
Validierung einer für die Praxis entwickelten Selbstbeurteilungssymptomliste für Angst- und depressive Störungen

Jessica Krumme



München 2012

Ludwig-Maximilians-Universität München
Institut für medizinische Psychologie
Kommissarischer Vorstand: Professor Dr. Till Roenneberg



Validierung einer für die Praxis entwickelten Selbstbeurteilungs-Symptomliste für Angst- und depressive Störungen

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Jessica Krumme aus München
2011

Mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Hansjürgen Distel

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Daniela Eser-Valeri
Priv. Doz. Dr. Elisabeth Frieß

Mitbetreuung durch
den promovierten Mitarbeiter: Dr. Karl-Joachim Zander

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 02.10.2012

Widmung

Diese Dissertation widme ich meinen Eltern Daniela und Michael

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretische Grundlagen	4
2.1 Psychologische Diagnostik	7
2.1.1 Diagnostik.....	7
2.1.2 Rahmenbedingungen psychologischer Diagnostik.....	10
2.1.3 Der diagnostische Prozess	11
2.1.4 Standardisierte Diagnostik.....	12
2.1.5 Die Gütekriterien	13
2.1.5.1 Objektivität.....	14
2.1.5.2 Reliabilität	14
2.1.5.3 Validität	15
2.1.5.4 Skalierung und Normierung.....	16
2.1.5.5 Unverfälschbarkeit	16
2.1.5.6 Zumutbarkeit und Fairness.....	17
2.1.5.7 Testökonomie und Nützlichkeit	17
2.2 Psychopathologische Diagnostik	18
2.2.1 Anamnese und Exploration	18
2.2.2 Diagnostische Interviews.....	18
2.2.3 Fragebogen	19
2.2.3.1 Fragebogenkonstruktion.....	19
2.2.3.2 Fragebogeninstruktion.....	21
2.2.3.3 Selbstbeurteilungsverfahren	22
2.2.3.4 Fremdbeurteilungsverfahren	24
2.3 Symptomchecklisten	25
2.4 DSM-IV und ICD-10	26
2.5 Störungsbilder von Angst und Depression	28
2.5.1 Angststörungen.....	28
2.5.1.1 Agoraphobie und Panikerkrankung.....	29
2.5.1.2 Generalisierte Angststörung.....	29
2.6 Depression.....	30
2.7 Komorbidität	33
2.8 Instrumente zur Messung von Angst und Depression	33
2.8.1 Instrumente zur Messung von Angst	33
2.8.1.1 Selbstbeurteilungsverfahren	34
2.8.1.2 Fremdbeurteilungsverfahren	35
2.8.2 Instrumente zur Messung von affektiven Störungen.....	35
2.8.2.1 Selbstbeurteilungsverfahren	35
2.8.2.2 Fremdbeurteilungsverfahren	36
2.9 In dieser Studie eingesetzte Instrumente.....	36
2.9.1 Hamilton-Angst-Skala (HAM-A).....	36
2.9.2 Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D).....	37

2.9.3	Symptomcheckliste von Derogatis – SCL-90-R	37
2.9.4	Liste für Symptome von Angst und Depression – LSAD	38
2.9.4.1	Entstehung und Zielsetzung	38
2.9.4.2	Gestaltung des Fragebogens	39
2.9.4.3	Die Bereiche der LSAD	40
3	Fragestellung	42
4	Methoden	43
4.1	Datengewinnung und Ablauf der Untersuchung.....	43
4.2	Untersuchungsinstrumente.....	43
4.3	Stichprobe	43
4.3.1	Gesamtstichprobe (LSAD und SCL-90-R).....	44
4.3.2	Teilstichprobe (Hamiltonskalen)	46
4.3.3	Teilstichprobe Therapieverlauf.....	47
4.4	Auswertung	47
5	Ergebnisse	50
5.1	Diagnostische Bereiche der LSAD	50
5.1.1	Vergleich der LSAD-Bereiche mit DSM-IV und ICD-10.....	50
5.1.2	Faktorenanalyse über ausgewählte Items (DSM-IV und ICD-10 Items)	53
5.2	Teststatistische Validierung der gesamten LSAD	54
5.2.1	Konstruktvalidität: Faktorenanalyse über alle Items	54
5.2.2	Itemschwierigkeit (Symptomausprägung).....	58
5.2.3	Itemtrennschärfe	58
5.2.4	Reliabilität	58
5.2.5	Interkorrelation der Faktoren.....	59
5.2.6	Kriteriumsvalidität.....	59
5.2.7	Konvergente Validität.....	60
5.3	Anwendung der LSAD	60
5.3.1	Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristika der Skalen	60
5.3.2	Gruppenvergleiche (diskriminante Validität).....	65
5.3.3	Verlaufssensitivität	67
6	Diskussion	69
6.1	Diagnostische Bereiche.....	69
6.2	Teststatistische Überprüfung	70
6.2.1	Datenqualität.....	70
6.2.2	Faktorenanalyse	70
6.2.3	Itemanalyse	71
6.2.4	Gütekriterien.....	72
6.2.4.1	Objektivität.....	72
6.2.4.2	Reliabilität	72
6.2.4.3	Validität	72
6.3	Anwendung	74
6.3.1	Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristika der Skalen	74
6.3.2	Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe.....	74

6.3.3 Verlaufssensitivität	74
6.4 Optimierungsmöglichkeiten.....	75
6.4.1 Itemauswahl.....	75
6.4.2 Normierung.....	76
6.4.3 Weitere Versionen	76
7 Zusammenfassung	78
Literaturverzeichnis.....	81
Anhang	91
Erklärung.....	104

1 Einleitung

Psychische Störungen sind keine seltenen Erkrankungen. Im Laufe eines jeden Jahres erkranken 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen an einer psychischen Störung. Das Lebenszeitrisko, an einer psychischen Störung zu erkranken, liegt allerdings mit über 50% der Bevölkerung noch wesentlich höher, wie eine Bestandaufnahme der TU Dresden (Wittchen, 2005) aus dem Jahre 2005 ergab. Depressive und somatoforme Störungen zählen weltweit zu den am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen (Ansseau et al., 2004; Murray & Lopez, 1997; Seid-scheck, I., 2006).

Ebenso wie bei körperlichen Erkrankungen bedarf es auch bei psychischen Erkrankungen einer ausführlichen Diagnostik. Ihre Zielbereiche sind Auffälligkeiten, Symptome oder die Diagnostik von Eigenschaften. Mithilfe einer ausführlichen Diagnostik sollen die auftretenden Symptome beschrieben, klassifiziert und erklärt werden, eine Prognose erleichtert und eine Evaluation ermöglicht werden. Zusätzlich zu körperlichen Untersuchungen sowie zum Arzt (bzw. Therapeut)-Patient-Gespräch finden Fragebogen, Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen sowie standardisierte Interviews Anwendung. Neu entwickelte Verfahren müssen zunächst teststatistisch bezüglich ihrer Objektivität, Reliabilität und Validität geprüft werden.

Durch Klassifikation und Diagnostik psychischer Erkrankungen können Ursachen und passende Behandlungsmöglichkeiten gefunden werden. Nur die möglichst genaue Einordnung vorhandener Symptome zu einer „Klasse“ ermöglicht es, Menschen, die an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, so zu diagnostizieren, dass die für ihre Schwierigkeiten verantwortlichen Faktoren entdeckt und Behandlungsformen entwickelt werden können, die ihnen helfen (vgl. Davison & Neale, 2002, S.71). Ein frühes Erkennen der psychischen Erkrankung kann die Erkrankungsdauer verkürzen, den Therapieerfolg erhöhen, psychosoziale und berufliche Einschränkungen minimieren sowie die Kosten für das Gesundheitssystem eindämmen.

Ziel dieser Arbeit ist es, angesichts des hohen Vorkommens depressiver Erkrankungen und Angststörungen und im Hinblick auf die Bedeutung des frühzeitigen Erkennens und adäquaten Behandeln psychischer Störungen, eine 1986 von Zander und Eich entwickelte Liste für Symptome von Angst und Depression zu validieren (Überprüfung von Objektivität, Reliabilität und Validität). Insbesondere wegen der hohen Rate des gemeinsamen Auftretens von Angsterkrankungen und Depressionen kommt diesem neu entwickelten Fragebogen eine große Bedeutung zu. Durch Abfragen beider Symptomgruppen ist er zeitlich ökonomisch und deckt einen großen Bereich der in der klinischen Praxis vorkommenden psychischen Störungsbilder ab. Außerdem richtet sich die Liste für Symptome von Angst und Depression an die operationalisierten Diagno-

sekonzepte von ICD-10 und DSM-IV. Durch die Anlehnung an diese Diagnosekonzepte soll der Schluss auf eine Diagnose erleichtert werden. Des Weiteren soll die Liste für Symptome von Angst und Depression Hinweise auf eine vorliegende Stressbelastung geben, sodass hier ein präventives Eingreifen ermöglicht werden soll.

Psychisch erkrankte Menschen suchen häufig zunächst ihren Hausarzt auf (Linden et al., 1996). Somit kommt diesem eine wesentliche Rolle beim Diagnostizieren und der Einleitung entsprechender Behandlungsmaßnahmen zu (Wittchen, 2000). Leider werden psychische Erkrankungen in der Primärversorgung oftmals nicht erkannt und bleiben damit häufig unterdiagnostiziert (Hahn et al., 2000; Tylee, 1999).

Um sowohl Hausärzten als auch fachlichen Kollegen (Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten) eine erste Einschätzung der Symptomatik zu erleichtern, wurde in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von Erhebungsinstrumenten entwickelt. Screeningfragebogen kommt wegen ihrer zeitlich ökonomischen Bearbeitung und Auswertung bei gleichzeitig hohem Informationsgewinn eine hohe Akzeptanz zu. Diagnostische Interviews dagegen sind wegen ihrem großen zeitlichen Aufwand und dem erforderlichen Fachpersonal in der Primärversorgung eher in den Hintergrund gerückt. Verschiedene Studien konnten positive Ergebnisse in Bezug auf eine Erhöhung der Erkennungs- bzw. Diagnoseraten und das anschließende Management depressiver Erkrankungen verzeichnen (Rutz, 1999; Asvall, 2001; Seidscheck, I., 2006). Zur Messung der psychischen Befindlichkeit existiert eine Vielzahl von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten mit meist syndromatischer Ausrichtung (z.B. „Depression“, „Angst“ etc.). Diagnosen-orientierter sind meist strukturierte Interviews (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – SADS, strukturiertes klinisches Interviews für DSM-IV - SKID etc.). So kann der Behandler entweder aufgrund einer Verdachtsdiagnose einen störungsspezifischen Fragebogen auswählen, mehrere Fragebogen vorlegen oder ein zeitlich aufwendiges diagnostisches Interview durchführen. Auch um Therapieverlauf und –erfolg überprüfen zu können, werden Screeningfragebogen eingesetzt.

In der vorliegenden Arbeit soll zum einen überprüft werden, inwieweit sich die Liste für Symptome von Angst und Depression zur Erfassung von depressiven oder Angststörungen eignet. Die Validierung findet durch Berechnung der Reliabilität sowie der Validität durch Korrelation mit anderen Fragebogen wie der Symptom Checkliste von Derogatis und den Fremdbeurteilungsinstrumenten von Hamilton statt. Außerdem soll überprüft werden, ob bereits durch den Selbstbeurteilungsfragebogen, der die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV berücksichtigt, Hinweise auf operationalisierbare Diagnosen gewonnen werden können. Weiterhin soll geprüft werden, ob sich das in der LSAD eingebrachte „Stresskonzept“ anhand einer Faktorenanalyse verifizieren lässt. Zuletzt soll beleuchtet werden, ob die Liste für Symptome von Angst und De-

pression eine Sensitivität für Veränderungen im Therapieverlauf aufweist und somit als Instrument zur Überprüfung von Therapieverlauf und Therapieerfolg verwendet werden kann.

Im Einzelnen gliedert sich die Arbeit wie folgt: Zunächst soll die psychiatrische Befunderhebung genauer erläutert und der diagnostische Prozess dargestellt werden. Anschließend an einen kurzen Überblick der möglichen diagnostischen Methoden werden die einzelnen Störungsbilder genauer erläutert. Des Weiteren werden die für die Untersuchung verwendeten Fragebogen detailliert vorgestellt und die Entstehung der Liste für Symptome von Angst und Depression dargestellt. Die jeweiligen Kapitel des DSM-IV und des ICD-10 und die daraus gewonnenen Items werden aufgezeigt und erläutert. Das darauf folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Datengewinnung, die verwendeten Methoden und den genauen Ablauf der Untersuchung. Die hierbei gewonnenen Ergebnisse werden vorgestellt und zuletzt vor dem Hintergrund der aufgestellten Arbeitshypothesen diskutiert.

2 Theoretische Grundlagen

Psychische Erkrankungen führen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität. Als ein Maß der eingeschränkten Lebensqualität kann die Anzahl der durch eine Erkrankung bzw. Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (YLLs = years of life lived with disability) herangezogen werden. Basierend auf dieser Berechnung stellt die WHO in ihrem World-Health-Report 2001 fest, dass „in der Gruppe der 15-44-Jährigen unter den zehn Erkrankungen, die zur stärksten Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, 4 psychische Erkrankungen rangieren [...]. Diese Erkrankungen machen etwa 25% aller durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre in dieser Altersgruppe aus. Entsprechend ergaben Berechnungen der Weltbank und der Harvard University zum „global burden of disease“, dass im Jahr 2020 fünf psychische Störungsbilder unter den zehn wichtigsten Erkrankungen rangieren werden.“¹

Die Belastung, die sowohl für den Patienten als auch für dessen Umwelt und das gesamte Gesundheitssystem entsteht, ist enorm (Wittchen et al, 2005). Psychische Störungen zählen zu den häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit. Auch hohe indirekte Kosten im Sinne von Arbeitsausfällen, aber auch Produktionsminderung sind die Folge. Besonders relevant sind hier, auch in Verbindung mit körperlichen Diagnosen, die Depressionen und die Angststörungen (Jacobi, 2008).

Die Erkennung und die Therapie psychischer Erkrankungen bilden einen substantiellen Teil der in allgemeinmedizinischen Praxen anfallenden Versorgungsaufgaben. „Diese Feststellung wird durch die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Patienten von Allgemeinärzten und durch die ausgeprägte psychosoziale Beeinträchtigung in dieser Patientengruppe belegt.“ (Maier et al, 1996). Psychische Erkrankungen stellen im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen in der allgemeinärztlichen Versorgung kein gleichrangiges Behandlungsziel dar. Die Optimierung der Versorgung psychischer Erkrankungen erfordert die verstärkte Anwendung verfügbarer diagnostischer Verfahren sowie verfügbarer wirksamer Therapieverfahren. Bei jedem zweiten Fall einer psychischen Erkrankung finden sich komorbide psychische Erkrankungen. „Die häufigsten Muster sind früh auftretende Angststörungen, die dann im weiteren Verlauf von somatoformen-, Sucht- und depressiven Erkrankungen gefolgt werden. [...] Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Leidensgeschichte und Beeinträchtigung stark erhöht.“ (Wittchen, 2005). Frauen haben bei vielen psychischen Störungen ein höheres Risiko als Männer. Zudem haben sie ein erhöhtes Risiko, komplexe komorbide Störungsmuster zu entwickeln. „Da die meisten psychischen Störungen bei

¹ <http://www.medfuehrer.de>; Autoren: Lieb, K.; Jacob, G.

Frauen überwiegend in den gebärfähigen Jahren ihres Lebens auftreten, haben diese wiederum negative Auswirkungen auf ihre Neugeborenen und deren weitere Kindesentwicklung.“ (Wittchen, 2005). Nur 26% aller Betroffenen mit psychischen Störungen erhalten irgendeine und noch weniger eine adäquate Behandlung. Es hat sich gezeigt, dass von allen Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr die Mehrzahl auf psychische Störungen zurückgeführt werden kann.

„Die Hauptmasse der gesamten gesundheitsökonomischen Kosten von psychischen Störungen sind deshalb keine direkten, sondern indirekte Kosten des Gesundheitssystems. [...] Die gemeinsamen Analysen des European Brain Council und der ECNP-Arbeitsgruppe ergeben, dass psychische Störungen jedes Jahr fast 300 Milliarden Euro Gesamtkosten ausmachen, von denen allein 132 Milliarden Euro mit indirekten Kosten (krankheitsbedingte Ausfalltage, früherer Eintritt in den Ruhestand, vorzeitige Sterblichkeit und verringerte Arbeitsproduktivität wegen psychischen Problemen) zusammenhängen. Nur 110 Milliarden Euro werden demgegenüber für direkte Kosten (Hospitalisierung und Hausbesuche bei Patienten) ausgegeben. Die Kosten für die medikamentöse Therapie – als die am häufigsten eingesetzte Behandlungsart – beansprucht dagegen nur 4% der Gesamtkosten von psychischen Störungen; die für psychotherapeutische Leistungen liegen weit unter 1%.“ (Wittchen, 2005).

In Anbetracht der Vielzahl verfügbarer, effektiver und kostengünstiger Therapieverfahren für nahezu alle psychischen Störungen geht es also darum, früher und rechtzeitiger Betroffene zu erkennen und die entsprechende Behandlung einzuleiten.

Schätzungen zu Folge leiden 20% der Patienten in einer Allgemeinarztpraxis an - in der Regel nicht erkannten - Depressionen (Hautzinger, 2007). Dementsprechend werden diese Patienten nicht oder falsch behandelt, was zu einer Chronifizierung der Erkrankung beitragen kann. Groß angelegte Studien haben gezeigt, dass Patienten mit einer Depression ein erhöhtes Risiko für die Manifestation einer koronaren Herzerkrankung haben (Yusuf, 2004). Auch die Prognose nach einem Herzinfarkt ist bei Vorliegen einer Depression schlechter, sodass auch die Behandlung psychischer Störungen in der Rehabilitationsmedizin immer mehr an Bedeutung gewinnt. Auch das Risiko für die Entwicklung einer Osteoporose (Eskandari et al, 2007) oder einer Alzheimer Erkrankung (Green et al, 2003; Ownby, 2006) scheint bei Vorliegen einer Depression erhöht zu sein. Die Auswirkungen einer Depression auf das Immunsystem werden derzeit ebenso erforscht (Kirschbaum, 1999).

Der Ausgang Suizid bei Menschen mit depressiver Störung wird auf ca. 15% geschätzt, liegt also deutlich höher als in der Normalbevölkerung (Hautzinger, 2007).

Auch bei Angstpatienten wird häufig nicht die richtige Diagnose gestellt (Wittchen & Boyer, 1998). Sie gehören zu der Gruppe der „high utilizer“ und stellen sich häufiger in Allgemeinarztpraxen vor (Sartorius et al., 1996). Angststörungen verbergen sich häufig hinter rein somatischen Symptomen, sodass im Verlauf aufwendige und kostspielige differenzialdiagnostische Untersuchungen durchgeführt werden. Dies hat sowohl für den Kostenträger als auch für den Patienten schwerwiegende Folgen, dessen Angststörung sich im Verlauf chronifizieren kann. Im Schnitt dauert es sieben Jahre, bis eine Angsterkrankung diagnostiziert wird. Zusätzlich beeinträchtigt eine Angsterkrankung nicht nur die Lebensqualität massiv, sondern erhöht langfristig auch die Prävalenz zur Entwicklung weiterer psychischer Störungen (Munsch et al., 2007). Die Entwicklung einer sekundären Erkrankung wie z.B. einer depressiven Episode schafft zusätzliche soziale Integrationsprobleme und kann Grund für die Inanspruchnahme ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Hilfe werden (Zubrägl et al., 2007).

Massion et al. (1993) stellten fest, dass 9% der Patienten mit generalisierter Angststörung (GAD) und/oder Panikstörung schon einen Suizidversuch in der Vergangenheit verübt hatten. 31% waren mindestens einmal stationär behandelt worden. 25% der Patienten mit GAD erhielten Bezüge wegen Berufsunfähigkeit. In der primärärztlichen Versorgung wurden Prävalenzraten für GAD von bis zu 10% festgestellt (Linden et al., 1996; Wittchen und Hoyer, 2001).

Angstpatienten machen den größten Teil der Patientenstichprobe in der klinischen Praxis aus (Munsch et al., 2007). Bei vielen Patienten tritt eine psychische Störung nicht alleine auf. Depressionen weisen eine hohe Rate an Komorbiditäten (bis zu 75%) auf. Überlappungen bzw. gleichzeitiges Auftreten von Depressionen mit Angststörungen (Phobien, soziale Ängste, Panikstörung, generalisierte Angststörung) sind üblich (Hautzinger, 2007). Wichtiges klinisches Merkmal von Panikstörung und Agoraphobie ist ebenfalls die hohe Komorbiditätsrate. Nur ca. 14,2% der Patienten weisen keine komorbiden psychischen Störungen auf (Wittchen, 1991). Hohe Prävalenzraten für affektive Störungen entwickeln sich im Durchschnitt ca. 3 Jahre nach Erstmanifestation einer Angststörung (Munsch et al., 2007).

Stress als Mitauslöser einer psychischen Erkrankung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Er wird neben der genetischen Disposition, dem sozialen Umfeld, dem finanziellen Status, der Intelligenz, aber auch frühen Kindheitserfahrungen als Auslöser vielfach diskutiert. Zur Ursache psychischer Erkrankungen existieren biologische, psychoanalytische, humanistische und existentielle, lerntheoretische und kognitive Paradigmen, denen unterschiedliche Annahmen zu Grunde liegen (Davison & Neale, 2002). Das Diathese-Stress-Modell gilt als ein integratives Paradigma, welches biologische, psychologische und Umweltfaktoren mit einbezieht. Die Stresskomponente im Diathese-Stress-Modell erklärt, wie eine Disposition zum tatsächlichen Ausbruch einer Er-

krankung führen kann (Davison & Neale, 2002). Aufgrund von Stress durch größer werdenden Konkurrenzdruck, Abbau von Arbeitsplätzen, hohe Anforderungen an Bewerber nach Flexibilität, hohem Fachwissen und größtmöglichem Einsatz, durch häufige Doppelbelastungen bei Frauen, die mehreren Rollen gerecht werden müssen oder durch hohe Anforderungen an den Universitäten suchen immer mehr Menschen psychiatrische oder therapeutische Hilfe. Subjektiv erlebter Arbeitsstress geht mit erhöhten psychischen Störungen einher. Ebenso aber auch Arbeitslosigkeit (Jacobi, 2008). Gekennzeichnet sind diese „gestressten“ Patienten durch Schlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, der Unfähigkeit, zur Ruhe zu kommen oder häufig auch durch somatische Beschwerden. Dem frühzeitigen Erkennen einer erhöhten Stressbelastung kommt somit ein präventiver Charakter zu.²

2.1 Psychologische Diagnostik

Jeglicher Behandlung psychischer Störungen, ob pharmakologisch oder in Form von Psychotherapie, muss eine ausführliche Diagnostik vorangehen. Ihr Ergebnis bestimmt den weiteren Verlauf der Behandlung. Aus diesem Grund wurden vielfältige diagnostische Verfahren entwickelt, die die Diagnosestellung vereinfachen, aber auch präzisieren und eine Vergleichbarkeit ermöglichen sollen. Der gesamte diagnostische Prozess sollte einer Qualitätssicherung unterliegen. Dies umfasst neben der Erfüllung der Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) psychodiagnostischer Verfahren auch die Qualifikation der beteiligten Personen und die Einhaltung von Abläufen und Regeln (Datenschutz, Wahrung der persönlichen Integrität) von der Planung bis zur diagnostischen Entscheidung (Amelang et al. 1999).

In die psychiatrische Befunderhebung geht eine Vielzahl von unterschiedlichen diagnostischen Erhebungsmethoden ein. Um ein möglichst umfangreiches und auch stimmiges und korrektes Bild vom Patienten und seiner Störung oder seinen Störungen zu bekommen, stehen zahlreiche Interviews, Checklisten, Selbst- und Fremderhebungsinstrumente zur Verfügung.

2.1.1 Diagnostik

Als Grundlagenfach der psychiatrischen Befunderhebung gilt die Differenzielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung. Ziel ist es, Eigenschaften einer Person bzw. Unterschiede zwischen verschiedenen Personen zu beschreiben, um aktuelles Verhalten erklären und zukünftiges vorhersagen zu können. Die Persönlichkeitsforschung liefert inhaltliche Theorien, welche wiederum zu weiteren Forschungen und operationalisierten Messungen anregen.

² Vgl. Seidscheck, I. (2006)

Die Differenzielle Psychologie benötigt für ihre Messungen entsprechende Messinstrumente, die anhand der theoretischen Konstrukte entwickelt und anschließend auf ihre Validität hin geprüft werden. Die Ergebnisse der Empirie wirken sich rückwirkend wieder auf die theoretischen Konzepte aus (Amelang & Zielinski, 1994).

Für die „Diagnostik“ an sich gibt es zahlreiche Definitionsversuche. Jäger und Petermann (1992) fassen psychologische Diagnostik als „System von Regeln, Anleitungen und Algorithmen zur Bereitstellung von Instrumenten auf, mit deren Hilfe sowohl:

- psychologisch relevante Charakteristika von Merkmalsträgern gewonnen, als auch
- die erhobenen Daten zu einem diagnostischen Urteil integriert werden sollen und zwar
- mit dem Ziel einer Vorbereitung zur Entscheidung sowie Prognosen und deren Evaluation.“ (Amelang & Zielinski, 1994)

Jäger und Petermann (1999) beschreiben die psychologische Diagnostik als eine Disziplin, die sich mit dem systematischen Sammeln und Aufbereiten von Informationen mit dem Ziel beschäftigt, „Entscheidungen und daraus resultierende Handlungen zu begründen, zu kontrollieren und zu optimieren“. In Anlehnung an diese Definitionsversuche schlagen Eid und Petermann (2006) folgenden weit gefassten Definitionsvorschlag vor: „Die Inhalte und Methoden der psychologischen Diagnostik beziehen sich auf die *regelgeleitete Sammlung* und *Verarbeitung* von gezielt erhobenen Informationen, die für das Verständnis menschlichen Verhaltens und Erlebens bedeutsam sind. Aus den gewonnenen Informationen sollen Fragestellungen (eines Auftraggebers) bearbeitet und Entscheidungen getroffen werden. Die *Prinzipien der Entscheidungsfindung* müssen wissenschaftlichen Kriterien entsprechen. Die Schritte der Entscheidungsfindung müssen nachvollziehbar sein und die Schlussfolgerungen *ethischen Standards* genügen. Die Fragestellungen der psychologischen Diagnostik können sich dabei auf die *Beschreibung*, *Klassifikation*, *Erklärung*, *Vorhersage* (Prognose) und *Evaluation* von *Zuständen* und/oder *Verläufen* beziehen.“ (Jäger & Petermann 1992, S. 11)

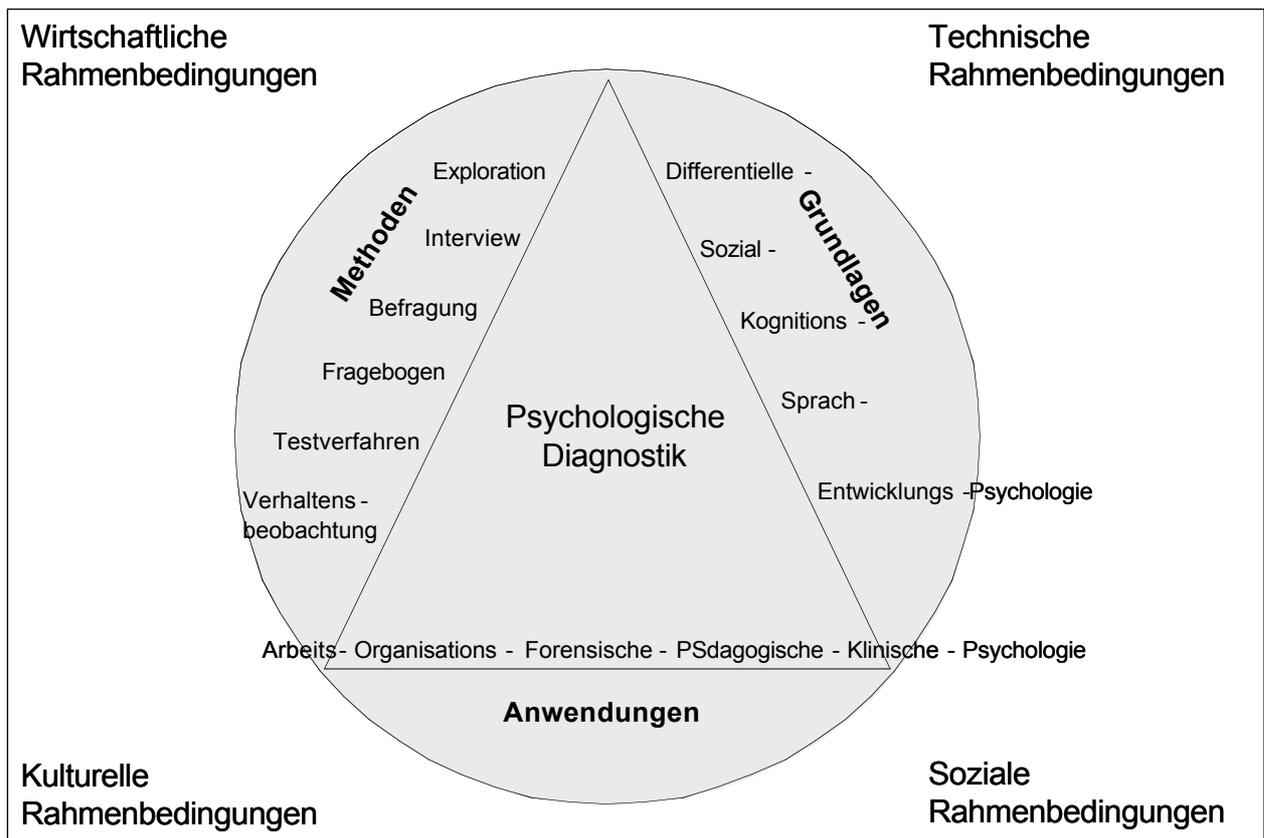


Abbildung 1: Diagnostisches Dreieck (Hossiep & Wottawa, 1993)

Das diagnostische Dreieck zeigt sowohl die Rahmenbedingungen, die in die Diagnostik eingehen als auch die zahlreichen Bereiche der Psychologie, in denen Diagnostik stattfindet und dafür verwendete Methoden.

Zielsetzung der psychologischen Diagnostik

In der klinischen Diagnostik geht es hauptsächlich darum, zu beschreiben und zu klassifizieren bzw. zu erklären. Durch die Beschreibung einer Vielzahl von Merkmalsausprägungen bei Personen (bzw. Symptomen bei Patienten) kann eine Klassifikation vorgenommen werden (*Diagnosestellung*). Die Klassifikation reduziert die Fülle diagnostischer Informationen und stellt Informationen in Bezug auf Interventionen zur Verfügung (*Indikationsstellung in der psychiatrischen Praxis*). Des Weiteren sollen durch die psychologische Diagnostik Bedingungen identifiziert werden, die Fehlverhalten auslösen und aufrechterhalten. Die Evaluationsdiagnostik soll den Verlauf einer Intervention bewerten bzw. zur Überprüfung der Zielerreichung dienen. Für die psychiatrische Praxis bedeutet dies, dass mittels diagnostischer Instrumente überprüft werden kann, inwieweit im Verlauf eine Besserung beim Patienten eingetreten ist (Eid & Petermann, 2006).

Durch das diagnostische Verfahren wird immer eine positive Diagnose angestrebt, die dann gestellt werden kann, wenn die Konstellation der erhobenen anamnestischen Angaben und/oder Befunde spezifisch für ein Krankheitsbild ist. Sind die erhobenen Befunde hierfür nicht ausreichend, werden in der Regel weitere Untersuchungen zur Diagnosesicherung notwendig.

Unterscheidungsmerkmale psychodiagnostischer Herangehensweisen

Unterschieden werden:

Status- und Veränderungsdiagnostik (Ist-Zustand, Ziel: Prognose zukünftigen Verhaltens, Rückschlüsse auf Eigenschaftsausprägungen vs. Vergleich zweier oder mehrerer Zustände im Zeitverlauf, Ziel: Aussage über Veränderung oder Stabilität; Eid & Petermann, 2006),

Norm- und Kriteriumsorientierte Diagnostik (Vergleich eines Individuums mit der Merkmalsverteilung in der Bezugsgruppe vs. Vergleich einer Person mit einem Anforderungskriterium; Eid & Petermann, 2006),

Unimethodale versus multimethodale Diagnostik (erster Überblick über die vorhandenen Symptome vs. mehrere Erfassungsmethoden),

Dimensionale versus klassifikatorische Diagnostik (z.B. psychologische Leistungstest, Ziel: Erfassung der Leistung einer Person auf verschiedenen Leistungsdimensionen [Eid & Petermann, 2006] vs. Zuordnung von Personen zu verschiedenen Klassen. Die Klassifikation psychischer Krankheiten findet beispielsweise mittels der empirisch abgesicherten und erprobten Klassifikationssysteme „ICD-10“ [Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling & Mombour, 2005] und „DSM-IV“ [Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Saß et. al, 1996] statt [Eid & Petermann, 2006]).

