

Dietmar Schulte

Freie Tests für die Psychotherapie – nützlich und lohnend

Für Psychotherapeuten spielt Test-Diagnostik vielfach keine Rolle:

- *psychologische Testverfahren durchzuführen ist teuer und die Kassen zahlen kaum etwas,*
- *die Auswertung ist lästig, umständlich und dauert lange*
- *und letztlich bringen Tests nichts für die Therapie –*
so die oft unausgesprochene Einschätzung vieler Therapeuten. Zu unrecht.

Lizenzfreie Testverfahren – Open-Access

Tests sind in der Regel lizenzpflichtig, d.h. für jede einzelne Durchführung muss eine Lizenzgebühr bezahlt werden. Das gilt gleichermaßen für Paper- und Pencil-Versionen wie für Computer-unterstützte Testdarbietungen. Die Lizenzkosten für Tests können erheblich sein, eventuell höher als das, was die Krankenkasse für die Testuntersuchung zahlt.

Doch inzwischen gibt es eine Reihe klinischer Fragebögen, die lizenzfrei sind. Dies ist eine Folge der Open-Access-Bewegung, die sich zu Beginn der 1990er Jahre entwickelte. Ihre Forderung war der kostenfreie Zugriff auf wissenschaftliche Ergebnisse. Denn diese sind Resultat einer von der Öffentlichkeit geförderten Forschung. Von daher sollten auch die Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, ohne das erneut bezahlt und

das Nutzungsrecht von den Verlagen abgekauft werden muss.

Das gilt auch für Testverfahren. Mehr und mehr Testautoren treten ihre Rechte nicht an einen Verlag ab und verzichten auf Lizenzeinnahmen. Für diese Verfahren wird dann allerdings auch nicht geworben, so dass sie weniger bekannt sind. In Deutschland hat das ZPID ein elektronisches Testarchiv eingerichtet, um solche Verfahren für die Forschung zugänglich zu machen (www.zpid.de).

Einige dieser Verfahren, die für Psychotherapeuten von besonderem Interesse sind, sollen hier dargestellt werden; einige wurden bereits von Sabine Schäfer in der *Psychotherapie Aktuell 3/2010* vorgestellt.

Einfach, zeitsparend und lohnend

Kosten für diagnostische Untersuchungen entstehen nicht nur durch die Lizenzgebühren, sondern auch durch die aufzuwendende Zeit für Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Interpretation der Tests. Doch inzwischen erleichtern Computer-Programme die Arbeit: Tests lassen sich leicht auswählen, werden dem Patienten automatisch am Bildschirm zur Bearbeitung vorgelegt und die Ergebnisse werden sofort schriftlich ausgegeben.

Auch wenn die Abrechnungsmöglichkeiten für diagnostische Untersuchungen leider immer noch sehr eingeschränkt sind, werden Testuntersuchungen für niedergelassene Therapeuten damit auch finanziell interessant. Für einen Patienten können umgerechnet pro Quartal ca. 84 € in Rechnung gestellt werden (bei KJP ca. 127 €). Bei 20 bis 30 Patienten kommen damit Beträge von 2.000 bis 3.000 € pro Quartal zusammen.

Tests - wozu?

Mit dem Aufkommen der damals neuen psychologischen Therapieverfahren in den 1960er Jahren trat psychologische Diagnostik in den Hintergrund. Für die Durchführung der Behandlungen brauchte man keine Persönlichkeits-tests, die Indikationsfrage wurde nicht gestellt oder anders beantwortet und die Überzeugung von der Güte des eigenen Therapieverfahrens ließ keinen Wunsch nach objektiver Rückmeldung aufkommen. Aber inzwischen ist deutlich geworden, dass der Eindruck des Therapeuten höchst subjektiv sein kann und oft keine validen Aussagen erlaubt. Wenn beispielsweise Therapeuten nach einzelnen Therapiesitzungen den späteren Therapieerfolg vorhersagen sollen, korreliert diese Prognose mit ungefähr $r = .20$ mit dem später gemessenen Therapieerfolg (Meyer & Schulte, 2002). Wer würde sich auf einen Test mit einer

Reliabilität von $.20$ verlassen? Aber die befragten Therapeuten waren sich ihres Urteils sicher! Subjektive Sicherheit und objektive Wahrheit sind zweierlei; eine Meinung wird nicht dadurch richtig, dass wir uns ihrer sicher sind.

