Aus Anlaß des Erscheinens der deutschsprachigen Version der „Symptom-Checkliste" SCL-90-R wird über die Zielsetzungen und Anwendungsbereiche der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik informiert. Die auf deutsch vorliegenden standardisierten und normierten Verfahren der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen werden benannt und knapp charakterisiert.

I. BESCHWERDEN- UND SYMPTOM-ORIENTIERTE DIAGNOSTIK UND EVALUATION

Günter Krampen

Anwendungsbereiche und Zielsetzungen der standardisierten Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik

Natürlich insbesondere, aber nicht nur in psychotherapeutischen Zusammenhängen ist die psychodiagnostische Frage nach der aktuellen, eventuell auch chronischen Beschwerden- und Symptombelastung von Personen relevant. Auf sie zielt in der psychotherapeutischen und der beratungspsychologischen Anwendungspraxis die in der Regel im Erstgespräch geäußerte Aufforderung an den Patienten/Klienten, seine aktuellen Probleme und Schwierigkeiten frei zu beschreiben. Aber auch in anderen psychologischen Anwendungsfeldern und in der psychologischen Forschung ist die Frage nach der akuten bzw. ggfs. auch chronischen Beschwerdenbelastung von Bedeutung, da diese mit dem angezielten Untersuchungsgegenstand – etwa in Selektionstestungen und Auswahlgesprächen, den Effekten von Trainings sowie dem Verhalten und Erleben von Versuchspersonen in der Forschung – kovariieren und als „Störvariable" wirken kann.

Die Beschwerden- und Symptom-orientierte Diagnostik kann in all diesen Anwendungsfällen dabei helfen, die potentielle „Störvariable" der individuell akut und/oder chronisch gegebenen subjektiven psychischen, somatoformen und körperlichen Beschwerdenbelastung zu kontrollieren (im Sinne eines Kovariats). In der psychotherapeutischen und beratungspsychologischen Anwendungspraxis können durch sie die verzerrenden Wirkungen von Selektionsfiltern, die beim Patienten/Klienten eventuell durch den akut gegebenen, spezifischen Leidensdruck, individuelle Rollen- oder Situationsinterpretationen, den Gesprächsverlauf o.ä. vorhanden sind, reduziert und so ebenfalls kontrolliert werden. Ähnliches gilt für selektive Problem-

Eine Übersicht zu standardisierten, normierten deutschsprachigen Verfahren aus Anlaß des Erscheinens der deutschen normierten Version der SCL-90-R

fokussierungen von Therapeuten und Beratern, die etwa im diagnostischen Prozeß aufgrund verfrühter ätiologischer Hypothesen, persönlicher Voreinstellungen oder Patienten-/Klientenwahrnehmungen entstehen – auch sie können durch die standardisierte Beschwerden- und Symptomdiagnostik in ihren Auswirkungen abgeschwächt werden.

Die wesentliche Zielsetzung der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik ist somit zunächst eine möglichst exhaustive Erfassung der Probleme und Schwierigkeiten, die eine Person bei sich selbst erlebt. Damit wird sowohl über die rein qualitative, freie, u.U. selektiv verzerrte Beschwerdenbeschreibung als auch über die reine psychologische Eindrucksbildung des/der Diagnostikers(in) hinausgegangen. In meist quantitativer Form werden Q-Daten zur Symptomatik, ihrer Frequenz, ihrer Schwere, z.T. auch zu der mit ihnen verbundenen subjektiven Beeinträchtigung o.ä. erhoben. Dies geschieht in der Regel in ökonomischer Form über Selbstbeschreibungsfragebogen (seltener – vor allem bei jüngeren Kindern – über Fremdauskünfte von Bezugspersonen, L'-Daten, oder in strukturierten Interviews, Q-Daten).

Trotz der in einigen der standardisierten und normierten Verfahren enthaltenen größeren Itemmengen erfolgt die Bearbeitung solcher Symptomfragebogen oder „-Checklisten" zumeist sehr schnell, da der Beantwortungsprozeß für die meisten Personen sehr einfach ist und kein größeres Abwägen, Nachdenken etc. erfordert. So werden in der Regel selbst Beschwerdenlisten mit bis zu 100 Items von den weitaus meisten in 10 bis 15 Minuten bearbeitet. Ursache davon ist, daß die Symptom- und Beschwerdenbeschreibungen sprachlich kurz und prägnant sowie relativ präzise und gut verständlich, somit alltagsnah und eng an umgangssprachlichen Formulierungen orientiert sind. Im Grunde ist davon auszugehen, daß jede(r) ziemlich genau weiß (zumindest auf der subjektiven Ebene der Selbstwahrnehmungen), ob eine der erfragten Beschwerden bei ihm/ihr selbst vorliegt oder nicht. Hier liegt ein erster großer Unterschied der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik zu Persönlichkeitsdiagnostika und Einstellungsmessungen über Fragebogen oder strukturierte Interviews vor: Während die Items in den zuletzt genannten Verfahren auch dann, wenn um „spontane" Antworten gebeten wird, in der Regel ein abwägendes Nachdenken, ggfs. auch temporale, soziale oder kriteriale Vergleiche (auf der subjektiven Ebene) erfordern, und die Person sich häufiger mit der Mehrdeutigkeit von – auch sprachlich komplexeren – Itemformulierungen herumschlagen muß, die u.U. erhebliche Interpretationen im individuellen Beantwortungsprozeß nötig machen, ist all dies in der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik in erheblich geringerem Maße erforderlich.