2.1.2 Rahmenbedingungen psychologischer Diagnostik

Eine Vielzahl historischer, gesellschaftlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen steuern den diagnostischen Prozess. Rechtliche Vorgaben (z.B. die Schweigepflicht) und fachliche Normen sichern eine ethisch vertretbare und wissenschaftlich begründete Psychodiagnostik. 1985 veröffentlichte die Amerikanische Gesellschaft für Psychologie (APA) Standards für pädagogische und psychologische Tests. Diese Standards gliedern sich in vier Bereiche:

- „Methodische Standards für die Testkonstruktion und Güteprüfung
- Standards für die fachlich kompetente Testanordnung
- Standards für besondere Anwendung, zum Beispiel bei der Testung von behinderten Menschen oder Personen, die sprachlichen Minderheiten angehören

- Standards für Vorgehensweisen beim Testen; diese beziehen sich sowohl auf Richtlinien für die Testdurchführung, Testauswertung und Ergebnisdarstellung als auch Standards zum Schutze der Rechte der Testperson (z.B. Datenschutz, angemessene und verständliche Erläuterung der Testergebnisse)“ (Eid & Petermann, 2006, S.23)

2.1.3 Der diagnostische Prozess

Jäger (2006) definiert den diagnostischen Prozess als „die zeitliche, organisatorische, strategische und personale Erstreckung zwischen vorgegebenen zunächst allgemeinen und später präzisierten diagnostischen Fragestellungen sowie deren Beantwortung. Die Beantwortung erfolgt in Form einer Diagnose oder Prognose. Im Verlauf des diagnostischen Prozesses können aus der Beantwortung einer Teilfragestellung neue Fragen resultieren, so dass eine Verschachtelung von Fragen und Beantwortungen resultiert. Die Beantwortung der Fragestellungen ist zugleich Ausgangspunkt für eine Entscheidungshilfe bzw. eine Entscheidung für den Auftraggeber. Die Orientierung an Zielsetzungen der Psychologischen Diagnostik macht den allgemeinen diagnostischen Prozess zu einem psychologisch-diagnostischen Prozess.“

Im diagnostischen Prozess werden verschiedene diagnostische Kompetenzen vorausgesetzt. Hierzu gehören *Psychodiagnostische Kompetenz* (globale Kompetenzfertigkeit, welche sich auf die verschiedenen diagnostischen Perspektiven sowie die konzeptionellen und methodologischen Herausforderungen bezieht (Booth, 1999, S 144)), *Kompetenzwissen* (Diagnostiker verfügt über das Wissen, eine Fragestellung beantworten zu können. Im Zweifelsfall wird der Diagnostiker seine Wissensvoraussetzungen verbessern oder an eine kompetente Person verweisen), *Bedingungswissen* (Kenntnisse derjenigen Einflüsse, welche Erleben und Verhalten verursachen), *Änderungswissen* (Kenntnisse über die Entwicklung und den Einsatz von Strategien zur Veränderung des Erlebens und Verhaltens), *Technologisches Wissen* (Wissen über die Auswahl der geeigneten Erhebungs- und Auswertungsmethoden) und *Vergleichswissen* (Einordnung des individuellen Verhaltens unter dem Blickwinkel einer Vergleichsgruppe) (vgl. Jäger, 2006, S.90).

Als Ausgangspunkt des diagnostischen Prozesses dient die Fragestellung. Sie sollte eindeutig formuliert sein, der Psychologe bzw. Diagnostiker sollte der zuständige Experte sein; es sollte genügend Wissen zur Bearbeitung vorliegen und die Bearbeitung der Fragestellung muss ethisch zu verantworten sein. Die Fragestellung muss präzisiert und anschließend in eine Hypothese übersetzt werden. Die in der Hypothese formulierte Annahme soll im Laufe des Prozesses durch Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung bestätigt oder entkräftet werden. Für die konkrete Datengewinnung ist eine Operationalisierung der Sachverhalte notwendig, die in Fragestellung und Hypothese zum Ausdruck kommen. Außerdem muss die diagnostische Untersuchung geplant werden (wer, wann, wo, bei wem welche Daten erhebt?) (Jäger, 2006). Die vorliegenden Informationen über einen Beurteilungssachverhalt (Personen, Objekte, Ereignisse, Institutionen)

werden zu einem Urteil integriert. Das resultierende Urteil ist diagnostisch oder prognostisch nutzbar (Jäger, 2006). Zu den Rahmenbedingungen zählen allgemein-ethische und berufsethische Bedingungen, rechtliche Bedingungen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und methodische Bedingungen. Der Diagnostiker ist also aufgefordert, „über die Grenzen seiner Disziplin hinauszublicken, um nicht Gefahr zu laufen, wegen ethischer, rechtlicher oder anderer Randbedingungen gravierende Fehler im diagnostischen Prozess zu begehen“ (Jäger, 2006, S. 95).

2.1.4 Standardisierte Diagnostik

Trotz Befunden, die darauf hindeuten, dass standardisierte Diagnostik einem reinen klinischen Urteil bei der Diagnosestellung überlegen ist, bleibt bei klinisch orientierten Kollegen der standardisierte, kriterienorientierte Ansatz im Sinne der klassifikatorischen Diagnostik teilweise weiter umstritten. „Als Kritik wird z.B. angeführt, dass die klassische Kunst der Psychopathologie durch profanes Symptomzählen ersetzt würde, oder dass die unmittelbare Relevanz für die Behandlung durch diese Art von Diagnostik häufig nicht mehr gegeben sei (z.B. Brugha, Bebbington & Jenkins, 1999; Faravelli et al., in press) – ein halb strukturiertes Vorgehen mit klinischer Urteilsbildung sei daher einem standardisierten Ansatz als *gold standard* vorzuziehen. Wittchen, Üstün und Kessler (1999) stellen dem gegenüber heraus, dass der theoretische Vorteil eines halb standardisierten klinischen Ansatzes nur wenig empirisch unterfüttert ist [...]. Eine Synthese beider Ansätze ist wahrscheinlich dann am meisten reliabel und valide, wenn ein obligatorisches standardisiertes Vorgehen im Sinne der internationalen Diagnosekriterien um offene Fragen und dimensionale Einschätzungen (z.B. zum Schweregrad von Symptomen oder zur Hierarchisierung von Syndromen) – möglichst durchgeführt von klinisch ausgebildeten Interviewern – ergänzt wird als umgekehrt“ (Jacobi und Wittchen, 2001).

Die Zahl der vorhandenen psychologischen Tests allein im deutschen Sprachraum wird auf mehrere Tausend geschätzt. Im deutschen Sprachraum dürften zurzeit jährlich zwischen 60 und 80 neue oder neu normierte Testverfahren publiziert werden (Eid & Petermann, 2006). Qualität und Stand der Entwicklung können dabei sehr unterschiedlich sein. Man kann Tests grundsätzlich danach unterscheiden, welche Merkmale gemessen werden, wie die Merkmale gemessen werden oder für welche Fragestellung die Tests einsetzbar sind.

Nach Lienert und Ratz muss ein psychologisches Testverfahren wissenschaftlich fundiert sein, unter Standardbedingungen stattfinden, eine relative Positionsbestimmung eines Individuums bezüglich einer Gruppe oder eines Kriteriums ermöglichen, empirisch abgrenzbar sein (keine versteckten Merkmale und Phänomene, wie zum Beispiel das Unbewusste in der Psychoanalyse,

sondern beobachtbare und messbare Eigenschaften) und das zu untersuchende Merkmal sollte eindimensional und metrisch sein.

„Durch die Anwendung psychometrischer Verfahren [...] sollen psychopathologische Phänomene, die in diagnostisch oder therapeutisch orientierten Gesprächen nur eindrucksmäßig erfasst werden können, objektiviert, quantifiziert, und damit auch besser kommunizierbar und im Rahmen der Forschung besser statistisch auswertbar werden.“ (Möller und Engel 1999; Möller, 2002).

Psychometrische Erhebungsverfahren können nach ihren Methoden in

- standardisierte Beurteilungsverfahren
- systematische Verhaltensbeobachtung und
- objektive Tests

unterteilt werden. Der Grad der Standardisierung kann sich unterscheiden. Vollstandardisierte Tests geben Fragen und Antworten fest vor. Halb- oder teilstandardisierte Tests sind flexibler, meist muss der Diagnostiker die Ergebnisse interpretieren. Unstandardisierte Tests kommen eher selten zur Anwendung. Beispiele wären einige Zeichentests. Wegen ihrer hohen Praktikabilität werden zur ersten Einschätzung der Symptomatik oftmals standardisierte Beurteilungsverfahren angewendet.

„Unter standardisierten Beurteilungsverfahren (auch: Schätzverfahren) versteht man durch Merkmal-Listen und ggf. dazugehörige Merkmalsbeschreibung strukturierte Einschätzungen über gegenwärtiges und/oder vergangenes Verhalten und/oder Erleben. Der Grad der Standardisierung schwankt von der einfachen Symptom-Liste, die auf Basis freier Exploration ausgefüllt wird, bis zum semi- oder vollstrukturierten Interview-Leitfaden“ (Möller, 2002).

2.1.5 Die Gütekriterien

Da psychologische Tests mittlerweile sehr häufig und mit zunehmender Tragweite eingesetzt werden (Zulassungen zu bestimmten Studiengängen, Entscheidungen über Stellenbesetzungen, Entscheidungen über Diagnosen und daraus abgeleitete Behandlungsmaßnahmen), werden transparente Gütekriterien für psychodiagnostische Verfahren immer wichtiger. Jedes (psychologische) Erhebungsinstrument sollte vor seinem Einsatz teststatistisch auf seine Gütekriterien hin überprüft werden. Die Gütekriterien sind ein Maß für die Qualität eines Erhebungsinstruments und damit auch für seine Aussage- bzw. Vorhersagekraft. Geprüft wird, ob das gewünschte zu erfassende Merkmal durch die Methode (Fragebogen, Interview etc.) mit ausreichender „Güte“

gemessen wird und ob mittels dieses Merkmals eine diagnostische Entscheidung mit entsprechender „Güte“ zu treffen ist.

Die wichtigsten Gütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Sie gelten in ausschließender Reihenfolge, das heißt, die Reliabilität ist erst nach gegebener Objektivität zu erreichen, die Validität erst nach gegebener Objektivität und Reliabilität.

Weitere Gütekriterien psychologischer Test sind:

- Skalierung
- Normierung
- Unverfälschbarkeit
- Zumutbarkeit
- Fairness
- Testökonomie
- Nützlichkeit

2.1.5.1 Objektivität

Die *Objektivität* lässt sich in Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterteilen (Neumann, 2000). *Durchführungsobjektivität* ist gegeben, wenn das Testergebnis vom durchführenden Testleiter unabhängig ist. Um dies zu gewährleisten sollte die Testdurchführung im Detail beschrieben sein und die Interaktion zwischen Testleiter und Testperson auf ein Minimum reduziert sein. Die *Auswertungsobjektivität* ist gegeben, wenn das Testergebnis ausschließlich aufgrund der im Manual dokumentierten Auswertungsvorschriften zustande kommt. Die *Interpretationsobjektivität* ist gegeben, wenn verschiedene Testanwender bei Personen mit gleichem Testergebnis zu denselben Schlussfolgerungen gelangen.

2.1.5.2 Reliabilität

Die Reliabilität sagt etwas über den Grad der Genauigkeit einer Messung aus, das heißt, wird ein Merkmal zuverlässig gemessen oder ist die Messung mit zu vielen Messfehlern behaftet. Die Reliabilität ist definiert als der Anteil der „wahren Varianz“ an der Gesamtvarianz der Testwerte.

„Die `wahre Varianz` bezeichnet dabei die Merkmalsstreuung der `wahren` Testwerte. Der verbleibende Anteil an der Gesamtvarianz der beobachteten Testwerte kommt auf Grund der Variabilität der Messfehler zu Stande und repräsentiert damit die `Unreliabilität` oder Messfehlerbehaftetheit eines Messinstruments.“ (Schermelleh-Engel et al., 2006, S.421)

Ein akzeptabler *Reliabilitätskoeffizient* eines Tests sollte nicht unter .7 liegen.

Es werden verschiedene Verfahren zur Bestimmung des Ausmaßes der Reliabilität unterschieden. Zu ihnen zählt das Verfahren der Retest-Reliabilität, der Paralleltest-Reliabilität, der Testhalbierungs-Reliabilität und der inneren Konsistenz.

- Bei der *Retest-Reliabilität* wird ein Test zweimalig zu zwei Zeitpunkten bearbeitet, wobei Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten auf Messfehler zurückgeführt werden.
- Beim Verfahren der *Paralleltest-Reliabilität* werden zwei Testformen mit möglichst ähnlichen Items miteinander verglichen bzw. korreliert.
- Bei der *Test-Halbierungs-Reliabilität* wird ein Test in zwei Hälften geteilt welche anschließend miteinander korreliert werden.
- Die *innere Konsistenz* eines Testverfahrens bzw. Fragebogens kann mittels Testhalbierungs-Reliabilität oder der Berechnung von Cronbach's alpha erfolgen. Je stärker die einzelnen Items des Tests miteinander positiv korrelieren, desto mehr nähert sich der Wert Cronbach's alpha dem Wert eins an. Je näher der Wert an eins ist, desto höher ist die Reliabilität des Verfahrens.

Itemanalyse: Ziel der Itemanalyse ist die Aufdeckung ungeeigneter Aufgaben bzw. Items im Hinblick auf eine angestrebte höhere Reliabilität und Validität eines Fragebogens (vgl. Fuchs, 1998). Die Überprüfung der einzelnen Items bezüglich *Itemschwierigkeit* und *Itemtrennschärfe* ermöglicht die Verbesserung der Qualität einer Skala. Die Itemanalyse ist damit ein wichtiger Teil von Fragebogenkonstruktion und -bewertung. Bei der Itemschwierigkeit bedeutet eine Ausprägung nahe null, dass nur wenige Probanden das Item im Sinne des Kriteriums beantwortet haben. Eine Ausprägung nahe 1 bedeutet, dass das Item von vielen Probanden beantwortet wurde, bei einer Symptomcheckliste also, dass fast alle Probanden das Symptom zeigen.

Bei der Itemtrennschärfe bedeutet ein hoher positiver Wert, dass das einzelne Item etwas Ähnliches wie seine Skala erfasst. Eine niedrige Trennschärfe nahe null weist darauf hin, dass das Item mit dem Rest der Skala wenig gemein hat. Wünschenswert bei Itemtrennschärfe ist daher eine Ausprägung im mittleren Bereich.

2.1.5.3 Validität

Die Validität eines Verfahrens gliedert sich in vier Aspekte: Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität, Konstruktvalidität und Kriteriumsvalidität.

- Die *Inhaltsvalidität* liegt dann vor, wenn ein Test das zu messende psychologische Merkmal repräsentativ erfasst. Sie wird nicht numerisch anhand eines Maßes sondern aufgrund logischer und fachlicher Überlegungen bestimmt.
- Die *Augenscheinvalidität* ist gegeben, wenn der Validitätsanspruch eines Tests einem Laien vom bloßen Augenschein her gerechtfertigt scheint.

- Die *Konstruktvalidität* ist gegeben, wenn vom Testergebnis der Schluss auf zu Grunde liegende Merkmale aufgezeigt werden kann. Aussagen zur Konstruktvalidität können anhand einer Faktorenanalyse vorgenommen werden. Die Konstruktvalidität liegt nur dann vor, wenn konvergente und diskriminante Validität gegeben sind. Die *konvergente Validität* wird berechnet, indem die Messung desselben Konstrukts mit verschiedenen Methoden (z.B. Selbst- vs. Fremdbeurteilung) stattfindet. Eine hohe Übereinstimmung steht für hohe konvergente Validität. Eine hohe *diskriminante Validität* liegt vor, wenn eine inhaltliche Diskrimination zwischen unterschiedlichen Konstrukten nachgewiesen werden kann.
- *Kriteriumsvalidität* liegt vor, wenn von einem Testergebnis auf ein Außenkriterium (nämlich auf ein Verhalten außerhalb der Testsituation) geschlossen werden kann. (Schermelleh-Engel et al., 2006)

2.1.5.4 Skalierung und Normierung

„Ein Test erfüllt das Gütekriterium Skalierung, wenn die laut Verrechnungsregel resultierenden Testwerte die empirischen Merkmalsrelationen adäquat abbilden.“ (Schermelleh-Engel et al., 2006, S.426)

Personen mit einer höheren Merkmalsausprägung sollten demnach in einem Test auch einen höheren Testwert erhalten als Personen mit einer niedrigeren Merkmalsausprägung.

„Die Normierung eines Tests bezeichnet das Erstellen eines Bezugssystems, mit dessen Hilfe die Ergebnisse einer Testperson im Vergleich zu den Merkmalsausprägungen einer repräsentativen Stichprobe von Testteilnehmern eindeutig eingeordnet und interpretiert werden können.“ (Schermelleh-Engel et al., 2006, S.427).

Es werden zwei Normtypen differenziert, die so genannten Äquivalenznormen und die Variabilitätsnormen.

2.1.5.5 Unverfälschbarkeit

„Ein Testverfahren erfüllt das Gütekriterium der Unverfälschbarkeit, wenn das Testverfahren so konstruiert ist, dass die Testperson die korrekten Ausprägungen der Testwerte durch gezieltes Testverhalten nicht verzerren kann. Eine solche Verzerrung gelingt der Testperson vor allem dann, wenn sie das Messprinzip durchschauen und somit leicht erkennen kann, wie sie antworten muss, um sich in einem besonders günstigen `Licht` [...] darzustellen. Während es bei Leistungstest zumeist unproblematisch ist, ob eine Person das Messprinzip durchschaut, sind Persönlichkeitsfragebogen prinzipiell anfällig für Verzerrungen [...]. Um den Verfälschungstendenzen von Seiten der Testperson insbesondere in Richtung der `sozialen Erwünschtheit` vorzubeugen, können so genannte objektive Tests (Kubinger, 2003) eingesetzt werden, bei denen die Testper-

sonen über das zu messende Merkmal im Unklaren gelassen werden“ (Schemelleh-Engel et al., 2006, S.431).

2.1.5.6 Zumutbarkeit und Fairness

„Ein Test erfüllt das Gütekriterium der Zumutbarkeit, wenn er die Testperson absolut und relativ zu dem aus seiner Anwendung resultierenden Nutzen in zeitlicher, psychischer sowie körperlicher Hinsicht nicht unverhältnismäßig belastet.“ (Schemelleh-Engel et al., 2006, S.431).

Die Zumutbarkeit bezieht sich ausschließlich auf die zu testenden Personen und nicht auf den Testleiter.

„Ein Test erfüllt das Gütekriterium der Fairness, wenn die Testergebnisse zu keiner systematischen Benachteiligung bestimmter Personen auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu ethnischen, soziokulturellen oder geschlechtsspezifischen Gruppen führen.“ (Schemelleh-Engel et al., 2006, S.431).

2.1.5.7 Testökonomie und Nützlichkeit

„Ein Test erfüllt das Gütekriterium Ökonomie, wenn er relativ wenige Ressourcen (Zeit, Geld etc.) beansprucht, gemessen am diagnostischen Erkenntnisgewinn.“ (Schemelleh-Engel et al., 2006, S. 429).

Beeinflusst wird die Ökonomie eines Tests im Wesentlichen durch den finanziellen Aufwand für das Testmaterial und den zeitlichen Aufwand für die Testdurchführung. Der finanzielle Aufwand umfasst den Verbrauch des Testmaterials, die Beschaffung eines Tests und anfallende Lizenzgebühren für Testautoren und Verlage. Der zeitliche Aufwand spielt zum einen bezüglich der Akzeptanz eines Tests bei den Testpersonen eine große Rolle, zum anderen umfasst er nicht nur die Bearbeitung des Tests alleine, sondern auch die Zeit der Vorbereitung, der Auswertung und der Ergebnisrückmeldung. Wichtig ist, dass der Erkenntnisgewinn durch die Anwendung eines Tests höher sein sollte als die entstehenden Kosten.

„Ein Test ist dann nützlich, wenn das von ihm gemessene Merkmal eine praktische Relevanz besitzt und die auf seiner Grundlage getroffenen Entscheidungen bzw. Maßnahmen deutlich mehr Nutzen als Schaden erwarten lassen. Für einen Test besteht dann praktische Relevanz, wenn er erstens ein Merkmal misst, das im Sinne der Kriteriumsvalidität nützliche Anwendungsmöglichkeiten aufweist und zweitens dieses Merkmal nicht auch mit einem anderen Test

erfasst werden könnte, der alle übrigen Gütekriterien mindestens genauso gut erfüllt.“ (Scher-melleh-Engel et al., 2006, S.430)

2.2 Psychopathologische Diagnostik

Erhebungs- und Untersuchungsverfahren

In der psychologischen Diagnostik kann zwischen einer Vielzahl möglicher Erhebungs- und Untersuchungsverfahren (subjektive Einschätzlisten, Interviewverfahren, Persönlichkeitsentwicklungsverfahren, objektive, psychometrisch konstruierte Testverfahren, Methoden zur Verhaltensbeobachtung, inhaltsanalytische Verfahren, Erhebung objektiver Ereignisse (psycho- und neurophysiologische Methoden, neuropsychologische Erhebungsverfahren und Tests und biochemische Methoden) unterschieden werden (siehe auch Mühlig und Petermann, 2006, S 101).

2.2.1 Anamnese und Exploration

Zunächst findet ein Erstgespräch statt. Es verfolgt in erster Linie zwei Ziele: zum einen sollen Vertrauen und eine Beziehung zum Patienten aufgebaut werden, zum anderen soll eine erste Verdachtsdiagnose gestellt werden, die es zu untermauern oder zu verwerfen gilt. Neben dem, was der Patient von sich aus erzählt, kann die Verhaltensbeobachtung (Mimik, Gestik, Auftreten, Sprache, Sitzhaltung etc.) dem Psychiater ebenfalls Aufschluss über das Krankheitsbild geben. Trichterförmig wird nach der ersten freien Schilderung des Patienten ein Bild der Krankheits-symptome, der zeitlichen Abläufe, der Biografie und der möglichen Hintergründe erfragt. Das Erfassen von Vorgeschichte und aktueller Situation führt oft schon zu einer Arbeitshypothese bzw. Verdachtsdiagnose. Testpsychologische Untersuchungen (z.B. Demenztests) können Verdachtsdiagnosen weiter erhärten. Im besten Fall kann nach dem Erstgespräch bereits der psychopathologische Befund dargestellt werden.

2.2.2 Diagnostische Interviews

Diagnostische Interviews erfordern meist einen hohen Zeitaufwand, eine hohe Motivation und Konzentrationsleistung des Patienten und geschultes Personal. Vor allem der zeitliche Aspekt hindert viele Institutionen daran, diagnostische Interviews durchzuführen. Oftmals wird stattdessen auf Checklistenverfahren wie die internationalen Diagnosechecklisten für ICD (Hiller et al 1995) und DSM (Köhler & Saß 1984) zurückgegriffen. Diese Checklisten sind schnell abzufragen, lassen aber wenig Raum für die individuelle Symptomatik des einzelnen Patienten.

Tabelle 1: Checklistenverfahren vs. strukturierte klinische Interviews³

Checklistenverfahren	Strukturierte klinische Interviews
Beispiele: internat. Diagnosechecklisten für ICD und DSM IDCL (Hiller et al., 1995)	Beispiele : SKID-I, SKID-II DIPS
+ geringer Aufwand	+ zuverlässig und umfassend
- meist nur konfirmatorische Diagnosen	- hoher Zeitaufwand

2.2.3 Fragebogen

Ein Fragebogen wird als ein Instrument zur Erfassung gegenwärtigen und vergangenen Erlebens und Verhaltens betrachtet (Westmeyer 2006). Rammstedt (2006, S. 109) definiert einen Fragebogen als

„Sammlung von Fragen, die für eine systematische Befragung von Personen konzipiert sind [...]. Anstelle von Fragen können Fragebogen auch Aussagen oder lediglich einzelne Begriffe beinhalten, die von den Befragten einzuschätzen sind. Auch muss die Verwendung eines Fragebogens als Erhebungsverfahren für den Befragten nicht ersichtlich sein, wie zum Beispiel im Interview.“

Fragebogen können nach ihrem Standardisierungsgrad (nicht-, teil-/ vollstandardisierte Fragebogen), ihrem Befragungsmodus (schriftlich, mündlich), ihrem Gültigkeitsbereich der Aussagen (Aussagen über Individuen vs. Unterschiede zwischen Gruppen) und ihrem Inhalt (Faktenfragen, Einstellungsfragen, Interessenfragen, Eigenschaftsfragen) klassifiziert werden (vgl. Rammstedt, 2006).

Voraussetzungen, die bei einer Befragung mittels Fragebogen gemacht werden, sind, „dass der Befragte die Frage versteht, das relevante Verhalten korrekt identifiziert, relevante Begebenheiten des Verhaltens akkurat aus dem Gedächtnis abrufen, die Referenzperiode (z.B. „in den letzten sieben Tagen“) korrekt identifiziert, *alle* relevanten Begebenheiten der Referenzperiode abrufen, die Begebenheiten korrekt datiert (d.h. ob sie innerhalb oder außerhalb der Referenzperiode liegen), alle Begebenheiten korrekt aufsummiert, die Häufigkeit auf die vorgegebenen Antwortalternativen korrekt überträgt sowie ehrlich berichtet“ (vgl. Werth und Strack, 2006).

2.2.3.1 Fragebogenkonstruktion

„Die am häufigsten verwendete Methode zur Fragebogenerstellung ist die *rationale Konstruktion*, bei der deduktiv vorgegangen wird.“ (Rammstedt, 2006, S.111).

³ Vgl. <http://www.paed.uni-muenchen.de/~chris/dsm4.htm>, Autor: Piesbergen, C.

Zunächst muss das zu erfassende Merkmal eindeutig definiert und präzisiert werden. Es muss geklärt werden, inwieweit es sich um ein homogenes (also eindimensionales) Merkmal handelt oder inwieweit sich klar abgrenzbare Merkmalsbereiche identifizieren lassen. Im nächsten Schritt werden, basierend auf der Definition, Indikatoren des Merkmals entwickelt. Aufgrund dieser rein theoriegeleiteten Fragebogenkonstruktion muss anschließend eine Konstruktvalidierung der Skalen stattfinden, um sicherzustellen, dass tatsächlich das infrage stehende Merkmal erfasst wird.

Bei der *induktiven Konstruktion* von Fragebogen geht man von bereits existierenden Items aus. Es werden diejenigen ausgewählt, die hoch miteinander korrelieren und somit eine Dimension bilden. Soll der Fragebogen mehrere Dimensionen erfassen, werden alle Items einer Faktorenanalyse unterzogen. Der Inhalt der Items, die auf einem Faktor hochladen, bestimmt die Interpretation der Faktoren. Bei der *externalen Fragebogenkonstruktion* ist das Vorliegen eindeutig in Bezug auf das zu erfassende Merkmal diskriminierbarer Gruppen von Personen der Ausgangspunkt. Ziel ist die Entwicklung einer Skala bzw. eines Fragebogens, aufgrund derer die Befragten eindeutig einer Gruppe zugeordnet werden können.

„Hierzu werden möglichst viele heterogene Items an einer Personenstichprobe erhoben, deren Gruppenzugehörigkeit bekannt ist. Jene Items, die statistisch signifikant zwischen den Gruppen differenzieren, werden selektiert und zu einer Skala zusammengefasst.“ (Rammstedt, 2006, S. 112).

Itemformulierung

Bei der Itemformulierung muss darauf geachtet werden, dass einfache und unzweideutige Begriffe verwendet, lange und komplexe sowie hypothetische Fragen und die gleichzeitige Vorgabe von zwei Aspekten in einer Frage sowie Verneinungen, Unterstellungen und suggestive Fragen und Fragen, die auf Informationen abzielen, über die viele Befragte mutmaßlich nicht verfügen, vermieden werden. Es sollen Fragen mit eindeutigem zeitlichen Bezug und Antwortkategorien, die eindeutig und disjunkt sind, verwendet werden. Unklare Begriffe sollten definiert werden und der Kontext einer Frage sollte sich nicht auf deren Beantwortung auswirken (vgl. Porst, 2000, S.113).

Ähnliche und weitere Hinweise zur Formulierung von Items gibt Mummendey (2003).

2.2.3.2 Fragebogeninstruktion

Die Instruktion eines Fragebogens erzeugt bereits eine erste Voreinstellung beim Patienten. Nach Mummendey (2003) sollte der Befragte in der Instruktion darauf hingewiesen werden, dass es keine „richtigen“ oder „faschen“ Antworten gibt, dass alle Items zu beantworten sind und dass er so aufrichtig wie möglich und möglichst zügig antworten soll.

Antwortformate

Bei *offenen* Fragen wird keinerlei Antwortkategorie vorgegeben. Der Befragte kann seine Antwort frei formulieren. Die Auswertung erfolgt meist qualitativ und ist vergleichsweise aufwendig. Dieses Vorgehen bietet sich an, wenn beispielsweise sehr geringes Vorwissen über das zu erfassende Merkmal herrscht. Bei *geschlossenen* Fragen dagegen sind sämtliche Antwortalternativen vorformuliert. Die Auswertung kann hier ökonomischer und objektiver erfolgen. Bei *halb-offenen* Fragen werden vorgegebene Antwortalternativen durch offene Antwortkategorien ergänzt. Bei geschlossenen Fragen wird am häufigsten eine Ratingskala vorgegeben, bei der eingeschätzt werden soll, inwieweit eine Aussage zutrifft bzw. inwieweit der Befragte zustimmt. Die Abstufungen können hierbei einzeln verbal bezeichnet sein (z.B. „gar nicht“, „ein wenig“, „sehr“) oder lediglich die Endpunkte der Skala werden verbal benannt und die Abstufungen zwischen den Endpunkten werden mit auf- oder absteigenden Zahlenreihen bezeichnet (Rammstedt, 2006). Es wird vielfach diskutiert, ob eine gradzahlige (somit ohne Mittelpunkt) oder eine ungradzahlige (mit Mittelpunkt, also z.B. „weder noch“ oder „sowohl als auch“) Ratingskala zu verwenden ist. Beide Vorgehensweisen weisen Vor- und Nachteile auf. Bei ungradzahliger Ratingskala kann es beim Befragten zu einer Tendenz zur Mitte kommen, das heißt bei Entscheidungsschwierigkeiten oder auch aus Zeit- oder Motivationsgründen entscheiden sich Befragte überdurchschnittlich häufig für die mittlere Antwortkategorie. Auf der anderen Seite kann eine gradzahlige Ratingskala dazu führen, dass der Befragte keine Möglichkeit sieht, eine „neutrale“ Meinung auszudrücken und sich gezwungen fühlt, sich für eine Richtung zu entscheiden, was zu Reaktanz beim Befragten führen kann.

Äußere Gestaltung, Umfang und Itemreihenfolge

Die Bereitschaft, einen Fragebogen auszufüllen, hängt wesentlich von der zu investierenden Zeit, dem Layout des Fragebogens (bei schriftlichen Befragungen) und den Einstiegsfragen ab. Des Weiteren spielen das Setting, in dem die Befragung stattfindet sowie der Grund der Befragung und die Motivation des Befragten eine wesentliche Rolle. Die Einstiegsfragen sollten nicht zu intim (beispielsweise Fragen nach dem Einkommen), komplex oder eintönig gewählt werden. Es

sollte außerdem darauf geachtet werden, eine möglichst interessante und somit motivierende Einstiegsfrage zu wählen. Insgesamt sind Befragte zu deutlich längerer Mitarbeit bereit, wenn das Thema des Fragebogens sie persönlich betrifft. Abschließend sollten äußerer und innerer Lesewiderstand des Fragebogens gering gehalten werden. Der innere Lesewiderstand definiert sich durch die klare und eindeutige Formulierung der einzelnen Items (→ Itemformulierung), der äußere Lesewiderstand durch ein ansprechendes und übersichtliches Layout.

Überprüfung der Güte von Fragebogen

Bei der Entwicklung eines Fragebogens wird dieser in der Regel vor der Implementierung mittels Pretest überprüft. Es stehen zwei unterschiedliche Verfahren zur Verfügung. Beim klassisch empirischen Pretest wird an einer kleinen Stichprobe die Antwortverteilung auf Deckeneffekte, eingeschränkte Varianzen, interne Konsistenzen der Skalen sowie die postulierte dimensionale Struktur des Fragebogens bzw. dessen Items überprüft. Beim kognitiven Pretest wird das Verständnis der Items überprüft, indem eine kleine Stichprobe anschließend an die Fragebogenbearbeitung zu diesem befragt wird oder während der Bearbeitung die Methode des „lauten Denkens“ angewendet wird (Rammstedt, 2006).

2.2.3.3 Selbstbeurteilungsverfahren

Vorteile von Selbstberichten sind, dass der Befragte selbst über die meisten Informationen über sich selbst verfügt und Zugriff auf Kognitionen und Affekterleben hat. Außerdem wird nicht ein Verhalten in einer willkürlich ausgewählten Situation als Beobachtungsbasis verwendet (wie bei Beobachtungen im Labor) und es braucht lediglich das Einverständnis einer – nämlich der befragten – Person (soweit diese volljährig ist). Des Weiteren reduziert die Selbstbeurteilung die Gefahr der beurteilerabhängigen Verzerrung und ist um ein vielfaches ökonomischer als die Fremdbeurteilung. Die am häufigsten verwendete Form von Selbstberichten ist der Fragebogen. Zur Selbstbeurteilung in der psychiatrischen Praxis werden beispielsweise häufig das Beck-Depressions-Inventar (BDI, Beck 1987) oder die SCL-90-R (Symptom-Checkliste von Derogatis, Franke 2002) verwendet. Die Ergänzung von Selbstberichten durch Einschätzungen weiterer Beurteiler scheint sinnvoll.

Nachteile von Selbstbeurteilungsverfahren

Nachteile sind die von Proband zu Proband variierenden Bezugsnormen. Außerdem die mangelnde Überprüfbarkeit der Objektivität von Selbstberichten. Der Proband selbst ist einziger Beurteiler. Es lassen sich keine Beurteilerübereinstimmungen ermitteln. Auch die Möglichkeit,

durch Aggregation mehrerer völlig unabhängiger Einschätzungen die Reliabilität der Daten zu steigern, entfällt.

Andere formale Verfälschungstendenzen sind beispielsweise die Aggravierungstendenz, die Disimulationstendenz (Symptome verstärkt bzw. abgeschwächt darstellen), eine Antworttendenz im Sinne des Ja-Sagens (Akquieszenz - Zustimmungstendenz) u.a. Bei den inhaltlichen Antwortstilen ist vor allem die Tendenz zur sozialen Erwünschtheit zu nennen. Sozial erwünschtes Antworten setzt sich aus *Fremdtäuschung* (FT) oder *Impression Management* und *Selbsttäuschung* (ST) oder *Self-Deceptive Enhancement* zusammen. Während die Fremdtäuschung die bewusste, absichtliche Täuschung anderer Personen beinhaltet, dient die Selbsttäuschung dem Schutz oder der Steigerung des eigenen Selbstwertes. In der klinischen Praxis und gerade im ambulanten Setting kann aber in den meisten Fällen davon ausgegangen werden, dass die Patienten bemüht sind, möglichst wahrheitsgetreu zu antworten, da sie die Praxis ja mit dem Wunsch nach Besserung aufsuchen. Eine weitere Gefahr bei der Verwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten stellt die Verzerrung durch den Patienten dar. Dies kann mehrere Ursachen haben. Der Patient nimmt sich durch die Erkrankung anders wahr als Außenstehende und Experten. Des Weiteren können die Antworten abhängig von Tagesschwankungen unterschiedlich ausfallen. Wichtig erscheint also zum einen die genaue Überprüfung eines Selbstbeurteilungsinstruments auf Validität, Reliabilität und Objektivität. Außerdem kann ein Selbstbeurteilungsinstrument die ärztliche oder psychologische Untersuchung nicht ersetzen, aber bei guter Qualität erste wegweisende Hinweise auf das Störungsbild geben.

