

## Originalien

Nervenarzt 2012 · 83:33–39  
 DOI 10.1007/s00115-010-3210-6  
 Online publiziert: 9. Januar 2011  
 © Springer-Verlag 2011

D. Bentz<sup>1, 2, 3</sup> · M. Steiner<sup>4, 5, 6</sup> · G. Meinlschmidt<sup>1, 3, 7</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel

<sup>2</sup> Abteilung für Kognitive Neurowissenschaften, Fakultät für Psychologie, Universität Basel

<sup>3</sup> Abteilung für Klinische und Theoretische Psychobiologie, Universität Trier

<sup>4</sup> Departments of Psychiatry & Behavioural Neurosciences and Obstetrics & Gynecology, McMaster University, Hamilton

<sup>5</sup> Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare, Hamilton

<sup>6</sup> Department of Psychiatry and Institute of Medical Sciences, University of Toronto

<sup>7</sup> Nationaler Forschungsschwerpunkt „Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health“ (sesam), Basel

# SIPS – Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome

## Die deutsche Version des Premenstrual Symptoms Screening Tool zur Erfassung klinisch relevanter Beschwerden

Achtzig Prozent aller Frauen im reproduktionsfähigen Alter berichten von körperlichen oder psychischen Symptomen, die mit der prämenstruellen Phase ihres Menstruationszyklus zusammenhängen [10, 11, 24, 25]. Diese Symptome sind meist in ihrem Auftreten von Menarche bis Menopause äußerst stabil [6, 24]. Bei den meisten Frauen sind die Symptome leicht und nicht behandlungsbedürftig. Jedoch führen die Beschwerden bei manchen Betroffenen zu einer deutlichen Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit, sozialen Aktivitäten oder zwischenmenschlichen Beziehungen [9]. In diesen Fällen ist die Symptomatik vergleichbar schwer wie bei einer Major-Depression [16]. Epidemiologische Studien schätzen die Prävalenz klinisch relevanter prämenstrueller Beschwerden auf 4–20% [2, 9, 14, 24].

Die Herausforderung bei Diagnostik und Klassifikation prämenstrueller Beschwerden besteht darin, Frauen mit behandlungsbedürftigen prämenstruellen Störungen von Frauen mit Beschwerden ohne klinische Relevanz zu unterscheiden. In den Forschungskriterien der

4. Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV) wird die Diagnose prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS) [1] als Störung, deren Kernsymptome deutliche depressive Verstimmung, Angst bzw. Anspannung, Affektlabilität und andauernde Wut bzw. Reizbarkeit sind, operationalisiert. Mindestens eines dieser Kernsymptome muss in Kombination mit 4 weiteren Symptomen vorliegen (z. B. Lethargie oder leichte Ermüdbarkeit). Differenzialdiagnostisch bedeutsam ist, dass ein deutlicher prämenstrueller Anstieg der Symptome sowie deren Remission einige Tage nach Beginn der Menstruationsblutung („on-offness“) vorliegen [20, 21]. Die PMDS-Kriterien scheinen jedoch zu streng gewählt, um die gesamte Spannweite klinisch relevanter prämenstrueller Beschwerden zu erfassen [12, 18, 24]. Bereits Frauen mit weniger als 5 Symptomen weisen eine geringere Lebensqualität, mehr Fehltag und eine geringere Produktivität am Arbeitsplatz auf [5]. Deshalb sind Diagnoseinstrumente wichtig, die zwischen Frauen mit leichten

prämenstruellen Beschwerden ohne Behandlungsbedarf und Frauen mit PMDS oder schwerem prämenstruellem Syndrom (PMS), bei denen Behandlungsbedarf besteht, differenzieren.

Da das DSM-IV zur Diagnose einer PMDS die prospektive tägliche Einschätzung der Symptome und Kriterien über zwei aufeinander folgende Menstruationszyklen hinweg verlangt [1], stellen Symptomtagebücher derzeit den Goldstandard der Diagnostik prämenstrueller Störungen dar. Problematisch dabei ist, dass die zeitaufwendigen Tagebücher oft von Betroffenen schlecht akzeptiert werden. So zeigte eine epidemiologische Studie, dass 30% der Frauen eine Studienteilnahme ablehnten, da sie keine Tagebücher führen wollten. Da die Tagebücher Betroffene möglicherweise sogar davon abhalten Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen, wird die Nutzung täglicher prospektiver Symptomerfassungen zur Diagnosestellung infrage gestellt. Darüber hinaus verzögert der Einsatz von

© McMaster University

prospektiven Symptomtagebüchern generell den Behandlungsbeginn erheblich, da die Behandlung erst nach gestellter Diagnose erfolgen sollte, und die Diagnosestellung, nach Vorgaben des DSM-IV, erst nach dem Führen eines Symptomtagebuchs über zwei Menstruationszyklen hinweg möglich ist. Umso wichtiger sind daher benutzerfreundliche und ökonomische Diagnoseinstrumente für die klinische Praxis.