Ein zweiter bedeutsamer Unterschied zur Persönlichkeits- und Einstellungsdiagnostik besteht darin, daß in der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik für die untersuchten Personen der Bezug der erfragten Informationen zur gegebenen psychodiagnostischen, ggfs. auch psychotherapeutischen bzw. beratungspsychologischen Situation und Fragestellung offensichtlich ist. Der Interventionsbezug der erhobenen diagnostischen Daten ist hoch: Von (nahezu) jedem(r) ist die Zielsetzung der breiteren psychodiagnostischen Beschwerdenabklärung (im Sinne eines etwa über die geäußerten Probleme hinausgehenden „Screening" oder der Kontrolle der gegebenen Beschwerdenbelastung) nachvollziehbar. Die Items sind eindeutig darauf bezogen, und die Probanden werden durch die Items nicht in Themen- und Lebensbereiche geführt, die subjektiv (und/oder objektiv) nichts mit der Fragestellung zu tun haben (wie es bei vielen Persönlichkeitsdiagnostika der Fall ist). Damit verbunden ist freilich die hohe Transparenz der diagnostischen Methoden, wodurch sie für Simulationen und Dissimulationen in hohem Maße sensibel sind. Liegt ein Verdacht in eine der beiden Richtungen vor, so sind weitere diagnostische Schritte erforderlich (etwa auch mit dem Ziel der Abklärung, ob eventuell eine hypochondrische Störung, ICD-10: F45.2, eine psychisch bedingte artifizielle Störung, F68.1, eine Simulation aus äußeren Gründen, Z76.5, oder eine Dissimulation vorliegt). Dies gilt natürlich auch für Fälle, in denen Symptome angegeben werden, die in der freien Beschwerdenbeschreibung nicht geäußert wurden, und für solche, in denen Symptome nicht angegeben werden, die in der freien Beschreibung benannt worden sind. Überdies kann im Einzelfall aus der Beschwerden- und Symptomorientierten Diagnostik ggfs. auch eine Empfehlung zu einer fachmedizinischen Abklärung resultieren.

Mit den Verfahren zur Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik wird unter dem Aspekt der relativen zeitlichen Stabilität

(i.S. von Persönlichkeitsmerkmalen, „traits") versus der hohen zeitlichen Variabilität (i.S. von aktuellen Befindlichkeiten, „states") in der Regel versucht, auf ein mittleres temporales Erhebungsniveau zu gelangen. Es geht in ihr zumeist – mit Ausnahme chronifizierter Symptome – weder allein um zeitlich hoch stabile Persönlichkeitscharakteristika, noch – mit Ausnahme akuter Belastungsreaktionen – allein um zeitlich eng umgrenzte Befindlichkeiten. Erfaßt werden soll vielmehr die subjektiv erlebte psychische, somatoforme und körperliche Symptombelastung in den „vergangenen sieben Tagen" (etwa in der SCL-90-R; Franke, 1995), „in der letzten Zeit" (AT-SYM; Krampen, 1991a) o.ä. Chronifizierte Beschwerden werden dabei natürlich u.a. mit erfaßt, einmalig oder selten auftretende dagegen geringer gewichtet bzw. als niedrigfrequent identifiziert.

Eine Zielsetzung und eine gerade in der psychotherapeutischen Praxis bislang wohl zu selten genutzte Anwendungsmöglichkeit der Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik besteht auch in ihrem Wert für die formative (interventionsbegleitende) und summative (interventionsabschließende und katamnestische) Effektkontrolle psychologischen Handelns über Vorher-, Während- und Nachher-Erhebungen im Sinne der indirekten Veränderungsmessung. Durch die wiederholte Bearbeitung solcher Checklisten können Fortschritte psychologischer Interventionen ebenso dokumentiert werden wie Stagnationen in Interventionsprozessen, Problemveränderungen, -depravationen und -verlagerungen sowie Interventionserfolge. Dafür ist es natürlich erforderlich, daß das eingangs erwähnte Kriterium der möglichst exhaustiven Beschwerdenerfassung zumindest approximativ mit dem jeweiligen Verfahren erreicht werden kann. In der Regel reichen Checklisten im Umfang von etwa 50 Items nicht nur für ein „Screening", sondern auch für die wiederholte (Grob-)Diagnostik in der formativen und summativen Evaluation aus. Die umfangreicheren Verfahren sind natürlich differenzierter, und es kann erwartet werden, daß sie für Symptomveränderungen zumindest auf Itemniveau (nicht unbedingt auch auf Skalenniveau) sensibler sind. Kürzere Verfahren erscheinen für die psychologische Anwendungspraxis im Einzelfall dagegen zu grob und eher für die Forschung zur Kontrolle der „Störvariablen" (s.o.) geeignet zu sein.