„Empirische Ergebnisse (u.a. die gemeinsamen Faktorenanalysen von Selbstbeurteilungsdaten und Fremdbeurteilungsdaten) sprechen dafür, dass die in der Selbstbeurteilung erfassten Aspekte des `subjektiven Befundes` untereinander ähnlicher sind als die in der klinischen Fremdbeurteilung eruierbaren Aspekte der Psychopathologie. [...] Im klinischen Alltag kann manchmal erst das Ausfüllen einer Selbstbeurteilungsskala Anlass zu der Vermutung geben, dass ein Patient depressiv oder paranoid ist. Manche Patienten sind nämlich in der Selbstbeurteilung offener als im Arzt-Patient-Gespräch.“ (Möller, 2002)

Trotzdem ist zu beachten, dass keine Fakten sondern die subjektive Wahrnehmung bzw. subjektive Sichtweisen erfragt bzw. berichtet werden.

Insgesamt bietet eine Kombination aus Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen die beste Gewähr, dass der psychopathologische Befund optimal abgebildet wird.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass „Selbstberichte [...] ökonomisch zu erheben sind und sich [...] durch eine breite Anwendbarkeit auszeichnen. Unerwünschte Effekte formaler Ant-

wortstile lassen sich durch die Art der Skalenkonstruktion minimieren, und die Problematik Sozial erwünschten Antwortens wird deutlich überschätzt.“ (Borkenau, 2006, S. 141)

2.2.3.4 Fremdbeurteilungsverfahren

Fremderhebungs- oder Fremdbeurteilungsverfahren müssen so konstruiert sein, dass sie dem jeweiligen Ausbildungsniveau der beurteilenden Person entsprechen (Angehörige, Pflegepersonal, Fachkräfte, Ärzte). Bei der Fremdbeurteilung nimmt also der Untersucher eine Einschätzung des Patienten vor und wertet dessen Aussagen. Dies reduziert Fehleinschätzungen aufgrund von einer möglicherweise gestörten Selbstwahrnehmung des Patienten. Es erhöht aber die Gefahr einer beurteilerabhängigen Verzerrung. Fremdberichte müssen auf ihre Akkuratheit überprüft werden. Möglichkeiten hierfür sind der Selbstbericht, ein Beurteilerkonsens, ein Expertenurteil, eine Verhaltensbeobachtung oder ein operationales Kriterium. Das Realistic Accuracy Model (nach Funder, 1995) beschreibt den Weg zum akkuraten Fremdbericht in vier Schritten. Die ersten beiden Schritte – *Relevanz* und *Verfügbarkeit* – beziehen sich auf Merkmale des Stimulus oder der Person, die beiden letzten Schritte – *Erkennung* und *Nutzung* – beziehen sich auf die Aktivität des Beurteilers. Zuerst müssen also diagnostisch relevante Hinweisreize ausgesendet werden. Diese Hinweisreize müssen für den Beurteiler auditiv oder visuell verfügbar sein. Der Beurteiler muss die relevanten Hinweisreize erkennen und die relevanten und verfügbaren Informationen nutzen. Merkmale von Beurteiler, Zielperson sowie der zu beurteilenden Eigenschaft beeinflussen den Fremdbericht.

Drei Aspekte auf Seiten des Beurteilers tragen zu dessen Urteil bei: Wissen, Fähigkeit und Motivation. Die zu beurteilenden Personen unterscheiden sich darin, wie gut sie auf bestimmten Dimensionen skalierbar bzw. beurteilbar sind, Personen, die sich konsistenter verhalten als andere, können akkurater beurteilt werden. Bei Fremdberichten im klinischen Kontext ist eher individuelle Inkonsistenz zu erwarten.

Wie gut einzelne Eigenschaften zu beurteilen sind, hängt von ihrer Sichtbarkeit, ihren evaluativen Attributen und ihrer adaptiven Bedeutung ab. Beurteilungsfehler können durch differenzielle Antworttendenzen (aufgrund z.B. von sozialer Erwünschtheit, s.o.), Reaktivität (Verhalten der beurteilten Person wird dadurch beeinflusst, dass sie sich in einer Beurteilungssituation befindet), Haloeffekte (Beurteilungs- bzw. Wahrnehmungsfehler: einzelne Eigenschaften einer Person bewirken einen Gesamteindruck, der die Wahrnehmung weiterer Eigenschaften der beurteilten Person überdeckt) oder impliziter Persönlichkeitstheorien entstehen. Durchdachte Itemkonstruktion, Beurteilerschulungen und Datenaggregation führen zur Minimierung von Beurteilerfehlern. Die Q-Sort-Methode (spezielle Variante von Fragebogen, bei der die Verteilung der Antworten

für die Probanden vorgeschrieben ist) ist eine gute Möglichkeit, um Beurteilerfehler zu minimieren, sie kann bei symptomenerhebenden Verfahren aber nicht angewendet werden.

Am ökonomischsten ist die Überprüfung der Übereinstimmung mit Selbstberichten. (Neyer, 2006). Häufig verwendete Fremdbeurteilungsverfahren sind beispielsweise das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1979) oder die Hamiltonskalen für Angst (HAM-A; Hamilton 1976) und Depression (HAM-D, Hamilton 1986); Anhand der standardisierten Beurteilungsverfahren wird häufig vor der Krankheitsdiagnose eine Syndromdiagnose gestellt. Diese fasst eine Reihe von psychopathologischen Syndromen, die erfahrungsgemäß häufig zusammen vorkommen, zusammen. Die nosologische Klassifikation kann allerdings nicht völlig ersetzt werden, da Ätiologie, Verlauf und therapeutische Ansprechbarkeit für Therapie und Prognose von großer Bedeutung sind und bei der syndromatologischen Klassifikation nicht berücksichtigt werden (Möller, 2002).

2.3 Symptomchecklisten

Kategorial kann zwischen Leistungstest, Persönlichkeitstests, Motivations- und Interessentests, anamnestischen Fragebogen und weiteren speziellen Testverfahren unterschieden werden. Des Weiteren unterscheidet man zwischen norm- und kriteriumsorientierten Testverfahren (Brähler, E., et al., 2002).

Symptomchecklisten, wie die von Derogatis (SCL-90-R; Franke 2002), aber auch die Liste für Symptome von Angst und Depression (LSAD; Zander & Eich, 1986) gehören zu den speziellen Testverfahren und sind auf spezielle Probandengruppen oder Untersuchungszwecke zugeschnitten. Mit ihnen soll in der Forschung oder in der klinischen Praxis ein erstes Screening von Patienten ermöglicht werden. Symptomchecklisten beschränken sich entweder auf ein einzelnes Krankheitsbild – in diesem Fall muss entweder bereits ein Gespräch stattgefunden und eine Voreinschätzung erfolgt sein, oder es müssen Symptomchecklisten zu verschiedenen Störungsbildern vorgelegt werden, oder sie fragen Symptome verschiedener psychischer Störungen ab. Symptomchecklisten ermöglichen eine zeitlich ökonomische erste Einschätzung und erlauben bei einem folgenden Arzt-Patient-Gespräch ein trichterartiges Vorgehen in eine bestimmte – durch die ausgefüllte Liste vermutete – Richtung. Im Gegensatz zu beispielsweise Persönlichkeitsfragebogen – die zeitlich überdauernde Konstrukte erfragen – sollten Symptomchecklisten veränderungssensitiv sein, so dass eine Veränderung der Symptomatik bei mehrmaligem Ausfüllen sichtbar wird. Symptomchecklisten können demnach nicht nur für eine erste diagnostische Einschätzung sondern auch zur Überprüfung des Therapieverlaufs eingesetzt werden. Um die

Schwere der vorliegenden Symptomatik einschätzen zu können, enthalten Symptomchecklisten mehrstufige Antwortskalen.

2.4 DSM-IV und ICD-10

„Im Gegensatz zur traditionellen „psychiatrischen Diagnostik“ relativ breiter syndromaler Klassen (z.B. Psychosen, Neurosen, Sucht) mit notorisch schlechter Reliabilität und mangelhafter klinischer Validität erlaubt die moderne diagnostische Klassifikation nach ICD-10, bzw. dem stringenteren, im Forschungsbereich üblichen US-amerikanischen DSM-IV eine zuverlässigere, differenzierte und umfassende Beschreibung einer großen Bandbreite von spezifischen Formen psychischer Störungen. Unter weitgehendem Verzicht auf eine bislang noch unzureichend erforschte ursachenorientierte klassifikatorische Diagnostik werden zur Definition der einzelnen Störungen explizite Kriterien zur Abgrenzung klinisch bedeutsamen Leidens („von Krankheitswert“) von einfachen Befindlichkeitsstörungen herangezogen (z.B. anhand von Zeitdauerkriterien, bestimmten „Leidensaspekten“ sowie sozialen Konsequenzen der Störung).“ (Jacobi, F. et al., 2004b)

Das **DSM** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist ein Klassifikationssystem, das das erste Mal 1952 von der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung) in den USA herausgegeben wurde. Es war das erste offizielle Handbuch der psychischen Störungen, das ein Glossar mit Beschreibungen der diagnostischen Kategorien enthielt (Koehler & Saß, 1984). Die deutsche Übersetzung des DSM-IV ist seit 1996 erhältlich. Jede Störung wird systematisch in den folgenden Bereichen beschrieben: Diagnostische Merkmale, Subtypen und/oder Zusatzcodierungen, Codierungsregeln, zugehörige Merkmale und Störungen, besondere kulturelle, Alters- und Geschlechtsmerkmale, Prävalenz, Verlauf, familiäres Verteilungsmuster, Differenzialdiagnose.

Das 1994 erschienene DSM-IV systematisiert psychologische Diagnosen in fünf Achsen:

Achse I: klinische Störungen und andere klinisch relevante Probleme (hauptsächlich Zustandsstörungen, schwere mentale Fehlstörungen und Lernunfähigkeiten wie zum Beispiel Schizophrenie, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle, Essstörungen)

Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung (dauerhafte Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen, mentale Defizite und geistige Behinderungen wie beispielsweise Borderline, schizoide oder paranoide Persönlichkeitsstörung, anti-soziale Persönlichkeiten)

Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren (körperliche Probleme, die bedeutsam für die ersten beiden Achsen sein können)

Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Belastungsfaktoren

Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF-Skala)

Das **ICD-10** (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wurde von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und ist ebenfalls ein Klassifikationssystem. Die 10 steht für die zehnte Revision.

Das ICD-10 ist ein einachsiges Klassifikationssystem und gliedert sich in:

- eine dreistellige allgemeine Systematik (z.B. F32, depressive Episode)
- eine vierstellige ausführliche Systematik (z.B. F32.0 leichte depressive Episode)
- gelegentlich fünfstellige Verfeinerungen (z.B. F32.01 leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom)

DSM-IV und ICD-10 unterscheiden sich vor allem in Verwendung, Aufbau und Umfang.

Tabelle 2: Gegenüberstellung DSM-IV und ICD-10⁴

	DSM-IV	ICD-10
Vollst. Name:	<i>Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen</i>	<i>International Classification of Diseases</i>
Herausgeber:	APA	WHO
Verwendung (u.a.):	Forschung	Krankenkassen
Abdeckungsbereich:	Nur psychische Störungen	Störungen/ Erkrankungen aller Art
Aufbau	Multiaxial ausgelegt; Achsen I-V	Gliederung in 21 Kapitel; Psychische Störungen in Kapitel V; 10 Hauptgruppen

Gemeinsamkeiten von DSM-IV und ICD-10:

- Prinzip der operational und deskriptiv definierten Diagnostik
- Psychische "Störung" statt "Krankheit"
- Komorbidität berücksichtigbar
- weitgehend aufeinander abgestimmt

Das DSM-IV ist im Gegensatz zum ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) ein nationales Klassifikationssystem. Es muss daher nicht die Kompromisse und Ergänzungen des ICD-10 berücksichtigen. Außerdem beinhaltet es speziellere und genauere diagnostische Kriterien. Das macht es für die Forschung interessant. Das ICD-10 setzt seinen Schwerpunkt intensi-

⁴ Vgl. <http://www.paed.uni-muenchen.de/~chris/dsm4.htm>, Autor: Piesbergen, C.

ver auf die interkulturelle Perspektive und die Anwendbarkeit, vor allem auch in den Ländern der dritten Welt (Koehler & Saß, 1984).

2.5 Störungsbilder von Angst und Depression

2.5.1 Angststörungen

„Nach einer 1994 unter der Leitung des Angstexperten Margraf durchgeführten repräsentativen Befragung von 2948 Personen in der BRD (1939 in Westdeutschland und 1009 in Ostdeutschland) weisen 8,8% der Deutschen zum Befragungszeitpunkt behandlungsrelevante Angstsyndrome auf, erhoben durch das Beck-Angst-Inventar. Dies ist ein beeindruckend hoher Wert, wenn man bedenkt, dass es sich dabei um die Punktprävalenzrate handelt, d.h. um das Auftreten innerhalb der letzten Woche.“ (Morschitzky, 2004)

Risikofaktoren (Hautzinger et al, 2008): Angststörungen sind häufiger bei

- Frauen,
- jungen und alten Menschen (bis 20 Jahre, über 65 Jahre),
- Geschiedenen oder getrennt Lebenden,
- Verwitweten,
- der Gruppe der in Ausbildung Stehenden wie Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehr- und Zivildienstleistende,
- Arbeitslosen,
- Fehlendem Schulabschluss,
- Un- oder angelernten Arbeitern,
- niedrigem Einkommen,
- in kleinen Wohnorten unter 2000 Einwohnern

Die Angststörungen werden nach ICD-10 dem Kapitel „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ zugeordnet. Zu den phobischen Störungen zählen die Agoraphobie, die soziale Phobie, spezifische (isolierte) Phobien, sonstige phobische Störungen und die nicht näher bezeichnete phobische Störung. Zu den anderen Angststörungen gehören die Panikstörung, die generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt, andere gemischte Angststörungen, sonstige spezifische Angststörungen und die nicht näher bezeichnete Angststörung.

Aufgrund ihrer Relevanz für die Liste für Symptome von Angst und Depression und ihres hohen Vorkommens in der Allgemeinbevölkerung soll im Folgenden besonders auf die Agoraphobie und die generalisierte Angststörung eingegangen werden.

2.5.1.1 Agoraphobie und Panikerkrankung

Die Agoraphobie ist nach der Angst vor Plätzen und Märkten (agora) benannt. Es handelt sich in aller Regel jedoch nicht um monosymptomatische sondern komplexe Phobien, bei denen die Patienten zugleich auch unter Klaustrophobie (Angst vor engen oder überfüllten Räumen), Akrophobie (Angst vor Höhen) oder Phobophobie (Angst vor Panikzuständen) leiden. Für differenzialdiagnostische Überlegungen ist insbesondere der Kontext, in dem die Ängste auftreten, wichtig. Bezüglich der Abgrenzung zwischen Agoraphobie mit und ohne Panikstörung bzw. Panikstörung ohne Agoraphobie gilt, dass bei der Agoraphobie die Angst durch äußere Stimuli ausgelöst wird, bei der Panikstörung durch innere (Gedanken, somatosensorische Wahrnehmungen).

Die Prävalenzrate der Agoraphobie beträgt etwa 2-6%. Die Prävalenz für eine Panikstörung liegt bei ungefähr 3,5%. Das Ersterkrankungsalter liegt typischerweise zwischen 15 und 35 Jahren. Bei der Panikstörung ist die Geschlechterverteilung (w : m) 2:1, bei der Agoraphobie 3:1. Unbehandelt haben sich nach 5 Jahren etwa 30-40% der Erkrankungen weiter verschlechtert, 20% bleiben unverändert und 40-50% werden spontan besser. Allerdings erhält auch von den gebesserten Patienten kaum jemand seine ursprüngliche Unbefangenheit wieder zurück. Außerdem hat sich gezeigt, dass im Verlauf häufig zusätzlich affektive Störungen auftreten. Die ausgeprägte Beeinträchtigung im psychosozialen Bereich und eine starke Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sind auch hier weitere Konsequenzen (Munsch et al, 2007). Bei rund 80% der Patienten kann später festgestellt werden, dass kurz vor dem ersten Auftreten einer Panikstörung schwerwiegende Lebensereignisse (critical life events) stattgefunden haben. Beispiele hierfür wären der Tod oder eine schwerwiegende Erkrankung nahe stehender Personen, Erkrankung oder akute Gefährdung des Patienten selbst oder auch eine Schwangerschaft oder Geburt. Weitere Risikofaktoren sind psychosoziale Belastungen wie zum Beispiel Trennung oder Scheidung, oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Für einen Einfluss von Schichtzugehörigkeit, beruflichem Status oder dem Wohnort (Stadt oder Land) fanden sich keine Hinweise. 90% der ersten Panikanfälle treten an einem öffentlichen Ort auf (Munsch et al, 2007).

2.5.1.2 Generalisierte Angststörung

Generalisierte Angststörungen sind gekennzeichnet durch ständige, übertriebene und schwer kontrollierbare Sorgen, Befürchtungen oder Ängste bzgl. mehrerer Lebensbereiche (z.B. Familie, Gesundheit, Finanzen, Arbeit). Es handelt sich um eine Störung, die mindestens mehrere Wochen, in der Regel jedoch seit Jahren besteht. Unspezifische Zusatzsymptome sind Muskelspannung, innere Unruhe, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Reizbarkeit oder auch vegetative Übererregbarkeit. Gemäß ICD-10 weist ein Patient mit genera-

lisierter Angststörung primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, meist mehrere Monate auf. Die festzustellenden Einzelsymptome sind Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten), motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen) und vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit) (Zubrögl et al., 2007).

Die generalisierte Angststörung (GAD) ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen. Das Lebenszeitrisko für GAD liegt bei etwa 5%. Zwei Drittel der Patienten sind weiblich. Das Ersterkrankungsalter liegt typischerweise am Anfang des Erwachsenenalters, wobei Patienten mit GAD oftmals berichten, auch schon in der Kindheit und Jugend sehr ängstlich und nervös gewesen zu sein. Hohe Komorbiditätsraten sind für GAD-Patienten charakteristisch. Häufige komorbide Störungen sind soziale Phobien (16-59% der GAD Patienten), einfache Phobien (21-55% der GAD Patienten), Panikstörungen (3-27% der GAD Patienten) und Depressionen (8-39% der GAD Patienten), (Zubrögl et al., 2007). Die GAD wird häufig als schleichend und allmählich auftretend beschrieben. Obwohl der Verlauf der GAD gemäß der Definition chronisch-persistent ist, kann es zu ausgeprägten Fluktuationen und Exazerbationen unter Belastung kommen. Bei längerem Verlauf findet sich ein deutlich erhöhtes Risiko zur Entwicklung sekundärer Erkrankungen (Mancuse et al., 1993) wie Alkoholabusus oder Depression, was ein zusätzliches Verlaufsrisiko darstellt. Da es sich bei der GAD um eine chronische Störung handelt und Patienten mit GAD im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungen seltener und erst recht spät professionelle Hilfe suchen, kommt es im Verlauf der Erkrankung meist zu deutlichen Einschränkungen in der Lebensqualität und der sozialen Adaption bis hin zur Erwerbsunfähigkeit (Zubrögl et al., 2007).

2.6 Depression

Depressionen gehören zu den affektiven Erkrankungen und gehen mit einer krankhaften Veränderung der Stimmung einher. Weitere typische Symptome einer Depression sind Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreiche körperliche Symptome. Unter anderem aufgrund der gedrückten Stimmung und dem meist auftretenden verminderten Antrieb stellt eine affektive Erkrankung nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für dessen Umfeld eine hohe Belastung dar. Aufgrund der Mortalitätsraten gilt die Depression auch als eine lebensgefährliche Erkrankung (Murray & Lopez, 1997; Angst, 1990). Die Diagnostik einer affektiven Störung kann mittels der beiden aktuell gültigen Klassifikationssysteme, der ICD-10 (WHO 1992), und dem DSM-IV (APA 1994) erfolgen. Die folgenden Abbildungen zeigen die Einteilungen der affektiven Störungen nach den jeweiligen Klassifikationssystemen.

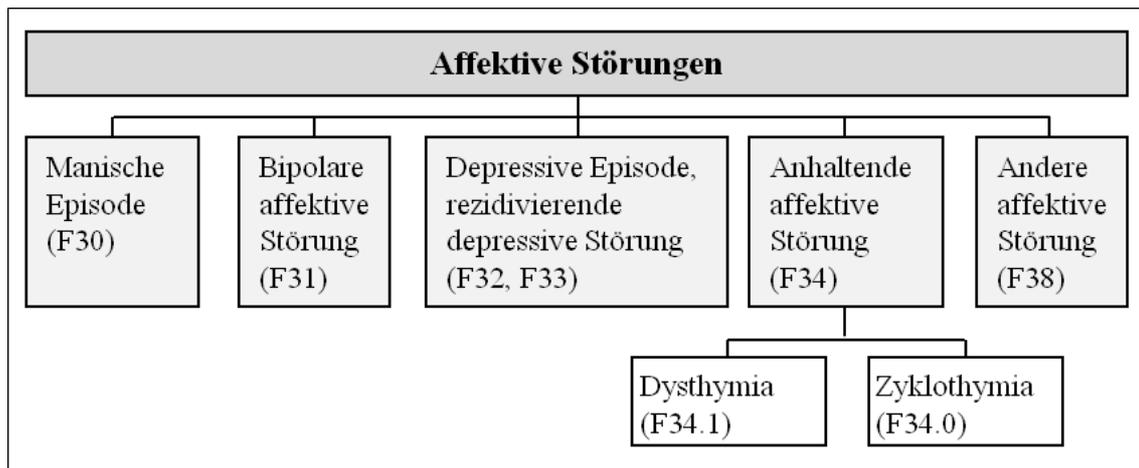


Abbildung 2: Einteilung affektiver Störungen nach ICD-10

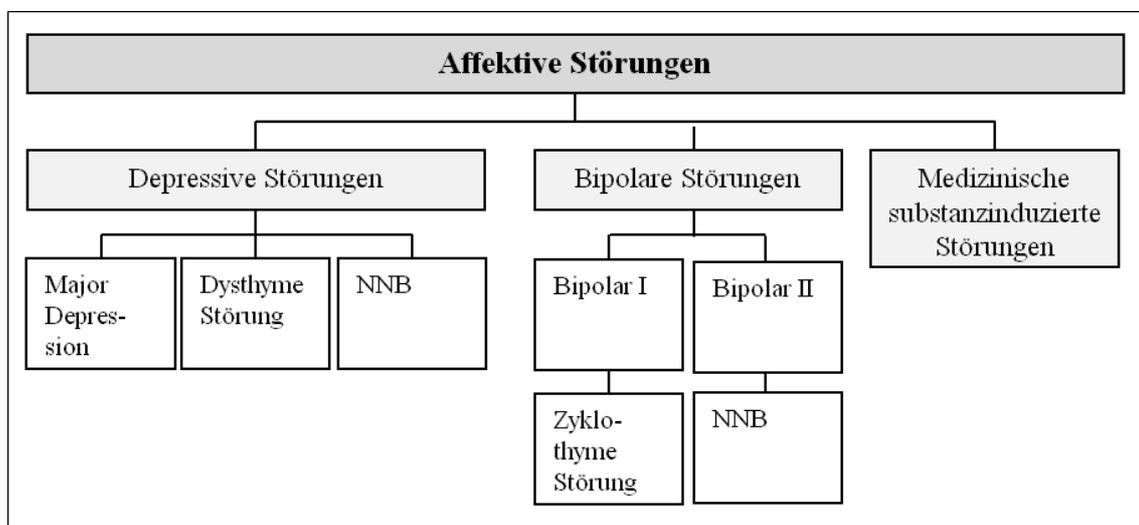


Abbildung 3: Einteilung affektiver Störungen nach DSM-IV

Im Gegensatz zur unipolaren Depression treten bei der Bipolaren Störung auch manische Phasen auf. Manische Phasen sind gekennzeichnet durch expansive Stimmung, Gereiztheit, Euphorie, Überaktivität, Unruhe, Ablenkbarkeit und Ideenflucht. Des Weiteren wird bei einer depressiven Episode bzw. einer bipolaren affektiven Störung unterschieden, ob psychotische Symptome vorliegen oder nicht. Im Rahmen einer Depression haben diese typischerweise den Inhalt von Schuld, Sühne, Verarmung oder Strafe. Bei Manien handeln die Inhalte vorwiegend von Wichtigkeit, Einmaligkeit, Größe oder Unverletzbarkeit. Zu den chronischen oder anhaltenden affektiven Störungen werden die Dysthymie und die Zykllothymie gezählt. „Dysthymien sind lang anhaltende affektive Störungen, die nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen. Zykllothymien sind anhaltende, abgeschwächte bipolare affektive Störungen, bei denen sich Phasen dysphorischer Stimmung mit Phasen euphorischer Stimmung abwechseln, ohne dass die Kriterien einer bipolaren Störung erfüllt sind. Um das Kriterium der Chronozität zu erfüllen, müssen

beide Erkrankungen mindestens zwei Jahre ohne Remission vorliegen. Untersuchungen in Industrienationen kommen unter Anwendung der Kriterien operationaler Diagnostik für depressive Störungen zu einer Punktprävalenz von bis zu 5%. Die Lebenszeitprävalenzschätzungen für depressive Episoden und Dysthymien liegen bei bis zu 14%.“ (Hautzinger, 2007, S.218 ff). Die folgende Tabelle fasst den Kenntnisstand zur Epidemiologie zusammen (Hautzinger, 2007, S.219):

Tabelle 3: Häufigkeiten affektiver Störungen

	Punktprävalenz	6-Monats-Prävalenz	Lebenszeitrisiko
Major Depression	2-5%	3-10%	5-18%
Dysthymie	1-4%	2-5%	3-4%
Bipolare Störung	0,5-2%	1-2%	0,5-3%

Die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken, ist bei einem Lebenszeitrisiko von 12% für Männer und 23% für Frauen als hoch einzuschätzen. Verschiedene Prävalenzschätzungen stimmen darin überein, dass 2-3% der Männer und 4-7% der Frauen aktuell an einer Depression leiden. Der Median des Ersterkrankungsalters für unipolare Depressionen liegt zwischen 20 und 30 Jahren, bei einer beträchtlichen Streuung von der Kindheit bis ins hohe Alter.

Risikofaktoren:

- **Geschlecht:** Frauen weisen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen auf wie Männer. Mädchen und junge Frauen erkranken in der Regel früher und häufiger als Jungen bzw. junge Männer. Frauen weisen außerdem eine höhere Rückfallneigung für weitere depressive Phasen auf. Bei den bipolaren affektiven Störungen finden sich hingegen keine bedeutsamen Geschlechtsunterschiede.
- **Lebensalter:** Der Ersterkrankungsgipfel einer Depression liegt zwischen dem 18. und dem 25. Lebensjahr. Bei den bipolaren affektiven Störungen erfolgt eine erste Krankheitsperiode häufig bis zum 26. Lebensjahr.
- **Sozioökonomische Faktoren:** Häufig sind Belastungen und Lebenskrisen als Auslöser und eine Häufung typischer Risikofaktoren (z.B. frühere Depressionen, Neurotizismus, unharmonische oder fehlende Beziehungen, usw.) sowie ein Mangel an Bewältigungsstrategien (instrumentelle, personelle und soziale Ressourcen) im Vorfeld einer depressiven Entwicklung bzw. Episode festzustellen (Hautzinger et al., 2008).

Als wichtige protektive Faktoren erweisen sich positive soziale Beziehungen, aber auch der Wohn- und der berufliche Bereich spielen eine Rolle. Personen mit höherer Bildung, mit beruflich sicherer Anstellung, verheiratete Personen sowie Personen mit Wohn- und Lebensraum in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung haben die niedrigsten Depressionsraten (Hautzinger, 2007).

Wegen der sehr heterogenen und methodisch wenig vergleichbaren Befundlage kann nur grob geschätzt werden, dass ca. die Hälfte bis zwei Drittel der Patienten soweit gebessert werden, dass sie wieder ihre gewohnte Leistungsfähigkeit besitzen, oft bestehen einzelne Beschwerden aber weiter fort. Eine Phase ohne Rückfälle von mindestens 5 Jahren fand sich bei knapp 42% der unipolaren Patienten. Für etwa 10 bis 20% der unipolaren Erkrankungen wird eine Chronifizierung gefunden (Hautzinger, 2007).

2.7 Komorbidität

„Der Zusammenhang zwischen zwei Diagnosen kann verschiedengestaltig sein. Hinsichtlich der zeitlichen Abfolge ist eine Störung **primär** und die andere **sekundär**. Dass diese Unterscheidung retrospektiv oft nur ungenau vorzunehmen ist, ist offenkundig (Andreasen et al. 1981)“ (Brieger, 2007, S503ff). Denkbar sind **kausale Beziehungen** zwischen zwei Störungen, **zufälliges Auftreten** zweier Störungen gleichzeitig, eine **wechselseitige Beziehung** zwischen Störung A und Störung B, Komorbidität bei gemeinschaftlich auftretendem ätiologischem Faktor oder bei zugrunde liegenden komplexen Faktoren.“ (vgl. Brieger, 2007)

Patienten mit unipolaren affektiven Störungen leiden häufig an weiteren psychischen Erkrankungen. Komorbiditäten mit Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen sind häufig, wobei die Komorbiditäten sich bei Männern und Frauen unterscheiden.

2.8 Instrumente zur Messung von Angst und Depression

2.8.1 Instrumente zur Messung von Angst

Die Messung von Angst kann auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Denkbar sind beispielsweise *Verhaltenstest und -beobachtungen* (z.B. bei Annäherung an eine Spinne), *physiologische Parameter* (z.B. die Herzrate) und *Selbstaussagen* (z.B. Fragebogen).

„Die Diagnostik der Ängstlichkeit als Merkmal, das zur Beschreibung relativ stabiler interindividueller Differenzen herangezogen werden kann, wird vorwiegend über Selbstbeschreibungsverfahren vorgenommen.“ (Hoyer, 2006, S.533)

Eine fundierte Angstdiagnostik sollte auf einer Mehr-Ebenen-Messung beruhen.

Standardisierte Interviewverfahren eignen sich gut zur Bestimmung einer objektiven und validen Diagnose (klassifikatorische Diagnostik). Eine weit umfangreichere Gruppe standardisierter Ver-

fahren bilden die *Selbstbeurteilungsverfahren*. In der Forschung werden aufgrund von Fehlertendenzen bei der Selbstbeurteilung auch *Fremdbeurteilungsverfahren* angewendet.

2.8.1.1 Selbstbeurteilungsverfahren

Selbstbeurteilungsverfahren werden zur näheren Beschreibung und vergleichenden Quantifizierung der Symptomatik, der Sammlung therapierelevanter Informationen und der Verlaufskontrolle eingesetzt (vgl. Hoyer, 2006). Häufig eingesetzte Selbstbeurteilungsverfahren sind der **Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)** (Ehlers et al, 2001) und die **Panik- und Agoraphobieskala (PAS)** (Bandelow, 1997) zur Diagnostik von **Agoraphobie und Panikstörung**, die **soziale Phobie-Skala (SPS)** (Stangier et al, 1999), das **Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI)** (Fydrich, 2003) und die **soziale Interaktions-Angst-Skala (SIAS)** (Stangier et al, 1999) für die Diagnostik einer **sozialen Phobie**, der **Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)** (Stöber, 1995) sowie der **Worry Domains Questionnaire (WDQ)** (Tallis, Eysenck & Mathews, 1992) und der **Metakognitionsfragebogen (MKF)** (Hoyer & Gräfe, 1999, rev. 2003) für die Diagnostik einer **generalisierten Angststörung**, das **Hamburger-Zwangsinventar - Kurzform (HZI-K)** (Klepsch et al, 1993) und das **Maudsley Obsessive-Compulsive-Inventory (MOCI)** (Hodgson & Rachman, 1977, dt.Übersetzung z.B. in Reinecker, 1998) bei vermuteter **Zwangsstörung** sowie die **Impact of Event Skala - revidierte Version (IES-R)** (Maercker & Schützwohl, 1998) für die Diagnostik einer **posttraumatischen Belastungsstörung** (nachzulesen in Hoyer, 2006).

Wegen ihrer Irrelevanz für die vorliegende Studie wird auf Fragebogen zur Erfassung von spezifischen Phobien und posttraumatischen Belastungsstörungen an dieser Stelle nicht genauer eingegangen. Ein Überblick über die vorhandenen Verfahren geben Hoyer, Helbig und Margraf (2005).

Neben Selbstbeurteilungsinstrumenten helfen **Screeningverfahren** dem Diagnostiker, sich schnell und ökonomisch einen ersten Eindruck zu verschaffen. Sie enthalten meist nicht den Anspruch einer validen Störungsdiagnostik sondern dienen eher als Vortest. Beispiele sind etwa der **Anxiety Screening Questionnaire (ASQ)** (Wittchen et al., 1996), der Stammfragen zu Major Depression, Panikstörung, Sozialphobie, Agoraphobie, Posttraumatischer Belastungsstörung und Generalisierter Angststörung enthält, die **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)** (Herrmann, Buss und Snaith, 1995) mit einer Angst- und einer Depressionsskala sowie die Angstskaalen der **Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)** (1992; dt. Version von Franke, 2002) (siehe unten „in dieser Studie eingesetzte Instrumente“).

