurzversion (Selbstbeurteilungsbogen Kurz 12 Items 3 Faktoren zum Strukturniveau: Selbstwahrnehmung, Beziehungsmodell, Kontaktgestaltung).

Langversion: (Selbstbeurteilungsbogen lang 95 items 8 Faktoren: zu Selbst und Fremdwahrnehmung, Affektregulation, Regulierung des Objektbezuges, Emotionale Kommunikation nach innen bzw. nach aussen, Bindung nach innen und aussen).

Ehrenthal JC, Dinger U, Schauenburg H, Horsch L, Dahlbender RW, Gierk B. (2015). [Development of a 12-item version of the OPD-Structure Questionnaire (OPD-SQS)]. Z Psychosom Med Psychother.61(3):262-74.

## **PDI- Pain Disability Index**

Screeningverfahren zur Erfassung der psychosozialen Einschränkungen durch chronisches Schmerzerleben.

Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. & Gerbershagen, H.U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. Schmerz, B,100-114.

## **PDSR Panic Disorder self report (deutsche Fassung)**

Dieser Fragebogen erfasst 3 Faktoren (Paniksymptome, Symptomstärke und beeinträchtigungserleben), und hat 14 items.

Hoyer, J., Becker, E. S., Neumer, S., Soeder, U. & Margraf, J. (2002). Screening for anxiety in an epidemiological sample: predictive accuracy of questionnaires. Journal of Anxiety Disorders, ...

## **PFB- Partnerschaftsfragebogen**

Die Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD) bieten vier Bestandteile mit den Zielen, die subjektiv wahrgenommenen Dimensionen der Partnerschaftsqualität (Partnerschaftsfragebogen; PFB) und wichtige Konfliktbereiche (Problemliste; PL) von in Partnerschaften lebenden Personen zu erfassen. Weiter wird ein Fragebogen zur Unterstützung einer qualitativen partnerschaftsbezogenen Anamnese bereitgestellt (Fragebogen zur Lebensgeschichte und Partnerschaft; FLP-R). Im PFB werden die Dimensionen »Streitverhalten«, »Zärtlichkeit« und »Gemeinsamkeit/Kommunikation« mittels 32 Items abgebildet. Dazu wird eine ebenfalls validierte Kurzform dokumentiert (PFB-K; neun Items).

Hahlweg, K. (2016). Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (2. neu normierte und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogref

## **PHQ- 9 Depressionsfragebogen**

Fragebogen zur Erfassung der Depressionsdiagnostik mit 9 Items und einem

## **PHQ- 15 Somatisierungstendenzen**

Erfassung von Somatisierungstendenzen in 15 items. Es wird ein Gesamtwert erfasst.

Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ dt. Bearbeitng durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg.

## **PHQ-10 Stresserleben**

Das PHQ-Stressmodul ist ein psychodiagnostischer Fragebogen, mit dessen Hilfe psychosoziale Belastungsfaktoren, die Hinweise auf auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen einer psychischen Störung geben, erfragt werden können. Das PHQ-10 hat 10 items.

B. Löwe, R. L. Spitzer, S. Zipfel, W. Herzog: PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Manual Komplettversion und Kurzform. 2. Auflage.

## **PSQ-Perceived Stress Questionnaire**

Der Fragebogen erfasst die subjektive Wahrnehmung, Bewertung und Weiterverarbeitung von Stressoren. Mit 20 items werden 4 Faktoren erfasst Sorgen, Anspannung, Freude und Anforderungen.

Perceived Stress Questionnaire (PSQ; Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Luzi, C. & Andreoli, A., 1993) - German modified version]

## **PROZESSDOKUMENTATION DynInt**

Qualitäts- und Prozessdokumentation des psychotherapeutischen Prozesses.

## **RIS Regensburger INSOMIE Skala**

Die Regensburger Insomnie Skala (RIS) erfasst die psychischen Symptome einer Insomnie wie eine schlafbezogene Ängstlichkeit und Denken, sowie die Schlafqualität, quantitative Schlafparameter und die Schlafmitteleinnahme.

Crönlein T., Langguth B., PoppR., Lukesch H., Pieh Chr., Hajak G. & Geisler P. (2013). Regensburg Insomnia Scale (RIS): a new short rating scale for the assessment of psychological symptoms and sleep in insomnia; Study design: development and validation of a new short self-rating scale in a sample of 218 patients suffering from insomnia and 94 healthy controls. Health and Quality of Life Outcomes <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-65>

## **SDQ-5:**

Fragebogen zu Somatoformen Dissoziation. 5 items. V

Nijenhuis, E.R.S. (2009). Somatoform dissociation and somatoform dissociative disorders. In P.F. Dell, & J. O'Neil (Eds.), Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond (pp. 259-277). New York: Routledge.

## **STZ-Paarbeziehung**

Stabilitäts und Zufriedenheitsprognose, Beziehungserwartung, emotionales Klima in der Beziehung, Beziehungsaktivität –Selbst, Beziehungsaktivität-Fremd (Partner).

Beziehungsaktivität erfasst (Zuneigung Respekt, Sexualität, gemeinsame Zeit, Unterstützung im Alltag, kleine Aufmerksamkeiten).

## **TPB-Therapie Prozessfragebogen Erwachsene 8 Fbn**

Der validierte Fragebogen zum Therapieprozess (46 items) erfasst folgende Faktoren: Therapeutische Fortschritte / Zuversicht / Selbstwirksamkeit, Soziales, Beziehung und Vertrauen zum Therapeuten, Emotionen, Perspektivenerweiterung/Systemverständnis, Veränderungsmotivation, Beschwerden und Problembelastung, Selbstfürsorge/ Körpererleben. Es liegt auch eine Kurzversion vor (20 Items).

Schiepek G, Aichhorn W, Strunk G. (2012). [Therapy Process Questionnaire (TPQ) – a combined explorative and confirmatory factor analysis and psychometric properties]. *Z Psychosom Med Psychother.* 58(3):257-66.

### **WAI Kurz Session Rating Scale Erwachsen**

(Session Rating Scale zur therapeutischen Arbeitsbeziehung, 3 Subskalen, Therapeutische Beziehung, Zielorientierung der Arbeit, Rahmen der Arbeit).

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice.* (pp. 13-37). New York: Wiley.

### **WAI-SR Working Alliance Self Rating**

Die therapeutische Allianz umfasst die zielgerichtete Zusammenarbeit von Patient und Therapeut. Sie ist ein zentrales Element wirksamer Psychotherapie. Es liegen bislang wenige empirisch geprüfte deutschsprachige Messinstrumente mit internationaler Akzeptanz vor. Das Working Alliance Inventory (WAI), erfasst die drei Dimensionen Bordins schulübergreifender Theorie der therapeutischen Allianz (Bindung, Rahmen, Ziele und Gesamt). Die revidierte Kurzfassung (WAI-SR) hat vier Items pro Skala vorgelegt (Ab 15a).

Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–25.

### **Y-BOCS - Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale**

Skala zur Erfassung der Ausprägung von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.

### **ZUF-8**

Eindimensionales validiertes Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der Patienten-zufriedenheit. Wurde für die Anwendung in der psychosomatischen Rehabilitation entwickelt, ist aber auch für psychotherapeutische Settings geeignet. Auf vierstufigen Ratingskalen werden acht Aspekte eingeschätzt: Qualität der Behandlung, Passung der Behandlung zum Behandlungswunsch, Bedürfniserfüllung, Weiterempfehlungsbereitschaft, Ausmaß an Hilfe, Hilfe beim Umgang mit Problemen, globale Behandlungszufriedenheit, Bereitschaft zu erneuter Behandlung.

De Wilde EF, Hendriks VM (2005). The Client Satisfaction Questionnaire: psychometric properties in a Dutch addict population. *Eur Addict Res*;11(4):157-62.

## **4.2. Psychometrische Verfahren Kinder und Jugendliche**

### **ADBS-J (Adolescent Depression)**

Ist ein Depressionsscreening mit 10 Items. Es hat eine höhere diskriminative Validität (JU mit und ohne Depression) wie z.B. das Beckische Depressions Inventar.

Revah-Levy A & Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. (2007). The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry.* 2007 Jan 12;7:2.

### **ARCQ Adolescent Relapse Coping Questionnaire (deutsche Übersetzung)**

Dieser von Myers und Brown (1996) entwickelte FB mit 34 Items, erfasst die jugendliche Fähigkeiten im Umgang mit Alkohol und / oder andere Drogen. Ziel ist es, die Bewältigungsfähigkeiten von jugendlichen Drogenkonsumenten zu bewerten und Veränderungen in den Bewältigungsfähigkeiten im Verlauf der Behandlung des Substanzkonsums bei Jugendlichen zu bewerten. Der FB erfasst 3 Copingstrategien (kognitive und verhaltensbezogene Problemlösung, selbstkritisches Denken und Abstinenzfokussiertes Denken).

Myers MG, Brown SA. Coping responses and relapse among adolescent substance abusers. *Journal of Substance Abuse* 1990;2:177-189.



## **AQ-Autismus Spektrum Quotient Kinder und Jugendlichen-Version**

Autistische Störungen zeichnen sich durch Einschränkungen in den Bereichen Soziale Interaktion, Kommunikation und stereotypes, restriktives Verhalten aus. Fremdbeurteilungsverfahren.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E (February 2001). "The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians". *J Autism Dev Disord.* 31 (1): 5–17.

## **CAT-D Child and Adolescent Trauma Screening deutsch**

Der CAT ist ein Screeninginstrument im Selbstrating (7-17a) und Fremdbeurteilung Eltern. Der CATS hat 4 Faktoren (Wiederbelebung von Erinnerungen, Vermeidung, negative Stimmung und Gedanken, Arousal, psychosoziale Einschränkungen).

Sachser C., Berliner L., Holt T., Jensen T.K., Jungbluth N., Risch E., Rosner R., Goldbeck L.(2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord.* 1;210:189-195.

## **YP-CORE Measurements**

Das CORE-Outcome-Maß (CORE-10) ist ein Session-by-Session-Monitoring-Tool mit den Faktoren Angst, Depression, Trauma, körperlichen Problemen, Funktion und Risiko für sich selbst. Die Kennzahl hat sechs hohe Intensität / Schweregrad und vier niedrige Intensität / Schweregrad. Der CORE (YP-CORE) der jungen Person ist eine Zehn-Punkte-Maßnahme, die für den Altersbereich von 11-16 Jahren entwickelt wurde. Neben dem YP-Core steht noch ein Therapy-Assessment (Form & End) zur Psychotherapie zur Verfügung.

Core-LD erfasst Lernschwierigkeiten.

Twigg, E., Barkham, M., Bewick, B.M.m Mulhern, B., Connell, J. & Cooper, M. (2009) The Young Person's CORE: Development of a brief outcome measure for young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9 (3).

## **CIES (Child impact of event scale) CIES-d (8items) und CIES-R (13 items) (dt. Übersetzung)**

Der FB erfasst 2 (CIES-D) (Intrusion, Vermeidung) bzw. 3 Faktoren (CIES-R) (Intrusion, Vermeidung und Arousal). Mit dem Children's Impact of Event Scale (8)(Perrin et al., 2005) liegt ein diagnostisches TraumaScreening Instrument vor, das zur Therapieverlaufskontrolle sehr gut geeignet ist.

Perrin S, Meiser-Stedman R, Smith P. The children's revised impact of event scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behav Cognit Psychother.* 2005;33:487–498.