Es gibt viele Anlässe, bei denen der Einsatz klinischer Fragebögen hilfreich sein kann:

- wenn der Schweregrad der Patientenprobleme geschätzt werden soll,
- wenn es schwierig läuft in der therapeutischen Interaktion und Beziehung,
- wenn unklar ist, inwieweit der Patient wirklich zur Therapie oder zur Änderung motiviert ist,
- wenn die Ziele des Patienten unklar sind,
- wenn eine Absicherung des eigenen Eindrucks sinnvoll wäre,
- wenn das Patientenurteil abgesichert werden sollte,
- wenn spezifische Symptomausprägungen erfasst werden sollen,
- wenn dysfunktionale kognitive und emotionale Aspekte der Störung erfasst werden sollen,
- wenn Therapiefortschritte objektiv gecheckt werden sollten,
- wenn das Therapieergebnis dokumentiert werden soll.

Für dies und vieles mehr gibt es in der Regel gut überprüfte und standardisierte, auch lizenzfreie klinische Fra-

gebögen. Einige sollen im Folgenden vorgestellt werden.

Bei der Beschreibung der Fragebögen wird aus Platzgründen auf die Darstellung teststatistischer Gütekriterien verzichtet; alle Verfahren sind überprüft und in der Regel normiert.

**Bereich 1:
Wenn die Therapie nicht so richtig läuft – Fragebögen zum Therapieprozess**

Manche Therapien verlaufen zäh und schwierig. Eventuell wird das erst im Verlauf der Behandlung deutlich. Patientenfragebögen können helfen, die Gründe zu eruieren: Wie steht es um die Motivation des Patienten: Liegt Leidensdruck vor? Was erwartet er von der Therapie? Wie sieht er seinen Therapeuten? Und wie ist die therapeutische Beziehung zu beurteilen?

Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATEV)

Der Bochumer Fragebogen mit 11 Items misst drei motivationsrelevante Kognitionen des Patienten: (1) seine Hoffnung auf Besserung durch speziell diese Therapie, (2) seine gleichzeitige Furcht vor (zu großer) Veränderung und (3) seinen Eindruck, die für ihn passende Therapie gefunden zu haben (Schulte, 2005). Damit lässt sich der spätere Therapieerfolg im Sinne von Zufriedenheit und Zielerreichung voraussagen, auch eventuelle Nachbehandlungen.

Durch die Erhebung dieser Erwartungen und Befürchtungen des Patienten erhält der Therapeut die Möglichkeit, auf ungünstige Erwartungen und Sorgen über „Nebenwirkungen“ seiner Therapie einzugehen und damit die Therapiemotivation des Patienten zu stärken.

Bielefelder Fragebogen zur Klientenerwartung (BFKE)

Das von Höger (1999) entwickelte Verfahren mit 33 Items umfasst drei Subskalen (Akzeptanzprobleme, Öffnungsbereitschaft und Zuwendungsbedürfnis) und ermöglicht die Zuordnung eines Patienten zu einem von fünf therapierelevanten Bindungsstilen: Sichere Bindung, ambivalent-unsichere Bindung (ambivalent-verschlossen oder ambivalent-anklammernd) sowie vermeidend-unsichere Bindung (vermeidend-verschlossen oder vermeidend-kooperativ). Auf dieser Grundlage kann im Rahmen der Therapie eine individuelle Strategie entwickelt werden, die den speziellen interaktionellen Bedürfnissen des Patienten gerecht wird. (Download unter www.dpgg.de/BFKE_Frb.doc)

Therapeutische Beziehung (TBZI)

Der Bochumer Fragebogen mit 18 Items erfasst in vier Subskalen (*Arbeitsbeziehung, Kompetenz, Akzeptanz und Konsens*) die Sicht des Patienten von seinem Therapeuten und der therapeutischen Beziehung: Ist mein Therapeut kompetent, unterstützend, verständnisvoll und vertrauenswürdig

und behalte ich ein gewisses Maß an Kontrolle über das, was in der Therapie geschieht? Wird der Patient enttäuscht, so wird seine Motivation, diese Therapie bzw. diesen Therapeuten (weiterhin) aufzusuchen, zurückgehen. Die therapeutische Beziehung wird damit zur wichtigsten Determinante der Therapiemotivation und für den Therapeuten zum wichtigsten Mittel, das Engagement des Patienten in der Therapie zu beeinflussen (Schulte, 1996).