Störungsübergreifende Verfahren zur Angstdiagnostik umfassen diejenigen Verfahren, welche zur Messung allgemeiner oder übergreifender Aspekte von Angst und Ängstlichkeit Verwendung finden. Beispiele sind das **Beck-Angst-Inventar (BAI)** (Beck & Steer, 1993; Möbius & Margraf, 2003), welches sich zur Erfassung eines Vorliegens und der Intensität klinischer Angstsymptome eignet, wobei Aussagen über eine spezifische Diagnose nicht möglich sind, das **State-Trait-Angstinventar (STAI)** (Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981; Originalpublikation Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970), welches Items zur Zustands- (State-) und zur Eigenschafts- (Trait-) Angst enthält und sowohl im klinischen als auch im experimentellen Setting eingesetzt wird sowie der **Angstsensitivitäts-Index (ASI)** (Reiss, Peterson, Gurskey & McNally, 1986; deutsch: Ehlers, 1986; vgl. auch Ehlers & Margraf, 1993; Fehm, 2003) zur Messung von Angstsensitivität.

2.8.1.2 Fremdbeurteilungsverfahren

Natürlich beruhen Fremdbeurteilungsverfahren in der Regel auch auf den Auskünften des Patienten, der Kliniker hat aber den Vorteil, ebenfalls Verhaltensbeobachtungen in seiner Beurteilung berücksichtigen zu können. Beispiele für Fremdbeurteilungsverfahren zur Messung von Angst sind die **Liebowitz-Soziale-Angst-Skala (LSAS)** (Liebowitz, 1987) und die **Hamilton-Angst-Skala (HAM-A)** (siehe unten „in dieser Studie eingesetzte Instrumente“).

2.8.2 Instrumente zur Messung von affektiven Störungen

2.8.2.1 Selbstbeurteilungsverfahren

„Mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten kann [...] keine diagnostische Entscheidung getroffen werden. Nach erfolgter klassifikatorischer Diagnostik können damit aber die Intensität und Häufigkeit von Symptomen und auf verschiedenen Ebenen die möglichen Beeinträchtigungen differenziert werden.“ (Hautzinger & Meyer, 2006, S. 544)

Häufig eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung affektiver Störungen sind das **Beck-Depressions-Inventar (BDI)** (Hautzinger et al., 2006), die **Allgemeine Depressionsskala (ADS)** (Hautzinger & Bailer, 1993), die **Depressivitätsskala (D-S)** (von Zerssen, 1976), die **Self-Rating-Depression-Scale (SD S)** (Zung, 1965), der **Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD)** (Kühner, 1997), die **Depressivitätsskala der Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)** (1992; dt. Version von Franke, 2002) (siehe unten „in dieser Studie eingesetzte Instrumente“) und der **Differentielle Depressionsfragebogen (DDF)** (Steck, 1998), auch nach zu lesen in Hautzinger und Meyer, 2002, S.57.

Screeningverfahren zur Messung von affektiven Störungen sollen solche Personen identifizieren, welche möglicherweise an einer affektiven Störung erkrankt sind oder deren Risiko für die Entwicklung einer affektiven Störung erhöht ist. Screeningverfahren sollten eine hohe Sensitivität aufweisen, d.h. lieber eine hohe Anzahl fälschlicherweise als positiv charakterisierte Personen auswählen, als wirklich als positiv zu charakterisierende Personen nicht zu erkennen. Beispiele für Screeningverfahren sind der **General-Health-Questionnaire (GHQ)** und die **Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)** (Spitzer et al., 1994).

Auf Screeninginstrumente zur Erfassung manischer Symptome soll wegen ihrer Irrelevanz für die vorliegende Studie an dieser Stelle verzichtet werden. Eine Zusammenfassung findet sich bei Hautzinger und Meyer, 2002.

2.8.2.2 Fremdbeurteilungsverfahren

Fremdbeurteilungsverfahren zur Erfassung von affektiven Störungen sind beispielsweise die **Hamilton-Depression-Scale (HAM-D)** (CIPS, 2005) (siehe unten „in dieser Studie eingesetzte Instrumente“), die **Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS)** (Sieglitz et al., 1998), die **Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)** (CIPS, 2005) und das **Inventar depressiver Symptome (IDS)** (Hautzinger & Bailer, 1999)

2.9 In dieser Studie eingesetzte Instrumente

Die Hamiltonskalen für Depression und Angst kamen in dieser Studie als Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

2.9.1 Hamilton-Angst-Skala (HAM-A)⁵

Wegen ihrer weiten Verbreitung sowie ihrer einfachen und ökonomischen Handhabung kam die Hamiltonskala für Angst in dieser Studie als Fremdbeurteilungsinstrument zum Einsatz. Für die Hamilton-Angst-Skala (HAM-A; Hamilton, 1959) wurden eine Reihe von Symptomen, die im Zusammenhang mit Angstzuständen zu beobachten sind, gesammelt und gemäß der klinischen Erfahrungen gruppiert. Die Hamilton Angstskala bestimmt den Schweregrad einer Angststörung. Sie dient in erster Linie der Beurteilung des Therapieverlaufs. Die Hamilton-Angst-Skala (HAM-A; Hamilton, 1959) umfasst 13 Gruppierungen bzw. Symptomkomplexe, wobei psychische und somatische Angstsymptome getrennt erfasst werden. Eine 14. Variable soll das beobachtbare Verhalten des Patienten während der Befragung abbilden. Alle 14 Variablen werden auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt. Jede Symptomgruppierung wird durch einen umfassenden

⁵ siehe Anhang „Hamiltonskala für Angst“

den Begriff bezeichnet (z.B. Furcht), und durch eine Reihe von Symptomen, die dem Behandler als Anhaltspunkt dienen sollen, präzisiert (z.B. vor Fremden, vor Tieren, vor Straßenverkehr). Die letzte Skalenausprägung („sehr stark“) wird eher im klinischen, weniger im ambulanten Setting gebraucht. Zur Auswertung wird der Gesamtwert der Skalen berechnet. Dieser kann dann als Gradmesser der Angst der Patienten interpretiert werden (Hamilton, M.; 1976).

2.9.2 Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D)⁶

Die HAM-D (Hamilton, 1960, 1986) besteht aus 21 Items, 12 davon vierstufig, 9 Items fünfstufig, die vom Kliniker bezogen auf die zurückliegende Woche beurteilt werden. Die Beurteiler sind angehalten, neben den verbalen Äußerungen eines Patienten eigene und fremde Beobachtungen, motorische Auffälligkeiten und inhaltliche Besonderheiten zu berücksichtigen. Zu beurteilen sind depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Einschlaf-, Durchschlafstörungen, Früherwachen, Arbeitsverhalten, depressive Hemmung, Erregung, Angst (psychisch und somatisch), gastrointestinale Symptome, allgemeine körperliche Beschwerden, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation, Derealisation, paranoide Symptome und Zwangssymptome. Die HAM-D kann auch als verkürzte Version eingesetzt werden (Tagesschwankungen, Depersonalisation, paranoide und Zwangssymptome werden weggelassen).

2.9.3 Symptomcheckliste von Derogatis – SCL-90-R⁷

Die Symptom Checkliste von Derogatis ist ein weltweit sehr häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung von Symptomen psychischer Belastung. Gemessen wird die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Der Einsatz in Verlaufsuntersuchungen bietet sich wegen der mehrdimensionalen Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung an.

Insgesamt umfasst die SCL-90-R 90 Items, die auf einer 5-stufigen Likertskala (0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark) eingeschätzt werden können. Die 90 Items lassen sich zu neun Skalen zusammenfassen, die folgende neun Bereiche umschreiben: „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“.

⁶ siehe Anhang „Hamiltonskala für Depression“

⁷ siehe Anhang „SCL-90-R“

Tabelle 4: Die verschiedenen Skalen der SCL-90-R und ihre Bedeutungen

Klinische Skalen	Beschreibung
Somatisierung	Einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen
Zwanghaftigkeit	Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
Unsicherheit	Leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
Depressivität	Traurigkeit bis hin zur schweren Depression
Ängstlichkeit	Körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst
Aggressivität/Feindseligkeit	Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
Phobische Angst	Leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst
Paranoides Denken	Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken
Psychotizismus	Mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz psychotischer Episoden

Einsatzbereich der SCL-90-R ist der (medizin-)psychologische, psychosoziale, psychotherapeutische und der psychiatrische Kontext sowie die Forschung. Der Nutzen der SCL-90-R wurde bislang im deutschsprachigen Raum in über 100 Studien dokumentiert.

2.9.4 Liste für Symptome von Angst und Depression – LSAD⁸

2.9.4.1 Entstehung und Zielsetzung

Die 1986 von Zander und Eich erstmals entworfene und über die Jahre weiter entwickelte Liste für Symptome von Angst und Depression (LSAD) lehnt sich an das englischsprachige standardisierte Interview SADS-C (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – change version, Spitzer und Endicott 1978) sowie an die SCL-90 (Symptom Checkliste von Derogatis, Derogatis 1977, Franke, 1995) an. Die LSAD wurde zur Erfassung affektiver, stressbezogener und vegetativer Symptome für den deutschen Sprachraum entwickelt. Unter besonderer Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien zunächst im ICD-9 und DSM-III sowie später angepasst im ICD-10 und im DSM-IV war es das Ziel - auch über die Mehrfachverwertung zentraler stressbezogener Symptome, die in mehreren Diagnoseoperationalisierungen wiederholt auftauchen –, bereits mit einem Selbstbeurteilungsfragebogen Hinweise auf operationalisierbare Diagnosen bei Patienten gewinnen zu können. Die LSAD umfasst 4 theoretisch konzipierte Bereiche (Depressivität, generalisierte Angst, Agoraphobie, Panik). Zugleich wurde der Fragebogen aber um einige Symptome bereichert, die von der klinischen Erfahrung her von Wichtigkeit sind, sodass auch eine syndromatische Auswertung sowie Hinweise auf die Stressbelastung des Patienten möglich sein soll-

⁸ siehe Anhang „LSAD“

ten. Die LSAD soll die Möglichkeit einer Messwiederholung mit einer möglichst hohen Veränderungssensitivität eröffnen, was für Verlaufsuntersuchungen von besonderer Bedeutung wäre.

Die Methode, Häufigkeit und Intensität eines Symptoms zu erfassen, mit dem Ziel einer verbesserten Genauigkeit der Einschätzung einer Symptomausprägung, wurde vom SADS-C Interview übernommen.

Das SADS (Schedule for affective disorders und schizophrenia – change version) ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview. Die „change version“ des SADS, SAD-C bezieht sich auf die Symptomatik in den vergangenen sieben Tagen und wurde insbesondere zur Messung des Therapieverlaufs entwickelt. Mehrere Studien belegen seine hohe Reliabilität (Johnson et al, 1986; Rogers et al, 2003). Die Inhalte des halb strukturierten Interviews wurden in der LSAD aufgenommen und in die Form von multiple choice Items gebracht.

Anderssprachige Versionen des Tests stehen bereits zur Verfügung, müssen aber noch teststatistisch überprüft werden.

2.9.4.2 Gestaltung des Fragebogens

Die LSAD umfasst 68 Items, die bezüglich der Häufigkeit des Auftretens und der Intensität in den letzten sieben Tagen eingeschätzt werden sollen. Häufigkeit und Intensität wurden jeweils auf einer 4-stufigen Likertskala erfasst. Kombiniert ergibt die Auswertungsmethode einen Messbereich für jedes Symptom von „0“ (nie/gar nicht) bis „6“ („fast immer / sehr stark“). Die Erhebung demografischer Daten sowie aktueller belastender Geschehnisse und aktueller psychologischer/psychiatrischer Behandlung lassen weitere informative Rückschlüsse und Differenzierungen bezüglich der Stichproben zu.

In der Instruktion wird der Patient gebeten, sich bezüglich des Vorliegens der Symptome auf die letzten sieben Tage zu beziehen. Die auf einer Likertskala möglichen Antworten werden genauer erläutert, um dem Patienten seine Entscheidung zu erleichtern und dafür zu sorgen, dass die vergebenen Zeitkontinui („gelegentlich“, „öfter“, „fast immer“) von allen Patienten gleich interpretiert werden. Die grafische Darstellung der verschiedenen Ausprägungen („gelegentlich“, „öfter“, „fast immer“ und „mäßig“, „deutlich“, „sehr stark“) veranschaulicht die Richtung der Itemausprägungen. Des Weiteren wird der Patient über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht informiert.

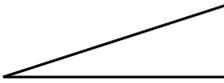
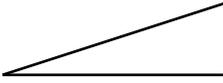
Trifft die folgende Aussage im Hinblick auf die vergangene Woche auf Sie zu?	Wie oft?				Wie sehr?			
								
	nie	gelegentlich	öfter	fast immer	nie	gelegentlich	öfter	fast immer
	0	1	2	3	0	1	2	3
1. ich hatte Blähungen oder Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 4: Gestaltung der LSAD

2.9.4.3 Die Bereiche der LSAD

Die LSAD umfasst die Bereiche „Depressivität“, „generalisierte Angst“, „Agoraphobie“, „Panik“ und „Stressbelastung“. Die 26 Items des Bereiches „Depressivität“ beschreiben sowohl somatische als auch psychische Symptome einer depressiven Episode, beginnend bei leichter Traurigkeit bis hin zu Suizidgedanken. Die 25 Items des Bereiches „generalisierte Angst“ erheben körperliche und psychische Symptome von Angst. Die 16 Items des Bereiches „Agoraphobie“ beschreiben sowohl das bestehende Vermeidungsverhalten als Reaktion auf bestimmte Situationen als auch körperliche Aspekte der Agoraphobie. Die 19 Items des Bereiches „Panik“ beschreiben die körperlichen Symptome einer Panikattacke sowie die typische Angst, die Kontrolle zu verlieren oder „verrückt“ zu werden. Die Items 21 bis 26 und Item 31 sollen das Stressniveau von Patienten erfassen, um gegebenenfalls präventiv eingreifen zu können (siehe auch Tabelle 5).

Item 68 als „Kontrollitem“

Item 68, „im Grunde habe ich Hoffnung“ gibt neben seiner eigentlichen inhaltlichen Information auch Aufschluss über die Aufmerksamkeit des bearbeitenden Patienten. Patienten, die den Fragebogen nicht aufmerksam ausfüllen und eine Tendenz nach links, also zum „nicht vorhanden sein eines Symptoms“ zeigen, kreuzen hier ebenfalls die linke Kategorie an. Dies führt dazu, dass einige Patienten, bei denen sich fast durchgehend eine Symptomfreiheit zeigt, angeben, nie Hoffnung zu haben. Die Häufigkeit dieses Vorkommens lässt Rückschlüsse auf die Aufmerksamkeit des Patienten und damit gleichzeitig auch die Akzeptanz gegenüber dem Fragebogen zu. In der Praxis kann der Behandler auf einen Blick sehen, wie aufmerksam der Patient die einzelnen Items durchgelesen hat.

Frage nach „psychologischer oder nervenärztlicher Behandlung“

Die im biografischen Teil des Fragebogens gestellte Frage danach, ob sich der Patient derzeit in psychologischer oder nervenärztlicher Behandlung befindet bzw. aktuell Medikamente gegen seelische Beschwerden einnimmt, wurde von den Patienten sehr unterschiedlich interpretiert. Viele Patienten sahen dies allein aufgrund der Tatsache, dass sie sich zum Zeitpunkt des Ausfüllens in dem Wartezimmer eines Psychiaters befanden, als gegeben. Auch wenn sie die Fragebogen zum ersten Mal ausfüllten und/oder das erste Mal einen Psychiater aufsuchten, sahen sie dies schon als „in Behandlung befindlich“ an. Andere Patienten interpretierten die Frage so, dass sie nur bei regelmäßigen Besuchen einer psychiatrischen oder psychologischen Praxis mit „ja“ beantworteten.

3 Fragestellung

Die Liste für Symptome von Angst und Depression (LSAD) ist ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung affektiver- und Angstsymptomatik, der bereits in der Praxis eingesetzt wird. Ziel der Studie ist es, diesen Fragebogen unter Einbeziehung bereits etablierter Instrumente (SCL-90-R, HAM-A, HAM-D) zu validieren und auf seine Anwendbarkeit hin zu überprüfen.

Dabei stellen sich die folgenden Fragen:

1. Inwieweit lassen sich die in der LSAD theoretisch konzipierten Bereiche (Depressivität, generalisierte Angst, Agoraphobie, Panik, Stressbelastung) verifizieren und den in ICD-10 und DSM-IV operationalisierten Diagnosekonzepten zuordnen? Hierfür sollen die Items der LSAD einzeln mit den Konzepten aus DSM-IV und ICD-10 verglichen werden und mittels einer Faktorenanalyse über diese Items berechnet werden, ob sich die theoretisch konzipierten Bereiche in Faktoren abbilden lassen.
2. Sind Qualität, Reliabilität und Validität der LSAD gegeben? Zur Beurteilung der Qualität der LSAD-Items soll eine Itemanalyse berechnet werden. Dies würde es erlauben, möglicherweise überflüssige oder redundante Items zu identifizieren. Durch eine Überprüfung der internen Konsistenz der Skalen sowie durch Berechnung der Split-half-Reliabilität soll eine Aussage über die Reliabilität des Verfahrens gemacht werden. Schließlich sollen über Korrelationen mit bereits etablierten Verfahren (SCL-90-R, HAM-A, HAM-D) Aussagen zu Kriteriums- und Konstruktvalidität der LSAD gewonnen werden.
3. Ist die LSAD auch in der Anwendung ein brauchbares Erhebungsinstrument? Durch Vergleiche einer Patienten- mit einer Kontrollstichprobe soll die LSAD auf ihre Diskriminationsfähigkeit hin überprüft werden und durch Betrachtung der Korrelationen über mehrere Erhebungszeitpunkte die Verlaufssensitivität der LSAD untersucht werden.

4 Methoden

4.1 Datengewinnung und Ablauf der Untersuchung

Die Erhebung fand im Zeitraum von 2005 bis 2008 in der Praxis für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie von Dr. K. Zander in München statt. 671 Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen füllten bei ihren Besuchen SCL-90-R und LSAD aus. Der behandelnde Arzt füllte zusätzlich nach dem Patientengespräch die Hamiltonskala für Angst bzw. Depression aus. Das Fachpersonal der Praxis wurde zunächst bezüglich der Fragebogen geschult. Die Patienten wurden vom geschulten Fachpersonal instruiert und über den Datenschutz aufgeklärt. Fragen der Patienten wurden zu jedem Zeitpunkt beantwortet. Älteren Patienten wurde bei Bedarf beim Ausfüllen der Fragebogen geholfen (beispielsweise Vorlesen der Fragen). Das Ausfüllen der Fragebogen fand im Wartezimmer der Praxis statt.

Des Weiteren füllte über einen Zeitraum von 3 Jahren eine gesunde Stichprobe von 105 Probanden die Fragebogen aus, um das gesamte Spektrum der möglichen Ausprägungen zu gewährleisten. Im Rahmen eines Quotenplanes wurde darauf geachtet, dass sich Patienten- und Kontrollstichprobe in der Altersverteilung sowie im Geschlechterverhältnis ähnlich sind. Auch die Kontrollgruppe füllte sowohl die LSAD als auch den SCL-90-R aus. Die Personen der Kontrollgruppe waren zum Zeitpunkt der Befragung nicht psychiatrisch auffällig.

Die erhobenen Daten wurden 2008 in anonymisierter Form für die Studie zur Verfügung gestellt.

4.2 Untersuchungsinstrumente

In der vorliegenden Studie kamen neben dem zu validierenden Instrument (Liste für Symptome von Angst und Depression – LSAD) die Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90-R) und die Hamiltonskalen für Angst und Depression (HAM-A; HAM-D) zum Einsatz.

4.3 Stichprobe

Die Befragung wurde ohne konkreten Quotenplan durchgeführt. Fast alle Patienten der Praxis wurden angehalten, die Fragebogen auszufüllen. Einschlusskriterien waren:

1. PatientInnen, die aufgrund psychischer Symptome die Praxis aufsuchten
2. gute Deutschkenntnisse
3. der Arztbesuch erfolgte nicht aufgrund rein neurologischer Beschwerden
4. Freiwilligkeit der Teilnahme

Ausschlusskriterien waren:

1. mangelnde Deutschkenntnisse
2. psychotische Symptomatik
3. fehlende Werte (da das Ausfüllen der Fragebogen in den Praxisräumen stattfand und die Patienten die Bögen nach dem Ausfüllen direkt an das Personal der Praxis zurückgaben, konnten fehlende Daten sofort ermittelt und vom Patienten entsprechend nachgetragen werden.)
4. Fragebogen, bei denen Item 68 „im Grunde habe ich nie Hoffnung“ hoch ausgeprägt gewählt wurde, während bei den restlichen Items keine Ausprägung gewählt wurde (Item 68 ist das einzige Item, welches wegen seiner positiven Formulierung umgepolt werden musste). Dies war bei zwei Fragebogen der Fall.

Durch die nachträgliche Analyse der demografischen Daten waren Rückschlüsse auf die am häufigsten vertretene Altersgruppe und die Geschlechterverteilung möglich.

4.3.1 Gesamtstichprobe (LSAD und SCL-90-R)

Die Liste für Symptome von Angst und Depression und die SCL-90-R füllten zum ersten Erhebungszeitpunkt insgesamt 776 Personen aus. Die Stichprobe setzte sich aus 671 Patienten und 105 gesunden Probanden zusammen.

Geschlechterverteilung

Von den 776 Personen, die die SCL-90-R und die LSAD ausfüllten, waren 39,2% männlich und 60,8% weiblich.

Von den 671 Patienten, die beide Fragebogen ausfüllten, waren 39,6% männlich und 60,4% weiblich. In der Stichprobe der „Gesunden“ (N = 105) waren 36,2% männlich und 63,8% weiblich.

Altersverteilung

Bei 7 Personen fehlte die Angabe des Alters. Alle sieben Personen befanden sich in der Stichprobe der „Gesunden“. Die Alters-Stichprobe bestand hier also aus 769 Personen, deren prozentuale Verteilung in Abbildung 5 dargestellt ist. Die meisten Personen befanden sich der Gruppe der 31- bis 40-jährigen (22,9%), annähernd gleich viele Personen in der Gruppe der 41- bis 50-jährigen (20,7%). Die wenigsten Personen waren zwischen 11 und 20 Jahren (7,9%), 71 und 80 Jahren (2,4%) und zwischen 81 und 90 Jahren (0,9%).

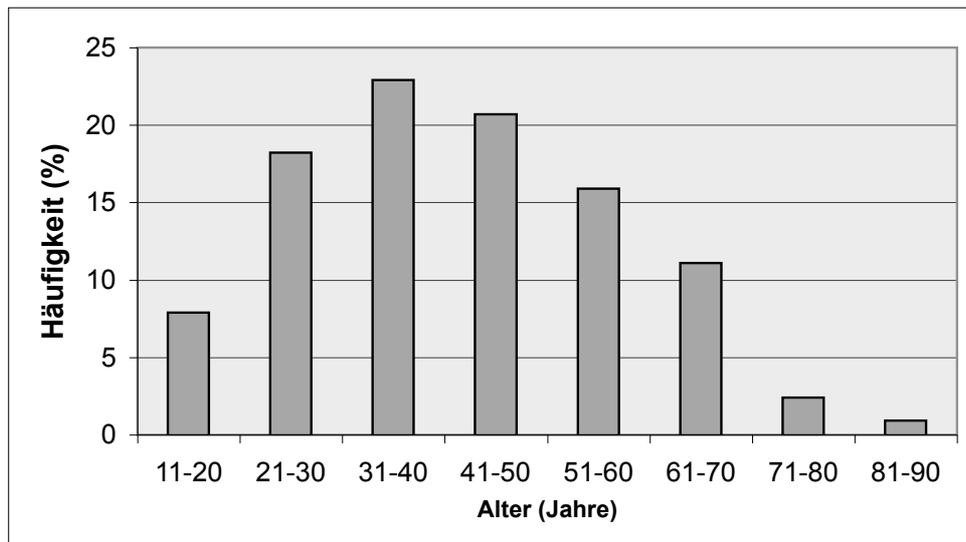


Abbildung 5: Verteilung des Alters von Patienten und Kontrollpersonen in der Gesamtstichprobe (N=769)

Ein Vergleich von Patienten mit der Kontrollstichprobe zeigt, dass in beiden Gruppen die meisten Personen zwischen 31 und 40 Jahren waren, die wenigsten zwischen 11 und 20 Jahren sowie zwischen 71 und 90 Jahren (siehe Abbildung 6). Die Verteilung des Alters ist in beiden Gruppen ähnlich. Der Mittelwert in der Gruppe der Patienten liegt bei 42,16 Jahren, in der Kontrollgruppe bei 41,01 Jahren, in der Gesamtstichprobe bei 42,05 Jahren.

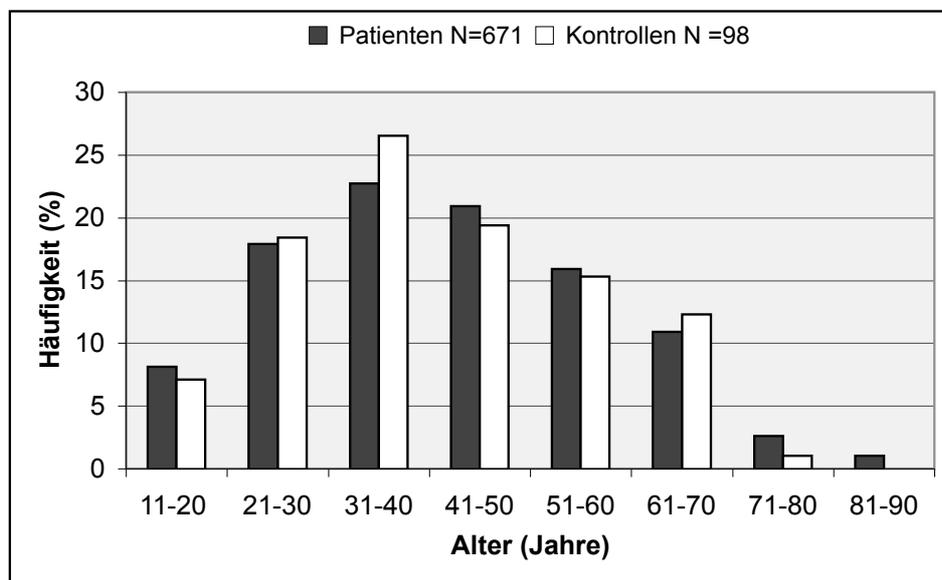


Abbildung 6: Vergleich der Verteilung des Alters von Patienten und Kontrollpersonen (N = 769)

Angaben zur Ausbildung

627 Personen machten Angaben über ihren Schulabschluss, deren prozentuale Verteilung in Abbildung 7 dargestellt ist. Annähernd gleich häufig waren Angaben zu Haupt/Realschulabschluss (24,9%), Abitur (26,4%) und abgeschlossenes Studium (25,8%).

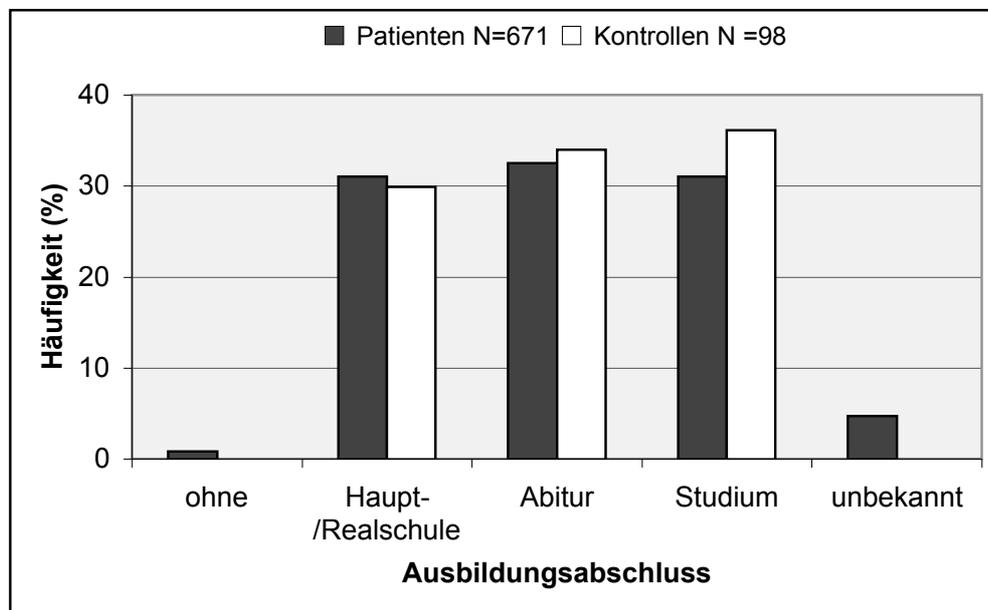


Abbildung 7: Vergleich der Verteilung der Angaben zur Ausbildung von Patienten und Kontrollpersonen (N = 627)

Bei den Angaben zur Ausbildung zeigte sich bei einem Vergleich der Patienten mit der Kontrollstichprobe, dass in der Patientenstichprobe ca. je ein Drittel die Haupt- oder Realschule abgeschlossen (31%), das Abitur (32,5%) gemacht oder ein Studium abgeschlossen (31%) hatte. In der Kontrollstichprobe zeigt sich eine leicht abweichende Verteilung: hier haben 29,9% eine Haupt- oder Realschule besucht, 34% haben das Abitur und 36,1% haben ein Studium abgeschlossen.

4.3.2 Teilstichprobe (Hamiltonskalen)

Die Hamiltonskala für Depression wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt für 98 Patienten ausgefüllt. Für 72 dieser Patienten wurde auch die Hamiltonskala für Angst ausgefüllt. 36,4% der Patienten waren männlich, 63,6% weiblich.

Die meisten Patienten waren zwischen 51 und 60 Jahren (25,3%). Annähernd gleich verteilt waren die 21 bis 30-jährigen (20,2%), die 31 bis 40-jährigen (21,2%) und die 41 bis 50-jährigen (22,2%). Niemand war zwischen 11 und 20 und zwischen 81 und 90 Jahren.

31 Personen machten Angaben zum Schulabschluss. Je ein Drittel von ihnen hatte die Haupt- oder Realschule abgeschlossen, das Abitur gemacht oder ein abgeschlossenes Studium.

4.3.3 Teilstichprobe Therapieverlauf

Die Stichprobe zur Betrachtung des Therapieverlaufs über vier Erhebungszeitpunkte hinweg bestand aus 93 Patienten. Die Altersverteilung der Teilstichprobe ist ähnlich, wie die der Gesamtstichprobe. Auch hier waren die meisten zwischen 31 und 40 Jahren (32,3%). Bei den Angaben zur Ausbildung (N = 79) zeigt sich eine ähnlich Verteilung wie in der Kontrollstichprobe: 27,8% haben eine Haupt- oder Realschule besucht, 30,4% haben das Abitur, 39,2% haben ein Studium abgeschlossen.

Die weiteren Erhebungszeitpunkte variierten je nach Behandlung des einzelnen Patienten, also je nachdem, wie die Patienten wieder einbestellt wurden. Zwischen den Erhebungszeitpunkten lagen zwischen zwei Wochen und drei Monaten.

4.4 Auswertung

Die Daten wurden zunächst z-transformiert, Item 68 der LSAD wurde wegen seiner positiven Formulierung umgepolt, und aus den beiden Skalen der LSAD „Intensität“ und „Häufigkeit“ wurden Summenwerte gebildet. Die Daten wurden mit dem Programm SPSS 11.5 für Windows statistisch ausgewertet.

– Bereiche der LSAD

Anhand der den theoretisch konzipierten Bereichen der LSAD (Depressivität, generalisierte Angst, Agoraphobie, Panik) entsprechenden Kapitel von ICD-10 und DSM-IV wurde überprüft, ob die jeweiligen Kriterien sich komplett in den Items der LSAD abbilden. Anschließend wurden die sich in ICD-10 und DSM-IV abbildenden Items selektiert und zur Überprüfung der theoretisch konzipierten Bereiche eine **Faktorenanalyse** berechnet.

– Teststatistische Überprüfung der LSAD

Anschließend wurde eine **Faktorenanalyse (Konstruktvalidität)** über alle Items berechnet.

In einer anschließenden **Itemanalyse** wurden **Itemschwierigkeit** und **Itemtrennschärfe** berechnet. Die **Itemschwierigkeit** berechnet sich aus dem Anteil derjenigen Personen, die ein Item bejahen und der Gesamtmenge derer, die das Item bearbeitet haben (Bortz & Döring, 2005). Im Fall der LSAD entspricht dies dem Anteil derjenigen Personen, die das Vorhandensein eines Symptoms bejahen und der Gesamtmenge derer, die das Item bearbeitet haben. Da die LSAD

mehrstufige Items enthält, wurden diese daraufhin betrachtet, in welcher Ausprägung ein Symptom vorlag (Summenwert aus Häufigkeit und Intensität). Es wurde der Ausprägungsindex p als Quotient aus erreichten Wertepunkten und erreichbaren Wertepunkte berechnet ($p_m = \text{erreichte Wertepunkte} / \text{erreichbare Wertepunkte}$) (Fuchs, T; 1998). Grundsätzlich sind Items mit mittlerer Ausprägung zu bevorzugen ($>.2$ und $<.8$), da sie am besten zwischen unterschiedlichen Symptomausprägungen differenzieren. Eine Itemausprägung $<.2$ galt in der vorliegenden Studie als cut-off-Wert zur Beurteilung der Qualität der Items.

Zur Berechnung der **Itemtrennschärfe** wurde das Item mit einem Kriterium verglichen, in diesem Fall mit dem Skalenscore. Da in der vorliegenden Studie mehrstufige Items vorkamen, wurde die Trennschärfe über eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Es wurde die korrigierte Trennschärfe ermittelt, wobei die Korrektur aus der Subtraktion des Beitrages der Selbstkorrelation, die jedes Item mit seiner eigenen Skala eingeht, besteht. Die höchsten Trennschärfen findet man bei Items mit mittlerer Schwierigkeit (vgl. Lienert, 1989). Bei einer hohen positiven Trennschärfe erfasst das einzelne Item etwas ähnliches wie der Gesamttest. Ein Trennschärfekoeffizient von $<.5$ wurde als cut-off-Wert festgelegt.

Im Anschluss wurde die LSAD auf Reliabilität und Validität überprüft. Die Reliabilität der LSAD wurde durch die Berechnung der **internen Konsistenz** (Cronbach's α) analysiert, wobei die Äquivalenz der Antworten innerhalb eines Tests berechnet wird. Außerdem wurde das Verfahren der **Test-Halbierungs-Reliabilität** angewendet, wozu jede Skala in zwei Hälften geteilt wird und diese miteinander korreliert werden. Der ermittelte Koeffizient wurde nach der Spearman-Brown-Formel hochgerechnet.