## **CROPS Traumascreening-Skala für Kinder/Jugendliche**

Die von Ricky Greenwald entwickelten Skala CROPS (Child Report of Post-Traumatic Symptoms) stellt ein bewährtes Traumascreening- und Therapieevaluations- Instrument für Kinder ab 7 Jahren dar.

Greenwald, Ricky (2013). *Progressive Counting Within A Phase Model Of Trauma-Informed Treatment*. NY: Routledge.

## **CTS-Childhood Trauma Screening und CTQ Child Trauma Questionnaire (siehe Verfahren für Erwachsene)**

## **CPTCI Child Posttraumatic Cognition Inventory (deutsche Übersetzung)**

Es liegt eine Kurz (10items) und Langversion vor (25 items) mit cut off Werten für eine PTBS.

de Haan, A., Petermann, F., Meiser-Stedman, R., & Goldbeck, L. (2016). Psychometric Properties of the German Version of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI-GER). *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 151–158.

## **EDE-Q Eating Disorder Examination – Questionnaire bei Essstörungen**

Der EDE-Q) ist die Fragebogenversion des strukturierten Essstörungsinterviews „Eating Disorder Examination (EDE) von Fairburn und Cooper (1993). Er dient der Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen anhand von 4 Subskalen (22 Items): Gezügeltes Essen, Essensbezogene Sorgen, Gewichtssorgen und Figursorgen.

## HoNOSCA

Ist ein Outcomefragebogen mit 13 items. Er liegt im Selbstrating (13-18a) und Fremdrating (Eltern 5-18a) vor. Der FB hat 4 Faktoren (Verhalten, Beeinträchtigung, Symptome, Soziales)

Gowers, S.G., Harrington, R.C., Whitton, A., Lelliott, P., Wing, J., Beevor, A. and Jezzard, R. (1999). A Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: HoNOSCA. *British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.

## Familienprozessdiagnostik (Elternversion, Kind und Jugendlichen-Version)

Dieser Prozessfragebogen erfasst die Arbeitsbeziehung, Behandlungserwartung, Perspektivenerweiterung, Problembelastung, Problemlösungsfähigkeit, Organisatorische Kompetenzen, emotionales Klima in der Familie, Outcome.

Stasch, M., and Cierpka, M. (2006) Beziehungsdiagnostik mit der GARF Skala. [Diagnostics relationship with the GARF scale]. *Psychotherapeut*, 11, 56-63

## KidCOPE

Ist eine Checkliste zur Messung kognitiver und verhaltensbezogener Bewältigung bei Kindern und Jugendlichen. Die Checkliste fordert Kinder und Jugendliche auf, die Häufigkeit und Wirksamkeit verschiedener Bewältigungsstrategien zu bewerten, darunter: Problemlösung, Ablenkung, soziale Unterstützung, sozialer Rückzug, kognitive Umstrukturierung, Selbstkritik, Beschuldigung anderer, emotionaler Ausdruck, Wunschdenken und Resignation. Es liegt eine Version von 7-12 und 13-18 Jahren vor. KidCOPE hat 10 items.

Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555-574.

## KIJU-PSY-Kinder und Jugendpsychiatrisches Screening-Eltern

Das Kinderpsychiatrische Befundsystem umfasst 13 klinische Kategorien (Interaktion, oppositionell dissoziales Verhalten, Entwicklungsstörungen, Aktivität und Aufmerksamkeit, Psychomotorik, Angst, Zwang, Stimmung und Affekt, Essverhalten, Körperliche Beschwerden, Denken und Wahrnehmung, Gedächtnis, Orientierung und Bewusstsein und Andere. Das KIJU-PSY kann Fremdeinschätzung zu Kindern ab 6a verwendet werden.

## MFQ (Mood and Feeling Questionnaire) (deutsche Übersetzung)

Es liegen 4 FB vor. 2 Lang (33 items) und 2 Kurzversionen(13 items) jeweils für Kinder und Jugendliche (Selbstrating und Elternversion). Der MFQ besteht aus einer Reihe von Beschreibungen wie sich das Kind/Jugendlicher in letzter Zeit gefühlt oder verhalten hat, und es ist ein Screening-Instrument für Depression bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 17 Jahren.

Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995) The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237 - 249.

## OBQ Obsessive-Beliefs Questionnaire (OBQ-D) bei Zwangsstörungen

Die deutsche Version des OBQ (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005; deutsch Ertle et al. 2008) erfasst mit 24 (statt ursprünglich 44) Items drei Dimensionen zwanghafter Gedanken bzw. Einstellungen: (1) „Bedeutsamkeit von Gedanken“, (2) „Perfektionismus“ und (3) „Gefahrenüberschätzung“ sowie einen Gesamtwert.

Woods C.M., Tolin D.F., Abramowitz J.S. (2004). Dimensionality of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) *J Psychopathol Behav Assess.*;26(2):113-125.

## PSWQ-C Penn State Worry Questionnaire for Children

Der Penn State Worry Questionnaire for Children (PSWQ-C) wurde entwickelt um pathologisches Grübeln bei Kindern zu erfassen. Dies kann beispielsweise Teil einer generalisierten Angststörung sein.

Chorpita, B. F., Tracey, S. A., Brown, T. A., Collica, T. J., & Barlow, D. H. (1997). Assessment of worry in children and adolescents: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 35(6), 569-581.

## **RPQ Reactive & Proactive Aggression (JU und EW)**

Beim RPQ handelt es sich um einen kurzen Selbstbeurteilungsfragebogen, der Korrelate aggressiven Verhaltens erhebt und eine Unterscheidung zwischen proaktiver, reaktiver und gemischt proaktiv-reaktiver aggressiver Verhaltensweisen ermöglicht. Es werden dafür getrennte proaktive bzw. reaktive Aggressionsskalen generiert. Beide Skalen werden zu einem Aggressions- Gesamtscore summiert.

Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., . . . Liu, J. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys. *Aggressive behavior*, 32(2), 159-171.

## **SDQ- Strength and Difficulty Questionnaire (dt und eng. Version) 9 vers. Fragebögen**

Der Fragebogen besteht aus 11 Skalen: Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit gleichaltrigen, prosoziales Verhalten, Totalscore, Externalisierende Störung, Internalisierende Störung, Impact, Veränderungen, Hilfeerleben. Zur Verfügung stehen Fremd 2-4 Jahre, Fremd 4-17 Jahre, Selbst 11-17 Jahre; je 1x In der Grundform (25 Items), 1x Grundform + Impact Supplement, 1x Grundform + Impact Supplement + Follow-up Variante. Es liegen 3 FB Kurz, Lang und Follow up für Mj. 2-4 Jahre (Fremdrating) vor; 3 FB Kurz, Lang und Follow up für Mj. 4-17 Jahre (Fremdrating) vor. 3 FB Kurz, Lang und Follow up für Mj. 11-17 Jahre vor (von den Jugendlichen selbst auszufüllen).

Koglin U. , Barquero B. , Mayer H. , Scheithauer H. , Petermann F. (2007) Deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu): *Diagnostica* (2007), 53, pp. 175-183. DOI: 10.1026/0012-1924.53.4.175.

## **SDQ SxS Outcome Questionnaire (deutsche Übersetzung)**

SxS ist eine ergänzte Version des SDQ-Impact. 3 Hauptbereiche: Veränderung in der jüngsten Vergangenheit: Haben sich die Dinge seit dem letzten Mal verbessert? Auswirkungen auf den Alltag zur Zeit: Inwieweit beeinträchtigen aktuelle Schwierigkeiten das häusliche Leben, Freundschaft, Lernen und Freizeit? Hoffnung für die Zukunft: Wie viel Verbesserung erwartet der Befragte nächsten Monat? Selbstrating für die Altersgruppe von 11-17 Jahren und Fremdrating Eltern / Betreuer berichten für die Altersgruppe von 4-17 Jahren.

## **SWEMWBS Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (deutsche Übersetzung)**

Die SWEMWBS (7 items) ist eine Kurzfassung der Warwick-Edinburgh-Skala für mentale Gesundheit (WEMWBS). Die SWEMWBS verwendet sieben der WEMWBS 14 Aussagen über Gedanken und Gefühle. Die sieben Aussagen sind mit fünf Antwortkategorien von "keine Zeit" bis "alle Zeit" positiv formuliert. Kinder und Jugendliche werden gebeten, ihre Erfahrungen in den letzten zwei Wochen zu beschreiben. Der FB kann ab einem Alter von 13a verwendet werden.

Haver, A., Akerjordet, K., Caputi, P., Furunes, T., & Magee, C. (2015). Measuring mental well-being: A validation of the Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale in Norwegian and Swedish. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43 (7), 721-727.

## **TPB-Therapie Prozessfragebogen (Kinder-Jugendliche ab 8a)**

Der validierte Fragebogen zum Therapieprozess (46 items; Kurzversion 20 items) erfasst folgende Faktoren: Therapeutische Fortschritte / Zuversicht / Selbstwirksamkeit, Soziales, Beziehung und Vertrauen zum Therapeuten, Emotionen, Perspektivenerweiterung/Systemverständnis, Veränderungsmotivation, Beschwerden und Problembelastung, Selbstfürsorge/ Körpererleben. Es liegt auch eine Kurzversion vor (20 Items).

Schiepek G, Aichhorn W, Strunk G. (2012). [Therapy Process Questionnaire (TPQ) – a combined explorative and confirmatory factor analysis and psychometric properties]. *Z Psychosom Med Psychother.* 58(3):257-66.

## **WAI Kurz Session Rating Scale Erwachsene**

(Session Rating Scale zur therapeutischen Arbeitsbeziehung, 3 Subskalen, Therapeutische Beziehung, Zielorientierung der Arbeit, Rahmen der Arbeit).

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research and practice.* (pp. 13-37). New York: Wiley.

## WAI-SR Working Alliance Self Rating

Die therapeutische Allianz umfasst die zielgerichtete Zusammenarbeit von Patient und Therapeut. Es liegen bislang wenige empirisch geprüfte deutschsprachige Messinstrumente mit internationaler Akzeptanz vor. Das Working Alliance Inventory (WAI), erfasst die drei Dimensionen Bordin's schulenübergreifender Theorie der therapeutischen Allianz (Bindung, Prozess, Ziele). Die revidierte Kurzfassung (WAI-SR) hat vier Items pro Skala vorgelegt (Ab 15a).

Hatcher, R. L. & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–25.

## WFIRS Weiss-Bewertungsskala zur funktionellen Beeinträchtigung

WFIRS dient der Erfassung der Auswirkung von ADHS in den Bereichen Familie, Arbeit oder Schule, Lebensfertigkeiten, Selbstkonzept, Soziales und Risikoverhalten. Der FB kann in einer Eltern oder Jugendlichenversion verwendet werden.

Weiss M.D., Brooks B.L., Iverson G.L., Dickson R., Gibbins C. & Wasdell M. (2007). Reliability and validity of the WFIRS. NRP-113. In 2007 Annual Meeting of the Child and Adolescent Psychiatry.

## Y-Bocs Kinder Jugendliche

Diese Skala wurde entwickelt, um den Schweregrad von Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 - 17 Jahren zu beurteilen. Sie kann von Klinikern oder trainierten Interviewern in einer halbstrukturierten Form eingesetzt werden. Die Werte sollten einen Mittelwert jedes Merkmals über die gesamte Woche wiedergeben.