Während im angloamerikanischen Sprachraum ca. 70 Messinstrumente zur Erfassung prämenstrueller Beschwerden [4, 7, 8, 15, 19, 21] vorliegen, existiert derzeit im deutschsprachigen Raum kein Instrument, das alle DSM-IV-Kriterien abbildet und Frauen mit und ohne behandlungsbedürftigem PMS/PMDS ökonomisch voneinander abgrenzen kann. Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es deshalb, diese Lücke zu schließen, und das Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) [19], das in Anlehnung an die DSM-IV-Kriterien Frauen mit behandlungsbedürftigem PMS/PMDS identifiziert, ins Deutsche zu übertragen und an einer klinischen Stichprobe anzuwenden, um erste Erkenntnisse über seine Akzeptanz und Gütekriterien zu gewinnen.

## Methoden

### Übersetzungsprozess

Um maximale linguistische und konzeptuelle Äquivalenz der deutschen Version des PSST zur englischen Originalversion zu erzielen, orientierten wir uns an einem 8-stufigen Übersetzungsprotokoll von Mathias und Mitarbeitern [13]. Dabei wird der Fragebogen in die Zielsprache übersetzt und, um Differenzen zwischen dieser Übersetzung und der Originalversion festzustellen, anschließend wieder in die Sprache des Originalfragebogens rückübersetzt („forward-backward translation“). Die Übersetzung der englischen Originalversion ins Deutsche erfolgte durch die Erstautorin, die Rückübersetzung durch eine bilinguale englischsprachige Muttersprachlerin. Differenzen zwischen der Originalversion und der Rückübersetzung wurden gemeinsam mit dem bilingualen Autor der Originalversion in drei Kategorien (A bis C) eingeteilt:

- Kategorie A: gleiche Bedeutung, geringfügig unterschiedliche Begrifflichkeit ohne inhaltliche Relevanz,
- Kategorie B: gleiche Bedeutung, geringfügig unterschiedlicher Tonfall und
- Kategorie C: inhaltlich abweichend.

Unter Einbezug dieser Kategorisierung wurden Modifikationen der deutschen Übersetzung zwischen der Erstautorin und dem Autor der Originalversion diskutiert und konsensuell vorgenommen.

### Validierung der deutschen Übersetzung des PSST

Studienteilnehmerinnen wurden über Aushänge und Anzeigen rekrutiert. Bei der Rekrutierung wurden explizit zwei Gruppen von Frauen angesprochen:

- psychisch und körperlich gesunde Frauen mit keinen oder leichten prämenstruellen Beschwerden ohne funktionelle Beeinträchtigung (unbelastete Gruppe) und
- körperlich gesunde Frauen, die sich für die Diagnose einer PMDS oder für ein schweres PMS qualifizieren, ohne komorbide Achse-I-Störung (belastete Gruppe).

Um sicher zu gehen, keine Frauen einzuschließen, die sich bereits im Übergang zur Menopause befanden, mussten die Teilnehmerinnen zwischen 18 und 42 Jahre alt sein und einen regelmäßigen Menstruationszyklus mit konstanter Zykluslänge (Dauer 25–35 Tage) aufweisen. Frauen mit gynäkologischen oder sonstigen körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen, Frauen, die Psychopharmaka oder Hormonpräparate (mit Ausnahme monophasischer oraler Kontrazeptiva) einnahmen, sowie Frauen, die starke Diät hielten, exzessiv Sport ausübten, Nachtschicht arbeiteten oder mehr als 5 Zigaretten wöchentlich konsumierten, wurden nicht in die Studie aufgenommen. Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig, nach Aufklärung über die Studieninhalte und schriftlicher Einwilligungserklärung. Die Teilnehmerinnen konnten jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile von ihrer Teilnahme zurücktreten. Die Studie wurde in Überein-

stimmung mit der Deklaration von Helsinki von 1975, überarbeitete Form von 1983, durchgeführt.

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden anhand eines Telefoninterviews überprüft. Um sicher zu stellen, dass außer den prämenstruellen Beschwerden keine weiteren psychischen Störungen vorlagen, wurde das strukturierte klinische Interview für DSM-IV [23] durchgeführt. Von den Personen, mit denen das Telefoninterview durchgeführt wurde, konnten 109 Frauen aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien nicht in die Studie aufgenommen werden. Die Studienteilnahme erstreckte sich über zwei aufeinander folgende Menstruationszyklen, in denen die Teilnehmerinnen an ausgewählten postmenstruellen und prämenstruellen Tagen internetbasiert ihre momentanen Symptome mittels des Symptomtagebuchs „daily record of severity of problems“ (DRSP) beurteilten [7]. Die Teilnehmerinnen bearbeiteten die deutsche Übersetzung des PSST im Verlauf der Studienteilnahme 2-mal, einmal während des Menstruationszyklus (25–35 Tage) vor Studienbeginn (nachfolgend als „Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome (SIPS-)Studienbeginn“ bezeichnet) und einmal nach Studienende (nachfolgend als „SIPS-Studienende“ bezeichnet).