Stundenbeurteilungsbogen (STUB-P)

Zunächst 1984 von Schindler (1991) vorgeschlagen, wurde der Fragebogen von verschiedenen Forschergruppen, z.B. in Bern (Flückinger et al., 2010) und in Bochum mehrfach modifiziert und weiterentwickelt; siehe auch Krampen und Wald, 2001. Mit seiner Hilfe kann der Patient nach einer Therapiesitzung angeben, (1.) inwieweit er in dieser Sitzung ein besseres *Verständnis* seiner Probleme erlangt hat und (2.) inwieweit er nach seinem Eindruck seine *Probleme* nunmehr besser *bewältigen* kann. Die Werte sind als ein Zufriedenheitsmaß (s.u.) zu verstehen, das nicht zuletzt Rückschlüsse auf die weitere Therapiemotivation des Patienten erlaubt und von daher gegebenenfalls für eine Anpassung der Therapie an den Verlauf hilfreich sein kann.

**Bereich 2:
Grad der Störung – vor, während und nach der Therapie**

Welche Störung vorliegt, wird eher durch Interviews erfasst, aber der Ausprägungsgrad der Störung oder der Symptomatik lässt sich in der Regel nur valide mittels Fragebögen erfassen, und bei wiederholter Messung damit auch der Grad der in der Therapie erzielten *Veränderung*. Die erzielte Veränderung ist ein Aspekt von Therapieerfolg. Die Zahl der Symptomfragebögen ist groß. Es gibt *allgemeine*, störungsübergreifende Symptomlisten und *störungsspezifische* Fragebögen; einige seien hier genannt.

Fragebogen zur Erfassung des Leidens (LEIFRA)

Das Leiden ist eine relativ eigenständige Komponente von Störungen, das zur Therapie motiviert. Es kann sein, dass eine schwer kranke Person kaum leidet oder eine (wieder) weitgehend gesunde Person (immer noch) sehr leidet. Eine auf Symptomreduktion oder Heilung abzielende Therapie ist ohne Leiden(sdruck) wenig sinnvoll. Symptomreduktion und Leidensreduktion sind zwei Komponenten von Therapieerfolg, die beide ihre Bedeutung haben (Schulte & Eifert, 2002).

Der ebenfalls in Bochum entwickelte Fragebogen erfasst drei Komponenten des Leidens: „Beeinträchtigung“, „Hilflosigkeit“ und „Normabweichung“. Hinzu kommt eine Zusatzskala zur erlebten Hilfsbedürftigkeit.

Störungsübergreifende Symptomlisten

ICD-10-Syptom-Rating (ISR)

Das ICD-10-Syptom-Rating (ISR) von Tritt et al. (www.iqp-online.de) zur breiten Erfassung des Schweregrades psychischer Symptomatik (Depression,



i Sie können die Fragebögen auch in Paper-Pencil-Form nutzen; Download unter www.theros-online.de/produkte/testos.html; oder die Adresse ist bei dem jeweiligen Test angegeben.

Ängste, Essstörungen und somatoforme Störungen sowie weitere Screeningfragen) wurde von Sabine Schäfer bereits vorgestellt. Ein ähnliches Instrument ist der Fragebogen

Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49)

von Rabung et al. (2009). Er umfasst in der Kurzversion mit 49 Items neun Skalen (Somatoforme Beschwerden, Depressivität, Phobische Ängste, Psychisches Wohlbefinden, Interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation, Soziale Unterstützung und Soziale Beeinträchtigung). Entwickelt wurde er vorwiegend an Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation. (Download unter www.hamburger-module.de)

(Für KJP) Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Speziell für Kinder und Jugendliche wurde von Klasen et al., 2003 (englisches Original *Strength and Difficulties Questionnaire* SQL von Goodman, 1997) ein Screeninginstrument mit 25 Items vorgestellt, das für 5 Bereiche (Prosoziales Verhalten, Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und Probleme mit Gleichaltrigen) eine Einordnung der Patienten in „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ erlaubt. Der Fragebogen wurde ebenfalls von Sabine Schäfer bereits vorgestellt. Er liegt in einer Fassung für 11 bis 16 Jahre alte Kinder und Jugendliche zur Selbstbeurteilung sowie als Eltern- und Lehrerversionen für 3–11jährige Kinder zur Fremdbeurteilung vor – inzwischen in über 40 Sprachen. (Download unter www.sdqinfo.org)

Bereich 3: Schweregrad einzelner Störungen – störungsspezifische Messverfahren

Für zunächst drei Diagnosegruppen sollen hier spezifische Symptomfragebögen vorgestellt werden – für *Angststörungen*, *Essstörungen* und für *Zwänge*. Weitere werden folgen. Mit ihrer Hilfe lässt sich bei dem einzelnen Patienten die besondere Symptomausprägung und gegebenenfalls deren

Veränderung während und am Ende der Therapie differenzierter erfassen als durch die allgemeinen Symptomlisten.