Hand I. & Büttner-Westphal H. (1991). Die Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Ein halbstrukturiertes Interview zur Beurteilung des Schweregrades von Denk- und Handlungszwängen. In: *Verhaltenstherapie*, S. 223–225.

## 4.3. Erfassung von Interaktionen in Familien Gruppen und Supervision (Interaktionsmatrix)

### Familientherapie Fragebögen (Kinder Jugendliche, Erwachsene) 6 Fragebögen

Die Fragebögen erfassen Prozess und Outcomedaten zu Familientherapien. Folgende Faktoren werden erfasst (therapeutische Beziehung, Veränderungsmotivation, Familienorganisation, emotionales Klima, Problemlösungsfähigkeit, Probleme und Beschwerden).

Bachler, E., Fruehmann, A., Bachler, H., Aas, B., Nickel, M., & Schiepek, G. K. (2017). Patterns of change in collaboration are associated with baseline characteristics and predict outcome and dropout rates in treatment of multi-problem families. A validation study. *Front Psychol*, 8, 1221. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01221

### Interaktionsmatrix: (frei wählbare items)

Die Interaktionsmatrix ermöglicht die Abbildung von Interaktionen in Gruppen, Familien bzw. sozialen Systemen. Des Weiteren kann mit der Interaktionsmatrix die Entwicklung dieser Interaktionen abgebildet werden, und mit numerische Werte dargestellt werden. So können z.B. in der Familientherapie der Gruppentherapie und der Supervision etc. Interaktionen nach frei gewählten items dargestellt werden.

Z.B. ich fühle mich unterstützt, ich werde unterstützt, ich unterstütze.

### Gruppenerfahrungsbogen (GEB)

Ist ein Fragebogen für das Gruppentherapeutische Setting mit 10 Faktoren und 32 items: Gruppenkohäsion, Gruppenklima, Therapieoptimismus des Patienten, Körperliche Reaktion des Patienten auf das Therapiegeschehen, Aspekte des Therapeutenverhalten aus der Sicht des Patienten, Identifikation, Einsicht

und Rekapitulation früher familiärer Erfahrungen, Universalität des Leidens, Interpersonales Lernen, Altruismus.

Strauß, B. & Eckert, J. (1994). Dimensionen des Gruppenerlebens. Zur Skalenbildung des Gruppenerfahrungsbogens. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 188-201.

### **Gruppenklima FB GCQ-S**

Durch den GCQ-S erfolgt die Messung des Gruppenklimas über drei Faktoren. Engagement, Konflikt und Vermeidung. Der FB hat insgesamt 12 items und ist ein Prozessfragebogen. Der Faktor Engagement gilt als Prognosevariable für das zu erwartende Ergebnis des Patienten in der Gruppentherapie und entspricht dem Faktor Zusammenarbeit-Therapeutische Beziehung in der Einzeltherapie.

Mackensie, K.R. (1981). Measurement of group climate. International Journal of Group Psychotherapy, 29, 471-480.

### **SOFTA System for Observing Family Therapy Alliances (deutsche Übersetzung)**

Softa erhebt in der Familientherapie bei allen Familienmitgliedern Daten zu folgenden Faktoren: Mitarbeit, Emotionale Beziehung, Sicherheit und gemeinsames Zielverständnis zur Therapie.

Friedlander M.L., Lambert J.E., Valentín E. & Cragun C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. Psychotherapy (Chic.);45(1):75-87. doi:10.1037/0033-3204.45.1.75.

### **TFI Gruppenfragebogen**

Validierter Fragebogen mit 23 items und 4 Subskalen: Hoffnung, sicherer emotionaler Ausdruck, Erfahrungen von beziehungsbezogenen Einflüssen, soziales Lernen.

#### **4.4. Neue Fragebögen Fragebogeneditor: FBE**

Dieser ermöglicht die Eingabe weiterer Fragebögen, Ratingskalen durch den einzelnenn SNS® Nutzer.

Mit dem FBE können individuelle Therapieziele skaliert werden d.h. es können sehr individualisierte Items mit unterschiedlichen Skalenniveaus (Likertskala, visuelle Analogskala oder für Kinder mit Smileys etc.) erstellt werden.

Mit dem Fragebogeneditor können auch aus bestehenden Fragebögen einzelne Items oder Faktoren in einem Fragebogen zusammengestellt werden.

#### **4.5. SNS® Community:**

Jeder SNS® Nutzer wird Teil der SNS® Community und hat Zugang zu weiteren Fragebögen die von anderen Nutzern verwendet werden (Kliniken, andere Psychotherapeuten etc.).






Dadurch entsteht eine wachsende Zahl von Fragebögen die verwendet werden können.

Über die SNS community können unter den Nutzern Informationen, Fragen und Antworten ausgetauscht werden.

## 5. Einige (nicht alle) Anwendungsbeispiele

### Prozess und Outcome Rating (Patientin mit Panikattacken).

#### Bsp 1 Übersicht

FRAGEBOGEN	SEIT	COMPLIANCE	VERPASST	OUTCOME
I290876				
SRS Erwachsen	27.01.2017	100%	0	
ISR	27.01.2017	100%	0	
OPD-SFK	27.01.2017	100%	0	
DASS - 21	27.01.2017	100%	0	
OQ-45	01.02.2017	100%	0	

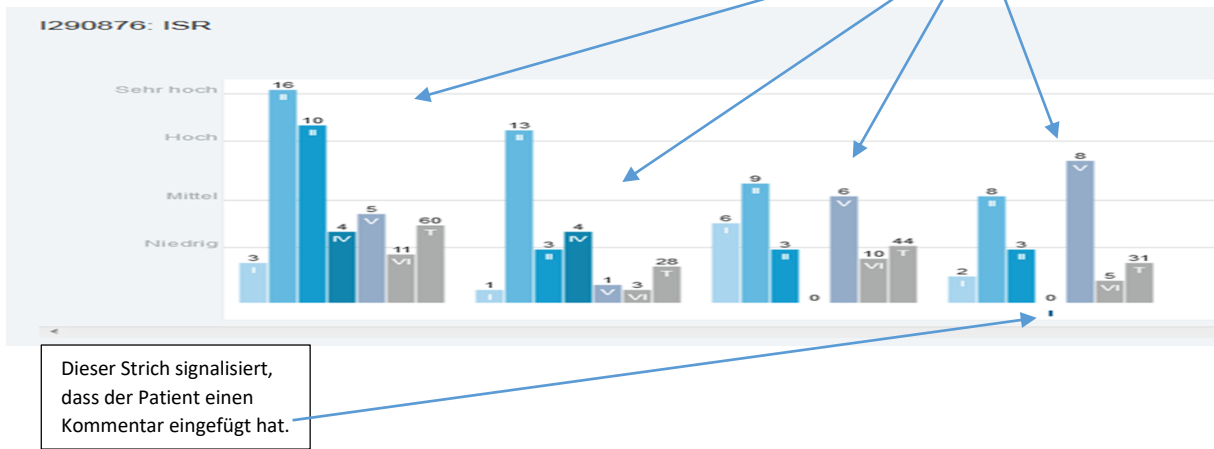
Übersicht über alle verwendeten Verfahren. Compliance beschreibt die Anzahl der ausgefüllten Fragebögen, Outcome die Werte der ersten und der letzten Testung.

#### Bsp.2 Statusdiagnostik:

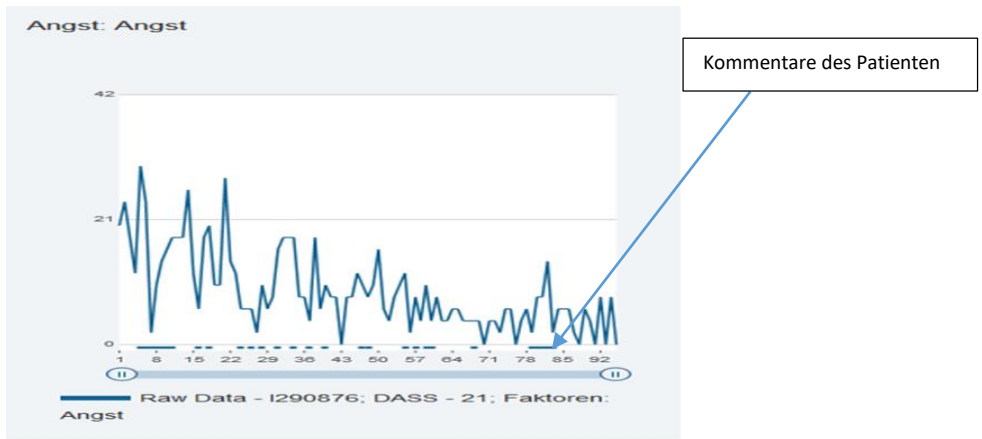
Erfassung und Darstellung der Werte eines oder mehrerer klinischer Fragebögen zum Beginn einer Therapie. Wird im System der Cursor auf die Graphiken bewegt werden detaillierte Informationen zu Skalen und ihre Interpretation angegeben).



**Bsp.3 ISR Gesamtauswertung:** Einzelnen Faktoren (Depression, Angst, Zwang, Somatisierung, Essstörung, Andere ICD 10 Diagnosen, Total) (hier wurden 4 Messzeitpunkte bei monatlicher Taktung erfasst).