Da sich der gesamte Fragebogen auf das Befinden einer Person bezieht und da einige psychische Störungen sich in ihren Symptomen teilweise ähneln oder gar überlappende Symptome aufweisen, waren substantielle Zusammenhänge zwischen den Skalen zu erwarten. Eine **Interkorrelation der Skalen** gab Aufschluss über deren Zusammenhang.

Die **Validität** des Verfahrens wurde mittels Korrelationen zu den mit SCL-90-R, HAM-A und HAM-D erhobenen Daten überprüft. Um die **Kriteriumsvalidität** zu überprüfen, wurden die Faktoren der LSAD mit den Skalen der SCL-90-R korreliert. Die **konvergente** Validität wurde berechnet, indem die Messung desselben Konstrukts mit verschiedenen Methoden (z.B. Selbst- vs. Fremdbeurteilung) stattfand. Eine hohe Übereinstimmung steht für hohe konvergente Validität.

– Anwendung der LSAD

Die Anwendbarkeit des Verfahrens wurde durch Betrachtung der **Verteilungscharakteristika** der Skalen, **Gruppenvergleiche (diskriminante Validität)** sowie die Überprüfung der **Verlaufssensitivität** des Verfahrens überprüft. Ein Test auf Homogenität der Varianzen zeigte, dass keine Anova gerechnet werden konnte. Deshalb wurde zum Vergleich der Patienten- mit der Kontrollstichprobe ein Mann-Whitney-U-Test durchgeführt und das Ergebnis in Boxplots veranschaulicht. Die **Verlaufssensitivität** der LSAD wurde durch einen Vergleich der Korrelationen der LSAD-Faktoren mit den SCL-90-R-Skalen über vier Erhebungszeitpunkte ermittelt. Außerdem wurde die **Abnahme der Symptomausprägung** über vier Erhebungszeitpunkte bei Patienten betrachtet, die sowohl die SCL-90-R als auch die LSAD ausgefüllt hatten.

5 Ergebnisse

5.1 Diagnostische Bereiche der LSAD

Von den 68 Items der LSAD fragen die ersten 61 Items Symptome ab, die zur Diagnose von Depression, generalisierter Angst, Agoraphobie und Panikstörungen benutzt wurden, wobei einige Items mehrere Diagnosebereiche abdecken. Sieben dieser Items (Item 21-26, 31) wurden in der Praxis auch als Indikatoren für Stressbelastung angesehen. Zu den diagnostischen Kernbereichen der LSAD zählen nicht die Items 62-68. Die Items 62 und 63 sollen Hinweise auf spezifische Phobien geben, wobei Item 62 auf eine soziale Phobie und Item 63 auf eine isolierte Phobie Hinweise liefern soll. Die Items 64 bis 66 geben Aufschluss über eine möglicherweise vorliegende Zwangserkrankung, wobei die Items 64 und 65 mögliche Zwangshandlungen, Item 66 mögliche Zwangsgedanken erfragen sollen. Item 67 weist auf eine mögliche Hypochondrie hin. Item 68 kann wegen seiner positiven Formulierung als Kontrollitem verwendet werden (siehe Kapitel „Item 68 als Kontrollitem“).

5.1.1 Vergleich der LSAD-Bereiche mit DSM-IV und ICD-10⁹

Die Überprüfung der Items bezüglich ihrer Übereinstimmung mit DSM-IV und ICD-10 brachte folgendes Ergebnis (Tabelle 5):

- Von den 26 zur Diagnose von Depression benutzten Items stimmen 17 mit den DSM-IV Kriterien vollständig überein (Item 7-9, 11-13, 15-25). Sie sind in Tabelle 5 mit “D“ markiert. Vier Items (2, 3, 14 und 27) entsprechen inhaltlich den in ICD-10 zusätzlich angegebenen Kriterien. Sie sind in Tabelle 5 mit “I“ markiert. Für 5 Items (Item 1, 4-6, 10) fand sich kein äquivalentes DSM-IV oder ICD-10 Kriterium. Sie sind in Tabelle 5 als Praxis-Items (Pr) markiert.
- Von den 25 für die Diagnose einer generalisierten Angststörung verwendeten Items stimmen 9 Items mit den DSM-IV Kriterien überein (Item 21-26, 28-29, 32) und 14 Items zusätzlich mit den ICD-10 Kriterien (Item 30-31, 33-36, 38-45). Zwei weitere Items (37,46) umschreiben körperliche Symptome und wurden aufgrund der klinischen Praxis ergänzt. Sie wurden ebenfalls für die Diagnose von Agoraphobie und Panikstörungen als bedeutungsvoll angesehen.
- Von den 16 für die Diagnose einer Agoraphobie verwendeten Items fanden sich 7 Items in den DSM-IV Kriterien wieder (Item 55-61) und 7 Items (Item 36, 44-45, 47-49, 51) zusätzlich in den ICD-10 Kriterien. Hinzu kommen noch die beiden Praxis-Items (37, 46).
- Von den für die Diagnose von Panikstörungen verwendeten 19 Items fanden sich 16 in den DSM-IV Kriterien wieder (Item 30, 33, 40-54). Ein Item (38) stimmte zusätzlich mit einem ICD-10 Kriterium überein. Hinzu kommen noch die beiden Praxis-Items (37, 46).

Insgesamt finden sich 88% (54 von 61 Items) der für die diagnostischen Kernbereiche benutzten Items in den operationalisierten Diagnosekonzepten von DSM-IV und ICD-10 wieder. Alle

⁹ Vgl. ICD-10 und DSM-IV

DSM-IV Kriterien zur Erfassung einer Major Depression, einer generalisierten Angststörung sowie einer Agoraphobie werden vollständig durch die Items der LSAD abgefragt. Auch die ICD-10-Kriterien für eine depressive Episode, eine generalisierte Angststörung und eine Agoraphobie werden durch LSAD-Items vollständig abgedeckt.

Die DSM-IV und ICD-10-Kriterien für eine Panikstörung werden jedoch nicht vollständig in der LSAD abgebildet. Folgende weitere Kriterien werden in der DSM-IV und ICD-10 genannt: anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken, Sorgen über die Bedeutung oder die Konsequenzen der Attacke, deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken.

Tabelle 5: Diagnostische Bereiche der LSAD und Übereinstimmung mit den entsprechenden Kriterien im DSM-IV und ICD-10.

D = Depression, G = generalisierte Angst, A = Agoraphobie, P = Panikstörung, S = Stressbelastung
Pr = Item aus der Praxis, D = DSM-IV Item, I = ICD-10 Item

Nr.	Trifft die folgende Aussage im Hinblick auf die vergangene Woche auf Sie zu?	Diagnostische Bereiche				
		D	G	A	P	S
1	Ich hatte Blähungen oder Verstopfung	Pr				
2	Ich bin ins Grübeln versunken, sehe nur Negatives	I				
3	Ich neigte dazu, aufzugeben. Meine Zukunft ist aussichtslos	I				
4	Ich fühlte mich hilflos und ratlos	Pr				
5	Ich war innerlich wie versteinert, hatte keine Gefühle mehr	Pr				
6	Ich verspürte eine tiefe quälende Lebensangst	Pr				
7	Ich fühlte mich sehr ernst, bedrückt, tief am Boden, schwermütig oder traurig	D				
8	Eigentlich konnte mich nichts mehr ermuntern oder freuen	D				
9	Ich wachte früher auf als sonst und konnte nicht wieder einschlafen	D				
10	Gegen Abend fühlte ich mich besser	Pr				
11	Eigentlich hat mich nichts mehr interessiert (z.B. auch Menschen, die mir nahe stehen)	D				
12	Ich war in allem langsamer als sonst, redete weniger, brachte weniger zustande	D				
13	Eigentlich hatte ich keinen Appetit oder ich habe weniger gegessen als sonst	D				
14	Ich habe abgenommen (deutlich = mehr als 5% meines Gewichts), obwohl mir körperlich nichts fehlt	I				
15	Zu allem fehlten mir Energie und Antrieb	D				
16	Ich habe versagt und fühlte mich geradezu wertlos	D				
17	Ich machte mir Vorwürfe und fühlte mich irgendwie schuldig, auch wenn andere dem widersprachen	D				
18	Ich dachte daran, mein Leben zu beenden	D				
19	Ich habe mehr gegessen als sonst	D				
20	Ich habe mehr geschlafen als sonst	D				
21	Es war schwierig, ein- oder durchzuschlafen	D	D			Pr
22	Ich konnte mich nicht richtig konzentrieren oder mich für etwas entscheiden	D	D			Pr
23	Ich fühlte mich unausgeglichen und reizbar	D	D			Pr
24	Ich war so unruhig, dass ich kaum still sitzen konnte	D	D			Pr
25	Ich fühlte mich eher erschöpft und rasch ermüdet	D	D			Pr

Nr.	Trifft die folgende Aussage im Hinblick auf die vergangene Woche auf Sie zu?	Diagnostische Bereiche				
		D	G	A	P	S
26	Ich fühlte mich innerlich unruhig und nervös		D			Pr
27	Mein Selbstvertrauen war eher angegriffen	I				
28	Ich fühlte mich im allgemeinen ängstlich und unsicher		D			
29	Ich war in vielleicht übertriebener Sorge über verschiedene Lebensumstände, z.B. berufliche, finanzielle, familiäre oder auch partnerschaftliche		D			
30	Ich befürchtete, dass mir oder jemandem, der mir nahe steht, irgendein Unheil droht		I		D	
31	Ich fühlte mich gespannt: aus geringem Anlass konnte ich erschrecken, mich aufregen oder plötzlich weinen		I			Pr
32	Ich hatte verspannte Muskel, ein Druckgefühl im Kopf, Kreuz- oder Gliederschmerzen		D			
33	Ich spürte einen Druck oder eine Art Kloß im Hals		I		D	
34	Bei starker Spannung hatte ich einen trockenen Mund		I			
35	Meine Hände waren eher feucht oder nasskalt		I			
36	Ich hatte eine nervöse Blase, vermehrt Harndrang		I	I		
37	Ich verspürte ein unwillkürliches Zucken oder Ziehen einiger Muskeln		Pr	Pr	Pr	
38	Ich habe gezittert oder innerlich gebebt		I		I	
39	Ich hatte Durchfälle		I			
40	Mir wurde plötzlich übel, unwohl vom Magen her		I		D	
41	Ich fühlte mich benommen und schwindelig		I		D	
42	Es überlief mich heiß oder eiskalt		I		D	
43	Ich hatte Schweißausbrüche		I		D	
44	Ich hatte Atembeklemmungen oder meinte, zu ersticken		I	I	D	
45	Ich hatte plötzlich Herzklopfen oder Herzjagen		I	I	D	
46	Ich verspürte plötzlich ein Herzstolpern		Pr	Pr	Pr	
47	Ich hatte ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Brust			I	D	
48	Ich habe vor Aufregung so heftig geatmet, dass ich fast das Bewusstsein verlor			I	D	
49	Ich hatte plötzlich Schwächegefühle, und meinte, zusammenzubrechen oder das Bewusstsein zu verlieren			I	D	
50	Ich hatte Taubheitsgefühle oder spürte ein Kribbeln im Gesicht, an Händen und an Füßen				D	
51	Ich empfand plötzlich alles wie unwirklich und fremd, manchmal vielleicht auch Teile meines Körpers			I	D	
52	Ich geriet plötzlich in einen Zustand von höchster Angst und Panik, ohne dass dazu irgendein Anlass vorlag				D	
53	Ich hatte plötzlich Todesangst				D	
54	Ich hatte plötzlich Angst, „verrückt“ zu werden, oder die Kontrolle zu verlieren				D	
55	Ich verlor plötzlich den inneren Halt und geriet in Panik in ganz alltäglichen Situationen mit Leuten, z.B. auf der Straße, im Kino, im Kaufhaus oder vor der Kasse Ich habe oder hätte es vermieden ...			D		
56	... mich in dicht gedrängte Menschenmengen oder in dichten zähflüssigen Verkehr zu begeben			D		
57	... Massenverkehrsmittel oder Fahrstühle zu benutzen			D		
58	... mich in fremden geschlossenen Räumen aufzuhalten			D		
59	... mich an Orte zu begeben, an denen es vor mir oder unter mir in die Tiefe geht			D		
60	... allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen			D		

Nr.	Trifft die folgende Aussage im Hinblick auf die vergangene Woche auf Sie zu?	Diagnostische Bereiche				
		D	G	A	P	S
61	... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen			D		
62	... die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen (z.B. vor Fremden zu reden), aus Angst, etwas falsch zu machen, bloßgestellt oder abgelehnt zu werden	Spezifische Phobie				
63	Gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben oder hätten mich in Angst versetzt, ich nähme einiges auf mich, um dem aus dem Weg zu gehen	Spezifische Phobie				
64	Ich verspürte einen Zwang, bestimmte Dinge in Alltag oder Beruf sinnlos oft überprüfen zu müssen	Zwang				
65	Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte Handlungen sinnlos oft und stets gleichartig wiederholen zu müssen, z.B. ständiges Säubern	Zwang				
66	Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte sinnlose unerwünschte Gedanken immer gleichartig wiederholt denken zu müssen	Zwang				
67	Ich beobachtete meinen Körper sehr genau und dachte mit Sorge an mögliche oder verborgene Erkrankungen, auch wenn ärztlich nicht bestätigt	Hypochondrie				
68	Im Grunde habe ich Hoffnung	Kontroll-Item				

5.1.2 Faktorenanalyse über ausgewählte Items (DSM-IV und ICD-10 Items)

Um zu überprüfen, ob die Items der LSAD, die mit den DSM-IV und ICD-10 Kriterien übereinstimmen, auch in den diagnostischen Bereichen der LSAD korrelieren, wurde eine Faktorenanalyse über die Gesamtstichprobe (N = 776) durchgeführt. Die bei einer Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation gefundenen Faktoren (Faktor-Eigenwert > 1) erklärten 45,4% der Gesamtvarianz. Diese Faktoren konnten die ersten drei Bereiche der LSAD (Depressivität, generalisierte Angst und Agoraphobie) replizieren, jedoch nicht die Bereiche Panikstörung und Stressbelastung.

- Die Items 2 - 3, 7 - 9, 11 - 12, 15 - 20, 22 - 23, 25, 27 des Depressivitätsbereichs luden alle auf einem Faktor hoch. Einige Items des Bereiches generalisierte Angst (Item 26, 28, 29, 31) luden aber auf diesem Faktor ebenfalls am höchsten. Item 54 des Bereichs Panikstörung lud ebenfalls am höchsten auf diesem Faktor.
- Beim Bereich generalisierte Angst luden die meisten Items auf einem eigenen Faktor hoch (Item 21, 24, 30, 32 – 36, 38 – 45). Item 13 und 14, die inhaltlich für den Bereich Depressivität verwendet wurden, luden ebenfalls auf diesem Faktor hoch. Zusätzlich luden die Items 47 – 53 auf diesem Faktor hoch, die inhaltlich dem Bereich Panikstörung zugeordnet worden waren.
- Beim Agoraphobiebereich bestätigte sich die inhaltliche Konstruktion bezüglich der Items 55 bis 61. Die somatischen Items (Item 36, 44 – 45, 47 – 49, 51), die inhaltlich ebenfalls dem Agoraphobiebereich zugeordnet wurden, luden jedoch auf dem zweiten Faktor (Bereich generalisierte Angst) höher.
- Der Panikbereich der LSAD konnte anhand der Faktorenanalyse nicht verifiziert werden, die Items des inhaltlich gebildeten Panikbereichs luden fast alle auf dem zweiten Faktor (Bereich generalisierte Angst) am höchsten (bis auf Item 54, welches inhaltlich ebenfalls

dem Panikbereich zugeordnet wurde und auf dem ersten gefundenen Faktor am höchsten lud).

- Es konnte kein eigener „Stressfaktor gefunden werden.

5.2 Teststatistische Validierung der gesamten LSAD

5.2.1 Konstruktvalidität: Faktorenanalyse über alle Items

Eine Faktorenanalyse über alle Items, einschließlich der Praxis-Items, sollte weiteren Aufschluss über deren Zuordnung geben. Eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation ergab 5 Faktoren mit einem Faktor-Eigenwert > 1 , von denen der erste Faktor 17,28% der Gesamtvarianz erklärte

Die ersten 5 extrahierten Faktoren erklärten 51,6% der Gesamtvarianz und ließen sich inhaltlich sinnvoll interpretieren. Ihre Benennung resultierte aus den Items, die am höchsten luden (vgl. Tabellen 6 – 10).

Der 1. Faktor wurde als **Depressivitätsfaktor** bezeichnet, da die 26 Items, die am höchsten laden, depressive Symptome abfragen. Die höchste Ladung (.79) wiesen die Items 7 [ich fühlte mich sehr ernst, bedrückt...] und 8 [Eigentlich konnte mich nichts mehr ermuntern...] auf. Die niedrigste Faktorladung (.22) wies Item 19 [ich habe mehr gegessen als sonst] auf. Auch das umgepolte Kontrollitem 68 [im Grunde habe ich Hoffnung] lud auf diesem Faktor am höchsten.

Tabelle 6: Ladung der Items auf dem Depressivitätsfaktor (1. Faktor) und Ergebnisse der Itemanalyse.

S = Schwierigkeit (Symptomausprägung), T = Trennschärfe

Nr.	ITEM	Faktor					Itemanalyse	
		1.	2.	3.	4.	5.	S	T
7	Ich fühlte mich sehr ernst, bedrückt, tief am Boden, ...	.79	.18	.09	.15	.17	.45	.83
8	Eigentlich konnte mich nichts mehr ermuntern oder ...	.79	.18	.15	.02	.14	.33	.79
3	Ich neigte dazu, aufzugeben	.78	.22	.12	.01	.04	.29	.76
16	Ich habe versagt und fühlte mich geradezu wertlos	.76	.16	.09	.26	.07	.27	.76
2	ich bin ins Grübeln versunken, sehe nur Negatives	.77	.13	.04	.21	.17	.46	.80
4	Ich fühlte mich hilflos und ratlos	.77	.17	.12	.21	.11	.40	.81
11	Eigentlich hat mich nichts mehr interessiert ...	.74	.15	.25	.07	.08	.25	.72
15	Zu allem fehlten mir Energie und Antrieb	.71	.19	.24	.09	.01	.43	.80
27	Mein Selbstvertrauen war eher angegriffen	.71	.05	.13	.42	.13	.42	.80
5	Ich war innerlich wie versteinert, hatte keine Gefühle ...	.69	.31	.15	.02	.03	.23	.69
6	Ich verspürte eine tiefe quälende Lebensangst	.68	.27	.16	.13	.23	.31	.77
12	Ich war in allem langsamer als sonst, redete weniger, ...	.64	.20	.28	.15	.02	.35	.74
17	Ich machte mir Vorwürfe und fühlte mich irgendwie ...	.64	.20	.04	.32	.17	.28	.70
22	Ich konnte mich nicht richtig konzentrieren oder mich...	.63	.21	.22	.27	.12	.43	.76
28	Ich fühlte mich im allgemeinen ängstlich und ...	.58	.15	.25	.44	.25	.36	.76
18	Ich dachte daran, mein Leben zu beenden	.57	.33	.02	.06	.04	.13	.55
23	Ich fühlte mich unausgeglichen und reizbar	.55	.14	.04	.41	.20	.40	.66
25	Ich fühlte mich eher erschöpft und rasch ermüdet	.51	.19	.20	.27	.09	.45	.70
29	Ich war in vielleicht übertriebener Sorge über ...	.51	.17	.04	.34	.24	.46	.64
54	Ich hatte plötzlich Angst, „verrückt“ zu werden, oder ...	.44	.34	.25	.27	.28	.18	.57
68	Im Grunde habe ich Hoffnung	.41	.03	.02	.27	.06	.37	.33
9	Ich wachte früher auf als sonst und konnte nicht ...	.40	.22	.03	.05	.05	.35	.50
13	Eigentlich hatte ich keinen Appetit oder ich habe ...	.36	.30	.17	.30	.10	.24	.49
21	Es war schwierig, ein- oder durchzuschlafen	.36	.20	.05	.11	.12	.44	.50
20	Ich habe mehr geschlafen als sonst	.32	.12	.17	.06	.12	.24	.32
19	Ich habe mehr gegessen als sonst	.22	.03	.04	.04	.04	.18	.21

Der 2. Faktor wurde als **somatoformer Faktor** bezeichnet, da die 19 Items, die am höchsten laden, in erster Linie körperliche Symptome abfragen. Die höchste Ladung (.66) fand sich bei Item 49 [ich hatte plötzlich Schwächegefühle...], die niedrigste (.27) bei Item 14 [ich habe abgenommen...].

Tabelle 7: Ladung der Items auf dem somatoformen Faktor (2. Faktor) und Ergebnisse der Itemanalyse.

S = Schwierigkeit (Symptomausprägung), T = Trennschärfe

NR	ITEM	Faktor					Itemanalyse	
		1.	2.	3.	4.	5.	S	T
49	Ich hatte plötzlich Schwächegefühle, und meinte, ...	.14	.66	.17	.10	.13	.12	.61
46	Ich verspürte plötzlich ein Herzstolpern	.19	.65	.13	.10	.05	.12	.56
44	Ich hatte Atembeklemmungen oder meinte, zu ...	.19	.62	.19	.01	.06	.13	.60
41	Ich fühlte mich benommen und schwindelig	.24	.58	.13	.16	.07	.23	.65
45	Ich hatte plötzlich Herzklopfen oder Herzjagen	.23	.58	.14	.22	.03	.23	.65
47	Ich hatte ein Druckgefühl oder Schmerzen in der ...	.25	.56	.08	.04	.11	.17	.63
50	Ich hatte Taubheitsgefühle oder spürte ein Kribbeln ...	.11	.56	.01	.01	.15	.15	.52
42	Es überlief mich heiß oder eiskalt	.12	.54	.09	.38	.17	.16	.61
48	Ich habe vor Aufregung so heftig geatmet, dass ich ...	.10	.49	.08	.07	.12	.03	.41
33	Ich spürte einen Druck oder eine Art Kloß im Hals	.27	.48	.11	.35	.02	.19	.58
40	Mir wurde plötzlich übel, unwohl vom Magen her	.17	.48	.07	.30	.07	.21	.58
43	Ich hatte Schweißausbrüche	.12	.46	.09	.34	.02	.22	.54
51	Ich empfand plötzlich alles wie unwirklich und fremd, ...	.42	.46	.16	.09	.16	.12	.40
37	Ich verspürte ein unwillkürliches Zucken oder Ziehen ...	.13	.45	.06	.13	.20	.19	.48
32	Ich hatte verspannte Muskel, ein Druckgefühl im ...	.12	.41	.13	.27	.14	.39	.52
34	Bei starker Spannung hatte ich einen trockenen ...	.18	.41	.29	.31	.05	.22	.56
39	Ich hatte Durchfälle	.08	.40	.05	.10	.11	.17	.39
36	Ich hatte eine nervöse Blase, vermehrt Harndrang	.09	.28	.13	.10	.22	.23	.44
14	Ich habe abgenommen (deutlich = mehr als 5% ...	.25	.27	.08	.26	.04	.11	.35

Der 3. Faktor wurde als **Agarophobie-Faktor** bezeichnet, da die acht Items, die am höchsten laden, agoraphobische Symptome (Ängste vor Menschenmengen, öffentlichen Verkehrsmitteln etc.) abfragen. Die höchste Ladung (.78) fand sich bei Item 57 [ich habe oder hätte es vermieden, Massenverkehrsmittel ...], die niedrigste (.37) bei Item 62 [ich habe oder hätte es vermieden, die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen].

Tabelle 8: Ladung der Items auf dem Agarophobie-Faktor (3. Faktor) und Ergebnisse der Itemanalyse.

S = Schwierigkeit (Symptomausprägung), T = Trennschärfe

Nr	ITEM	Faktor					Itemanalyse	
		1.	2.	3.	4.	5.	S	T
57	... Massenverkehrsmittel oder Fahrstühle zu benutzen	.16	.15	.78	.12	.06	.14	.71
56	... mich in dicht gedrängte Menschenmengen oder in...	.23	.17	.71	.10	.05	.22	.64
58	... mich in fremden geschlossenen Räumen ...	.14	.16	.71	.08	.16	.10	.66
61	... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen	.08	.16	.67	.08	.17	.07	.57
60	... allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen	.12	.13	.58	.12	.35	.08	.52
59	... mich an Orte zu begeben, an denen es vor mir ...	.09	.06	.53	.12	.33	.16	.50
55	Ich verlor plötzlich den inneren Halt und geriet in ...	.19	.32	.52	.28	.15	.10	.57
62	... die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen ...	.33	.00	.37	.30	.30	.20	.44

Der 4. Faktor wurde als **Panikfaktor** bezeichnet, da die sechs Items, die am höchsten laden, Symptome einer Panikstörung abfragen. Die höchste Ladung (.52) fand sich beim Item 26 [ich fühlte mich innerlich unruhig...], die niedrigste (.39) bei Item 52 [Ich geriet plötzlich in einen Zustand...].

Tabelle 9: Ladung der Items auf dem Panikfaktor (4. Faktor) und Ergebnisse der Itemanalyse.

S = Schwierigkeit (Symptomausprägung), T = Trennschärfe

Nr.	ITEM	Faktor					Itemanalyse	
		1.	2.	3.	4.	5.	S	T
26	Ich fühlte mich innerlich unruhig und nervös	.47	.24	.06	.52	.16	.45	.70
38	Ich habe gezittert oder innerlich gebebt	.26	.44	.08	.49	.17	.23	.66
31	Ich fühlte mich gespannt: aus geringem Anlass ...	.38	.26	.12	.46	.29	.30	.62
24	Ich war so unruhig, dass ich kaum still sitzen konnte	.35	.27	.10	.45	.15	.24	.66
35	Meine Hände waren eher feucht oder nasskalt	.13	.40	.14	.43	.11	.17	.44
52	Ich geriet plötzlich in einen Zustand von höchster ...	.27	.32	.25	.39	.34	.18	.57

Der 5. Faktor wurde als **Zwangsfaktor** bezeichnet, da die sieben Items, die am höchsten laden, Symptome einer Zwangsstörung abfragen. Die höchste Ladung (.64) wies Item 64 [ich verspürte einen Zwang, bestimmte...], die niedrigste (.48) Item 53 [ich hatte plötzlich Todesangst] auf.

Tabelle 10: Ladung der Items auf dem Zwangsfaktor (5. Faktor) und Ergebnisse der Itemanalyse.

S = Schwierigkeit (Symptomausprägung), T = Trennschärfe

Nr.	ITEM	Faktor					Itemanalyse	
		1.	2.	3.	4.	5.	S	T
64	Ich verspürte einen Zwang, bestimmte Dinge in Alltag...	.09	.11	.24	.14	.64	.16	.55
65	Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte ...	.12	.00	.11	.09	.63	.09	.51
67	Ich beobachtete meinen Körper sehr genau und ...	.12	.27	.07	.06	.57	.18	.52
66	Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte sinnlose...	.37	.05	.15	.15	.56	.22	.54
30	Ich befürchtete, dass mir oder jemandem, der mir ...	.18	.22	.02	.09	.55	.21	.41
63	gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben...	.03	.13	.27	.07	.51	.08	.41
53	Ich hatte plötzlich Todesangst	.21	.46	.12	.08	.48	.09	.50

Zwei Items, nämlich Item 1 [Ich hatte Blähungen oder Verstopfung] und Item 10 [Gegen Abend fühlte ich mich besser], wurden aufgrund der Berechnung der Faktorenanalyse aus weiteren Berechnungen ausgeschlossen, da sie sich nicht sinnvoll in die vorhandenen Faktoren eingliedern ließen.

5.2.2 Itemschwierigkeit (Symptomausprägung)

In den Tabellen 6 – 10 (Spalte S) sind Items, die eine geringe Itemschwierigkeit ($T < 0.20$) besaßen, das heißt, eine geringe Symptomausprägung zeigten, durch Fettdruck hervorgehoben. Dies betraf:

- beim Depressivitätsfaktor nur drei der 26 Items (11,5%), Item 18, 19 und 54
- beim somatoformen Faktor jedoch 11 der 19 Items (57,9%), Item 14, 33, 37, 39, 42, 44, 46-51
- beim Agoraphobiefaktor sechs der 8 Items (75%), Item 55, 57-61
- beim Panikfaktor zwei der 6 Items (33,3%), Item 35 und 52,
- beim Zwangsfaktor fünf der 7 Items (71,4%), Item 53, 63-65 und 67.

Insgesamt war die Symptomausprägung bei 27 (40,1%) der 66 in der Faktorenanalyse berücksichtigten Items gering. Das heißt, dass abgesehen vom Depressivitätsfaktor Symptome nur von relativ wenigen Probanden (Patienten und Kontrollpersonen) als vorhanden bzw. ausgeprägt angegeben wurden (vgl. Tabelle 15).

5.2.3 Itemtrennschärfe

Im Gegensatz zur Itemschwierigkeit, wurde die Trennschärfe für jeden der fünf Faktoren der LSAD getrennt berechnet. Items, die einen niedrigen Trennschärfekoeffizienten ($r_{it} < 0.5$) aufwiesen, sind in den Tabellen 6 – 10 (Spalte T) durch Fettdruck hervorgehoben. Dies betraf

- beim Depressivitätsfaktor nur drei (11,5%) der 26 Items [19, 20, 68],
- beim somatoformen Faktor jedoch sechs (31,5%) der 19 Items [14, 36, 37, 39, 48, 51],
- beim Agoraphobie- Faktor nur einen (12,5%) der 8 Items [30],
- beim Panikfaktor nur einen (28,6%) der 6 Items [35]
- beim Zwangsfaktor zwei (28,6%) der 7 Items [30, 63]

Insgesamt war die Trennschärfe bei 13 (19,7%) der 66 in der Faktorenanalyse berücksichtigten Items gering.

5.2.4 Reliabilität

Die Berechnung von Cronbachs α als Reliabilitätsmaß für die interne Konsistenz der LSAD ergab über alle Items einen Wert von .97. Für die einzelnen Faktoren lag Cronbachs α zwischen .77 und .96. Bei Berechnung der Test-Halbierungs-Reliabilität ergaben sich für die einzelnen Faktoren Werte zwischen .79 und .95. Beide Reliabilitätsmaße unterschieden sich nur unwesent-

lich (Tabelle 11). Sie hatten den höchsten Wert beim Depressivitätsfaktor und den geringsten beim Zwangsfaktor.

Tabelle 11: Interne Konsistenz und Test-Halbierungs-Reliabilität der einzelnen Faktoren

	interne Konsistenz (Cronbachs α)	Test-Halbierungs- Reliabilität
Depressivitätsfaktor	.96	.95
Somatoformer Faktor	.90	.91
Agoraphobiefaktor	.84	.83
Panikfaktor	.83	.82
Zwangsfaktor	.77	.79

5.2.5 Interkorrelation der Faktoren

Alle Faktoren der LSAD korrelierten miteinander signifikant ($p < 0.001$). Die Korrelationskoeffizienten variierten zwischen $r = 0.54$ und $r = 0.77$. Die höchsten Interkorrelationen fanden sich zwischen dem Panikfaktor und dem somatoformen Faktor sowie dem Depressivitätsfaktor, die niedrigste zwischen Depressivitätsfaktor und dem Agoraphobie-Faktor sowie dem Zwangsfaktor (Tabelle 12).

Tabelle 12: Interkorrelationen der Faktoren, Korrelationskoeffizient r (nach Pearson)

	Depressivitäts- faktor	Somatoformer Faktor	Agoraphobie- faktor	Panikfaktor
Somatoformer Faktor	.70			
Agoraphobiefaktor	.54	.57		
Panikfaktor	.76	.77	.55	
Zwangsfaktor	.54	.55	.57	.58

5.2.6 Kriteriumsvalidität

Alle Korrelationen der LSAD-Faktoren mit den Skalen der SCL-90-R (Außenkriterium) waren signifikant ($p < 0.001$). Die Korrelationskoeffizienten variierten zwischen $r = 0.406$ und $r = 0.88$. Es zeigte sich, dass die vier am höchsten mit den Skalen der SCL-90-R korrelierten LSAD-Faktoren ($r > 0.8$) auch inhaltlich übereinstimmten. So war „Depressivität“ (SCL-90-R) mit dem Depressivitätsfaktor am höchsten korreliert, „Somatisierung“ mit dem somatoformen Faktor, „phobische Angst“ mit dem Agoraphobie-Faktor und „Ängstlichkeit“ mit dem Panikfaktor. Beim Zwangsfaktor fiel die Korrelation mit der Skala „Zwanghaftigkeit“ etwas geringer aus ($r = 0.586$). Ähnlich hohe oder höhere Korrelationen ergaben sich für den Zwangsfaktor außerdem mit den Skalen „Unsicherheit“ und „Psychotizismus“ (Tabelle 13). Die Kriteriumsvalidität kann damit für die ersten vier Faktoren der LSAD als gegeben gewertet werden.

Tabelle 13: Korrelationen der Skalen von SCL-90-R mit den LSAD-Faktoren.

Skalen SCL-90-R	Depressivitätsfaktor	Somatoformer Faktor	Agoraphobiefaktor	Panikfaktor	Zwangsfaktor
1. Somatisierung	.507	.807	.455	.584	.452
2. Zwanghaftigkeit	.775	.607	.531	.617	.586
3. Unsicherheit	.690	.518	.536	.581	.549
4. Depressivität	.880	.606	.499	.648	.511
5. Ängstlichkeit	.683	.740	.558	.819	.598
6. Aggressivität Feindseligkeit	.542	.478	.344	.536	.421
7. Phobische Angst	.488	.517	.803	.542	.519
8. Paranoides Denken	.530	.443	.406	.484	.510
9. Psychotizismus	.573	.489	.493	.492	.605

5.2.7 Konvergente Validität

Alle Korrelationen der LSAD-Faktoren mit den Hamiltonskalen für Angst (HAM-A) und Depression (HAM-D) als Fremdbeurteilungskriterien waren signifikant ($p < 0.001$). Die HAM-A korrelierte am höchsten mit dem Panikfaktor ($r = 0.688$) und HAM-D am höchsten mit dem Depressivitätsfaktor ($r = 0.624$). Die inhaltliche Übereinstimmung der beiden LSAD-Faktoren mit den Hamiltonskalen spricht für eine konvergente Validität (Tabelle 14).