HOLO-Angstskala bei Angststörungen

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). Messungen der Handlungs- und Lageorientierung bereits zur 2. bis 5. Therapiesitzung können den späteren Therapieerfolg zu 41% vorhersagen. Je mehr es einem Therapeuten gelingt, bei seinem Patienten z.B. durch gemeinsame konkrete Planungen von Handlungen in kritischen Situationen die Handlungsorientierung zu fördern, desto wirksamer ist eine anschließende Reizkonfrontation (Schulte, Hartung & Wilke, 1997).

Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q) bei Essstörungen

Der EDE-Q von Fairburn und Beglin (1994; Dt. Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) 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. Weitere 6 Items erfassen diagnostisch relevante Kernverhaltensweisen wie Essenanfälle und kompensatorische Maßnahmen; sie dienen zur Absicherung der Diagnosen Anorexie, Bulimie und Binge-Eating Störung. (Download unter www.vfp-muenster.de/publikationen/online/EDE-Q_Vfp_2.pdf)

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.

Bereich 4: Therapieerfolg – ist das Ziel erreicht?

Neben Therapieerfolg im Sinne der erzielten Symptomreduktion gibt es eine davon faktorenanalytisch unabhängige zweite Dimension: der Grad der Errei-

chung der Ziele des Patienten, vor allem der subjektiven, oft diffusen Ziele, und damit seine Zufriedenheit (Schulte, 1993). Auch bei nur geringer Symptomveränderung kann ein Patient zufrieden sein und umgekehrt. Eine erneute Therapie wird vor allem von solchen Patienten aufgesucht, die zu Therapieende mit der Zielerreichung unzufrieden waren, unabhängig vom Ausmaß der Symptomreduktion (Michalak, Kosfelder, Meyer & Schulte, 2003).

Es gibt Fragebögen, die zum Therapieende – und auch schon während der Therapie – direkt den Grad der Zielerreichung erfassen.

Zielerreichungsskalierung (GAS)

Das Goal Attainment Scaling GAS, in den 70er Jahren als ein allgemein anwendbares Evaluationsverfahren entwickelt, wird häufig zur Beurteilung des Erfolges von Psychotherapien genutzt, nicht zuletzt weil es auch unter alltäglichen Praxisbedingungen leicht und ökonomisch einzusetzen ist (Schulte, 1996). Voraussetzung ist, dass Therapeut und Patient zu Beginn der Behandlung gemeinsam die Ziele, die mit der Therapie erreicht werden sollen, festlegen. Das GAS wurde ebenfalls bereits von Sabine Schäfer dargestellt. In einzelnen Computerprogrammen können die individuellen Ziele des Patienten eingegeben werden, so dass sie automatisch bei der Testdurchführung und der Auswertung in die Items eingefügt sind, für jeden Patienten spezifisch.

Bochumer Veränderungsbogen 2009 (BVB 09)

Der BVB 09 mit 26 Items (Willutzki,





Prof. em. Dr. Dietmar Schulte

1974 bis 2009 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bochum, Forschung u.a. zu Therapiemotivation, Entscheidungen von Therapeuten, 1969 bis 2009 für das PsychThG tätig, bis 2011 (alternierend) Vorsitz des Wissenschaftlichen Beirats, Dt. Psychologienpreis.



Uelsmann & Veith, eingereicht) ist eine Weiterentwicklung des „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)“ von Zielke & Kopf-Mehnert (1978). Mit seiner Hilfe kann der Patient zum 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.

**Bereich 5:
Explorationshilfe**

Fragebogen zur Lebensgeschichte
Der Fragebogen zur Lebensgeschichte erfragt vom Patienten allgemeine Angaben zu seiner Person, zur Lebensgeschichte und zur aktuellen Symptomatik und deren bisherigen Verlauf. Es handelt sich also nicht um ein psychologisches Messinstrument, sondern um einen Informations-Erhebungsbogen. Wenn der Patient diesen Fragebogen bereits zu Therapiebeginn beantwortet und die Informationen dem Therapeuten somit bereits bei der Exploration

oder Anamneseerhebung ausgedruckt vorliegen, wird diesem die Arbeit erleichtert: Er muss nicht alles neu erfragen, er kann gegebenenfalls vertiefend nachfragen, und eventuell erhält er auf diesem Weg auch Informationen, die der Patient im Gespräch nur zögerlich preisgeben würde. Der erste Fragebogen zur Lebensgeschichte wurde vermutlich von Josef Wolpe 1969 (auf Deutsch 1972) veröffentlicht. Danach sind von verschiedenen Autoren, Institutionen und Verbänden immer wieder Varianten eines solchen Fragebogens mit etwas unterschiedlichen Fragen vorgeschlagen worden; auch in den verschiedenen Fassungen von Basisdokumentationen sind sie zu finden.