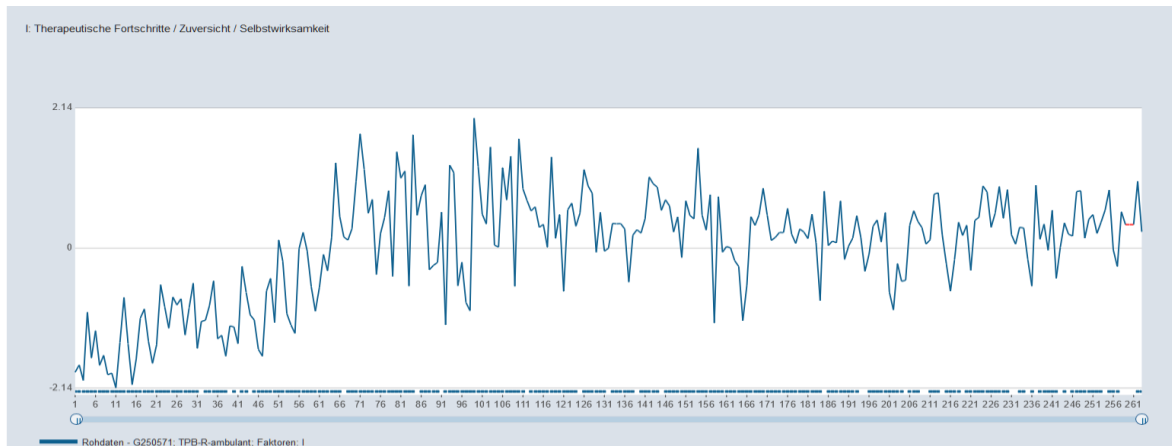


### Bsp 4 Zeitreihendiagramm

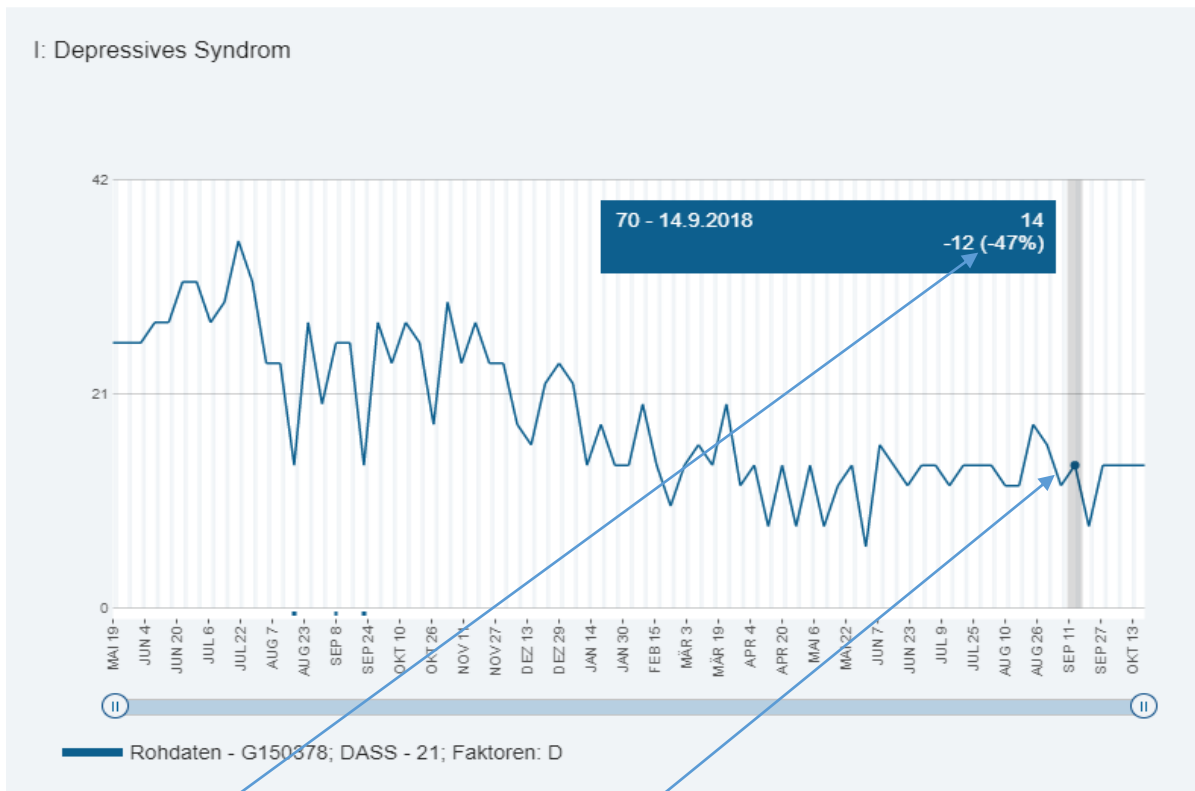
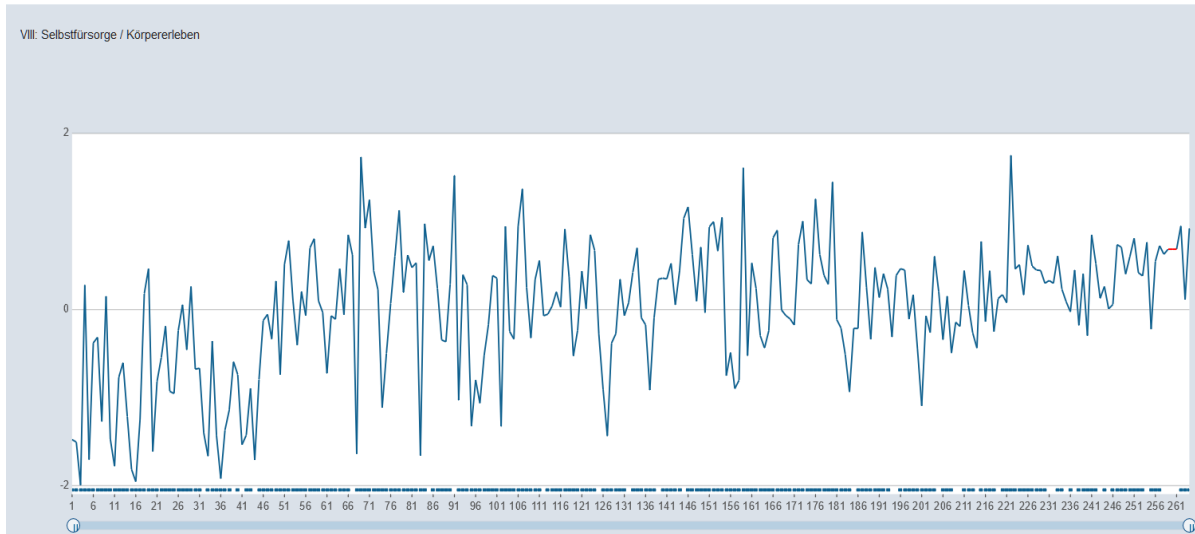


**Zeitreihendiagramm** zum Faktor Angst im DASS-21 (92 Messungen ca. 2a).

**Zeitreihendiagramm Therapieprozessbogen (TPB) (Faktor 1 Therapeutischer Fortschritt)** (tägliche Messung)



**Zeitreihendiagramm Therapieprozessbogen (TPB) Item 36 (meine Beschwerden waren heute) (tägliche Messung 1 Jahr PSTH).**

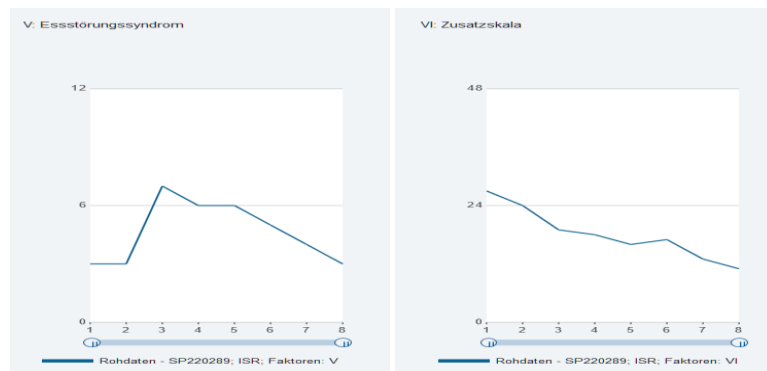
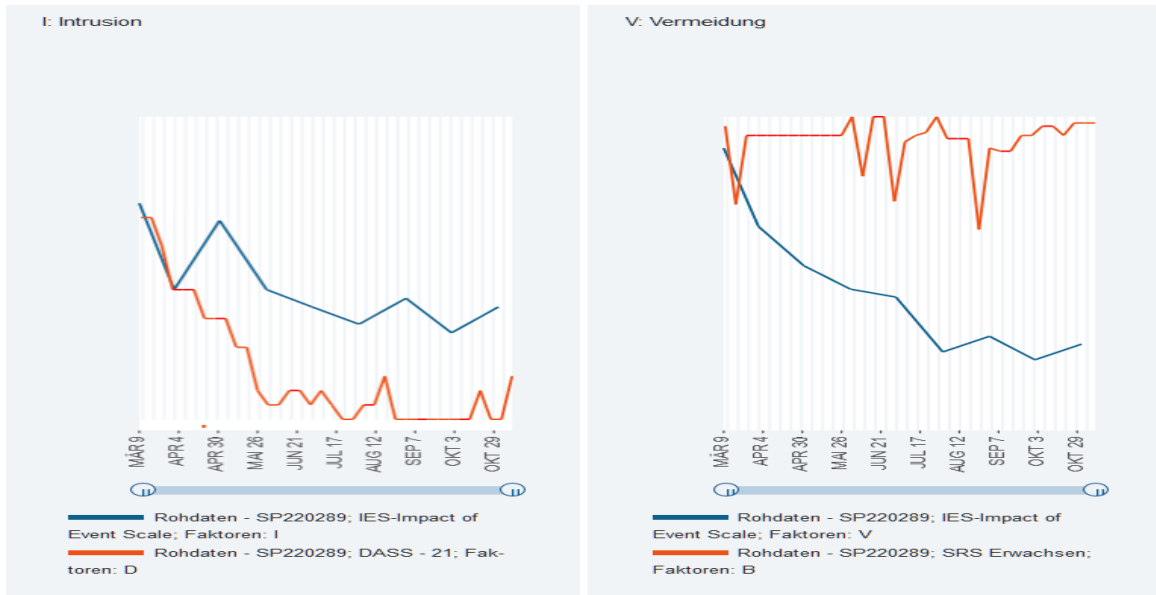


Verbesserung in Prozent zu einem beliebig wählbaren Zeitpunkt seit Beginn der Behandlung

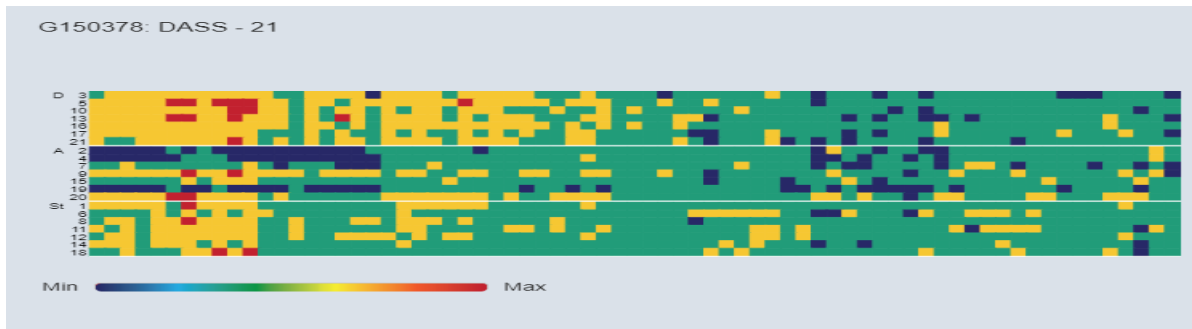
**Zeitreihendiagramme und Stabdiagramme zeigen auch die relative Veränderung der Scores der Patienten gegenüber dem Therapiebeginn an; dazu führt mit die „Maus“ auf einen Messzeitpunkt (z.B. hier bei diesem Patienten hat sich der Depressionscore zu diesem Messzeitpunkt im Verhältnis zum Therapiebeginn um 34% verbessert).**



## Zeitreihendiagramm Traumapatientin (wöchentliche Messung SRS und DASS-21; monatliche Messung IES und ISR).



Die Abnahme der **warmen Farben** zeigt die symptomatische Besserung an  
 D:Depression A:Angst ST: Stress; 3,5 etc sind die items; Horizontal sind die Wochen der Therapie