Tabelle 14: Korrelationen der LSAD-Faktoren mit den Hamiltonskalen.

	Depressivitätsfaktor	somatoformer Faktor	Agoraphobiefaktor	Panikfaktor	Zwangsfaktor
Hamilton-Angstskala	.651	.665	.513	.688	.307
Hamilton-Depressionsskala	.624	.458	.364	.508	.248

Zur **diskriminanten Validität** siehe Kapitel 5.3.2 Gruppenvergleiche.

5.3 Anwendung der LSAD

5.3.1 Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristika der Skalen

Ein Vergleich der Verteilung der Antworthäufigkeiten über alle Items zeigt, dass die Kontrollgruppe öfter keine Symptome (Ausprägung 0) als die Patienten angaben, bzw. dass die Patienten höhere Ausprägungen (3 - 6) häufiger wählten als die Kontrollgruppe. Eine geringe Symptomausprägung (1 - 2) wurde von beiden Gruppen etwa gleich häufig angegeben (Abbildung 9). Die Bevorzugung der geraden Ausprägungen (2, 4 und 6) in Abbildung 9 resultierte aus der allge-

meinen Tendenz, auf der Häufigkeits- und Intensitätsskala gleiche Werte anzugeben, was dazu führte, dass bei der Summenauswertung ungerade Summen seltener waren.

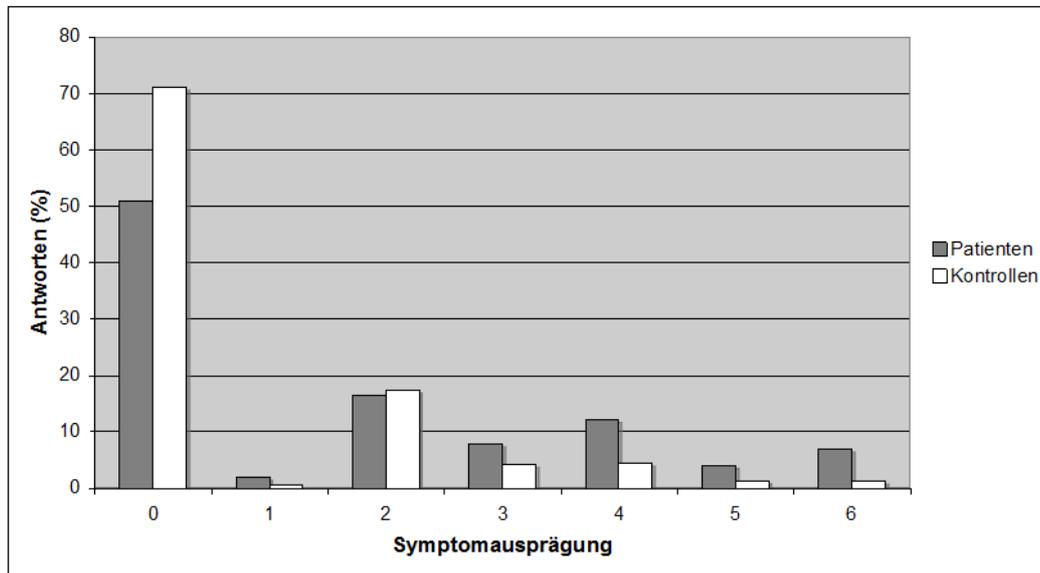


Abbildung 8: Symptomausprägung bei Patienten und Kontrollpersonen (Mittelwerte der Antwoorthäufigkeit in %)

Für die 26 Items des Depressivitätsfaktors (Tabelle 15) gaben im Mittel 38% der Patienten und 63% der Kontrollpersonen keine Symptome an (Symptomausprägung 0). Eine geringe Ausprägung (1-2) war bei beiden Gruppen prozentual etwa gleich (21% bzw. 23%). Höhere Ausprägungen (3-6) fanden sich jedoch bei den Patienten wesentlich häufiger (3,8 mal) als bei Kontrollpersonen (41% bzw. 13%).

Am häufigsten wurde von beiden Gruppen für das Item 2 [Ich bin ins Grübeln versunken, sehe nur Negatives] Symptome angegeben, am seltensten für das Item 18 [Ich dachte daran, mein Leben zu beenden]. Die größten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen fanden sich bei Item 54 [... Angst, verrückt“ zu werden ...] mit einer 10,5-fach häufigeren Symptomausprägung (3-6) bei Patienten als bei Kontrollen, die geringsten Unterschiede mit einer 1,7-fach häufigeren Symptomausprägung bei Item 19 [Ich habe mehr gegessen als sonst].

Tabelle 15: Antworthäufigkeiten für Items des Depressivitätsfaktors

(Nach Häufigkeit der Symptomausprägung (3 – 6) bei Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen geordnet)

Nr	ITEM	Patienten (%)			Kontrollen (%)			Pat/ Kon
		0	1-2	3-6	0	1-2	3-6	
54	Ich hatte plötzlich Angst, „verrückt“ zu werden, oder ...	63	16	21	79	19	2	10,5
5	Ich war innerlich wie versteinert, hatte keine ...	55	14	31	86	10	4	7,8
11	Eigentlich hat mich nichts mehr interessiert ...	50	18	32	82	13	5	6,4
8	Eigentlich konnte mich nichts mehr ermuntern oder ...	37	22	41	73	20	7	5,9
28	Ich fühlte mich im allgemeinen ängstlich und ...	32	23	45	67	25	8	5,6
6	Ich verspürte eine tiefe quälende Lebensangst	42	19	39	80	12	8	4,9
18	Ich dachte daran, mein Leben zu beenden	71	15	14	94	3	3	4,7
12	Ich war in allem langsamer als sonst, redete ...	36	20	44	67	23	10	4,4
4	Ich fühlte mich hilflos und ratlos	26	24	50	53	35	12	4,2
3	Ich neigte dazu, aufzugeben	43	21	36	81	10	9	4,0
16	Ich habe versagt und fühlte mich geradezu wertlos	50	17	33	79	12	9	3,7
15	Zu allem fehlten mir Energie und Antrieb	24	21	55	57	27	16	3,4
2	ich bin ins Grübeln versunken, sehe nur Negatives	18	25	57	39	44	17	3,4
17	Ich machte mir Vorwürfe und fühlte mich irgendwie ...	47	20	33	72	17	11	3,0
27	Mein Selbstvertrauen war eher angegriffen	26	22	52	57	25	18	2,9
9	Ich wachte früher auf als sonst und konnte nicht ...	38	23	39	56	30	14	2,8
7	Ich fühlte mich sehr ernst, bedrückt, tief am Boden, ...	22	23	55	50	30	20	2,8
22	Ich konnte mich nicht richtig konzentrieren ...	24	24	52	43	36	21	2,5
25	Ich fühlte mich eher erschöpft und rasch ermüdet	23	21	56	45	32	23	2,4
20	Ich habe mehr geschlafen als sonst	52	18	30	75	12	13	2,3
29	Ich war in vielleicht übertriebener Sorge über ...	24	20	56	45	30	25	2,2
13	Eigentlich hatte ich keinen Appetit oder ich habe ...	53	21	26	63	25	12	2,2
23	Ich fühlte mich unausgeglichen und reizbar	25	28	47	42	36	22	2,1
21	Es war schwierig, ein- oder durchzuschlafen	27	22	51	43	32	25	2,0
68	Im Grunde habe ich Hoffnung	19	36	45	54	23	23	2,0
19	Ich habe mehr gegessen als sonst	63	18	19	63	26	11	1,7
	Mittelwert	38,1	21,2	40,7	63,3	23,3	13,4	3,8

Für die 19 Items des somatoformen Faktors (Tabelle 16) gaben im Mittel 64% der Patienten und 82% der Kontrollpersonen keine Symptomausprägung an. Eine geringe Ausprägung (1-2) lag bei 16% der Patienten und bei 11% der Kontrollpersonen vor. Höhere Ausprägungen (3-6) fanden sich bei Patienten 5,8 mal häufiger als bei Kontrollpersonen (21% bzw. 7%).

Am häufigsten wurde von beiden Gruppen für das Item 32 [Ich hatte verspannte Muskeln...] Symptome angegeben, am seltensten für das Item 48 [Ich habe vor Aufregung so heftig geatmet, ...]. Für dieses Item hatte nur eine Kontrollperson eine Symptomausprägung angegeben. Die nächst größten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen fanden sich bei Item 33 [Ich spürte einen Druck oder eine...] mit einer 24-fach häufigeren Symptomausprägung (3-6) bei Patienten als bei Kontrollen, die geringsten Unterschiede mit einer 1,7-fach häufigeren Symptomausprägung bei Item 32 [Ich hatte verspannte Muskeln...].

Tabelle 16: Antworthäufigkeiten für Items des somatoformen Faktors

(Nach Häufigkeit der Symptomausprägung (3 – 6) bei Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen geordnet)

Nr	ITEM	Patienten (%)			Kontrolle (%)			Pat/ Kon 3-6
		0	1-2	3-6	0	1-2	3-6	
48	Ich habe vor Aufregung so heftig geatmet, dass ich ...	93	4	3	99	1	0	–
33	Ich spürte einen Druck oder eine Art Kloß im Hals	60	16	24	87	12	1	24,0
44	Ich hatte Atembeklemmungen oder meinte, zu ...	73	12	15	91	8	1	15,0
50	Ich hatte Taubheitsgefühle oder spürte ein Kribbeln ...	67	16	17	91	7	2	8,5
49	Ich hatte plötzlich Schwächegefühle, und meinte, ...	74	11	15	91	7	2	7,5
51	Ich empfand plötzlich alles wie unwirklich und fremd,	73	13	14	92	6	2	7,0
47	Ich hatte ein Druckgefühl oder Schmerzen in der ...	64	16	20	89	8	3	6,7
34	Bei starker Spannung hatte ich einen trockenen ...	54	18	28	90	5	5	5,6
43	Ich hatte Schweißausbrüche	57	16	27	86	9	5	5,4
46	Ich verspürte plötzlich ein Herzstolpern	73	14	13	90	7	3	4,3
41	Ich fühlte mich benommen und schwindelig	50	24	26	79	12	9	2,9
42	Es überlief mich heiß oder eiskalt	67	16	17	82	12	6	2,8
39	Ich hatte Durchfälle	65	17	18	82	11	7	2,6
45	Ich hatte plötzlich Herzklopfen oder Herzjagen	54	19	27	78	10	12	2,3
36	Ich hatte eine nervöse Blase, vermehrt Harndrang	57	17	26	72	16	12	2,2
37	Ich verspürte ein unwillkürliches Zucken oder ziehen ...	60	20	20	69	21	10	2,0
40	Mir wurde plötzlich übel, unwohl vom Magen her	56	21	23	67	21	12	1,9
14	Ich habe abgenommen (deutlich = mehr als 5% ...	76	13	11	82	12	6	1,8
32	Ich hatte verspannte Muskel, ein Druckgefühl im ...	33	20	47	46	27	27	1,7
	Mittelwert	63,5	15,9	20,6	82,3	11,2	6,6	5,8

Für die 8 Items des Agoraphobiefaktors (Tabelle 17) gaben im Mittel 37% der Patienten und 87% der Kontrollpersonen keine Symptome an. Eine geringe Ausprägung (1-2) lag bei 12% der Patienten bei vor und bei 8% der Kontrollpersonen. Höhere Ausprägungen (3-6) fanden sich bei Patienten 5,4 mal häufiger als bei Kontrollpersonen (15% bzw. 5%).

Am häufigsten wurde von den Patienten für das Item 56 [... mich in dicht gedrängten Menschenmengen ...] Symptome angegeben und von den Kontrollpersonen für das Item 62 [... die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen ...]. Am seltensten wurden von den Patienten für das Item 61 [... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen ...] Symptome angegeben. Für das Item 55 [Ich verlor plötzlich den inneren Halt...] gaben nur zwei Kontrollpersonen Symptome an. Die größten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen fanden sich bei Item 57 [... Massenverkehrsmittel oder Fahrstühle zu benutzen ...] mit einer 16-fach häufigeren Symptomausprägung (3-6) bei Patienten als bei Kontrollen, die geringsten Unterschiede mit gleich häufiger Symptomausprägung (3-6) bei Item 60 [...allein auf leeren Straßen oder Plätzen...].

Tabelle 17: Antworthäufigkeiten für Items des Agoraphobiefaktors

(Nach Häufigkeit der Symptomausprägung (3 – 6) bei Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen geordnet)

Nr.	ITEM	Patienten (%)			Kontrolle (%)			Pat/Kon 3-6
		0	1-2	3-6	0	1-2	3-6	
57	... Massenverkehrsmittel oder Fahrstühle zu benützen	71	13	16	93	6	1	16,0
55	Ich verlor plötzlich den inneren Halt und geriet in ...	78	11	11	98	1	1	11,0
56	... mich in dicht gedrängte Menschenmengen oder in...	56	19	25	82	13	5	5,0
58	... mich in fremden geschlossenen Räumen ...	79	10	11	93	4	3	3,7
59	... mich an Orte zu begeben, an denen es vor mir ...	71	11	18	88	6	6	3,0
62	... die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen ...	62	16	22	73	15	12	1,8
61	... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen	85	8	7	89	7	4	1,8
60	... allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen	84	9	7	83	10	7	1,0
	Mittelwert	73,3	12,1	14,6	87,4	7,8	4,9	5,4

Für die 6 Items des Panikfaktors (Tabelle 18) gaben im Mittel 51% der Patienten und 73% der Kontrollpersonen keine Symptomausprägung an (Symptomausprägung 0). Eine geringe Ausprägung (1-2) war bei beiden Gruppen prozentual etwa gleich (19% bzw. 18%). Höhere Ausprägungen (3-6) fanden sich jedoch bei den Patienten wesentlich häufiger (4,6 mal) als bei den Kontrollpersonen (31% bzw. 9%).

Am häufigsten wurde von beiden Gruppen für das Item 26 [Ich fühlte mich innerlich unruhig ...] Symptome angegeben, am seltensten bei den Patienten für das Item 35 [Meine Hände waren eher feucht ...], bei den Kontrollpersonen für das Item 52 [Ich geriet plötzlich in einen Zustand ...]. Die größten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen fanden sich bei Item 52 [Ich geriet plötzlich in einen Zustand von höchster ...] mit einer 11-fach häufigeren Symptomausprägung (3-6) bei Patienten als bei Kontrollen, die geringsten Unterschiede mit einer 2,3-fach häufigeren Symptomausprägung bei Item 35 [Meine Hände waren eher feucht ...].

Tabelle 18: Antworthäufigkeiten für Items des Panikfaktors

(Nach Häufigkeit der Symptomausprägung (3 – 6) bei Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen geordnet)

Nr.	ITEM	Patienten (%)			Kontrolle (%)			Pat/Kon 3-6
		0	1-2	3-6	0	1-2	3-6	
52	Ich geriet plötzlich in einen Zustand von höchster ...	66	12	22	96	2	2	11,0
38	Ich habe gezittert oder innerlich gebebt	52	21	27	82	13	5	5,4
26	Ich fühlte mich innerlich unruhig und nervös	20	26	54	47	36	17	3,2
31	Ich fühlte mich gespannt: aus geringem Anlass ...	45	17	38	72	16	12	3,2
24	Ich war so unruhig, dass ich kaum still sitzen konnte	53	21	26	70	19	11	2,4
35	Meine Hände waren eher feucht oder nasskalt	67	15	18	69	23	8	2,3
	Mittelwert	50,5	18,7	30,8	72,7	18,2	9,2	4,6

Für die 7 Items des Zwangsfaktors (Tabelle 19) gaben im Mittel 71% der Patienten und 79% der Kontrollpersonen keine Symptome an (Symptomausprägung 0). Eine geringe Ausprägung (1-2) war bei beiden Gruppen prozentual etwa gleich (13% bzw. 12%). Höhere Ausprägungen (3-6) fanden sich jedoch bei den Patienten 2,4 mal häufiger als bei Kontrollpersonen (16% bzw. 9%).

Am häufigsten wurden von den Patienten für Item 30 [Ich befürchtete, dass mir oder ...], Symptome angegeben, am seltensten für Item 63 [Gewisse harmlose Tiere oder Dinge ...]. Die größten Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollpersonen fanden sich bei Item 53 [Ich hatte plötzlich Todesangst] mit einer 6,5-fach häufigeren Symptomausprägung (3-6) bei Patienten als bei Kontrollen, die geringsten Unterschiede mit einer 1,3-fach häufigeren Symptomausprägung bei Item 63 [gewisse harmlose Dinge ...] und Item 64 [Ich verspürte einen Zwang ...].

Tabelle 19: Antworthäufigkeiten für Items des Zwangsfaktors

(Nach Häufigkeit der Symptomausprägung (3 – 6) bei Patienten im Vergleich zu Kontrollpersonen geordnet)

Nr.	ITEM	Patienten (%)			Kontrolle (%)			Pat/Kon 3-6
		0	1-2	3-6	0	1-2	3-6	
53	Ich hatte plötzlich Todesangst	80	7	13	97	1	2	6,5
67	Ich beobachtete meinen Körper sehr genau und ...	62	19	19	78	13	9	2,1
65	Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte ...	81	9	10	87	8	5	2
30	Ich befürchtete, dass mir oder jemandem, der mir ...	60	17	23	67	21	12	1,9
66	Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte sinnlose...	61	14	25	70	15	15	1,7
63	gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben...	84	8	8	87	7	6	1,3
64	Ich verspürte einen Zwang, bestimmte Dinge in Alltag...	68	17	15	66	22	12	1,3
	Mittelwert	70,9	13,0	16,1	78,9	12,4	8,7	2,4

5.3.2 Gruppenvergleiche (diskriminante Validität)

Ein Mann-Whitney U-Test über die fünf Faktoren zeigte, dass Patienten- und Kontrollgruppe sich in allen Faktoren signifikant in ihrem Antwortverhalten unterschieden (Tabelle 20 und Abbildung 9).

Tabelle 20: Mann-Whitney-U-Test für Patienten- und Kontrollstichprobe (5 Faktoren)

Faktor	Wilcoxon W	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Depressivität	22093,5	.000
Somatoforme Störung	24572,0	.000
Agoraphobie	29344,5	.000
Panik	25299,0	.000
Zwang	33529,0	.001

Boxplots veranschaulichen dieses Ergebnis:

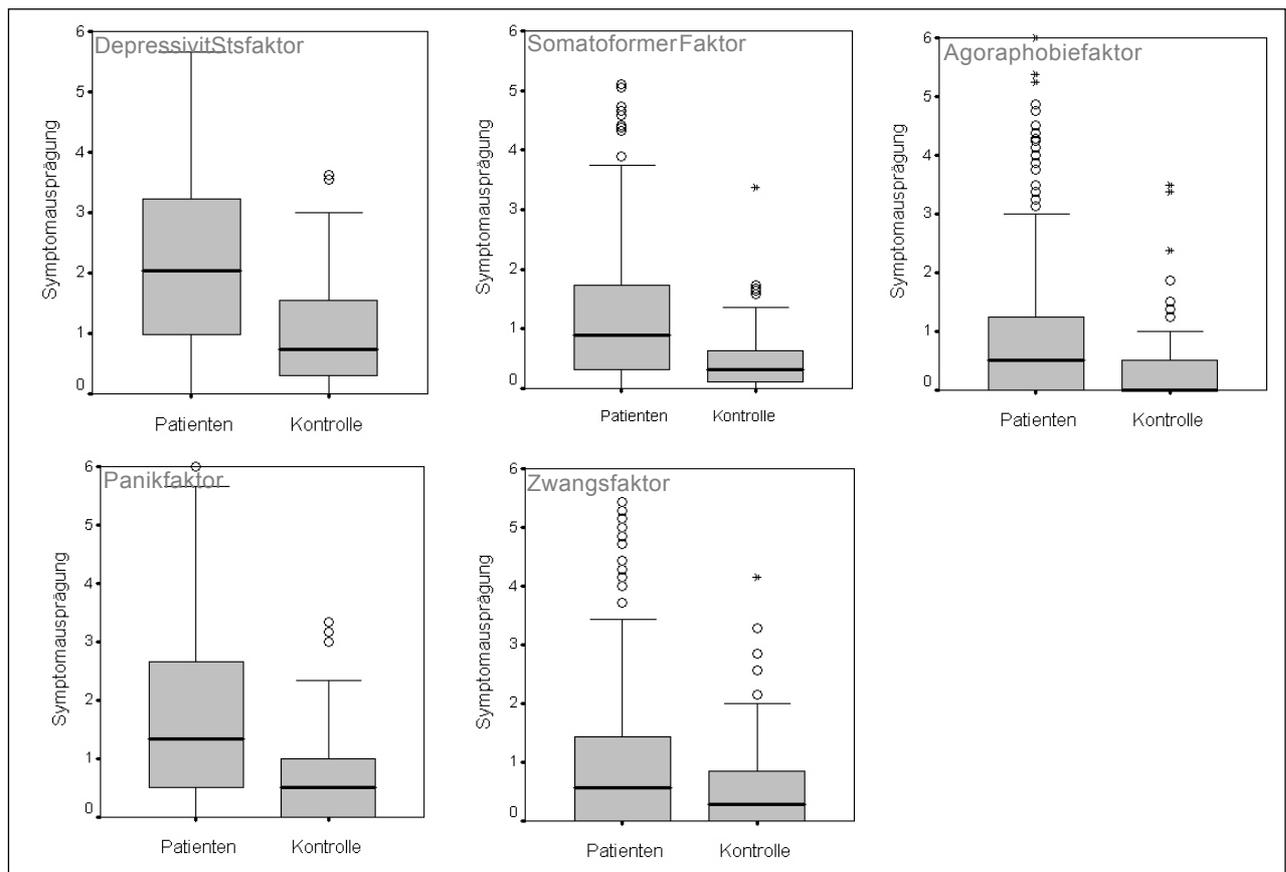


Abbildung 9: Boxplots der fünf Faktoren - dargestellt sind Mediane, Quartile, Streuung und Extremwerte

Insgesamt ist aus den Grafiken zu ersehen, dass bei den Patienten innerhalb aller diagnostischer Bereiche in der Summe punkthöhere Antworttendenzen ersichtlich sind. Bei den Items des somatoformen-, des Agoraphobie- und des Zwangsfaktors zeigten sich mehr so genannte Ausreißer als bei denen für Depressivität und Panik. Das heißt, dass bei Items für eine somatoforme Störung, eine Agoraphobie und eine Zwangsstörung mehr Personen Extremwerte (im Vergleich zur Gruppe) angegeben haben. Es zeigte sich, dass die Mediane der Patientenstichprobe bei allen Itemgruppen höher liegen als in der Kontrollgruppe.

Bei einem U-Test über alle Items gab es für 9 Items (14,1%) keinen signifikanten Unterschied zwischen der Patienten- und der Kontrollgruppe. Dies waren beim:

- Depressivitätsfaktor, Item 19 [Ich habe mehr gegessen als sonst]
- somatoformen Faktor, Items 14 [Ich habe abgenommen...] und 37 [Ich verspüre ein unwillkürliches Zucken oder Ziehen ...]
- Agoraphobiefaktor, Items 60 [... allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen] und 61 [... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen]

- Zwangsfaktor, Item 35 [Meine Hände waren eher feucht oder nasskalt] sowie die Items 63 [Gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben...], 64 [Ich verspürte einen Zwang, bestimmte Dinge in Alltag...] und 65 [Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte ...]

5.3.3 Verlaufssensitivität

Um zu überprüfen, ob die Skalen der LSAD sich auch dazu eignen, eine veränderte Befindlichkeit beim Patienten über den Verlauf der Therapie zu erfassen, wurden zunächst die Korrelationen der Faktoren der LSAD mit den inhaltlich übereinstimmenden Skalen der SCL-90-R über die vier Erhebungszeitpunkte verglichen. Es zeigte sich, dass sich die Korrelationskoeffizienten über die vier Zeitpunkte veränderten (Tabelle 21) und somit für die LSAD eine der SCL-90-R ähnliche Verlaufssensitivität zu erwarten ist.

Tabelle 21: Korrelationen der SCL-90-R-Skalen mit den LSAD-Faktoren zu vier Erhebungszeitpunkten

LSAD	SCL-90-R	1. EZ	2. EZ	3. EZ	4. EZ
		N = 671	N = 418	N = 277	N = 93
Depressivitätsfaktor	Depressivität	.89	.90	.87	.90
Somatoformer Faktor	Somatisierung	.83	.90	.85	.89
Agoraphobiefaktor	Phobische Angst	.80	.85	.81	.74
Panikfaktor	Ängstlichkeit	.81	.78	.81	.86
Zwangsfaktor	Zwanghaftigkeit	.60	.62	.63	.69

Der Vergleich der mittleren Symptomausprägung bei 93 Patienten, die zu jedem von vier Praxisbesuchen LSAD und SCL-90-R ausgefüllt hatten, zeigte über alle Items eine Abnahme der Symptomausprägung um 27% in der LSAD und um 33% in der SCL-90-R (Abbildung 10).

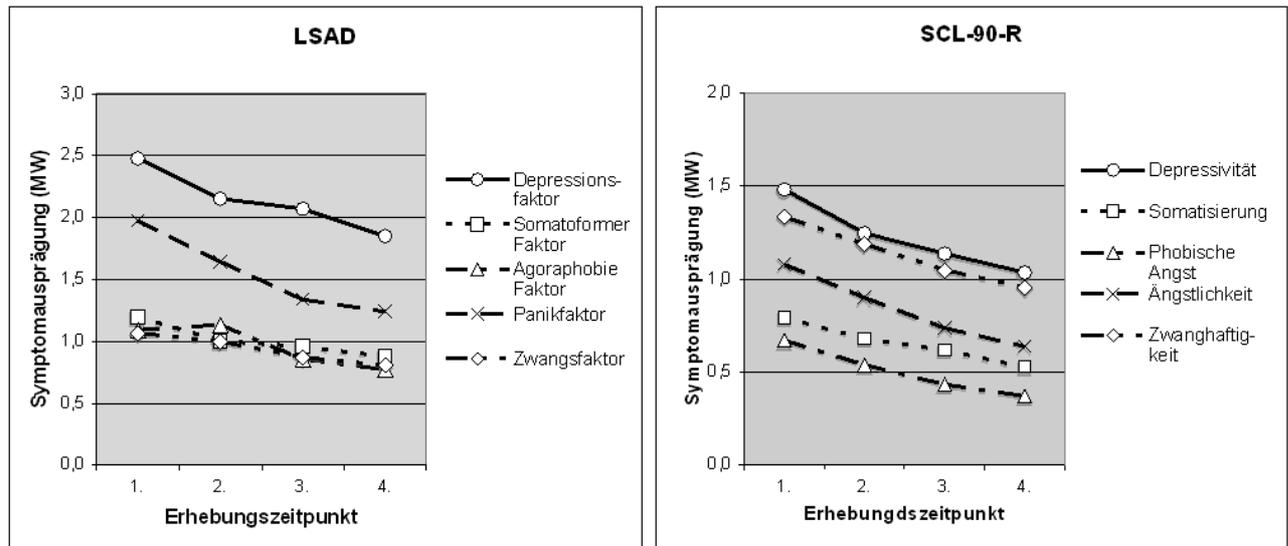


Abbildung 10: Abnahme der Symptomausprägung über vier Erhebungszeitpunkte bei Patienten, die sowohl die SCL-90-R als auch die LSAD ausgefüllt hatten (N = 93)

Insgesamt zeigt sich bei allen Faktoren ein Rückgang der Symptomatik:

- Für den Depressivitätsfaktor der LSAD bzw. die Depressivitätsskala der SCL-90-R betrug die Abnahme der mittleren Symptomausprägung über die vier Erhebungszeitpunkte 25% bzw. 30%.
- Für den Somatisierungsfaktor der LSAD bzw. die Somatisierungsskala der SCL-90-R betrug sie 27% bzw. 33%.
- Für den Agoraphobiefaktor der LSAD bzw. die phobische Angstskaala der SCL-90-R betrug sie 29% bzw. 45%.
- Für den Panikfaktor der LSAD bzw. die Ängstlichkeitsskala der SCL-90-R betrug sie 37% bzw. 41%.
- Für den Zwangsfaktor der LSAD bzw. die Zwanghaftigkeitsskala der SCL-90-R betrug sie 27% bzw. 33%.

Der Vergleich zeigt, dass die Verlaufssensitivität der LSAD weitgehend der Verlaufssensitivität der SCL-90-R entsprach.

6 Diskussion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die LSAD die wichtigsten DSM-IV- und ICD-10-Kriterien abbildet, aber nicht alle diagnostischen Konstellationen emotionaler Störungen in den genannten Klassifikationssystemen in der LSAD faktorenanalytisch verifizierbar sind. Die psychometrischen Ergebnisse zeigen jedoch, dass die LSAD ein reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument ist, welches sich in der Praxis gut anwenden lässt und den Therapieverlauf abbildet. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung analog zu der im Ergebnisteil gewählten Reihenfolge diskutiert.

6.1 Diagnostische Bereiche

Für die inhaltlich konzipierten Symptombereiche Depressivität, generalisierte Angst und Agoraphobie zeigte die Überprüfung, dass sowohl die DSM-IV- als auch die ICD-10-Kriterien vollständig in den Items der LSAD abgebildet werden. Auch die Faktorenanalyse über die DSM-IV- und ICD-10-Items konnte diese Bereiche verifizieren. Das heißt, dass die LSAD dem Anspruch gerecht wird, die in DSM-IV und ICD-10 operationalisierten Diagnosekonzepte für generalisierte Angst, Agoraphobie und Depression zu repräsentieren. Interessanterweise unterstützen umgekehrt die Ergebnisse der Faktorenanalyse auch die Diagnosekonzepte von DSM-IV und ICD-10.

Faktorenanalytisch ergibt sich allerdings kein eigener Panikfaktor. Dies könnte zum einen daran liegen, dass sich nicht alle in ICD-10 und DSM-IV genannten Diagnosekriterien einer Panikstörung in den Items der LSAD abbilden, zum anderen werden fast alle Panikitems für die inhaltlich konzipierten Symptombereiche mehrfach verwendet. Da die Faktorenanalyse jedes Item nur einem Faktor zuordnet, laden die Panikitems auf dem generalisierten Angst- und dem Agoraphobiefaktor. Jedoch ließ ein Panikfaktor sich unter Hinzuziehung der Praxisitems in der nachfolgenden Faktorenanalyse über alle Items replizieren.

Ein eigener Stressfaktor konnte nicht gefunden werden. Da Stress keine klinische Diagnose ist, beinhalten die DSM-IV und ICD-10 keine eigenen Kriterien für Stress. Die Analyse verschiedener Stressfragebogen hat aber gezeigt, dass die Symptome von Stress sich sowohl im Konzept einer depressiven Episode als auch in dem einer Angststörung wieder finden. Da in diesem Konstrukt also insbesondere Symptome, die in verschiedenen Diagnosekonzepten immer wieder auftauchen, zusammengestellt wurden, war faktorenanalytisch hier auch kein Ergebnis zu erwarten. Die Stressitems finden sich im Depressivitätsfaktor sowie im generalisierten Angstfaktor.

6.2 Teststatistische Überprüfung

6.2.1 Datenqualität

Die wissenschaftlich notwendigen Regeln von Ethik, Klarheit, Transparenz und Ehrlichkeit sind bei der Erhebung der Daten eingehalten worden. Anhand der Betrachtung der Stichproben und deren demografischen Daten zeigt sich, dass der Datensatz als gut und geeignet befunden werden kann. Die Größe der Stichprobe kann als ausreichend hoch angesehen werden. Die Altersverteilungen der Stichproben zeigen ein ausgewogenes Bild, welches den Gesamtpool an Patienten in der ambulanten Versorgung repräsentativ widerspiegelt. In der Verteilung des Alters zeigt sich die bei den meisten psychischen Erkrankungen vorkommende Erstmanifestation in der Adoleszenz. Der Peak der Altersverteilung bei den 31-40-jährigen könnte ein Hinweis darauf sein, dass gerade Patienten mit Angsterkrankungen oftmals erst Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome nervenärztliche Behandlung aufsuchen.

Auch das Verhältnis von Frauen zu Männern ist in der Stichprobe repräsentativ wiedergegeben. Der etwas höhere Frauenanteil deckt sich mit den erhöhten Prävalenzraten bei Frauen für depressive und Angsterkrankungen (vgl. Hautzinger et al, 2008).

6.2.2 Faktorenanalyse

In der Faktorenanalyse über alle Items ergaben sich folgende fünf Faktoren: Depressivitätsfaktor, somatoformer Faktor, Agoraphobiefaktor, Panikfaktor und Zwangsfaktor. Das heißt, die diagnostischen Bereiche Depression, Agoraphobie und Panikstörung lassen sich für die LSAD verifizieren

Die sowohl bei Depressivität als auch bei generalisierter Angst vorkommenden körperlichen Symptome ergeben in dieser Faktorenanalyse einen eigenen somatischen Faktor (siehe auch undifferenzierte somatoforme und Somatisierungsstörung im DSM-IV). Dies ist sowohl dadurch zu erklären, dass nach DSM-IV und ICD-10 körperliche Symptome sowohl bei affektiven- als auch bei Angsterkrankungen eine zentrale Rolle spielen, als auch dadurch, dass vorher nicht berücksichtigte Praxisitems, welche den Symptombereichen generalisierte Angst, Agoraphobie und Panik zugeordnet wurden, nun auf dem neu entstandenen somatoformen Faktor am höchsten laden.

Der Zwangsfaktor ergibt sich unter anderem durch die zusätzlich mit aufgenommenen Items (interessanterweise aus dem Bereich Hypochondrie), die nicht zu den diagnostischen Kernbereichen zählen und aufgrund klinischer Überlegungen mit in die LSAD aufgenommen wurden. Die Items des zuvor gefundenen generalisierten Angstfaktors finden sich nun im Depressivitäts-, somatoformen- und Panikfaktor wieder.

Aufgrund der hohen Überlappung der Items war eine optimale Lösung, d.h. die genaue Wiedergabe der inhaltlich angenommenen Bereiche von vorneherein eher unwahrscheinlich. Auch inhaltlich ist die Annahme völlig unabhängiger Bereiche wenig sinnvoll, da sich die Symptomatik teilweise störungsübergreifend findet (hohe Überschneidung der somatischen Symptomatik bei affektiven und Angststörungen und damit verbunden die Verwendung der Items für verschiedene Bereiche).