Aus methodischer Sicht ist natürlich darauf zu verweisen, daß bei dieser indirekten Veränderungsmessung über Vorher-Nachher-Vergleiche von Meßwerten in der Einzelfallarbeit dieselben potentiellen Fehlerquellen (Testwiederholungseffekte, Regression zur Mitte, Einfluß externer Variablen etc.) die interne Validität und damit die Interpretationssicherheit bedrohen können wie in der vor- und quasi-experimentellen Forschung. In einigen der Instrumente zur Symptom- und Beschwerden-orientierten Diagnostik (der KASSL von Zielke, 1979, und der AT-SYM von Krampen, 1991a) wird daher vorgeschlagen, in Effektkontrollen die indirekte Veränderungsmessung um Methoden der direkten Veränderungsmessung zu ergänzen (aber nicht zu ersetzen!). Passend zur KASSL ist hier der „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens" (VEV; Zielke & Kopf-Mehnert, 1978), passend zur AT-SYM der „Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden" (VFE; Krampen, 1991b). Diese Methoden zur direkten Veränderungsmessung weisen zwar auch methodische Probleme auf (vor allem solche, die sich auf die hohe Bedeutung von Gedächtnisprozessen und Orientierungen in der Zeit beziehen); da es sich aber um andere potentielle (d.h. nicht immer gegebene) Fehlerquellen handelt, ist die Ergänzung der indirekten Veränderungsmessung um Methoden der direkten sinnvoll. Stimmen in der Effektkontrolle die Ergebnisse aus beiden Zugängen überein, so wird die Validität der Befunde gut gestützt; stimmen die Befunde nicht überein, so muß der Frage nachgegangen werden, welche Argumente für und welche gegen die Validität der Befunde aus jeder der beiden Veränderungsmessungen sprechen.

Die deutsche Version der SCL-90-R von Gabriele Franke (1995)

Deutschsprachige Forschungsversionen der „Symptom Checklist 90" (SCL-90) und ihrer revidierten Form, der SCL-90-R, von L.R. Derogatis werden im deutschsprachigem Raum schon länger eingesetzt (in der Literaturdatenbank „Psyndex" finden sich so etwa zur Zeit 54 Literaturnachweise, die sich auf solche Anwendungen beziehen). Als nicht normierte und kaum systematisch anhand von Daten aus dem deutschen Sprachbereich validierte Instrumente sind solche Versionen, die zudem häufig kaum zugänglich sind und ledig-

lich „unter der Hand" kursieren (die SCL-90-R bildete hier eine Ausnahme, da sie über das CIPS, Collegium Internationale Psychiatrae Scalarum, breiter zugänglich war), zwar unter bestimmten Randbedingungen für die psychologische Forschungs-, nicht aber für die psychologische Anwendungspraxis geeignet. Gabriele Franke hat sich der Mühe unterzogen, eine dieser Forschungsversionen der SCL-90-R für den deutschsprachigen Bereich systematisch nach den Kriterien der klassischen Testtheorie zu prüfen und anhand einer Stichprobe von 1006 deutschen Erwachsenen (Versuch einer Totalerhebung bei den Beschäftigten einer westdeutschen Universität; Rücklauf: 40 % bei in etwa ausgeglichener Geschlechtsverteilung und eindeutig nicht repräsentativer Verteilung der Bildungsabschlüsse) zu normieren. Unlängst legte sie das Manual und das Verbrauchsmaterial (Fragebogen, Auswertungsbogen und graphisches Auswertungsschema) zu dieser deutschsprachigen Version der SCL-90-R vor: **Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version (SCL-90-R). Manual (103 Seiten) und Verbrauchsmaterial. Göttingen: Beltz Test GmbH (Test komplett: DM 58,50).**

Das Manual zu der deutschsprachigen SCL-90-R umfaßt Informationen zur Entwicklungsgeschichte und Entwicklung der Skala, klare Anwendungshinweise, die zentralen teststatistischen Befunde zu ihrer Reliabilität und Validität sowie weitere Hinweise zu Anwendungs- und Auswertungsoptionen. In Tabelle 1 wird über die aus den Antworten zu den 90 Symptomen abgeleiteten neun Subskalen der SCL-90-R, die drei zusätzlichen globalen Kennwerte und die (bisherigen) zentralen Anwendungsbereiche dieser Symptom-Checkliste im deutschsprachigen Bereich informiert.