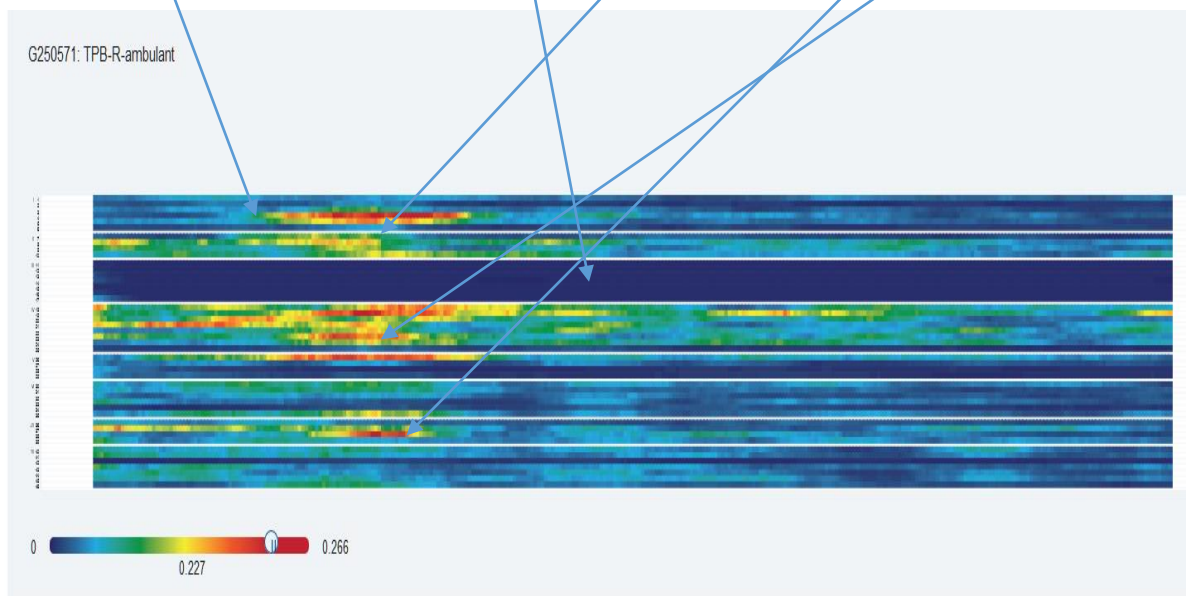
**Bsp.5**


**Resonanzdiagramm** mit Farbstufen zum DASS-21. Horizontal sind die Messzeitpunkte abgebildet (jeweils ein Kästchen – in diesem Fall wöchentlich d.h. das Diagramm zeigt den Therapieverlauf von ca 2 Jahren), vertikal jeweils die Items zu den drei Faktoren Depression, Angst und Stress. Rot zeigt hohe symptomatische Ausprägungen, blau niedrige. Über den Cursor können alle Felder direkt ausgelesen werden (Datum, Rohwerte, Kommentare des Patienten etc.) Die Graphik zeigt deutlich die symptomatische Besserung und die kritischen Items (nicht nur Faktorenwerte). Dies ist an der Entwicklung von roten und gelben Farben (rot=hohe Symptomwerte) zu grünen und blauen Farben (blau ist keine Symptomwerte) erkennbar.

**Bsp.6**

Phase kritischer Instabilität mit Symptomverschlechterung, (Soziales, interpersonelle Probleme, Emotionen) und negativem Selbstwirksamkeitserleben bei stabiler therapeutischer Beziehung; dieser therapeutischen Instabilitätsphase folgt eine Verbesserung der Symptomatik (Emotionen, interpersonelle Probleme, Beschwerden und Problembelastung)

Es handelt sich hier um eine Abbildung des Therapieprozessbogens TPB mit täglicher Messung (vertikal Faktoren und items, horizontal sieht man die Messzeitpunkte).

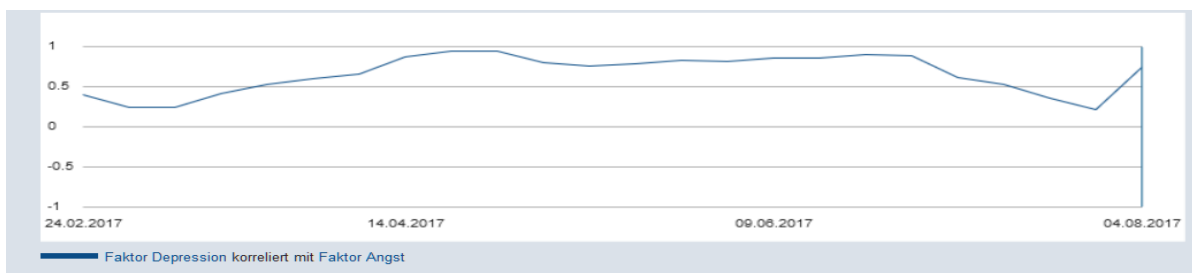


Der Therapieprozessbogen hat 8 Faktoren und hat in der Langversion 46 Fragen (es liegt auch eine Kurzversion vor). 1-Therapeutische Fortschritte / Zuversicht / Selbstwirksamkeit, 2-Soziales, 3-Beziehung und Vertrauen zum Therapeuten, 4-Emotionen, 5-Perspektivenerweiterung/Systemverständnis, 6-Veränderungsmotivation, 7-Beschwerden und Problembelastung, 8-Selbstfürsorge/ Körpererleben. Die Faktoren sind jeweils durch einen weißen Strich (horizontal) getrennt.

**Bsp. 7 Korrelationsmatrix der Faktoren im DASS 21**

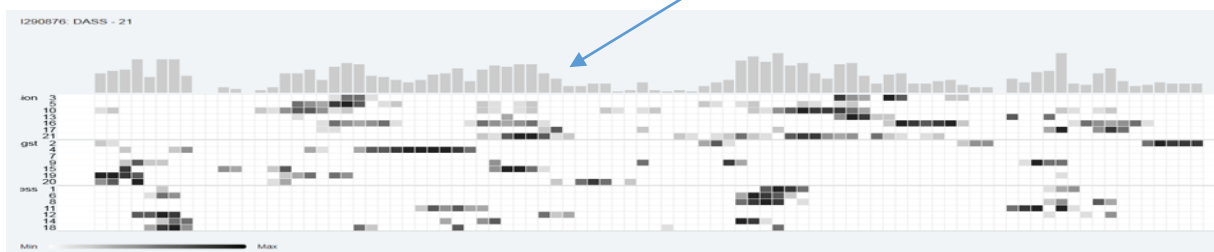


Der Zusammenhang (Korrelationen) zwischen z.B. Stress und Depression oder Angst kann über ein mathematisches tool (**Korrelationsmatrix**) errechnet werden. Diese Darstellung zeigt dann z.B. ob eine Depression stärker Stress oder Angst getrieben ist bzw. wie stark solche Zusammenhänge zu welchem Zeitpunkt sind. Diese Auswertungen helfen in Hinblick auf differentialdiagnostische Überlegungen. Die Darstellung unten zeigt z.B. dass die Depressivität der Patientin „angstgetrieben“ ist. Die Graphik zeigt die überwiegend positive Korrelation zwischen diesen Faktoren. Die Korrelationsmatrix berechnet die Items oder Faktoren die am stärksten korrelieren.



### Bsp 8 Resonanzdiagramm mit Graustufen

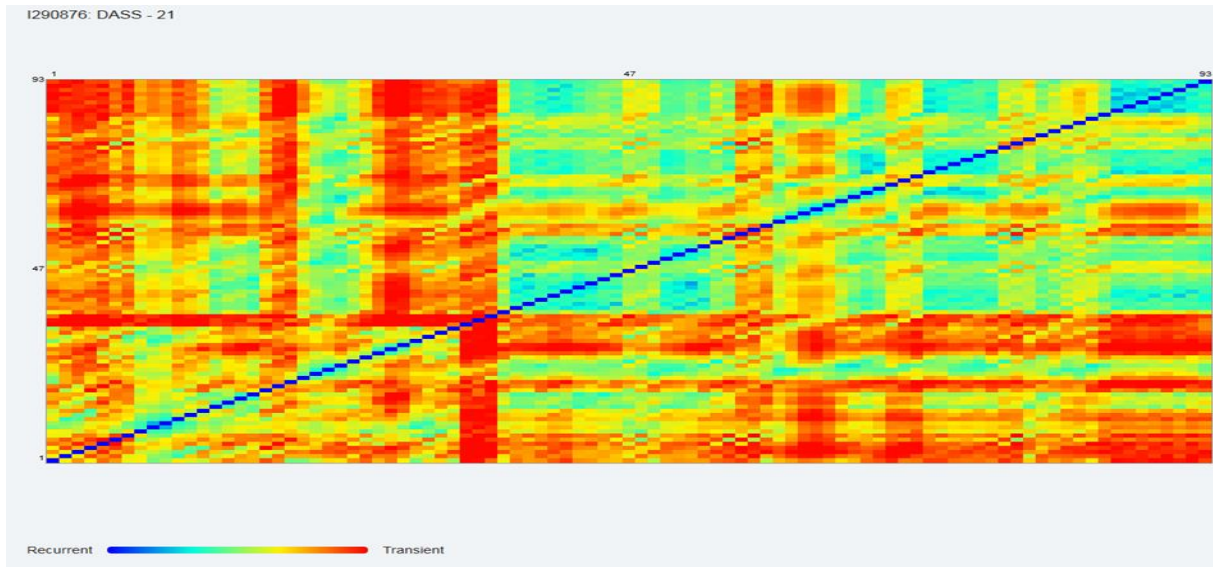
Kumulierter Belastungsscore für diesen Tag (dargestellt als Stabdiagramm)



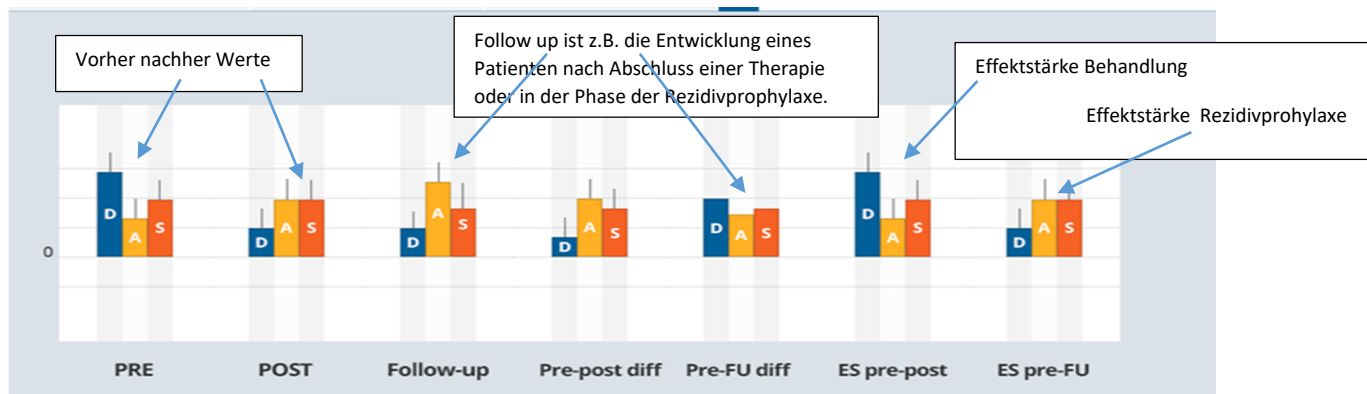
Das **Resonanzdiagramm mit Graustufen** stellt die kumulierten Scorewerte des Patienten dar.

**Bsp. 9 Das Recurrenceplot** kann als Auswertung wiederkehrende (rekuurrente) Muster und nicht-rekuurrente (transiente) Muster darstellen (recurrent -rot. Transient- blau). Durch

das Führen der Mouse auf die einzelnen Felder werden diese Muster angezeigt (was hängt womit zusammen).