TestOS, die digitale Praxis-hilfe

Das Programm TestOS¹ ist eine neue Software zur Durchführung testdiagnostischer Untersuchungen in Psychotherapiepraxen. Es erlaubt die Vorbereitung, Durchführung, Auswertung und Interpretation von Tests und Interviews und vergleichbaren Instrumenten. Darüber hinaus bietet es einige weitere Möglichkeiten, die den Einsatz von Tests in der Praxis erleichtern:

1. Für jeden Patienten können Testlisten für verschiedene Anlässe (z.B. Eingangsuntersuchung, Ergebniskontrolle, Prozess-Probleme, Depressive) vorbereitet und gleich als Einheit aufgerufen werden.
2. Dabei wird gleichzeitig angezeigt, inwieweit man diese Testpläne oder einzelne Test in diesem Quartal bzw. dieser Therapiephase noch abrechnen kann.

1 www.theros-online.de.

3. Die Durchführung kann auch an anderen Computern der Praxis oder an beliebigen anderen Computern erfolgen, denn sie kann auf einem USB-Stick gespeichert werden, einschließlich der Ergebnisse. So können z.B. die Patienten gegebenenfalls den erwähnten Fragebogen zur Lebensgeschichte zu Hause an ihrem Computer beantworten und den Stick dem Therapeuten mitbringen.
4. Die Ergebnisse werden nicht nur als beantworteter Fragebogen ausgegeben, einschließlich Subtestwerten mit Normwerten zum Vergleich, sondern auch in unterschiedlicher grafischer Form und vor allem als fertiges Protokoll mit Auswertung

- und Interpretation für die Akte. Von der Planung über die Durchführung bis zum fertigen Protokoll sind es also nur ein paar Klicks.
5. Die Daten für die Abrechnung der Testdurchführungen werden in der Regel direkt in das Abrechnungsprogramm übertragen.
 6. Die oben beschriebenen Tests sind derzeit in TestOS vorhanden, einschließlich der vorbereiteten ergebnisabhängigen Protokolle. Auch eine ausführliche Beschreibung dieser Tests findet sich dort. Weitere Fragebogen werden folgen.
 7. Die Nutzer können aber auch selber beliebige Fragebögen in TestOS eingeben oder fertige Fragebögen von Kollegen importieren. ■

DPTV kooperiert mit Prof. Dietmar Schulte

Die Weiterentwicklung der „QEP-Materialien von Psychotherapeuten für Psychotherapeuten“, die vom Verband maßgeblich gestaltet wurden, stand am Beginn der Kooperationsgespräche mit Prof. em. Dr. Dietmar Schulte, vormals Ruhr-Universität Bochum. Seine Idee: lizenzfreie Testverfahren anzubieten in Kombination mit erprobten Qualitätsmanagementinstrumenten. Diesen Plan wollte der Verband gerne unterstützen und so beschloss der Bundesvorstand auf Initiative der stellvertretenden Bundesvorsitzenden Sabine Schäfer eine Zusammenarbeit mit der von Prof. Schulte eingerichteten THEROS-Therapie-Organisations-Software GmbH. Hier werden QEP-Materialien in digitaler Form als Modul in die Software „QEP mit QuamOS“ beziehungsweise „AmbOS“ eingebunden und den Nutzern zur Verfügung gestellt. Mitglieder der DPTV erhalten bei Interesse einen Preisrabatt von 20%.

DPTV und Prof. Schulte streben darüber hinaus eine weitergehende Zusammenarbeit im Bereich Versorgungsforschung sowie bei der Prozess- und Ergebnisqualität der Psychotherapie an. Im regelmäßigen Austausch werden bei der Projekt- und Softwareentwicklung fachliche, methodische und technische Gesichtspunkte diskutiert sowie Anforderungen durch die gegenwärtigen beruflichen Rahmenbedingungen und die Entwicklungen der Gesundheits- und Berufspolitik berücksichtigt. THEROS wird in Projekten Programme, vor allem das Programm TestOS zur Erfassung der Ergebnis- und Prozessqualität von Psychotherapien und Module des AmbOS-Programms zur Erfassung von Therapieverläufen einbringen und weiterentwickeln.
Bundesvorstand der DPTV



Literatur-hinweis

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.