6.2.3 Itemanalyse

Die Itemanalyse gilt als Verfahren zur Aufdeckung ungeeigneter Items mit dem Ziel, Reliabilität und Validität der LSAD zu erhöhen. Die Itemanalyse ist damit ein wichtiger Teil für die Bewertung der Qualität der LSAD. Es können sowohl inhaltliche (z.B. Orientierung an den ICD-10 und DSM-IV Kriterien) als auch statistische Kriterien (Itemschwierigkeit bzw. -ausprägung und Itemtrennschärfe) der Itemselektion herangezogen werden.

Von einer geringen Symptomausprägung sind beim Depressivitätsfaktor 11,5% betroffen, beim Panikfaktor 33,3%, beim somatoformen Faktor 57,9%, beim Zwangsfaktor 71,4% und beim Agoraphobiefaktor 75%. Insgesamt ist die Symptomausprägung bei 40,1% der Items gering. Nicht alle dieser Items müssen aufgrund dieser Ergebnisse aussortiert werden. Eine geringe Symptomausprägung zeigt lediglich, dass (abgesehen vom Depressivitätsfaktor) die Items bzw. Symptome nur von relativ wenigen Probanden als vorhanden bzw. ausgeprägt angegeben wurden. Die Symptome, die durch die Items mit niedriger Ausprägung abgefragt werden, kommen demnach bei weniger Patienten vor. Besonders betroffen sind Agoraphobie- und Zwangsfaktor. Dies lässt sich unter Umständen durch die geringere Lebenszeitprävalenz dieser Störungen in der Gesamtbevölkerung erklären.

Da die Items zwar einen theoretisch umgrenzten Bereich, trotzdem aber unterschiedliche Merkmalsfacetten einer Störung erfragen (z.B. „psychische“ und somatische Beschwerden) konnten bei der Trennschärfe Koeffizienten schon ab einem Wert oberhalb von $r_{it} = .5$ als ausreichend hoch angesehen werden. Von einer geringen Itemtrennschärfe sind beim Depressivitätsfaktor 11,5%, beim Agoraphobiefaktor 12,5%, bei Panik- und Zwangsfaktor je 28,6% und beim somatoformen Faktor die meisten Items nämlich, 31,5% betroffen. Insgesamt ist die Trennschärfe bei 19,7% der Items gering. Auch hier müssen nicht alle Items mit einer Trennschärfe $<.5$ aussortiert werden. Eine Itemselektion sollte auf mehreren Qualitätskriterien beruhen. Auf die Qualität der einzelnen Items der LSAD wird im Kapitel „Optimierungsmöglichkeiten der LSAD“ anhand mehrerer Qualitätskriterien genauer eingegangen.

6.2.4 Gütekriterien

6.2.4.1 Objektivität

Die **Durchführungsobjektivität** war in der vorliegenden Studie durch die genaue Instruktion des Fragebogens sowie dessen grafische Verankerung gewährleistet. Durch die Schulung des erfahrenen Personals wurde sichergestellt, dass für alle Patienten dieselben Bedingungen vorherrschten. Auch die Räumlichkeiten waren immer dieselben. Eine hohe **Auswertungsobjektivität** war gegeben, da die LSAD keine offenen Fragen beinhaltet (wenn man von der Angabe der demografischen Daten absieht). Die **Interpretationsobjektivität** war durch die in ICD-10 und DSM-IV operationalisierten Diagnosekonzepte gewährleistet, die sich in den Items der diagnostischen Bereiche der LSAD wieder finden. Wies ein Patient bestimmte Symptome auf, konnte aufgrund der Diagnosekonzepte auf eine bestimmte Störung geschlossen werden.

6.2.4.2 Reliabilität

Das Verfahren der **Retest-Reliabilität** konnte nicht angewendet werden, da es eine zweimalige Bearbeitung eines Testes zu zwei Zeitpunkten voraussetzt. Da eine Veränderung zwischen Messzeitpunkten bei Patienten wahrscheinlich und im Sinne einer Besserung sogar erwünscht ist, käme eine Wiederholung nur bei Kontrollpersonen in Frage. Jedoch lagen dafür keine Daten vor.

Das Verfahren der **Paralleltest-Reliabilität**, welches zwei parallele Testformen, die aus inhaltlich möglichst ähnlichen Items bestehen, miteinander vergleicht bzw. korreliert, findet in dieser Studie keine Anwendung. Da ein neuartiger Fragebogen untersucht wurde, existiert keine exakte Parallelform des Tests.

Die Reliabilität wurde daher anhand der **Methode der Test-Halbierung** und der **Berechnung der internen Konsistenz** (Cronbachs α) berechnet. Reliabilitätskoeffizienten ab .8 gelten als hoch. Für die Faktoren der LSAD liegen die Reliabilitätskoeffizienten zwischen .77 und .96 und können somit als ausreichend hoch angesehen werden. Die Reliabilität des Verfahrens ist damit gegeben.

6.2.4.3 Validität

Die **Inhaltsvalidität** kann als gegeben betrachtet werden, da die psychologischen Merkmale der zu erfassenden Konstrukte durch Verwendung der operationalisierten Konstrukte aus DSM-IV und ICD-10 repräsentativ erfasst wurden. Auch die **Augenscheinvalidität** kann ebenfalls als gegeben angesehen werden.

Eine **Validierung anhand der gestellten Diagnosen** war nicht möglich, da sie in der vorliegenden Studie nicht in kodierbarer Form vorlagen. Es wäre zu überprüfen gewesen, ob ähnliches Antwortverhalten in der LSAD mit gleichen durch den behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen korreliert. Eine **Validierung anhand eines externen Expertenurteils** war nicht möglich, da es sich um eine psychiatrische Stichprobe handelte und die Erhebung im Praxissetting stattfand. Es war für die Patienten nicht zumutbar, aus Studiengründen einen weiteren Psychiater zu konsultieren.

Die **Konstruktvalidität** wurde mithilfe einer Faktorenanalyse überprüft. Es kann festgehalten werden, dass beide faktorenanalytischen Überprüfungen einen Depressivitätsfaktor und einen Agoraphobiefaktor ergaben. Die ersten Faktoren erklären den größten Teil der Varianz, vergleicht man die Literatur anderer Selbstbeurteilungsinstrumente zeigt sich aber, dass dies keinesfalls unüblich ist (vgl. Franke, 1995).

Zur Anwendung kam das Verfahren der **Interkorrelationen** der Faktoren. Die Korrelationskoeffizienten lagen zwischen $r_{\min} = .54$ und $r_{\max} = .77$. Der geringste korrelative Zusammenhang findet sich zwischen Agoraphobie- und Depressivitätsfaktor, der höchste korrelative Zusammenhang findet sich bei Panik- und somatoformen Faktor. Dies könnte auf die hohen Symptomüberlappungen bei den Störungsbildern zurückzuführen sein. Eine hohe Skaleninterkorrelation findet sich auch beim SCL-90-R und lässt sich durch das ganzheitliche Konzept der Symptombelastung erklären. Einige Symptombereiche treten – ähnlich wie beim SCL-90-R – gemeinsam (quasi syndromal) auf.

Die **Kriteriumsvalidität** der LSAD wurde anhand der Korrelationen mit den Skalen der SCL-90-R überprüft. Die Somatisierungsskala korreliert am höchsten mit dem somatoformen Faktor der LSAD. Auch bei der Skala Depressivität (SCL-90-R) und dem Depressivitätsfaktor der LSAD zeigt sich eine hohe Korrelation. Der Agoraphobiefaktor (LSAD) weist die höchste Korrelation mit der Skala „phobische Angst“ der SCL-90-R auf und der Panikfaktor (LSAD) korreliert am höchsten mit der Skala „Ängstlichkeit“ (SCL-90-R). Der Zwangsfaktor (LSAD) korrelierte im mittleren Bereich mit der Skala Zwanghaftigkeit (SCL-90-R), aber ebenfalls mit den Skalen Psychotizismus und Unsicherheit.

Die **konvergente Validität** der LSAD wurde anhand der Korrelationen mit den Fremdbeurteilungsinstrumenten HAM-D und HAM-A berechnet. Die Hamiltonskala für Depression korrelierte am höchsten mit dem Depressivitätsfaktor der LSAD. Dies spricht nicht nur für eine hohe konvergente Validität der Skala, sondern auch für eine hohe Übereinstimmung zwischen der Selbst- und der Fremdbeurteilung. Die Hamiltonskala für Angst zeigte hohe Korrelationen zum Depressivitätsfaktor, zum somatoformen Faktor und zum Panikfaktor. Dies lässt sich beispielsweise mit der hohen Komorbiditätsrate von Angst und Depression erklären. Die hohe Korrelation zum somatoformen

Faktor könnte aufgrund des großen Anteils somatischer Symptome bei Angststörungen zurückzuführen sein.

Die **diskriminante Validität** wurde durch Gruppenvergleiche mithilfe des Mann-Whitney-U-Tests berechnet. Sie kann als gegeben angenommen werden, da sich die klinische Stichprobe (Patientenstichprobe) im Antwortverhalten signifikant von der Kontrollgruppe unterschied. Der Fragebogen LSAD diskriminiert zwischen einer klinischen und einer nicht-klinischen Population.

Insgesamt zeigen die Korrelationen sowie die Gruppenvergleiche zufrieden stellende Werte, sodass die Validität als gegeben betrachtet werden kann.

6.3 Anwendung

6.3.1 Deskriptive Statistiken und Verteilungscharakteristika der Skalen

Ein Vergleich der Verteilung der Antworthäufigkeiten über alle Items zeigte, dass die Kontrollgruppe öfter keine Symptome (Ausprägung 0) als die Patienten angaben, bzw. dass die Patienten höhere Ausprägungen (3 - 6) häufiger wählten als die Kontrollgruppe. Auch die Betrachtung der Verteilungscharakteristika auf Faktorebene zeigt, dass die Patienten sowohl mehr Symptome angaben als auch höhere Ausprägungen wählten.

6.3.2 Unterschiede zwischen Patienten und Kontrollgruppe

U-Tests für unabhängige Stichproben zeigten, dass zwischen den beiden Gruppen signifikante Unterschiede in der Beantwortung der Items bestanden. Das heißt, dass die LSAD zwischen gesunden Personen und solchen mit einer depressiven oder einer Angstsymptomatik unterscheiden kann.

6.3.3 Verlaufssensitivität

Die SCL-90-R eignet sich neben der Erhebung von Informationen zur Symptomatik auch zur Beobachtung und Überprüfung des Therapieverlaufs. Anhand der Korrelationen der LSAD-Faktoren mit den Skalen der SCL-90-R über vier Erhebungszeitpunkte wurde überprüft, inwieweit auch die LSAD als ein solches Verlaufsinstrument geeignet ist. Die Korrelationen zu den weiteren Erhebungszeitpunkten zeigen weiterhin hohe Werte. Zu berücksichtigen ist, dass die Patienten zu den weiteren Erhebungszeitpunkten die beiden Instrumente (SCL-90-R und LSAD) bereits kannten. Aufgrund der hohen Anzahl an Items und ihrer völlig unterschiedlichen Anordnung ist allerdings nicht davon auszugehen, dass die Patienten bewusst Teile des Fragebogens oder einzelne Items aufeinander abglichen.

Der Vergleich der mittleren Symptomausprägung bei Patienten, die zu jedem von vier Praxisbesuchen LSAD und SCL-90-R ausgefüllt hatten, zeigte über alle Items eine Abnahme der Symptomausprägung, wobei diese beim Panikfaktor am höchsten war, gefolgt von Agoraphobie-, Zwangs- und somatoformen Faktor. Beim Depressivitätsfaktor war die Abnahme der Symptome am geringsten.

Der Rückgang der Symptomatik kann als Hinweis gewertet werden, dass die aufgrund der durch LSAD und Erstgespräch gewonnenen diagnostischen Informationen gewählte Behandlung bei den Patienten anschlug. Dies spricht dafür, dass die LSAD auch nach Beginn einer Therapie (medikamentös und/oder psychotherapeutisch) und einer damit einhergehenden Veränderung der Stimmung und/oder der Symptome der Patienten ein valides Erhebungsinstrument ist.

6.4 Optimierungsmöglichkeiten

6.4.1 Itemauswahl

Die LSAD wurde immer wieder modifiziert und um weitere Items ergänzt, bis sie die in dieser Studie vorliegende Form hatte. In der statistischen Analyse und beim Vergleich von Patienten mit Kontrollpersonen hat sich gezeigt, dass nicht alle Items den Kriterien von Itemschwierigkeit (Symptomausprägung), Itemtrennschärfe, Diskriminierungsfähigkeit, Höhe der Faktorladungen (lädt ein Item auf anderen Faktoren annähernd ähnlich hoch) sowie einem Vergleich der hohen Ausprägungen zwischen Patienten und Kontrollpersonen genügen.

Beispielsweise ergab ein Mann-Whitney-U-Test auf Itemebene, dass 9 Items nicht signifikant zwischen Patienten und Kontrollgruppe unterscheiden. Jedoch müssen nicht alle 9 Items auf Grund dieses einen Kriteriums ausgeschlossen werden, sondern beispielsweise nur dann, wenn sie auch beim Vergleich der Symptomausprägung (3-6) bei Patienten und Kontrolle schlecht abschneiden. Es wäre aber zu überlegen, ob die in Tabelle 22 aufgeführten Items zugunsten von Länge und Qualität des Fragebogens aussortiert werden könnten, da sie in mehr als zwei Qualitätsmerkmalen unter der Kriteriumsgrenze liegen.

Tabelle 22: Items, die in mehr als zwei der Qualitätsmerkmale unter der Kriteriumsgrenze liegen.

Kriteriumsgrenzen: S = Symptomausprägung (Itemschwierigkeit) < 0.20, T = Trennschärfe < 0.5, UT = U-Test (Patienten vs. Kontrollen) $p > 0.05$, F = Faktorladung < 0.3, P/K = Vergleich der Symptomausprägung (3-6) bei Patienten und Kontrollen < 2.0

Nr.	ITEM	Qualitätsmerkmale				
		S	T	UT	F	P/K
14	Ich habe abgenommen (deutlich = mehr als 5% meines Gewichts), obwohl mir körperlich nichts fehlt	.11	.35	.15	.27	1,8
19	Ich habe mehr gegessen als sonst	.18	.21	.59	.22	1,7
35	Meine Hände waren eher feucht oder nasskalt	.17	.44	.35		
37	Ich verspürte ein unwillkürliches Zucken oder ziehen einiger Muskeln	.19	.48	.06		
60	... allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen	.08		.84		1,0
61	... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen	.07		.23		1,8
63	Gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben oder hätten mich in Angst versetzt, ich nähme einiges auf mich, um dem aus dem Weg zu gehen	.08	.41	.48		1,3
64	Ich verspürte einen Zwang, bestimmte Dinge in Alltag oder Beruf sinnlos oft überprüfen zu müssen	.16		.86		1,3

Ein Überblick über alle Qualitätskriterien der Items zeigt, dass die Items 14 und 19 in allen fünf Bereichen schlechter abschneiden. Item 63 schneidet in vier Kriterien schlechter ab. Die Items 35, 37, 60, 61 und 64 schneiden in drei Qualitätsmerkmalen schlechter ab. Alle acht Items weisen bei der Symptomausprägung sowie beim Vergleich von Patienten und Kontrolle einen geringen Wert auf.

6.4.2 Normierung

Die gegenwärtigen Auswertungsmöglichkeiten der LSAD lassen lediglich intraindividuelle Vergleiche zu, das heißt, der Zustand eines Patienten kann nur mit seinem früheren Zustand verglichen werden. Um die Ergebnisse in der LSAD interindividuell vergleichbar zu machen, ist eine Normierung notwendig. Dies geschieht über eine große Norm- oder Eichstichprobe, in der die soziodemografischen Daten berücksichtigt werden (Alter, Geschlecht, evtl. Bildungsstand). Die Häufigkeitsverteilung der Scores liefert dann Vergleichswerte für unterschiedliche Gruppen und ermöglicht so die Einordnung des Individuums im Vergleich zu anderen. (Schermele-Engel et al., 2006).

6.4.3 Weitere Versionen

Aufgrund des laufend zunehmenden Anteils anderssprachiger Mitbürger in den ambulanten Praxen ist es wichtig, auch anderssprachige Versionen von Selbstbeurteilungsinstrumenten vorliegen zu haben. Die LSAD existiert bereits in einer englischen und in einer französischen Version. Beide Versionen haben die Items der deutschsprachigen Version in ihrer Reihenfolge übernommen, so dass bei der Auswertung eventuell mangelnde Sprachkenntnisse keine Rolle spielen. Vorteilhaft

wären auch weitere fremdsprachliche Versionen für Patienten mit Migrationshintergrund, die häufig eine psychiatrische Praxis aufsuchen, beispielsweise für Türken.

Die unterschiedliche Wahrnehmung und Ausdrucksweise von Symptomen in anderen Kulturen könnte eine erneute Validierung und Normierung der jeweiligen LSAD-Version anhand einer entsprechenden Stichprobe erforderlich machen. Interessant wäre dabei die Betrachtung der Korrelationen von Selbst- und Fremdwahrnehmung. Eine solche Untersuchung könnte es darüber hinaus ambulanten Psychiatern oder Hausärzten ermöglichen, die kulturellen Besonderheiten ihrer ausländischen Patienten besser einzuschätzen.

Mittlerweile stehen viele Fragebogen auch in digitalisierter Form zur Verfügung. Während das Ausfüllen eines Fragebogens für den Patient nach wie vor in der „Pen-and-Paper“ Version sehr einfach ist, ist die computerisierte Auswertung solcher Fragebögen wesentlich einfacher und auch zeitlich ökonomischer. Dies würde auch eine unmittelbare Diagnosestellung und Rückmeldung an den Patienten erleichtern. Eine digitalisierte Version der LSAD mit Auswertungsprogramm steht mittlerweile zur Verfügung.

7 Zusammenfassung

Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 83 Millionen Menschen eine psychische Störung. Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, liegt bei über 50%. Depressive, somatoforme und Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Psychisch kranke Menschen suchen meist zunächst ihren Hausarzt, im besten Fall direkt einen fachlichen Kollegen auf. Diesen kommt die Aufgabe zu, in meist kurzer Zeit, die richtige Diagnose zu stellen und eine entsprechende Behandlung einzuleiten. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, werden zunehmend Screeninginstrumente, wie Symptomchecklisten, eingesetzt, um zeitlich ökonomisch ein Bild der vorliegenden Symptome zu erhalten. Es existiert bereits eine Vielzahl von solchen Screeninginstrumenten, meist mit störungsspezifischer Ausrichtung. Störungsübergreifende Screeningverfahren dagegen sind meist zeitlich aufwendig und erfordern weitere, fokussiertere Diagnostik. Angesichts des hohen Vorkommens von depressiven und Angsterkrankungen scheint eine Symptomcheckliste sinnvoll, welche eben diese Störungsbilder abbildet und sich dabei eng an die Kriterien von DSM-IV und ICD-10 anlehnt, um eine diagnostische Einschätzung zu erleichtern.

Ziel der vorliegenden Studie ist die Beurteilung der Validität eines für die Praxis entwickelten Fragebogens (LSAD – Liste für Symptome von Angst und Depression). Bei der LSAD handelt es sich um eine 68 Items umfassende Selbstbeurteilungs-Symptomcheckliste, welche neben der Intensität eines Symptoms auch die Häufigkeit seines Auftretens abfragt und deren Items sich an die in ICD-10 und DSM-IV operationalisierten Kriterien anlehnen. Das Instrument soll Hinweise auf ein Störungsbild ermöglichen, eine Einschätzung bezüglich der Schwere der Symptome zulassen sowie den Therapieverlauf abbilden.

Die LSAD wurde dahin gehend überprüft, ob sie die in ICD-10 und DSM-IV operationalisierten Kriterien der entsprechenden psychischen Störungen umfasst und ob sich die theoretisch konzipierten Bereiche (Depressivität, generalisierte Angst, Agoraphobie und Panik) faktorenanalytisch verifizieren lassen. Reliabilität und Validität der LSAD wurden teststatistisch berechnet. Ferner wurde die Eignung der LSAD für die Messung von Therapieverlauf und –erfolg überprüft, das heißt, ob die Symptomliste veränderungssensitiv ist.

Die Datenerhebung fand in einer psychiatrisch-neurologischen Praxis in München statt. Die Stichprobe umfasst für die Selbstbeurteilungslisten 776 Personen (Patientenstichprobe: 671, Kontrollstichprobe: 105), für die Fremdbeurteilungsinstrumente 98 Personen.

Ein **Vergleich** der DSM-IV- und ICD-10-Kriterien und der LSAD-Items ergab, dass sich die Diagnosekonzepte fast vollständig in den Items abbilden. Lediglich die Kriterien einer Panikstörung fanden sich nicht vollständig in den Items der LSAD. Eine **Faktorenanalyse (Konstruktvalidität)**

konnte die theoretisch konstruierten Bereiche (Depressivität, Agoraphobie, generalisierte Angst und Panik) nicht verifizieren. Sie ergab fünf inhaltlich sinnvoll zu interpretierende Faktoren („Depressivitätsfaktor“, „somatoformer Faktor“, „Agoraphobiefaktor“, „Panikfaktor“ und „Zwangsfaktor“). Ein eigener Stressfaktor konnte nicht gefunden werden. In der **Itemanalyse** fanden sich einige Items, die den Kriterien von Item-Trennschärfe und Item-Schwierigkeit nicht gerecht wurden und daher unter Umständen eliminiert werden könnten (s.u.).

Zur Berechnung der **Reliabilität** wurde die Methode der Test-Halbierung sowie die Berechnung der internen Konsistenz (cronbachs α) benutzt. Die interne Konsistenz (cronbachs α) sowie die Test-Halbierungs-Reliabilität wiesen Werte zwischen $\alpha = .77$ und $\alpha = .96$ auf. Das heißt, dass die Reliabilität des Verfahrens als gegeben angenommen werden kann.

Die **Interkorrelation** der Faktoren lag zwischen $r_{\min} = .54$ und $r_{\max} = .77$. Der geringste korrelative Zusammenhang fand sich zwischen dem Depressivitäts- und Agoraphobie- sowie dem Depressivitäts- und Zwangsfaktor. Der höchste korrelative Zusammenhang fand sich zwischen dem Panik- und somatoformen Faktor.

Die **Validität** des Verfahrens wurde mittels Korrelationsberechnungen zwischen LSAD und SCL-90-R sowie zwischen LSAD und den Hamiltonskalen überprüft. Bei den Korrelationen zwischen LSAD und SCL-90-R (**Kriteriumsvalidität**) ergab sich eine hohe Korrelation zwischen dem somatoformen Faktor der LSAD und der Somatisierungsskala der SCL-90-R ($r = .81$) und auch zwischen dem Depressivitätsfaktor der LSAD und der Skala Depressivität (SCL-90-R) ($r = .88$). Der Agoraphobiefaktor (LSAD) korrelierte am höchsten mit der Skala „phobische Angst“ der SCL-90-R ($r = .80$) und der Panikfaktor (LSAD) mit der Skala „Ängstlichkeit“ (SCL-90-R) ($r = .82$). Der Zwangsfaktor (LSAD) korrelierte im mittleren Bereich ($r = .59$) mit der Skala Zwanghaftigkeit (SCL-90-R), aber auch mit den Skalen Ängstlichkeit ($r = .60$) und Psychotizismus (SCL-90-R) ($r = .61$). Das bedeutet, dass die Kriteriumsvalidität für den somatoformen Faktor, den Depressivitätsfaktor, den Agoraphobiefaktor und den Panikfaktor als gegeben angesehen werden kann.

Bei den benutzten Fremdbeurteilungsinstrumenten (**konvergente Validität**) korrelierte die Hamiltonskala für Depression am höchsten mit dem Depressivitätsfaktor der LSAD ($r = .62$). Die Hamiltonskala für Angst korrelierte ähnlich hoch mit dem Panikfaktor ($r = .69$), dem somatoformen Faktor ($r = .67$) und dem Depressivitätsfaktor ($r = .65$). Das bedeutet, dass die konvergente Validität bedingt gegeben ist.

Gruppenunterschiede (diskriminante Validität) zwischen der Patientenstichprobe und der Kontrollstichprobe wurden mittels Mann-Whitney-U-Test berechnet. Alle Faktoren unterschieden signifikant zwischen den Gruppen ($W = 22093,5$ bis $W = 33529,0$).

Die **Verlaufssensitivität** wurde ebenfalls über Korrelationen zwischen LSAD und SCL-90-R über vier Erhebungszeitpunkte berechnet. Die Korrelationen zeigten zu allen Erhebungszeitpunkten hohe Werte ($r = .60$ bis $r = .90$).

In der Diskussion wurde zur **Optimierung** der LSAD die Eliminierung von Items vorgeschlagen, die mehreren Qualitätskriterien nicht genügten (Symptomausprägung bzw. Itemschwierigkeit, Itemtrennschärfe, Mann-Whitney-U-Test [Patienten vs. Kontrollpersonen], Faktorladung, Vergleich der Symptomausprägung bei Patienten und Kontrollen). Die LSAD würde sich dadurch um 8 Items auf 60 Items verkürzen. Allerdings sind die Items Bestandteile der ICD-10- und DSM-IV-Kriterien.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die LSAD entspricht den in ICD-10 und DSM-IV vorgegebenen Diagnosekonzepten. Sie ist ein reliables und valides Selbstbeurteilungsinstrument, welches den statistischen Anforderungen genügt. Sie kann als valide Symptomcheckliste erste diagnostische Hinweise für die Behandlung von Patienten liefern und zur Beobachtung des Therapieverlaufs eingesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- Amelang, M.; Zielinski, W. (1994). *Psychologische Diagnostik und Intervention*. Berlin, Heidelberg: Springer-Lehrbuch, Springer-Verlag
- Amelang, M.; Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention*, 4. Auflage, Heidelberg: Springer-Verlag
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*, deutsche Bearbeitung und Einleitung: H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig, (1996). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV-TR* (4th edition, Text Revision). American Psychiatric Association. Washington DC
- Angst, J. (1990). *Depression and Anxiety: A Review of Studies in the Community and in Primary Health Care*. In N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lecrubier and U. Wittchen (Eds.). *Psychological Disorders in General Medical Settings* (S. 60-68). Toronto, Lewiston, New York, Bern, Göttingen, Stuttgart: Hogrefe & Huber Publishers.
- Anseau, M.; Dierick M.; Buntinx, F.; Cnockaert, P.; De Smedt, J.; Van den Haute, M.; Vander Mijnsbrugge, D. (2004). *High prevalence of mental disorders in primary care*. *Journal of Affective Disorders*, 78, S. 49-55.
- Asvall, J.E. (2001). *Can we turn the table on depression?* In A. Dawson, A. Tylee (Eds.). *Depression: Social and economic timebomb* (S. 3-8). London: BMJ Books.
- Bandelow, B. (2003). *Hamilton-Angstskala (HAM-A)*. In J. Hoyer, J. Margraf (Hrsg). *Angstdiagnostik* (S. 138 -139). Berlin: Springer
- Bech, P.; Rafaelson, O.J. (1986). *The melancholia scale. Development, consistency, validity and utility*. In N. Sartorius, T.A. Ban. (Eds.) *Assessment of depression*. Berlin-Heidelberg: Springer
- Beck, A.T.; Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory (BDI) – Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Beck, A.T.; Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory - Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt
- Beck, A.T.; Steer, R.A.; Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory II – Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation
- Blascovich, J.; Loomis, J.; Beall, A.; Swinth, K.; Hoyt, C.; Bailenson, J. (2002). *Immersive virtual environment technology as a methodological tool for social psychology*. *Psychological Inquiry*, 13, S. 103-24
- Borkenau, P. (2006). *Selbstbericht*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S.135-142). Göttingen: Hogrefe
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Bortz, J.; Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Heidelberg: Springer

- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D. & Petermann, F. (Hrsg.) (2002). *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*, 3.Aufl., Göttingen: Hogrefe
- Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hrsg) (2003). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (2. unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Brieger, P. (2007). *Komorbidität*. In A. Rohde, A. Marneros (Hrsg) (2007). *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 503-511). Stuttgart: Kohlhammer
- Brugha, T.; Bebbington, P.E.; Jenkins, R. (1999). *A difference that matters: comparisons of structured and semi-structured psychiatric diagnostic interviews in the general population* (editorial). *Psychological Medicine*, 29, S.1013-1020
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom – Theorie der inneren Erschöpfung*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag
- Burisch, M. (2006). *Das Burnout-Syndrom*. Heidelberg: Springer-Medizin Verlag
- Caspi, A.; Sugden, K.; Moffitt, T.E.; Taylor, A.; Craig, I.W.; Harrington, H.; McClay, J.; Mill, J.; Martin, J.; Braithwaite, A.; Poulton, R. (2003). *Influence of life stress on depression.: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene*. *Science*, 301, S. 386-389
- Chambless, D.; Caputo, G.C.; Bright, P.; Gallagher, R. (1984). *Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensation Questionnaire and the Agoraphobic Cognition Questionnaire*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, S. 1090-1097
- Chambless, D.; Caputo, G.C.; Jasin, F.E.; Gracley, E.J.; Williams, C. (1985). *The mobility inventory for agoraphobia*. *Behaviour Research and Therapy*, 23, S. 35-44
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in Human Service Organisations*. New York: Praeger Publishers
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum- (CIPS) (2005). *Internationale Skalen für die Psychiatrie* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Daseking, M.; Petermann, F. (2006). *Anamnese und Exploration*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S. 242-250). Göttingen: Hogrefe
- Davison, G. C.; Neale, J.M.; Hautzinger, M. (Hrsg) (2002). *Klinische Psychologie*. Beltz: Weinheim
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (Hrsg). 2005. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Auflage). Bern: Hans Huber Verlag
- Edelwich, J.; Brodsky, A. (1984). *Ausgebrannt. Das Burnout-Syndrom in den Sozialberufen*. Salzburg: AVM Verlag
- Ehlers, A. (1986). *Angst-Sensitivitäts-Index (ASI)*. Universität Marburg: unveröffentlichtes Manuskript
- Ehlers, A.; Margraf, J. (1993). „Angst vor der Angst“: *Ein neues Konzept in der Diagnostik der Angststörungen*. *Verhaltenstherapie*, 3, S. 14-24

- Ehlers, A.; Margraf, J.; Chambless, D. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung* (2., überarb. und neunorm. Aufl.). Göttingen: Beltz-Test
- Eid, M.; Nussbeck, F.W.; Lischetzke, T. (2006). Multitrait-Multimethod-Analyse. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S.332-345). Göttingen: Hogrefe
- Enzmann, D.; Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden – Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag
- Eskandari, F.; Martinez, P.E.; Torvik, S.; Phillips, T.M.; Sternberg, E.M.; Mistry, S.; Ronsaville, D.; Wesley, R.; Toomey, C.; Sebring, N.G.; Reynolds, J.C.; Blackman, M.R.; Calis, K.A.; Gold, P.W.; Cizza, G.; (2007) *Low Bone Mass in Premenopausal Women with Depression*. *Arch Intern Medicine* 167 (21): 2329-2336
- Faravelli, C.; Abrari, L.; Bartolozzi, D.; Cecchi, C.; D'Adamo, D.; Lo Iacono, B.; Ravaldi, C.; Scarpato, M.A.; Truglia, E.; Rosi, S. (in press). *The Sesto Fiorentino Study: background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers*. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Fehm, L. (2003). Angstsensitivitätsindex (ASI). In J. Hoyer; J. Margraf (Hrsg). *Angstdiagnostik* (S. 109-112). Berlin: Springer
- Franke, G. (1995). *SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version, Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Franke, G. (2002). *SCL-90-R Die Symptom-Checkliste von Derogatis – deutsche Version, Manual* (2. Auflage). Göttingen: Beltz Test GmbH
- Freudenberger, H.; North, G. (1994). *Burnout bei Frauen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH
- Fuchs, T. (1998). *Psychologie und Medizin Band 4 - Entwicklung und Validierung eines katamnestischen Fragebogens – der Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung*. Witterschlick/Bonn: Verlag M. Wehle
- Fydrich, T. (2003). *Soziale-Phobie-und-Angst-Inventar (SPAI)*. In J. Hoyer; J. Margraf (Hrsg). *Angstdiagnostik* (S. 307-310). Berlin: Springer
- Fydrich, T.; Renneberg, B. (2007). *Soziale Phobie*. In W. Hiller; E. Leibing; S. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3 Verhaltenstherapie* (S. 249-259). München: CIP-Medien Verlag
- Gebert, S. (2004). *Entwicklung und Validierung eines Fragebogeninstrumentes zur Erfassung der Lebensqualität für Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch*. Tübingen, Universitäts-Frauenklinik. Diss.
- Gerlicher, R. (2002). *Psychiatrische und psychometrische Befunde bei PatientInnen mit Chronic Fatigue Syndrom*. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Diss.
- Green, R.C.; Cupples, L.A.; Kurz, A.; Auerbach, S.; Go, R.; Sadovnick, D.; Duara, R.; Kukull, W.A.; Chui, H.; Edeki, T.; Griffith, P.A.; Friedland, R.P.; Bachman, D.; Farrer, L.; (2003). *Depression as a Risk Factor of Alzheimer Disease*. *Arch Neurol*. 2003; 60:753-759.