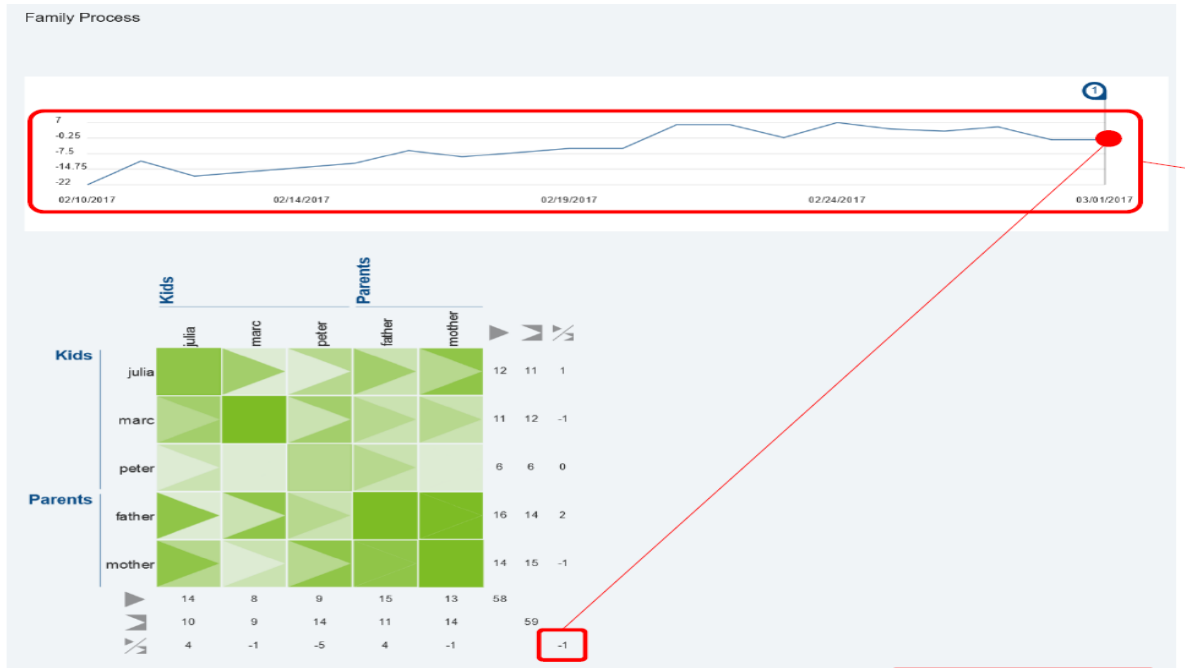
### Bsp. 10 Outcomemessung in Effektstärken (d).



Im **Outcomediagramm** ist eine Auswertung nach Gesamt (alle Fragebögen, Altersgruppen, ICD 10 Diagnosen und Geschlecht) möglich. Die Daten könne aber auch in beliebiger Kombination dargestellt werden. Anfang und Ende der Behandlung können beliebig gewählt werden, ein Follow up d.h. eine Zeit der Nachbehandlung kann ebenfalls frei definiert werden.

**Bsp. 11** Die **Interaktionsmatrix** zeigt als Tool für die Familien-Gruppentherapie oder zur Darstellung von Gruppen und Organisationsdynamiken (Supervision). Die Fragen können beliebig gewählt werden. Z.B. Ich fühle mich unterstützt, ich gebe Unterstützung und ich werde unterstützt (Farbintensität und Richtung zu den jeweiligen Personen zeigt die Interaktionen an).

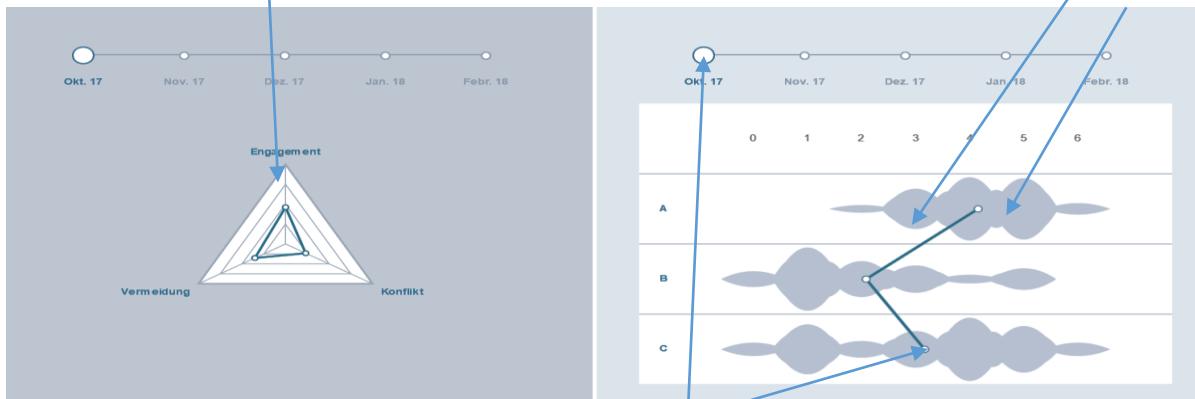
Die Items können vom Therapeuten frei gewählt werden (z.B. ich erhalte Unterstützung, ich gebe Unterstützung ich erlebe mich unterstützt) etc.



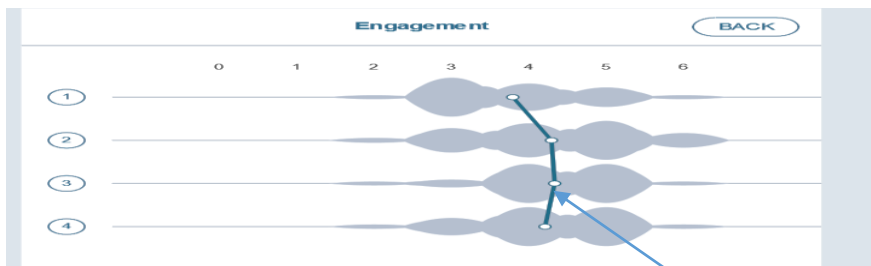
**Bsp. 12 Gruppenprozesse** können über Gruppenfragebögen dargestellt werden: z.B. über den GCQ-S- (Engagement, Vermeidung und Konflikt).

Mittelwert in der Gruppe (z.3,75 von 6).

Verteilung der Einzelnen Werte auf die Patienten



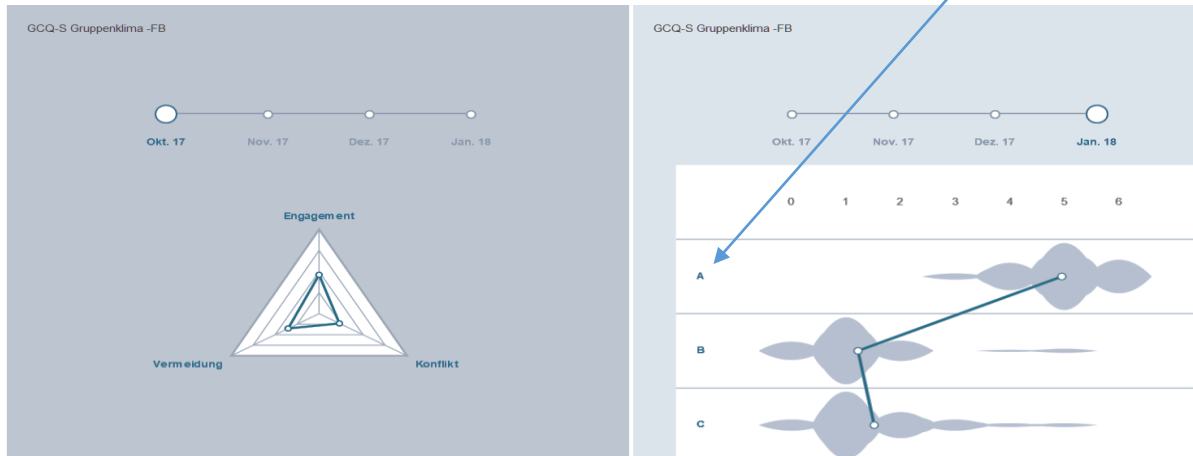
Über den GCQ-S können die Daten zu dem einzelnen Patienten dargestellt werden oder zu allen Patienten in der Gruppe. Über den Regler zur Zeitachse können die Werte der einzelnen Sitzungen in der zeitlichen Abfolge betrachtet werden.



Es können auch die Items (1-4) der Einzelnen Faktoren dargestellt werden. Die einzelnen Faktoren wie auch Items können auch in einem Zeitreihendiagramm dargestellt werden.

Die Abb. unten zeigt die Möglichkeit die Historie von des Gruppenklimabogen (wöchentliche Anwendung) z.B. in der monatlichen Auswertung abzubilden.

z.B. Engagement der Patienten

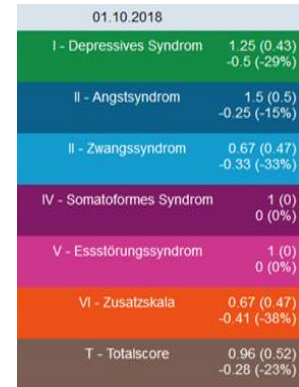
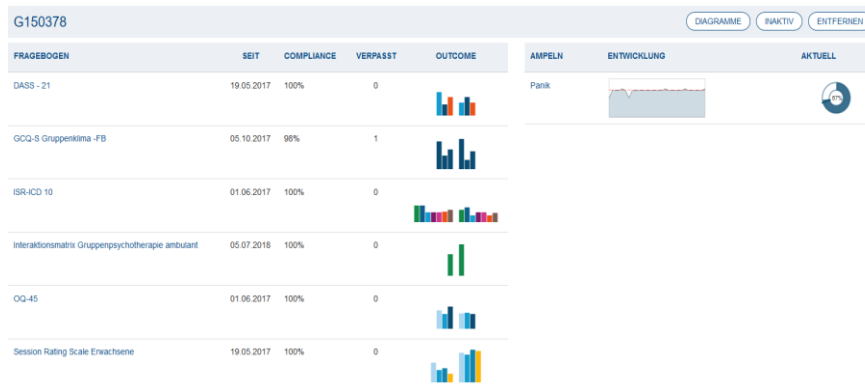


### Bsp. 13 Ampel und Warnhinweise

Übersicht zu den diagnostischen Scores am Beginn der Therapie und zum aktuellen Zeitpunkt (relative Veränderungen werden in % angezeigt)

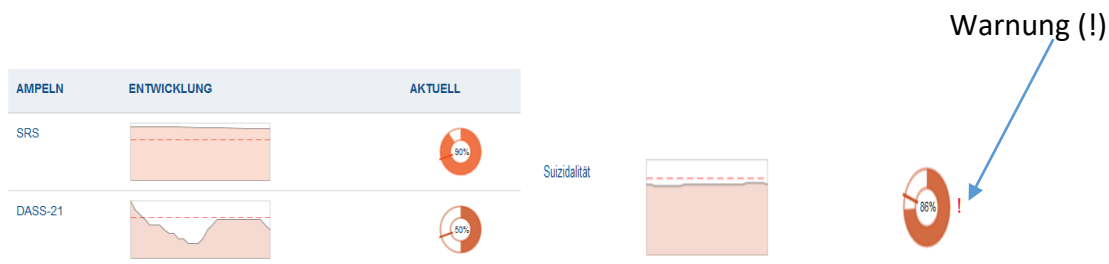
Des Weiteren findet sich in der Übersicht die Ampel zur Therapeutischen Beziehung und zur Leitsymptomatik (Panik).





Relative Veränderung in Prozentzahlen können zu allen Faktoren angezeigt werden (hier z.B. ISR ICD 10 Diagnosen)

Für die Darstellung von kritischen Werten z.B. Suizidalität oder Verschlechterung der therapeutischen Beziehung kann sich der Therapeut „Ampeln“ einrichten und wird automatisiert ohne Wissen des Patienten von der Über oder Unterschreitung von kritischen Werten per email informiert. In der nachfolgenden Abbildung wurde folgende Einstellung gewählt: Unterschreiten des Gesamtwertes zur SRS (therapeutische Beziehung) unter 70. Und Überschreiten (70) des Scores zu Item 3 „Ich konnte keine positiven Gefühle erleben“.