Die Reliabilitätskoeffizienten genügen bei den meisten Subskalen knapp den üblichen psychometrischen Anforderungen, wobei die Aufnahme von Befunden zum englischen Original in das deutsche Manual etwas verwirren kann (sie sind für den internationalen Vergleich, nicht aber für die Evaluation der deutschsprachigen Version relevant). Umfangreiche und zugleich inhaltlich breit angelegte Untersuchungsergebnisse veranschaulichen die faktorielle, konvergente, diskriminante und differentielle Validität der Skalen im deutschsprachigen Bereich und bieten auch Anhaltspunkte für die weitere Forschung. Das gleiche gilt für die von Gabriele Franke am Ende des Manuals dargestellten weiterführen-

Dan Olweus

Gewalt in der Schule

Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können

Aus dem Norwegischen übersetzt von Inken Völpel-Krohn. 1995, 128 Seiten, 6 Abbildungen, kartoniert Fr. 24.80 / DM 24.80 / öS 194.— (ISBN 3-456-82591-9)

Gewalt unter Schulkindern ist zweifellos ein sehr altes Phänomen. Die Tatsache, daß einige Kinder häufig und systematisch von anderen Kindern gemobbt und angegriffen werden, wurde in Werken der Literatur beschrieben, und viele Erwachsene haben damit Erfahrung aus ihrer eigenen Schulzeit. In den letzten Jahren hat dieses Problem allerdings an Schärfe deutlich zugenommen.
Das Buch gibt einen Überblick über die bekannten Fakten des Phänomens Gewalt unter Schulkindern und schildert das Interventionsprogramm, das der Autor entwickelt hat. Das Programm wird an vielen Schulen in mehreren skandinavischen Ländern, in Großbritannien und in einigen deutschen Bundesländern mit großem Erfolg eingesetzt. Der Autor gilt als der «Gründervater» der Erforschung von Gewalt an Schulen. Die «Times» nannte ihn kürzlich die «weltweit» führende Autorität» auf diesem Gebiet.

K.-Ch. Tennstädt / F. Krause / W. Humpert / H.-D. Dann

Das Konstanzer Trainingsmodell (KTM)

Neue Wege im Schulalltag:
Ein Selbsthilfeprogramm für zeitgemäßes Unterrichten und Erziehen

Erziehungsprobleme, Aggressionen und Störungen von Schülern und Schülerinnen können zu schweren Belastungen für den Unterrricht werden. Das KTM vermittelt Strategien zur Bewältigung dieser Probleme.

Trainingshandbuch
324 Seiten im Format A4, Ringbuch, Fr. 98.— / DM 98.— / öS 765.— (ISBN 3-456-81978-1)

Verlag Hans Huber
Bern Göttingen Toronto Seattle

Kurzname [a]	Autor(in) Publikationsjahr	Altersbereich	Itemanzahl	(Sub-)Skalen	Hauptanwendungsbereiche
SCL-90-R	Franke (1995)	ab etwa 14	90	1. Somatisierung 2. Zwanghaftigkeit 3. Unsicherheit im Sozialkontakt 4. Depressivität 5. Ängstlichkeit 6. Aggressivität/ Feindseligkeit 7. Phobische Angst 8. Paranoides Denken 9. Psychotizismus *zusätzliche globale Kennwerte:* GSI: allgemeine psychische Belastung PSDI: Intensität der Antworten PST: Anzahl belastender Symptome	– Psychotherapieforschung – Psychopharmakologische Forschung – Psychiatrische Nosologie – (Diff.) Psychopathologie bei psychischen somatoformen und organischen Störungen – Psychotherapieeffektkontrolle
FBL-R	Fahrenberg (1994)	ab 16	80	1. Allgemeinbefinden 2. Müdigkeit 3. Herz-Kreislauf 4. Magen-Darm 5. Kopf-Hals-Reizsyndrom 6. Anspannung 7. Emotionale Reaktivität 8. Schmerz 9. Sensorik *Gesamtskala* Beschwerdensumme	– Evaluation von Therapien und Kuren – Diagnostik psychosomatischer Patienten – (psychophysiologische) Forschung
AT-SYM	Krampen (1991a)	ab 15	48	1. körperl. u. psych. Erschöpfung 2. Nervosität und Anspannung 3. psychophysiol. Dysregulation 4. Leistungs- u. Verhaltensprobleme 5. Schmerzbelastungen 6. Probleme der Selbstbestimmung und Selbstkontrolle *zusätzlicher Gesamtskalenwert* allgemeine Problembelastetheit	– interventionsspezifische Diagnostik und Indikation beim Einsatz systematischer Entspannungsverfahren (AT, PR etc.) – Effektkontrolle bei Entspannungstraining, Entspannungstherapie und Psychotherapie