- Hahn, S.R.; Kroenke, K.; Williams, J.B.W.; Spitzer, R.L. (2000). *Evaluation of mental disorders with the Prime-MD*. In M.-E. Maruish. (Ed.). *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (S. 191-254). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hamilton, M.(1959). *The Assessment of Anxiety States by Rating*. *British Journal of Medical Psychology*, 32, S. 50-55
- Hamilton, M. (1960). *A rating scale for depression*. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, S.56-62
- Hamilton, M.(1969). *Diagnosis and Rating of Anxiety*. In: Lader, M.H. (Ed.): *Studies of Anxiety*. *Brit. J. Psychiat.*, Spec. Pub. 3, S. 76-79
- Hamilton, M. (1976). *048 HAMA. Hamiton Anxiety Scale*. In: Guy, W. (Ed): *ECDEU Assessment Manual of Psychopharmacology*. Rev. Ed. Rockville, Maryland, S. 193-198
- Hamilton, M. (1986). *The Hamilton Rating scale for depression*. In N. Sartorius, T.A. Ban (Eds.) *Assessment of depression*. New York-Berlin: Springer
- Hautzinger, M.; Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Göttingen: Beltz Test
- Hautzinger, M.; Bailer, M.; Worrall, H.; Keller, F. (1995). *Das Beck Depressionsinventar (BDI)* (Neuaufgabe 2001). Bern: Huber
- Hautzinger, M.; Bailer, M. (1999). *Das Inventar depressiver Symptome (IDS)*. Universität Tübingen, Psychologisches Institut (unveröffentlichte Testbeschreibung)
- Hautzinger, M.; Meyer, T.D. (2003). *Diagnostik affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe
- Hautzinger, M.; Meyer, T.D.; (2006). *Depressionsdiagnostik*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S. 540-549). Göttingen: Hogrefe
- Hautzinger, M.; Linden, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual* (6. Auflage). Heidelberg: Springer-Verlag
- Hautzinger, M. (2007). *Depressive und bipolare affektive Störungen*. In W. Hiller; E. Leibing; S. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3 Verhaltenstherapie* (S. 217-229) . München: CIP-Medien Verlag,
- Herrmann, C.; Buss, U.; Snaith, R.P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version*. Bern: Huber
- Hessel, A.; Schumacher, J.; Geyer, M.; Brähler, E. (2001). *Symptomcheckliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe*. *Diagnostica*, 47, S. 27-39
- Hiller, W.; Zaudig, M.; v. Bose, M. (1989). *The overlap between depression and anxiety on different levels of psychopathology*. *Journal of Affective Disorders*, 16, S. 223-231
- Hodgson, R.J.; Rachman, S. (1977). *Obsessional-Compulsive complaints*. *Behaviour Research and Therapy*, 12, S. 319-395

- Hossiep, R.; Wottawa, H. (1993) *Diagnostik*. In Schorr, A. (Hrsg.) Handwörterbuch der angewandten Psychologie. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, S. 131-136
- Hoyer, J.; Gräfe, K. (1999). *Meta-Kognitions-Fragebogen*. Technische Universität Dresden: unveröffentlichtes Manuskript
- Hoyer, J.; Margraf, J. (Hrsg). (2003). *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer
- Hoyer, J.; Helbig, S.; Margraf, J. (2005). *Diagnostik der Angststörungen*. Göttingen: Hogrefe
- Hoyer, J. (2006). *Angstdiagnostik*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). Handbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe, S. 531-539
- Jacobi, F.; Wittchen, H.-U.; Höltling, C.; Höfler, M.; Pfister, H.; Müller, N.; Lieb, R. (2004a). *Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS)*. Psychological Medicine, 34, S. 597-611
- Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H.-U. (2004b). *Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (47) S. 736 - 744
- Jacobi, F. (2008). *Psychische Störungen als Kostenfaktor in der Arbeitswelt. Symposium „psychisch krank im Job – Lösungen für die Praxis“*, Berlin, 06.10.2008
- Jäger, R.S.; Petermann, F. (1992) *Psychologische Diagnostik* (2. unveränderte Auflage). Weinheim: psychologische Verlagsunion
- Jäger, R.S.; Petermann, F. (1999). *Einleitung*. In R.S. Jäger & F. Petermann (Hrsg), Psychologische Diagnostik (4. Aufl., S.11-13). Weinheim: Beltz/PVU
- Jäger, R.S. (2006). *Diagnostischer Prozess*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). Handbuch der psychologischen Diagnostik (S. 89-96). Göttingen: Hogrefe
- Johnson, M.H.; Magaro, P.A.; Stern, S. (1986). *Use of the SADS-C as a diagnostic and symptom severity measure*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 54(4), Aug 1986, S.546-551
- Kessler, RC.; McGonagle, K.; Zhao, S.; Nelson, C.; Hughes, M.; Eschleman, S.; Wittchen, H-U.; Kendler, KS. (1994). *Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry; 51; S.8-19
- Kirschbaum, C. (Hrsg); Hellhammer, D. (Hrsg); 1999. *Enzyklopädie der Psychologie: Biologische Psychologie - Band 3*. Göttingen: Hogrefe
- Koehler, K.; Saß, H. (1984). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM III – Deutsche Bearbeitung und Einführung – Übersetzt nach der dritten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Kranz, H. (1979). *Einführung in die klassische Testtheorie*. Frankfurt am Mai: Klotz Verlag

- Kubinger, K.D. (2003). Objektiver Persönlichkeitstest. In K.D. Kubinger & R.S. Jäger (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der psychologischen Diagnostik* (S. 304-309). Weinheim: Beltz/PVU
- Lader, M. H.; Marks, I.M.(1974). *The Rating of Clinical Anxiety*. Acta Psychiat. Scand., 50, S.112-137
- Laux, L.; Glanzmann, P.; Schaffner, P.; Spielberger, C.D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaption*. London: Oxford University Press
- Leibing, E.; Hiller, W.; Sulz, S. (Hrsg.).(2007) *Lehrbuch der Psychotherapie*, Band 3 Verhaltenstherapie. München: CIP-Medien Verlag
- Lieb, R.; Müller, N. (2002). *Epidemiologie und Komorbidität der sozialen Phobie*. In T. Fydrich, U. Stangier(Hrsg). Soziale Phobie und Soziale Angststörung. Göttingen: Hogrefe, S. 34-63
- Liebowitz, M.R. (1987). *Social Phobia. Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, S.141-173
- Lienert, G.; Raatz U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz Psychologische Verlagsunion
- Linden, M.; Maier, W.; Achberger, M.; Herr, R.; Helmchen, H.; Benkert, O. (1996). *Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in den Allgemeinarztpraxen in Deutschland*. Nervenarzt, 67, S. 205-215.
- Maier, W.; Linden, M.; Sartorius, N. (1996). *Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: Ergebnisse und Schlussfolgerungen einer WHO-Studie*. deutsches Ärzteblatt, 93(18)
- Mancuse, DM.; Townsend, MH.; Mercante, D. (1993). *Longterm follow-up of generalized anxiety disorder*. Compr Psychiatry; 34; S.441-446
- Maslach, C.; Jackson, S.E. (1981) *The Measurement of Experienced Burnout*. In: Journal of Occupational Behavior. 2, S. 99-113.
- Maslach, C.; Schaufeli, W. (1993). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. Washington: Taylor und Francis Inc.
- Maslach, C.; Leiter, M. (2001). *Die Wahrheit über Burnout: Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien: Springer-Verlag
- Mattick, R.P.; Clarke, J.C. (1998). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Behaviour Research and Therapy, 20, S.3-23
- Meis, M. (1998). *Zur Wirkung von Lärm auf das Gedächtnis: Explizite und implizite Erinnerungsleistungen fluglärmexponierter Kinder im Rahmen einer medizinpsychologischen Längsschnittstudie*. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Diss.
- Meyer, T.J.; Miller, M.L.; Metzger, R.L.; Borkovec, T.D. (1990). *Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire*. Behaviour Research and Therapy, 28, S. 487 - 495
- Michels-Lucht, F. (2005). *Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zu körperlichen Aspekten von Ausdruck, Scham und Abgrenzung*. Greifwald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität. Diss.

- Möbius, J.; Margraf, J. (2003). *Beck Angstinventar*. In J. Hoyer; J. Margraf (Hrsg), *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren* (S. 117-120). Berlin: Springer
- Möller, H.-J.; Engel, R. (1999). *Standardisierte psychiatrische Befunderhebung*. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter, N. Sartorius (Hrsg), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 2. Berlin: Springer
- Möller, H.-J. (2002). *Psychiatrie, ein Leitfaden für Klinik und Praxis* (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer
- Möller, H.-J.; Laux, G., Kapfhammer, H.P. (2005). *Psychiatrie & Psychotherapie* (2.Auflage). Heidelberg: Springer
- Montgomery, S.A.; Asberg, A. (1989). *MADR-Skala zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome*. Erlangen: perimed
- Moosbrugger, H.; Höfling, V. (2006). *Teststandards*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S. 407-419). Göttingen: Hogrefe,
- Morschitzky, H. (2004). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe*. Wien: Springer
- Mühlig, S.; Petermann, F. (2006). *Grundprinzipien multimethodaler Diagnostik*. In F. Petermann; M. Eid. (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S.99- 108) . Göttingen: Hogrefe
- Mummendey, H.D. (2003). *Die Fragebogenmethode* (4., unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Munsch, S.; Schneider, S.; Margraf, J. (2007). *Panikstörung und Agoraphobie*. In W. Hiller; E. Leibing; S. Sulz. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3 Verhaltenstherapie* (S. 231-240) . München: CIP-Medien Verlag,
- Murray, C.J.L.; Lopez, A.D. (1997). *Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global burden of disease study*. *Lancet*, 349, S. 1436-1352.
- Neumann, P. (2000). *Markt- und Werbepsychologie. Band 1, Grundlagen*. Gräfelfing: Fachverlag Wirtschaftspsychologie
- Neyer, F.J. (2006). *Fremdbericht*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S. 143-150). Göttingen: Hogrefe
- Ownby, R.L.; Crocco, E.; Acevedo, A.; John, V.; Loewenstein, D.; (2006). *Depression and Risk for Alzheimer Disease*. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:530-538.
- Petermann, F; Eid, M. (Hrsg), (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe
- Pines, A. M.; Aronson, E.; Kafry, D. (1993). *Ausgebrannt – vom Überdruss zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Pines, A. M.; Aronson, E.; Kafry, D. (2006). *Ausgebrannt: Vom Überdruss zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Kellt-Cotta Verlag
- Rammstedt, B. (2006). *Fragebogen*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S. 78-88). Göttingen: Hogrefe,

- Reinecker, H. (1998). *Zwänge. Diagnose, Theorien und Behandlung* (2. Aufl.). Bern: Huber
- Reiss, S.; Peterson, R.A.; Gurskey, D.M.; McNally, R.J. (1986). *Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness*. Behaviour Research and Therapy, 24, S.1-8
- Rogers, R.; Jackson, R.; Salekin, K.; Neumann, C.; (2003). *Assessing axis I symptomatology on the SADS-C in two correctional samples: The validation of subscales and a screen for malingered presentations*. Journal of personality assessment, Vol. 81, N° 3, S. 281-290
- Rohde, A.; Marneros, A. (Hrsg.) (2007). *Geschlechtsspezifische Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer
- Rook, M. (1998). *Theorie und Empirie in der Burn-out Forschung*. Hamburg: Kovac Verlag
- Rush, A.J.; Giles, D.E.; Schlessler, M.A.; Fulton, C.L.; Weissenburg, J.; Burns, C. (1986). *The inventory for depressive symptomatology (IDS)*. Psychiatry Research, 18, S. 65-87
- Rutz, W. (1999). *Improvement of care for people suffering from depression: The need for comprehensive education*. International Clinical Psychopharmacology, 14 (Suppl. 3), S. 27-33.
- Schaer, H. (2006). *Körperdismorphophobie. Evaluation und Validierung des Fragebogeninstruments BDD-MM (body-dismorphic-disorder – munich modul)*. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Diss.
- Schaufeli, W.B. (1998). *The Burnout Companion to study and practice*. London: Taylor & Francis
- Schermelleh-Engel, K.; Kelava, A.; Moosbrugger, H. (2006). *Gütekriterien*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). Handbuch der psychologischen Diagnostik (S. 420-433). Göttingen: Hogrefe
- Schulz, P.; Schlotz, W. (1999). *Das Trier Inventar zur Erfassung von chronischem Stress: TICS. Skalenkonstruktion, teststatistische Überprüfung und Validierung der Skala Arbeitsüberlastung*. Diagnostica 45, S. 8-19
- Seidscheck, I. (2006). *Screening zur Komorbidität von Depression in der Primärversorgung: Validität zweier Screeninginstrumente zur Komorbiditätsdiagnostik (Angst- und somatoforme Störungen)*. München: Ludwig-Maximilians-Universität. Diss.
- Spitzer und Endicott (1978). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – change version*,
- Spitzer, R.L.; Williams, J.B.W.; Kroenke, K.; Linzer, M.; Hahn, S.R.; deGruy, F.V.; Brody, D. (1994). *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study*. Journal of the American Medical Association, 272, S.1749-1756
- Stangier, U.; Heidenreich, T.; Berardi, A.; Golbs, U.; Hoyer, J. (1999). *Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS)*. Zeitschrift für klinische Psychologie, 28, S. 28-36
- Stangier, U.; Heidenreich, T.; Peitz, M. (2003). *Soziale Phobien. Ein Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz Verlag
- Stieglitz, R.D.; Smolka, M.; Bech, P.; Helmchen, H. (1998). *Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS)*. Göttingen: Hogrefe

- Stöber, J. (1995). *Besorgnis: Ein Vergleich dreier Inventare zur Erfassung allgemeiner Sorgen*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 16, S. 50-63
- Tallis, F.; Eysenck, M.W.; Mathews, A. (1992). *A Questionnaire for the measurement of non-pathological worry*. Personality and Individual Differences, 13, S.161-168
- Taylor, S.; Cox, B.J. (1998). *An expanded Anxiety Sensitivity Index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample*. Journal of Anxiety Disorders, 12, S. 463-483
- Tylee, A. (1999). *Depression in the Community: Physician and Patient Perspective*. Journal of Clinical Psychiatry, 60 (Suppl.7), S. 12-16.
- Wagner-Link, A. (2006). *Der Stress – TK-Broschüre zur gesundheitsbewussten Lebensführung*. Hamburg: Techniker Krankenkasse
- Wenchel, K. (2001). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz*. Berlin: Schmidt Erich Verlag
- Werth, L.; Strack, F. (2006). *Kognitionspsychologische Grundlagen der Psychologischen Diagnostik*. In F. Petermann; M. Eid (Hrsg) (2006). *Handbuch der psychologischen Diagnostik* (S. 78-88). Göttingen: Hogrefe
- Wittchen, H.-U.; Beloch, E.; Garczynski, E.; Holly, A.; Lachner, G.; Perkonigg, A.; Pfütze, E.-M.; Schuster, P.; Vodermaier, A.; Vossen, A.; Wunderlich, U.; Ziegglänsberger, S. (1996). *Münchener Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI, paper-pencil 2.2 2/95)*. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, klinisches Institut (Eigendruck).
- Wittchen, H.-U.; Üstün, T.B.; Kessler, R.C. (1999). *Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters?* Editorial. Psychological Medicine, 29 (5), S. 1021-1027
- Wittchen, H.-U. (2000). *Die Studie "Depression 2000". Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen*. Fortschritte der Medizin, Sonderheft I/2000, 1-3.
- Wittchen, H.-U.; Jacobi, F. (2001). *Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44(10), S.993-1000
- Wittchen, H.-U. (2005). *Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Größenordnung und Belastung*. ECNP-Pressemitteilung anlässlich des 1. deutschen Präventionskongresses
- Wittchen, H.-U.; Jacobi, F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies*. European Neuropsychopharmacology, 15 (4), S. 357-376
- Wittchen, H.-U.; Jönsson, B.; Olesen, J. (2005). *Editorial: towards a better understanding of the size and burden and cost of brain disorders in Europe*. European Neuropsychopharmacology, 15 (4), S. 355-356
- Yusuf, S.; Hawken, S.; Ounpuu, S.; Dans, T.; Avezum, A.; Lanas, F.; McQueen, M.; Budaj, A.; Pais, P.; Varigos, J.; Lisheng, L. (2004). *Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case control study*. The Lancet, Volume 364, Issue 9438, S. 937 - 952
- Zaworka, W.; Hand, I.; Jauernig, G.; Lünenschloß, K. (1983). *Hamburger Zwangsinventar (HZI)*. Weinheim: Beltz-Test

Zerssen, D.v. (1976). *Die Depressionsskala (D-S)*. Göttingen: Beltz-Test

Zubrägl, D.; Bär, T.; Linden, M. (2007). *Generalisierte Angststörung*. In W. Hiller; E. Leibing; S. Sulz (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3 Verhaltenstherapie* (S. 261-271) . München: CIP-Medien Verlag

Zander, K.-J., Eich, (1986). Liste für Symptome von Angst und Depression – LSAD. unveröffentlicht

Literatur im Internet

Lieb, K.; Jacob, G.; <http://www.medfuehrer.de/cms/?f=5&n=2&ns=0&sn=4&printmode=1&>;
20.02.2009

Piesbergen, C.; <http://www.paed.uni-muenchen.de/~chris/dsm4.htm>; 25.09.07

Anhang

Verwendete Fragebogen

LSAD

Beschwerde Fragebogen Liste für Symptome von Angst und Depression

Sie lesen hier eine Reihe von Aussagen, die Menschen über ihre Probleme und Beschwerden machen können. Bitte überlegen Sie, in welcher Weise jede Aussage für Sie im Verlauf der letzten Woche zutraf.

gelegentlich	steht auch für: selten, manchmal, zeitweilig
öfter	steht zum Beispiel auch für: an mehr als ca. 1/3 der Zeit oder der Tage
fast immer	steht auch für: an mehr als ca. 2/3 aller Tage, sehr oft, ununterbrochen

Bei der Frage nach dem Schweregrad der Beschwerde (wie sehr? mäßig, deutlich, sehr stark?) bedenken Sie bitte Ihre gesamten Erfahrungen mit möglichen Ausprägungen der jeweiligen Beschwerde.

Selbstverständlich werden all Ihre Informationen vertraulich behandelt.

weiblich: Volksschule/Grundschule: Alter:
männlich: Hauptschule/Realschule:
Gymnasium:

z.Z. unter Belastung (Trennung, Umzug usw.)?: ja nein

z.Z. in psychologischer oder nervenärztlicher Behandlung, bzw. Einnahme von Medikamenten gegen seelische Beschwerden? ja nein

Trifft die folgende Aussage im Hinblick auf die vergangene Woche auf Sie zu?	Wie oft?				Wie sehr?				
	nie	gelegentlich	öfter	fast immer	nie	gelegentlich	öfter	fast immer	
	0	1	2	3	0	1	2	3	
1. ich hatte Blähungen oder Verstopfung	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
2. ich bin ins Grübeln versunken, sehe nur Negatives	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
3. Ich neigte dazu, aufzugeben. Meine Zukunft ist aussichtslos	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühlte mich hilflos und ratlos	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
5. Ich war innerlich wie versteinert, hatte keine Gefühle mehr	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
6. Ich verspürte eine tiefe quälende Lebensangst	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühlte mich sehr ernst, bedrückt, tief am Boden, schwermütig oder traurig	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
8. Eigentlich konnte mich nichts mehr ermuntern oder freuen	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
9. Ich wachte früher auf als sonst und konnte nicht wieder einschlafen	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
10. Gegen Abend fühlte ich mich besser	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
11. Eigentlich hat mich nichts mehr interessiert (z.B. auch Menschen, die mir nahe stehen)	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
12. Ich war in allem langsamer als sonst, redete weniger, brachte weniger zustande	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
13. Eigentlich hatte ich keinen Appetit oder ich habe weniger gegessen als sonst	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe abgenommen (deutlich = mehr als 5% meines Gewichts), obwohl mir körperlich nichts fehlt	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
15. Zu allem fehlten mir Energie und Antrieb	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
16. Ich habe versagt und fühlte mich geradezu wertlos	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
17. Ich machte mir Vorwürfe und fühlte mich irgendwie schuldig, auch wenn andere dem widersprachen	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
18. Ich dachte daran, mein Leben zu beenden	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe mehr gegessen als sonst	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
20. Ich habe mehr geschlafen als sonst	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
21. Es war schwierig, ein- oder durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
22. Ich konnte mich nicht richtig konzentrieren oder mich für etwas entscheiden	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
23. Ich fühlte mich unausgeglichen und reizbar	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
24. Ich war so unruhig, dass ich kaum still sitzen konnte	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
25. Ich fühlte mich eher erschöpft und rasch ermüdet	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
26. Ich fühlte mich innerlich unruhig und nervös	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>
27. Mein Selbstvertrauen war eher angegriffen	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>	--	<input type="checkbox"/>

		
	0 1 2 3	0 1 2 3
28. Ich fühlte mich im allgemeinen ängstlich und unsicher	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
29. Ich war in vielleicht übertriebener Sorge über verschiedene Lebensumstände, z.B. berufliche, finanzielle, familiäre oder auch partnerschaftliche	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
30. Ich befürchtete, dass mir oder jemandem, der mir nahe steht, irgendein Unheil droht	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
31. Ich fühlte mich gespannt: aus geringem Anlass konnte ich erschrecken, mich aufregen oder plötzlich weinen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
32. Ich hatte verspannte Muskel, ein Druckgefühl im Kopf, Kreuz- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
33. Ich spürte einen Druck oder eine Art Kloß im Hals	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
34. Bei starker Spannung hatte ich einen trockenen Mund	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
35. Meine Hände waren eher feucht oder nasskalt	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
36. Ich hatte eine nervöse Blase, vermehrt Harndrang	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
37. Ich verspürte ein unwillkürliches Zucken oder Ziehen einiger Muskeln	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
38. Ich habe gezittert oder innerlich gebebt	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
39. Ich hatte Durchfälle	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
40. Mir wurde plötzlich übel, unwohl vom Magen her	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
41. Ich fühlte mich benommen und schwindelig	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
42. Es überlief mich heiß oder eiskalt	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
43. Ich hatte Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
44. Ich hatte Atembeklemmungen oder meinte, zu ersticken	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
45. Ich hatte plötzlich Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
46. Ich verspürte plötzlich ein Herzstolpern	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
47. Ich hatte ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
48. Ich habe vor Aufregung so heftig geatmet, dass ich fast das Bewusstsein verlor	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
49. Ich hatte plötzlich Schwächegefühle, und meinte, zusammenzubrechen oder das Bewusstsein zu verlieren	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
50. Ich hatte Taubheitsgefühle oder spürte ein Kribbeln im Gesicht, an Händen und an Füßen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
51. Ich empfand plötzlich alles wie unwirklich und fremd, manchmal vielleicht auch Teile meines Körpers	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
52. Ich geriet plötzlich in einen Zustand von höchster Angst und Panik, ohne dass dazu irgendein Anlass vorlag	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
53. Ich hatte plötzlich Todesangst	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
54. Ich hatte plötzlich Angst, „verrückt“ zu werden, oder die Kontrolle zu verlieren	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>

55. Ich verlor plötzlich den inneren Halt und geriet in Panik in ganz alltäglichen Situationen mit Leuten, z.B. auf der Straße, im Kino, im Kaufhaus oder vor der Kasse	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
Ich habe oder hätte es vermieden...		
	0 1 2 3	0 1 2 3
56. ... mich in dicht gedrängte Menschenmengen oder in dichten zähflüssigen Verkehr zu begeben	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
57. ... Massenverkehrsmittel oder Fahrstühle zu benutzen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
58. ... mich in fremden geschlossenen Räumen aufzuhalten	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
59. ... mich an Orte zu begeben, an denen es vor mir oder unter mir in die Tiefe geht	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
60. ... allein auf leeren Straßen oder Plätzen zu verweilen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
61. ... meine gewohnte Umgebung unbegleitet zu verlassen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
62. ... die Aufmerksamkeit anderer auf mich zu ziehen (z.B. vor Fremden zu reden), aus Angst, etwas falsch zu machen, bloßgestellt oder abgelehnt zu werden	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
63. gewisse harmlose Tiere oder Dinge (z.B. Blut) haben oder hätten mich in Angst versetzt, ich nähme einiges auf mich, um dem aus dem Weg zu gehen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
64. Ich verspürte einen Zwang, bestimmte Dinge in Alltag oder Beruf sinnlos oft überprüfen zu müssen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
65. Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte Handlungen sinnlos oft und stets gleichartig wiederholen zu müssen, z.B. ständiges Säubern	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
66. Ich unterlag einem inneren Zwang, bestimmte sinnlose unerwünschte Gedanken immer gleichartig wiederholt denken zu müssen	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
67. Ich beobachtete meinen Körper sehr genau und dachte mit Sorge an mögliche oder verborgene Erkrankungen, auch wenn ärztlich nicht bestätigt	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>
68. Im Grunde habe ich Hoffnung	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/> -- <input type="checkbox"/>

SCL-90-R

Codenummer / Name: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Bildungsstand: <input type="checkbox"/> Haupt-/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> abgeschl. Studium <input type="checkbox"/> unbekannt Alter: Datum:	SCL- 90-R
---	----------------------

Anleitung Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.	Beispiel Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen? Stärke Ihrer Zustimmung: <input type="checkbox"/> 0 = überhaupt nicht <input type="checkbox"/> 1 = ein wenig <input type="checkbox"/> 2 = ziemlich <input type="checkbox"/> 3 = stark <input type="checkbox"/> 4 = sehr stark Wenn bei Ihnen die Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an. Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.
--	--

Bitte beantworten Sie jede Frage

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	0	1	2	3
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervosität und innerem Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	0	1	2	3
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Einsamkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Schwerkut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. der Idee, dass andere Leute von ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht erstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Taubheit oder Kribbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Schweregefühl in den Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerzen zuzufügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Schreck- und Panikanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	0	1	2	3
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Schrecken erregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hamiltonskala für Depression

Patient: _____

Datum der Befunderhebung: _____

Geburtsdatum: _____

1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)

- 0 Keine
- 1 Nur auf Befragen geäußert
- 2 Vom Patienten spontan geäußert
- 3 Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen)
- 4 Patient drückt fast ausschließlich diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus

2. Schulgefühle

- 0 Keine
- 1 Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben
- 2 Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“
- 3 Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn
- 4 Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen

3. Suizid

- 0 keiner
- 1 Lebensüberdruß
- 2 Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod
- 3 Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten

4. Einschlafstörung

- 0 keine
- 1 Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als ½ Stunde)
- 2 Regelmäßige Einschlafstörung

5. Durchschlafstörung

- 0 keine
- 1 Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf
- 2 Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung)

6. Schlafstörungen am Morgen

- 0 keine
- 1 vorzeitiges Erwachen – aber nochmaliges Einschlafen
- 2 Vorzeitiges Erwachen – ohne nochmaliges Einschlafen

7. Arbeit und sonstige Tätigkeit

- 0 keine Beeinträchtigung
- 1 Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbys) oder fühlt sich entsprechend
- 2 Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbys), muss sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder lässt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlussänderungen erkennen
- 3 Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leitet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als drei Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station
- 4 Hat wegen der jetzigen Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnah-

me der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mit-
hilfe leisten kann

8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache: Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)

- 0 Sprache und Denken normal
- 1 Geringe Verlangsamung bei der Exploration
- 2 Deutliche Verlangsamung bei der Exploration
- 3 Exploration schwierig
- 4 Ausgeprägter Stupor

9. Erregung

- 0 keine
- 1 Zappeligkeit
- 2 Spielen mit den Fingern, Haaren usw.
- 3 Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können
- 4 Hände ringen, Nägel beißen, Haare raufen, Lippen beißen usw.

10. Angstpsychisch

- 0 keine Schwierigkeit
- 1 subjektive Spannung und Reizbarkeit
- 2 Sorgt sich um Nichtigkeiten
- 3 Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert
- 4 Ängste werden spontan hervorgebracht

11. Angstsomatisch

- 0 Körperliche Begleiterscheinungen der Angst wie: Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfälle, Krämpfe, Aufstoßen); kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen); respiratorische (Hyperventilation, Seufzen); Pollakisurie; Schwitzen
- 1 Keine
- 2 Geringe
- 3 Mäßige
- 4 Starke
- 5 Extreme (Patient ist handlungsunfähig)

12. Körperliche Symptome – gastrointestinale

- 0 keine
- 1 Appetitmangel, isst aber ohne Zuspruch;
- 2 Schweregefühl im Abdomen
- 3 Muss zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darm-Präparate

13. Körperliche Symptome - allgemein

- 0 keine
- 1 Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf
- 2 Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen
- 3 Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit
- 4 Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen

14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen

- 0 keine
- 1 geringe
- 2 starke

15. Hypochondrie

- 0 keine
- 1 verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)

- 2 Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit
- 3 Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.
- 4 Hypochondrische Wahnvorstellungen

16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)

a. aus Anamnese

- 0 kein Gewichtsverlust
- 1 Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit jetziger Krankheit
- 2 Sicherer Gewichtsverlust laut Patient

b. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust

- 0 weniger als 0,5 kg/Woche
- 1 mehr als 0,5kg/Woche
- 2 mehr als 1kg/Woche

17. Krankheitseinsicht

- 0 Patient erkennt, dass er depressiv und krank ist
- 1 Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc. zurück
- 2 Leugnet Krankheit ab

18. Tagesschwankungen

a. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern keine Tagesschwankungen auftreten, ist 0 (= keine Tagesschwankungen) anzukreuzen

- 0 keine Tagesschwankungen
- 1 Symptome schlimmer am Morgen
- 2 Symptome schlimmer am Abend

b. wenn es Schwankungen gibt, geben Sie die Stärke der Schwankungen an. Falls es keine gibt, kreuzen Sie 0 (= keine) an

- 0 keine
- 1 gering
- 2 stark

19. Depersonalisation, Derealisation wie etwa: Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen

- 0 keine
- 1 gering
- 2 mäßig
- 3 stark extrem (Patient ist handlungsunfähig)

20. Paranoide Symptome

- 0 keine
- 1 misstrauisch
- 2 Beziehungsideen
- 3 Beziehungs- und Verfolgungswahn

21. Zwangssymptome

- 0 keine
- 1 gering
- 2 stark

22. Hilflosigkeit, Ratlosigkeit

- 0 keine
- 1 subjektive Gefühle, die durch die Exploration deutlich werden
- 2 der Patient berichtet über seine hilf- und ratlosen Gefühle
- 3 Muss zu Regeln im Alltag oder zur persönlicher Hygiene angehalten bzw. geführt werden

- 4 Praktische Hilfe beim Ankleiden, Kämmen, Essen, Verrichtungen im Krankenzimmer oder persönlicher Hygiene ist erforderlich

23. Hoffnungslosigkeit

- 0 keine
- 1 Gelegentliche Zweifel, ob „es wieder besser wird“, kann aber wieder ermuntert werden
- 2 Fühlt sich ständig ohne Hoffnung, kann Ermutigungen aber annehmen
- 3 Gefühlsäußerung: Entmutigung, Verzweiflung, Pessimismus, no future , Nicht zu zerstreuen
- 4 Spontane nicht einfühlbare ununterbrochene Wiederholungen: „Aus mir wird nichts mehr“ o.ä.

24. Wertlosigkeit (von leichterem Verlust des Selbstwertgefühls, Minderwertigkeitsgefühlen, Selbsterabsetzung, bis hin zu wahnhaften Feststellungen der eigenen Wertlosigkeit)

- 0 keine
- 1 Bezeichnet einen Verlust des Selbstwertgefühls nur auf Befragen
- 2 Äußert spontan Gefühle der eigenen Wertlosigkeit
- 3 Der Patient äußert spontan: „Ich bin schlecht, minderwertig“
- 4 Wahnartige Äußerungen des Gefühls der Wertlosigkeit, z.B. „ich bin nur ein Haufen Dreck“ u.a.

Gesamtpunktzahl:

Hamiltonskala für Angst

Patientenname:

Vorbehandlung:

Untersuchungstermine:

1.

2.

3.

1. **Ängstliche Stimmung**
Sorgen, Erwartung des Schlimmsten, furchtvolle Erwartungen, Reizbarkeit
2. **Spannung**
Gefühl von Gespanntheit, Erschöpfbarkeit, Schreckhaftigkeit, Neigung zum Weinen, Zittern, Gefühl von Unruhe, Rastlosigkeit, Unfähigkeit, sich zu entspannen
3. **Furcht**
vor Dunkelheit, vor Fremden, vor Allein gelassenwerden, vor Tieren, vor Straßenverkehr, vor Menschenmengen
4. **Schlaflosigkeit**
Einschlagschwierigkeiten, Durchschlafstörungen, Nicht-Ausgeruhtheit und Abgeschlagenheit beim Aufwachen, Träume, Alpträume, Pavor nocturnus
5. **Intellektuelle Leistungsbeeinträchtigung**
Konzentrationschwierigkeiten, Gedächtnisschwäche
6. **Depressive Stimmung**
Interessenverlust, mangelnde Freude an Hobbies, Niedergeschlagenheit, vorzeitiges Aufwachen, Tagesschwankungen
7. **Allgemeine somatische Symptome (muskulär)**
Muskelschmerzen, Muskelzuckungen, Muskelsteifheit, Myoklonische Zuckungen, Zähneknirschen, unsichere Stimme, erhöhter Muskeltonus
8. **Allgemeine somatische Symptome (sensorisch)**
Tinnitus (Ohrensausen, Ohrenklingen), verschwommenes Sehen, Hitzewallungen und Kälteschauer, Schwächegefühl, Kribbeln
9. **Kardio-vaskuläre Symptome**
Tachykardie, Herzklopfen, Brustschmerzen, Pochen in den Gefäßen, Ohnmachtsgefühle, Aussetzen des Herzschlags
10. **Respiratorische Symptome**
Druck- oder Engegefühl in der Brust, Erstickungsgefühl, Seufzer, Dyspnoe

0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

- 11. **Gastro-intestinale Symptome**
Schluckbeschwerden, Blähungen, Bauchschmerzen, Schmerzen vor oder nach dem Essen, Sodbrennen, Magenbrennen, Völlegefühl, saures Aufstoßen, Übelkeit, Erbrechen, Darmkollern, Durchfall, Gewichtsverlust, Verstopfung
- 12. **Uro-genitale Symptome**
Häufiges Wasserlassen, Harndrang, Amenorrhoe, Menorrhagie, Entwicklung einer Frigidität, Ejaculatio praeco, Libidoverlust, Impotenz
- 13. **Neurovegetative Symptome**
Mundtrockenheit, Erröten, Blässe, Neigung zum Schwitzen, Schwindel, Spannungskopfschmerz, Gänsehaut
- 14. **Verhalten beim Interview**
Zappeligkeit, Rastlosigkeit oder Hin- und Herlaufen, Händetremor, Augenbrauenfurchen, angespanntes Gesicht, Seufzer oder beschleunigte Atmung, blasses Gesicht, Luftschlucken, Lidzucken, Ticks, Schwitzen

0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

Gesamtwert

Verordnetes Medikament:

<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe und mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient habe. Alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen.

München, den 19.11.2011

Unterschrift
Jessica Krumme