#### 14. Therapietagebuch (Kommentarfunktion)

Der Patient hat die Möglichkeit nach dem bearbeiten der Fragebögen Kommentare hinzuzufügen. Diese werden für den Anwender (Therapeuten) als Strich auf der X Achse dargestellt (vgl. DASS-21). Fährt man an diese Stelle der Darstellung erscheint das Textfeld.

Auch der Therapeut hat getrennt vom Therapietagebuch die Möglichkeit Einträge vorzunehmen (sind nur für den Therapeuten sichtbar).

Es besteht auch die Möglichkeit **Gruppen** zu definieren (Fragebögen und zeitliche Taktung) die Patienten dann automatisiert zugewiesen werden; kann als Standard definiert werden: z.B. SRS Gesamt und Faktor Depression ISR, Faktor Stress DASS21, BSS, OPD-SF und Veränderungsmotivation des Patienten im TPB etc.

## 15. Viele weitere Funktionen stehen zur Verfügung:

- Dokumenten Archiv: der Therapeut kann dem Patienten Dokumente zuordnen z.B. Screenshots von Aufnahmen seiner Zeitreihen d.h. zu bestimmten Entwicklungen.
- TAGS: hier können Sie Suchfunktionen starten.
- Gruppen Funktion für Patienten Fragebogen Paket: z.B. können Sie verschiedene Fragebögen mit definierter Taktung in einem Paket für bestimmte Altersgruppen (Erwachsen, oder Jugendliche) oder Störungsbezogenen Diagnosen (Standard-, Depression-, Angst- etc.) erstellen und einem Patienten automatisiert zuweisen Z.B. ISR monatliche Taktung, DASS-21- wöchentliche Taktung, WAI wöchentliche Taktung, OPD und IPO-16 monatliche Taktung etc.
- Kommunikation mit dem Patienten: dem Patienten können über die APP Informationen, Texte etc. mitgeteilt werden z.B. therapeutische Hausaufgaben.
- Mehrsprachige Fragebögen: Oberflächen für mehr als 20 Sprachen stehen zur Verfügung
- Export von numerischen Daten in ein Excel File z.B. für die Forschung (Import SPSS).
- Daten und Veränderungsreports (für GUA Langzeittherapie) können generiert und in Verlängerungsberichte importiert werden.

Etc.



## 6. Kooperationen-Schulungen-Referenzen

### Kooperation

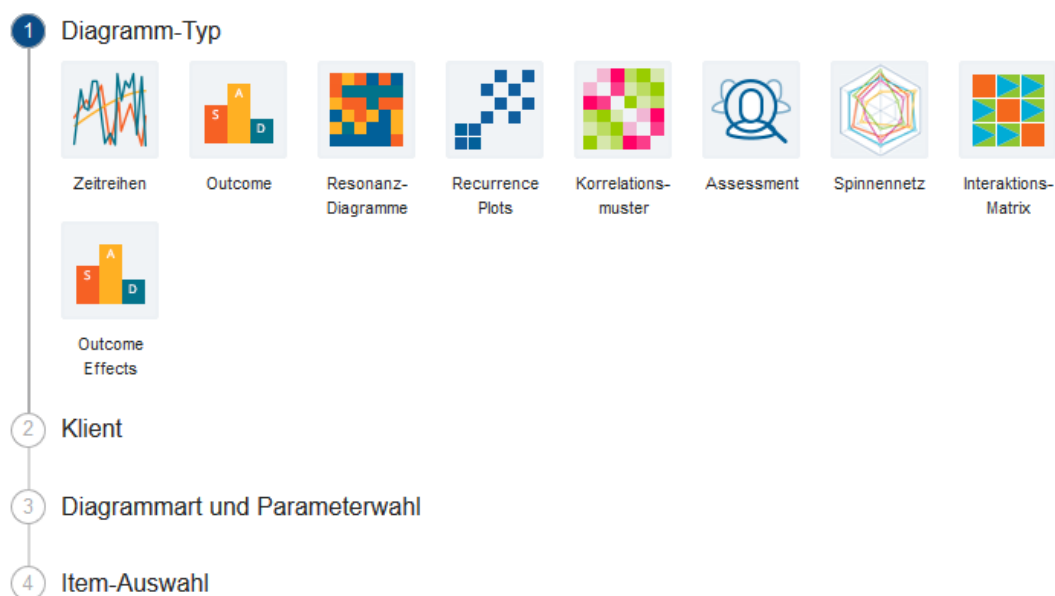
Das SNS® wird in Kooperation mit der Firma Hasomed bzw. Elefant® als Praxisverwaltungsprogramm vertrieben. Das SNS® ist direkt in das Praxisverwaltungsprogramm eingebunden.

Im Elefant bestehen für die Nutzer des SNS® besondere Vorteile (Automatisches Anlegen eines Patienten, direkte Ansicht der aktuellen Entwicklungsdaten im Elefant®, Archivierungsfunktion von Diagrammen, Direkteinbindung von Diagrammen in Gutachten, abrechnungsunterstützende Softwaretools, Kommentarfeld für den Therapeuten etc.).

### Schulungen-basic

Es finden laufend regionale Schulungen (für Psychotherapeuten mit Fortbildungspunkten) für Einsteiger statt. Diese finden vor Ort oder online statt. An den Online Kurse (zu allen Anwendungsthemen) kann jeder so oft er möchte teilnehmen. Die Kurse stehen dann als Filmmaterial (Nutzer anlegen, Diagramme Anlegen, Outcome Module, Interaktionsmatrix, Gruppentherapien, Ampelfunktion etc.) zur Verfügung.

#### Diagramm-Assistent



### Film

Filme aus der Schulung Basic stehen der SNS®-Community kostenlos zur Verfügung.

### Schulung-advanced

Es finden laufend regionale Schulungen (für Psychotherapeuten mit Fortbildungspunkten) für Fortgeschrittene an Hand von Kasuistiken statt (Leitung Univ.Prof.Dr.Dr.G.Schiepek).



### **Summer School in Seeon am Chiemsee-Fortbildung für Anwender**

Jährlich findet am Chiemsee eine Veranstaltung (für Psychotherapeuten mit Fortbildungspunkten) zu Feedback, Monitoring in der Psychotherapie statt.

### **Handbücher**

Es gibt zu allen Einstellungen (Übersicht, Diagramme, Outcome) Unterlagen die alle möglichen Formen von Graphiken erläutern.

### **PMU Paracelsus Medical University Psychotherapy Research**

Das SNS® wird unter Leitung von Univ.Prof.Dr.Dr.G.Schiepek und Team an der PMU Salzburg in Kooperation mit Kliniken und Nutzern erforscht und weiter entwickelt.

### **Wissenschaftliche Publikationen**

Es findet eine laufende wissenschaftliche Begleitforschung statt. (Auszüge siehe Anhang Literatur).

### **CCSYS**

Complex Systems ist eine GmbH und CoKG und verkauft, vertreibt das SNS® und unterstützt die Nutzer in ihrer Anwendung (technischer support, Hotline, Fortbildungsveranstaltungen) für die Nutzer ([www.ccsys.de](http://www.ccsys.de)).

### **Referenzen**

Gegenwärtig nutzen über 20 Kliniken in Österreich, Deutschland und der Schweiz dieses System.

Auf der Homepage von CCSYS können Case-studies (Nutzererfahrungen) von Therapeuten und Patienten heruntergeladen werden.

Des Weiteren können Sie hier aktuelle Publikationen downloaden.

## 7. Kosten

Jährliche Kosten „All in one“ (mit Interaktionsmatrix - Gruppen und Familientherapie bzw. Organisationsberatung) für eine psychotherapeutische Praxis (ohne Beschränkung der Patientenzahl bzw. der Anzahl der Nutzung von Fragebögen) z.B. mit dem Praxisverwaltungssystem **Elefant®**.

**Das SNS® kann auch parallel zu jeder anderen Praxissoftware verwendet werden.**

Schulung **einmalig basic** – die Schulungen sind für Psychotherapeuten zertifizierte und akkreditierte Fortbildungsveranstaltungen. An diesen Einführungskursen kann der Psychotherapeut so oft teilnehmen wie er möchte (Webinarien). Diese Webinarien werden zu unterschiedlichen Themen durchgeführt z.B. (*Wie lege ich einen Patienten an, wie konfiguriere ich Diagramme, welche Taktung der Fragebögen eignet sich für welche Form des Monitorings, welche Fragebögen eignen sich für welche Psychotherapien (KZT, LZT), wie verwende ich den Therapieprozessbogen, wie verwende ich die Analysetools z.B. Korrelationsmatrix etc., wie erfolgt die Gruppentherapeutische Diagnostik und wie die Auswertung der Daten, wie erstelle ich eigene Fragebögen, Forum für offene Fragen etc.*)

Webinarien sind zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen die am PC in der Praxis oder zu Hause direkt verfolgt werden können. Die Webinarien werden aufgezeichnet und können beliebig oft angesehen werden.

### Handbücher

**Keine Kosten**

### Abrechnung von Verfahren gegenüber der KV?

Pro Behandlungsfall (=ein Quartal) dürfen 854 Punkte für 35600 abgerechnet werden. Dies bedeutet, dass für einen Aufwand von jeweils 5 Minuten für Durchführung, Auswertung, schriftliche Notiz 2,96€ verrechnet werden dürfen, und dies 30 mal im Quartal d.h. 10 mal pro Monat. Würde man das ROM wie oben beschrieben anwenden kann man

pro Patienten (Erwachsene) monatlich **29,6 €** abrechnen.

Pro Patient Kinder/Jugendlichen können monatlich **44,5€** abgerechnet werden.

**Ein Monitoring mit 6 Patienten ergibt im EBM zu einer Honorarzahlung von 72€ (monatliche Lizenzkosten incl. Mwst. 69€).**

Das Monitoring verschafft quantitative und qualitative Daten zum Therapieprozess. Es ist Teil der Patienten-Dokumentation. Es ist daher ein Qualitätsmerkmal für die Praxis. **Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass in Zukunft z.B. Eingangs und Schlussdiagnostik d.h. eine minimale Form der Evaluation der ambulanten Psychotherapien verpflichtend wird.**

**Kosten Volllizenz:** (69€ incl.Mwst pro Monat)

**Kosten Einschulung (einmalig):** (250€ netto) mit Fortbildungspunkten

## 8. FAQs

**Kann das SNS® schulenübergreifend genutzt werden?** Ja.

**Wozu kann man das SNS® nützen?** Zur Statusdiagnostik, zum Therapiemonitoring und zur Outcomemessung (Evaluation von Therapieprozessen).

**Kann ich SNS® alleine verwenden?** - ja; SNS® kann auch in einer „stand alone“ Version verwendet werden. Die Integration z.B. in den Elefant® bietet jedoch zusätzliche Funktionalitäten.