Tabelle 1: Übersicht zu standardisierten, normierten deutschsprachigen Verfahren der Beschwerden- und Symptomorientierten Diagnostik

Kurzname [a]	Autor(in) Publikationsjahr	Altersbereich	Itemanzahl	(Sub-)Skalen	Hauptanwendungsbereiche
GBB-KJ	Brähler (1992)	9–15	59	1. Erschöpfung 2. Magensymptomatik 3. Gliederschmerzen 4. Kreislaufsymptomatik 5. Erkältungssymptomatik *Gesamtskala* Beschwerdedruck	– Kinder- und Jugendpsychologie – Pädiatrie
GBB	Brähler & Scheer (1983; 2. Aufl. in Vorbereitung)	ab 18	57	1. Erschöpfung 2. Magenbeschwerden 3. Gliederschmerzen 4. Herzbeschwerden *Gesamtskala* Beschwerdedruck	– psychosomatische Kliniken und Ambulanzen – psychosomatisches Krankheitsgeschehen bei organmedizinischen Patienten – Veränderungsmessung
BVND	Hänsgen (1991)	18–65	52 238 300	*Screening-Version* 1. Beschwerdenabschätzung 2. Persönlichkeitsauffälligkeiten *Standard-Verfahren* w.o. (differentialdiagnostisch) *Langform* plus 7 psychopathologisch relevante Selbstkonzeptskalen	– Screening bzw. Differentialdiagnostik neurotischer und funktioneller Störungen
BEB	Kasielke & Hänsgen (1982)	15–65	60	1. Verdauungsbeschwerden 2. Herz-Kreislauf-Beschwerden 3. Beschwerden des Wasserhaushalts 4. Neurast.-psychasth. Beschwerden 5. Hypochondrisch-anank. Beschwerden 6. Beschwerden in der soz. Kommunikation 7. Ängstlich-phobische Beschwerden *Zusatzskalen* Stimmungsschwankungen funktionelle Sexualstörungen *Bereichskalen* körperl.-funktionelle Beschwerden psychische Beschwerden *Gesamtskala* allgemeines Beschwerdeniveau	– Screening in allgemeinärztlicher Praxis – epidemiologische Forschung – Diagnostik neurotischer Störungen

Kurzname [a]	Autor(in) Publikationsjahr	Altersbereich	Itemanzahl	(Sub-)Skalen	Hauptanwendungsbereiche
BFB	Höck & Hess (1981)	ab 15	89	1. körperliche Beschwerden 2. psychische (neurosenrelevante) Beschwerden *Zusatzauswertung* Emotionalitätsindex	– Screening – Diagnostik neurotischer Störungen
BFB-K BFB-KK	Höck, Hess & Schwarz (1981)	7–14 3–6	90 74	1. neurosenrelevante körperliche Beschwerden 2. neurosenrelevante psychische Beschwerden *Zusatzskala* Gesamtbeschwerden	– Screening – Diagnostik neurotischer Störungen
KASSL	Zielke (1979)	ab 16	50	1. Symptombelastung 2. soziale Kontaktstörungen 3. Verstimmungsstörungen 4. Berufsschwierigkeiten 5. Konzentrations- und Leistungsstörungen 6. Sensitivität für GPT 7. Insensitivität für GPT	– indikationsorientierte Diagnostik für Psychotherapie – Effektkontrolle bei Psychotherapie (vor allem bei Gesprächspsychotherapie, GPT)
B-L, B-L'	von Zerssen & Koeller (1976)	20–64	24	*pro Parallelform* Beeinträchtigung durch körperliche und allg. Beschwerden	– Screening-Verfahren – epidemiologische Studien – Varia in der Forschung
B-L°			17	*Ergänzungsbogen* Beschwerden bei massiven persönlichen Problemen oder körperlichen Erkrankungen	

[a] genaue Verfahrensbezeichnungen im Literaturverzeichnis (unter dem Autoren/innen-Namen).

den Anwendungs- und Auswertungsansätze. Hier werden nicht nur interessante Einzelfallbeispiele gegeben, sondern es wird auch in fundierter Form vor den Problemen der – vor allem in der Forschungs-, seltener in der Anwendungspraxis realisierten – Subskalenextraktion aus umfangreicheren Instrumenten gewarnt (die aus methodischen Gründen obsolet sein sollte). Kurz: Das Manual ist benutzerfreundlich gestaltet, weder zu knapp, noch zu umfangreich und damit u.U. verwirrend geraten. Dies gilt – leider (wie auch bei vielen anderen Fragebogen) – weniger für die Symptom-Checkliste selbst, die den Probanden vorgelegt wird. Latent und manifest Weitsichtige ohne Korrektur werden beim Lesen von Instruktion und Items zu Vergrößerungsgläsern greifen oder arg mit den Augen kneifen müssen; die Antwortvorgaben erscheinen dagegen disproportional (zu groß) geraten und plaziert. Die Auswertungshilfen für den/die Diagnostiker(in) sind wiederum im „Layout" gut gelungen.