### Untersuchungsinstrumente

Der PSST ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das anhand einer Symptomliste (14 Items entsprechend der Symptome der DSM-IV-Forschungskriterien) die jeweilige Symptomschwere mit den Antwortmöglichkeiten gar nicht, leicht, mäßig und stark („not at all“, „mild“, „moderate“, „severe“) sowie die dadurch resultierende Beeinträchtigung des Funktionsniveaus (5 Items analog zu den im DSM-IV benannten Bereichen) erfasst [19]. Die Eingangsfrage lautet: „*Erleben Sie irgendeines oder mehrere der folgenden prämenstruellen Symptome, die vor Ihrer Periode beginnen und innerhalb einiger Tage Ihrer Blutung enden?*“

Die Bearbeitungszeit des PSST beträgt 3–5 min, die Auswertungszeit 1 min. Die Auswertung erfolgt anhand eines Schemas (■ **Tab. 1**), das auf den Kriterien des DSM-IV basiert und das Vorliegen eines

Symptoms und dessen Schweregrad einbezieht. Anhand des PSST kann die Verdachtsdiagnose für PMDS oder schweres PMS gestellt werden. Das komplette Screening-Instrument ist über McMaster (<http://ip.mcmaster.ca/questionnaires/questionnaires>) erhältlich (s. Premenstrual Symptoms Screening Tool, PSST; copyright: McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada). Die prämenstruelle Symptomatik wurde prospektiv internetbasiert anhand der deutschen Übersetzung des auf den DSM-IV-Forschungskriterien basierenden Symptomtagebuch DRSP (erhältlich über die amerikanischen Autoren der Originalversion) erfasst [7]. Mit dem DRSP lässt sich der Symptom Schweregrad, die prozentuale Veränderung der Symptomschwere zwischen Follikel- und Lutealphase sowie die Beeinträchtigung durch die Symptome in verschiedenen Lebensbereichen erfassen. Anhand der Self Rating Depression Scale Selbstbeurteilungsskala (SDS) [27] wurde die nicht menstruationsassoziierte Depressivität eingeschätzt.

### Auswahl der Messzeitpunkte

Wir erhoben anhand des DRSP während zwei aufeinander folgender Menstruationszyklen an insgesamt 6 (pro Zyklus 3) ausgewählten postmenstruellen und insgesamt mindestens 6 (pro Zyklus 3) prämenstruellen Tagen aktuelle Symptome. Dazu wählten wir jeweils den 8., 9. und 10. Tag nach Beginn der Menstruationsblutung als postmenstruelle Messzeitpunkte und den 5., 4. und 3. Tag vor dem Beginn der nächsten Menstruationsblutung als prämenstruelle Messzeitpunkte. Die SDS wurde innerhalb der 3 postmenstruellen Messzeitpunkte des 1. Menstruationszyklus ausgefüllt.

### Bestimmung der Symptomausprägung und prozentualen Symptomveränderung

Als Maß der postmenstruellen Symptomausprägung wurden Symptom Schweregrad und Beeinträchtigung (erfasst anhand DRSP) über die 6 postmenstruellen Messzeitpunkte gemittelt (*postmenstrueller DRSP*). Analog wurde die mittlere Aus-

Nervenarzt 2012 · 83:33–39 DOI 10.1007/s00115-010-3210-6  
© Springer-Verlag 2011

D. Bentz · M. Steiner · G. Meinlschmidt

## SIPS – Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome. Die deutsche Version des Premenstrual Symptoms Screening Tool zur Erfassung klinisch relevanter Beschwerden

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Prämenstruelle dysphorische Störungen (PMDS) und schwere prämenstruelle Syndrome (PMS) treten häufig auf, bleiben jedoch oft unerkannt und unbehandelt. Begünstigt wird dies durch das Fehlen eines entsprechenden deutschsprachigen Screening-Instruments. Ziel dieser Studie war es, das englischsprachige Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) ins Deutsche zu übertragen und seine Anwendung zu prüfen. **Material und Methoden.** Die deutschsprachige Version des PSST wurde als „Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome“ (SIPS) erstellt und ihre Güte an 47 Frauen mit und ohne PMDS/schwerem PMS internetbasiert mittels täglichen Symptomeinschätzungen bestimmt. **Ergebnisse.** Die Retest-Reliabilität des SIPS betrug  $r=0,69$ , das Cronbachs  $\alpha$  0,924. Als Va-

liditätsmaß des SIPS zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne PMDS/schwerem PMS, bestimmt durch das SIPS, bezüglich prospektiv erfasster prämenstrueller Symptomatik ( $F[2,44]=4,52$ ,  $p<0,001$ ) und Symptomveränderung ( $F[2,44]=25,23$ ,  $p<0,001$ ).