**Benötige ich eine besondere IT Infrastruktur?**- nein. Nur einen Internetanschluss.

**Fallen noch andere Kosten an?** – nein.

**Wieviel Zeit benötige ich um ausreichendes Wissen zur Anwendung zu haben?** – SNS® basic ca. 4 Stunden.

**Wieviel Zeit benötige ich um einen Patienten anzulegen?** – 1 Minute.

**Wieviel Zeit benötige Ich um ein individualisiertes Diagramm zu erstellen?** – 1-2 Minuten

**Wie viele Diagramme kann ich erstellen?** Beliebig viele. Im SNS® kann zu jedem Faktor und zu jedem Item ein Diagramm erstellt werden. Es können in einem Diagramm auch unterschiedliche Items oder Faktoren dargestellt werden.

**Wieviel Zeit benötige ich nach der Erstellung eines definierten Diagrammes?** Die Zeitreihen in einem definierten Diagramm entwickeln sich „Realtime“ aktualisiert weiter.

**Kann der Patient die Testwerte oder die Zeitreihen sehen?** – nein, diese müssen mit dem Patienten auf einem Laptop mit dem Account des Therapeuten besprochen werden.

**Wie oft soll mit dem Patienten die aktuellen Zeitreihen besprochen werden?** – dies entscheidet der Therapeut.

**Wie motiviert sind die Patienten?** – sehr, die Compliancerate ist sehr hoch (≥80%).

**Kann man die Daten (Graphiken, Rohwerte etc.) in einen Befund oder Gutachten z.B. für LZT einbinden?** – ja geht ganz einfach mit einem „snipping tool“ (Markieren, Ausschneiden, Einfügen).

**Gibt es weltweit ein vergleichbar variables differenziertes und empirisch so gut erforschtes Feedback und Monitoringsystem?** – nein.

**Gibt es einen technischen support?** – ja, dieser ist kostenlos

**Gibt es einen inhaltlichen Support?** – ja eine Hotline für den Kundenservice, ist kostenlos.

**Sind die Daten für den Patienten sicher?** – ja, die Daten sind auf einem Server mit sehr hohem Sicherheitsstandard abgespeichert und entsprechen der europäischen DSGVO.

**Kann ich auch selber Fragebögen eingeben?** – ja jeden beliebigen unter Berücksichtigung von Urheberrechten.

## 9. Literatur

- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: APA Press.
- Boulet, J., & Boss, M. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 433-437.
- Duncan B., Miller S., Wampold B., Hubble M. (2010). *Heart and Soul of change*. 2nd Edition. Delivering what works in therapy. APA. Washington.
- Finch A.E., Lambert M.J. & Schaalje B.G. (2001). Psychotherapy quality control: The statistical generation of expected recovery curves for integration into an early warning system. *Clin.Psychol.Psychother.*;8:231-242
- Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, Sutton SW. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol*. 2005 Feb;61(2):155-63.
- de Jong K. (2012). [The role of the therapist: the 'forgotten' factor in ROM]. *Tijdschr Psychiatr.*;54(2):197-201.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother Res*, 21(3), 267-276.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.) *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy & behavior change* (6th ed.). New York: Wiley.
- Lambert M. & Klainstauber M (2016). Wenn sich Menschen ändern-Veränderungsprozesse in der Psychotherapie und ihre Beziehung zu spezifischen Therapietechniken und allgemeinen Wirkfaktoren. *Verhaltenstherapie*; 26:32-39. Doi:10.1159/000442372
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychother Psychosom*, 86(2), 80-89. doi: 10.1159/000455170
- Lutz W., Wittmann W., Böhnke J., Rubel J., & Steffanowski A. (2012). Zu den Ergebnissen der Modellprojektes der Technikerkrankenkasse zum Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie aus Sicht des wissenschaftlichen Evaluationsteams. *Psychother Psych Med*; 62: 413-417.
- Macdonald J. & Mellor-Clark J. (2015). Correcting Psychotherapists' Blindsight: Formal Feedback as a Means of Overcoming the Natural Limitations of Therapists. *Clin Psychol Psychother*. 22(3):249-57. doi: 10.1002/cpp.1887.
- Probst T., Lambert M.J., Loew T.H., Dahlbender R.W., Göllner R. & Tritt K. (2013). Feedback on patient progress and clinical support tools for therapists: improved outcome for patients at risk of treatment failure in psychosomatic in-patient therapy under the conditions of routine practice. *J Psychosom Res.*;75(3):255-61. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.07.003.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 80-87.
- Schlagert H.S. & Hiller W. (2017). The predictive value of early response in patients with depressive disorders. *Psychother Res.*;27(4):488-500. doi:10.1080/10503307.2015.1119329.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J., & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research*, 22(6), 638-647.
- Solstad S.M., Castonguay L. & Moltu C. (2017). Patients experience with routine outcome monitoring and clinical feedback systems: A systematic review and synthesis of qualitative empirical literature. *Psychother.Res.*;19: 1-14. doi: 10.1080/10503307.2017.1326654.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold B. (2015). Routine outcome monitoring: Coming of age. With the usual developmental challenges. *Psychotherapy (Chic.)*;52(4): 458-62. doi: 10.1037/pst0000037.
- Zilcha-Mano S., Dinger U., McCarthy K.S. & Barber J.P. (2014). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *J Consult Clin Psychol.*;82(6):931-5. doi: 10.1037/a0035141.

### Wissenschaftliche Publikationen zum SNS® (Journals):

- Bachler E. & Schiepek G. (2018). Rupture repair processes (RRPs) im psychotherapeutischen Prozess. Fördert Therapie-Monitoring die Bearbeitbarkeit von RRP, und damit die Ergebnisqualität von Psychotherapien? Eine Falldarstellung. In press.
- Beirle G, Schiepek G. (2002). [Patterns of Change--Transitions between "States of Mind" in a solution oriented brief therapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol*.52(5):214-25.
- Halfon S, Çavdar A, Orsucci F, Schiepek GK, Andreassi S, Giuliani A, de Felice G. (2016). The Non-linear Trajectory of Change in Play Profiles of Three Children in Psychodynamic Play Therapy. *Front Psychol*.;7:1494.
- Heinzel S, Tominschek I, Schiepek G. (2014). Dynamic patterns in psychotherapy--discontinuous changes and critical instabilities during the treatment of obsessive compulsive disorder. *Nonlinear Dynamics Psychol Life Sci*. 18(2):155-76. PubMed PMID: 24560009.
- Maurer G, Aichhorn W, Leeb W, Matschi B, Schiepek G. (2011). [Real-time monitoring in psychotherapy - methodology and casuistics]. *Neuropsychiatr*.;25(3):135-41.
- Schiepek G, Strunk G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series-a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biol Cybern*. 102(3):197-207. doi: 10.1007/s00422-009-0362-1.
- Schiepek G, Fartacek C, Sturm J, Kralovec K, Fartacek R, Plöderl M. (2011). Nonlinear dynamics: theoretical perspectives and application to suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 41(6):661-75. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00062.x.
- Schiepek G. (2012). [Systemic therapies--a contribution to psychotherapy integration]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2012 Jun;62(6):204-13. doi:10.1055/s-0032-1311560.
- Schiepek G, Aichhorn W, Strunk G. (2012). [Therapy Process Questionnaire (TPQ) – a combined explorative and confirmatory factor analysis and psychometric properties]. *Z Psychosom Med Psychother*. 58(3):257-66.
- Schiepek G, Tominschek I, Heinzel S, Aigner M, Dold M, Unger A, Lenz G, Windischberger C, Moser E, Plöderl M, Lutz J, Meindl T, Zaudig M, Pogarell O, Karch S. (2013). Discontinuous patterns of brain activation in the psychotherapy process of obsessive-compulsive disorder: converging results from repeated fMRI and daily self-reports. *PLoS One*. 8(8):e71863. doi:10.1371/journal.pone.0071863.
- Schiepek G, Aichhorn W. (2013).[Real-time monitoring of psychotherapeutic change processes]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2013 Jan;63(1):39-47. doi:10.1055/s-0032-1327593.
- Schiepek GK, Stöger-Schmidinger B, Aichhorn W, Schöllner H, Aas B. (2016). Systemic Case Formulation, Individualized Process Monitoring, and State Dynamics in a Case of Dissociative Identity Disorder.*Front Psychol*.;7:1545.
- Schiepek G, Aas B, Viol K.(2016). The Mathematics of Psychotherapy: A Nonlinear Model of Change Dynamics. *Nonlinear Dynamics (2016)*. *Psychol Life Sci*.;20(3):369-99.
- Schiepek G, Aichhorn W, Gruber M, Strunk G, Bachler E, Aas B. (2016). Real-Time Monitoring of Psychotherapeutic Processes: Concept and Compliance. *Front Psychol*. 3;7:604. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00604.
- Schiepek GK, Viol K, Aichhorn W, Hütt MT, Sungler K, Pincus D, Schöllner HJ. (2017)Psychotherapy Is Chaotic- (Not Only) in a Computational World. *Front Psychol*.;8:379. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00379.

### Wissenschaftliche Publikationen zum SNS® (Bücher):

- Schiepek G.& Strunk G. (2014). *Therapeutisches Chaos*. Hogrefe Göttingen.
- Schiepek G., Eckert H. & Kravanja B. (2013). *Grundlagen systemischer Therapie und Beratung*. Hogrefe Göttingen.
- Schiepek G., Eckert H., Aas B., Wallot S & Wallot A. (2015). *Integrative Psychotherapy. A Feedbackdriven Dynamic Systems Approach*. Hogrefe Boston.

## 10.Partner-Impressum

### CCSYS Gmbh & COKG (Softwareentwicklung)

[www.ccsys.de](http://www.ccsys.de)

### PMU (Inhalte)

Paracelsus Privatmedizinische Universität Salzburg. Institut für Synergetik und Psychotherapieforschung:  
Leitung Univ.Prof.Dr.Dr.G.Schiepek

[www.pmu.at](http://www.pmu.at)

Prof.Schiepek ist der Leiter der Forschungsgruppe und Gründer der CCSYS Gmbh und CO KG.

### HASOMED Elefant® Praxissoftware

Elefant ist die meistverwendete Praxissoftware für Psychotherapeuten in Deutschland. Das SNS wird nur in Elefant direkt in das Praxisprogramm eingebunden. Dadurch ergeben sich in Hinblick auf die Verwendung des SNS gegenüber der stand-alone-Lösung verschiedenen Funktionalitäten die die Verwendung des SNS vereinfachen.

- Automatisiertes Anlegen von Patienten
- Direkte Ansicht der Patientendiagramme in Echtzeit über die Stammdatenfunktion des Programms (dadurch können unmittelbar vor der Sitzung mit dem Patienten seine Diagramme angesehen werden; bzw. weitere Diagramme (Auswertungen) einfach konfiguriert werden.
- Die Diagramme können mit einer Archivierungsfunktion per click als Screenshot in der Patientenakte archiviert werden.
- KV Abrechnungstool mit Zählfunktion (wie viele SNS Testungen kann ich noch abrechnen?)
- Kommentarfeld für den Therapeuten zu den Diagrammen (Therapieverlauf) des Patienten.

[www.hasomed.de/de/elefant-praxissoftware](http://www.hasomed.de/de/elefant-praxissoftware)

### STAND ALONE LÖSUNG

Das SNS® kann auch neben jedem Praxisprogramm installiert werden. Alle Fragen die in diesem Zusammenhang bestehen beantworten wir Ihnen gerne.

[vertrieb@ccsys.de](mailto:vertrieb@ccsys.de)

### VERTRIEB, VERKAUF SCHULUNG AMBULANTE PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHIATRIE:

[vertrieb@ccsys.de](mailto:vertrieb@ccsys.de)