Wesentlich ist schließlich, daß Gabriele Franke nicht der Versuchung erlegen war, zu viel an der deutschen Version der SCL-90-R

im Vergleich zum englischen Original zu verändern, so daß sie für international und interkulturell vergleichende Arbeiten sehr gut geeignet ist. Problematisch bleibt freilich die bereits oben erwähnte relativ spezielle Herkunft der Normierungsstichprobe. Adäquat ist daher der Hinweis auf Seite 25 des Manuals, die SCL-90-R als „Forschungsinstrument" vorzustellen sowie – zusätzlich – bei der Auswertung und Interpretation der mit ihr gewonnenen Befunde die T-Wertnormen als approximative Werte mit Hinweischarakter unter explorativen Gesichtspunkten zu betrachten. Für die Effektkontrolle psychologischer Intervention sind idiographische Vorher-Nachher-Vergleiche von Meßwerten ohnehin bedeutsamer. Durch die eher mäßigen Reliabilitätskennwerte und ausgeprägten Standardabweichungen der Subskalen ergeben sich allerdings dafür erhebliche Spannbreiten der kritischen Differenzen, die statistisch bedeutsame Testwertunterschiede auch im Einzelfall kurz- und mittelfristig eher unwahrscheinlich machen.

Übersicht zu normierten deutschsprachigen Instrumenten zur Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik

In Tabelle 1 wird knapp über die zur Zeit vorliegenden standardisierten und normierten deutschsprachigen Instrumente zur Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik informiert. Ebenso wie für die SCL-90-R sind als Anhaltspunkte für potentielle Anwender(innen) jeweils neben dem Kurznamen und dem/der Autor(in) das Publikationsjahr, die Itemanzahl, die Bezeichnungen von Subskalen und ggfs. von Zusatzskalen sowie die wesentlichen bisherigen Anwendungsgebiete aufgeführt. Aufgenommen wurden jeweils die neuesten verfügbaren Versionen (also etwa die revidierte Form der FBL, die FBL-R, und nicht die ältere FBL-G, deren Skalenwerte jedoch anhand des gleichen Erhebungsbogens bestimmt werden können; vgl. Fahrenberg, 1994).

In der Regel wird in den Fragebogen nach dem Vorhandensein, der Häufigkeit und/oder der Intensität der vorgegebenen Beschwerden/Symptome gefragt, unter denen die Person „gegenwärtig" (KASSL), „in den letzten sieben Tagen" (SCL-90-R), „in den letzten drei Wochen und auch gegenwärtig" (BEB), „in der letzten Zeit" (AT-SYM), „während der letzten Zeit" (FBL) oder allgemein (d.h. ohne zeitliche Spezifikation: etwa GBB, B-L, BFB) leidet. Die meisten Instrumente (mit Ausnahme der SCL-90-R, der KASSL, des BEB und der B-L-Parallelformen) lassen zudem einige Zeilen frei, in die weitere Beschwerden und Probleme als Freitext eingetragen werden können. Im BEB wird zudem separat nach der Häufigkeit und Belastung durch die Beschwerden, im GBB nach ihrer subjektiven körperlichen und/oder psychischen Bedingtheit sowie in der FBL nach der beruflichen Belastung, dem subjektiven Gesundheitszustand, medizinischen Behandlungen und dem Medikamentenkonsum gefragt. Die Beschwerdenbogen für Kinder (GBB-KJ, BFB-K und BFB-KK) sind nicht von den Kindern selbst, sondern von den primären Bezugspersonen (in der Regel den Eltern) zu bearbeiten.

Bestellungen an:
Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Heilsbachstraße 22
53123 Bonn

Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie vor Ort

Herausgeber:
Alfred Gebert, Ulrich Winterfeld
ca. 620 Seiten, 1992, ISBN 3-925559-57-4,
DM 58,00

Bericht über die 34. Fachtagung der Sektion Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen e.V., Bad Lauterberg

Biete folgende Software unter Windows ab Version 3.1

• **Praxisverwaltung**
• **Rorschach-Test (update)**
• **TAT-Test**

Anfragen und Bestellungen an:

Dipl.-Psych. Horst Schneider · Güntherburgsallee 42 · 60316 Frankfurt am Main · Tel.: 069/492180

Alle in Tabelle 1 aufgeführte Verfahren zur Beschwerden- und Symptom-orientierten Diagnostik sind in relativ großen Stichproben normiert worden, die jedoch in der Regel kaum den Kriterien der Repräsentativität entsprechen. Ausnahmen bilden hier der GBB und die FBL, die beide anhand der Daten aus repräsentativen Stichproben deutscher Erwachsener normiert wurden. Über die in spezifischen Gruppen (etwa Psychotherapiepatienten, psychopathologisch bestimmten Gruppen u.ä.) erhaltenen Werte werden in allen Manualen ebenso Angaben gemacht wie zur Reliabilität und Validität der Skalen. Bei den älteren Verfahren ist ggfs. zu bedenken, daß die Normwerte nicht mehr adäquat sein könnten und nur als explorativ verwendbare Anhaltspunkte dienen sollten; dies gilt auch für die in der ehemaligen DDR entwickelten Methoden (BEB, BFB, BFB-K, BFB-KK).

Anwendungsschwerpunkte nahezu aller Methoden sind neben „Screening"-Untersuchungen die epidemiologische und nosologische bzw. differentialpsychologische Forschung. Bei den meisten Verfahren wird darüber hinaus auf ihren Wert bei der Überprüfung psychotherapeutischer Interventionseffekte verwiesen (siehe Tabelle 1), was z.T. auch durch entsprechende empirische Untersuchungsbefunde oder knappe Einzelfalldarstellungen belegt wird. Entsprechende, u.a. nach dem teststatistischen Kriterium der Änderungssensitivität der erfragten Symptome bei spezifischen Behandlungen konstruierte Verfahren sind die KASSL (für Gesprächspsychotherapie änderungssensitive versus -insensitive Items/Subskalen) und AT-SYM (für Entspannungstraining und -therapie änderungssensitive Items und Subskalen).

Abschließend sei darauf verwiesen, daß neben den in Tabelle 1 aufgeführten Methoden der Symptom- und Beschwerden-orientierten Diagnostik im deutschsprachigen Bereich eine Reihe weiterer Verfahren existieren, die entweder für bestimmte Patientengruppen bzw. spezifische Problem-/Symptomarten entwickelt wurden oder als Forschungsinstrumente eingesetzt werden. So ist etwa der „Frankfurter Beschwerde-Fragebogen" (FBF; Süllwold, 1991) speziell für schizophren Erkrankte, das „Screening für somatoforme Störungen" (SOMS; Rief, Schäfer & Fichter, 1992) für die Identifikation von Personen mit somatoformen Störungen konstruiert. Das „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme" (IIP-D; Horowitz, Strauß & Kordy, 1995) konzentriert sich auf interpersonale Verhaltensweisen, die der Person schwer fallen oder die sie im Übermaß zeigt. Forschungsinstrumente mit eingeschränktem Wert für die Einzelfallarbeit (siehe oben) liegen etwa mit der „Skala zur Messung von studentischen Problemen" (SSP; Sander & Lück, 1974) und der deutschen Bearbeitung der „Child Behavior Checklist" (CBCL; Lösel et al., 1991; Schneider et al., 1991) vor.

Zusammenfassung

Es wird ein Überblick zu den vorliegenden deutschsprachigen standardisierten und normierten Verfahren der Symptom- und Beschwerden-orientierten Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gegeben. Die Verfahren werden im einzelnen knapp vorgestellt, wobei insbesondere ihre Itemanzahlen, ihre Sub- und Zusatzskalen, ihre Antwortformate sowie ihre Hauptanwendungsgebiete benannt werden. Ausführlicher eingegangen wird auf die Zielsetzungen und Anwendungsbereiche der Symptom- und Beschwerden-orientierten Diagnostik in der Forschung, interventionsorientierten Psychodiagnostik und indirekten Veränderungsmessung zur Effektabschätzung psychologischer Interventionen sowie auf ihre Möglichkeiten und Grenzen.

Angaben zum Autor: Prof. Dr. Günter Krampen, Jahrgang 1950; Dipl.-Psych. 1976; Dr. phil. 1980; Dr. habil. 1985; apl. Prof. an der Universität Trier und Honorarprofessor für Entwicklungspsychologie am ISERP/Luxemburg.

Anschrift: Universität Trier, FB I – Psychologie, D-54286 Trier.

Literatur

BRÄHLER, E. (1992). *Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ).* Bern: Huber.

BRÄHLER, E. & SCHEER, J. W. (1983). *Der Gießener Beschwerdebogen (GBB).* Bern: Huber.

FAHRENBERG, J. (1994). *Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL).* Göttingen: Hogrefe.

FRANKE, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Versionen (SCL-90-R).* Göttingen: Beltz (auch in: K.-D. Hänsgen & T. Merten (Hrsg.), Hogrefe-Testsystem CORA: Computerbasiertes Ratingsystem psychopathologisch relevanter Urteilsdaten. Göttingen: Hogrefe).

HÄNSGEN, K.-D. (1991). *Berliner Verfahren zur Neurosendiagnostik (BVND).* Göttingen: Hogrefe (auch in: K.-D. Hänsgen & T. Merten (Hrsg.), Hogrefe-Testsystem CORA: Computerbasiertes Ratingsystem psychopathologisch relevanter Urteilsdaten. Göttingen: Hogrefe).

HÖCK, K. & HESS, H. (1981). *Der Beschwerdenfragebogen (BEB).* Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.

HÖCK, K., HESS, H. & SCHWARZ, E. (1981). *Der Beschwerdenfragebogen für Kinder (BFB-K) und Kleinkinder (BFB-KK).* Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.

HOROWITZ, L. M., STRAUSS, B. & KORDY, H. (1995). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D).* Weinheim: Beltz.

KASIELKE, E. & HÄNSGEN, K.-D. (1982). *Beschwerdenerfassungsbogen (BEB).* Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum (auch in: K.-D. Hänsgen & T. Merten (Hrsg.), Hogrefe-Testsystem CORA: Computerbasiertes Ratingsystem psychopathologisch relevanter Urteilsdaten. Göttingen: Hogrefe).

KRAMPEN, G. (1991a). Änderungssensitive Symptomliste (AT-SYM). In: G. Krampen, *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA).* Göttingen: Hogrefe.

KRAMPEN, G. (1991b). Veränderungsfragebogen zum Entspannungserleben und Wohlbefinden (VFE). In: G. Krampen, *Diagnostisches und Evaluatives Instrumentarium zum Autogenen Training (AT-EVA).* Göttingen: Hogrefe.

LÖSEL, F., BLIESENER, T & KÖFERL, P. (1991). Erlebens- und Verhaltensprobleme bei Jugendlichen: Deutsche Adaptation und kulturvergleichende Überprüfung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 20,* 22-51.

RIEF, W., SCHÄFER, S. & FICHTER, M. M. (1992). SOMS: Ein Screening-Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica, 38,* 228-241.

SANDER, K. & LÜCK, H. (1974). Entwicklung einer Skala zur Messung von studentischen Problemen (SSP). *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 21,* 250-261.

SCHNEIDER, K., WALTER, R. & REMSCHMIDT, H. (1991). Untersuchungen zur Validität einer deutschen Version der Child-Behavior Checklist (CBCL). *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 20,* 52-64.

SÜLLWOLD, L. (1991). *Manual zum Frankfurter Beschwerde-Fragebogen (FBF).* Berlin: Springer.

VON ZERSSEN, D. & KOELLER, D.-M. (1976). *Die Beschwerden-Liste (Klinische Selbstbeurteilungsskalen, KSB-S).* Weinheim: Beltz (auch in: K.-D. Hänsgen & T. Merten (Hrsg.), Hogrefe-Testsystem CORA: Computerbasiertes Ratingsystem psychopathologisch relevanter Urteilsdaten. Göttingen: Hogrefe).

ZIELKE, M. (1979). *KASSL – Kieler Änderungssensitive Symptomliste.* Weinheim: Beltz (auch in: K.-D. Hänsgen & T. Merten (Hrsg.), Hogrefe-Testsystem CORA: Computerbasiertes Ratingsystem psychopathologisch relevanter Urteilsdaten. Göttingen: Hogrefe).

ZIELKE, M. & KOPF-MEHNERT, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). Weinheim: Beltz.

Mitteilung der Schriftleitung zu Heft 10/95, Rubrik „Informationen in der Praxis": Korrigierte Auswertungsschablonen für den „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder" (VBV 3-6) beim Verlag verfügbar.

In Heft 10/1995 des *Report Psychologie* stellte Dr. Gerolf Renner unter der Rubrik „Informationen für die Praxis" den 1993 in der Beltz Test Gesellschaft erschienenen „Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder" (VBV 3-6) vor und verwies darauf, daß die Auswertungsschablonen zum VBV fehlerhaft sind und zu falschen Ergebnissen führen.

Wie der Hogrefe-Verlag, von dem inzwischen die Beltz Test Gesellschaft übernommen wurde, der Schriftleitung mitgeteilt hat, sind diese Fehler im Frühjahr 1995 korrigiert worden, und das gesamte Verbrauchsmaterial des VBV wurde neu produziert. Das Verfahren ist somit ohne die monierten Fehler lieferbar. Der Verlag bietet überdies allen Anwendern dieses Verfahrens den **kostenfreien Umtausch** eventuell noch im Einsatz befindlicher fehlerhafter Auswertungsschablonen gegen fehlerfreie an. Der Umtausch wird von der Testzentrale des BDP, die im Auftrag des BDP vom Hogrefe-Verlag geführt wird, vorgenommen (Anschrift: Testzentrale des BDP, Postfach 3751, 37027 Göttingen; Stichwort: Umtausch fehlerhafter VBV-Auswertungsschablonen).

Die Schriftleitung