**Schlussfolgerung.** Das SIPS ist reliabel und valide und kann helfen, Frauen mit behandlungsbedürftigen prämenstruellen Beschwerden zu identifizieren.

### Schlüsselwörter

Prämenstruelles Syndrom · Prämenstruelle dysphorische Störung · Funktionelles somatisches Syndrom · Fragebogen · Diagnostik

## SIPS – screening instrument for premenstrual symptoms. The German version of Premenstrual Symptoms Screening Tool to assess clinically relevant disturbances

### Summary

**Background.** Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and severe premenstrual syndrome (PMS) are common, yet often remain unrecognized and not adequately treated. One reason for this is the lack of a valid German screening instrument. The aim of the present study was to create a German version of the English “Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)” and to verify its applicability. **Material and methods.** The German version of the PSST was created as “Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome (SIPS)” and its reliability and validity determined based on data from 47 women with and without PMDD/severe PMS using Internet-based daily symptom ratings. **Results.** The retest reliability of the SIPS was  $r=0.69$ , and Cronbach’s alpha was

0.924. As an indicator of the convergent validity of the SIPS, there were significant differences between women with and without PMDD/severe PMS as identified by the SIPS with regard to prospectively assessed premenstrual symptomatology ( $F[2,44]=4.52$ ,  $p<0.001$ ) and symptom change ( $F[2,44]=25.23$ ,  $p<0.001$ ).

**Conclusions.** The SIPS is reliable and valid and may help to improve the identification of women who require treatment for their premenstrual symptoms.

### Keywords

Premenstrual syndrome · Premenstrual dysphoric disorder · Functional somatic syndrome · Screening · Clinical alarms

prägung jedes Items des DRSP bestimmt. Die prämenstruelle Symptomausprägung wurde anhand der prämenstruellen Messzeitpunkte, welche die höchste Gesamtsumme im DRSP aufwiesen erfasst (*prämenstrueller DRSP*). Anhand des postmenstruellen und prämenstruellen DRSP

wurde die prozentuale Symptomveränderung im DRSP berechnet: prozentuale Symptomveränderung = (prämenstruelle Symptomausprägung – postmenstruelle Symptomausprägung) / prämenstruelle Symptomausprägung  $\times$  100

Tab. 1 Auswertungsschema des Screening-Instruments für prämenstruelle Symptome (SIPS)

|   |  |
|---|--|
| <b>Prämenstruelle dysphorische Störung (PMDS)</b>         | 1. Mindestens <b>eines</b> der <b>Kernsymptome</b> wird als <b>stark</b> beurteilt<br>2. Zusätzlich mindestens <b>4 weitere Symptome</b> werden als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt<br>3. Die <b>Beeinträchtigung</b> in mindestens <b>einem Funktionsbereich</b> wird als <b>stark</b> beurteilt                     |
| <b>Mäßiges bis schweres Prämenstruelles Syndrom (PMS)</b> | 1. Mindestens <b>eines</b> der <b>Kernsymptome</b> wird als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt<br>2. Zusätzlich mindestens <b>4 weitere Symptome</b> werden als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt<br>3. Die <b>Beeinträchtigung</b> in mindestens <b>einem Funktionsbereich</b> wird als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt |

## Statistische Methoden

Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in demographischen und psychometrischen Angaben wurden bei kontinuierlichen Variablen mittels Varianzanalysen (ANOVA) und bei kategorialen Variablen mit dem Fishers Exact-Test analysiert. Die psychometrische Stabilität des Instruments wurde anhand der Retest-Reliabilität auf Itemebene und Diagnoseebene bestimmt. Dazu wurden auf Itemebene paarweise Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen der Items des SIPS Studienbeginn und des SIPS Studienende berechnet und auf Diagnoseebene Spearman-Korrelationen bestimmt. Die konvergente Validität auf Itemebene wurde anhand paarweiser Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Items des SIPS und inhaltlich äquivalenter Items des *prämenstruellen DRSP* berechnet, die divergente Validität entsprechend zwischen Items des SIPS und inhaltlich äquivalenter Items des *postmenstruellen DRSP* berechnet.

Auf der SIPS-Diagnoseebene wurden zur Berechnung der konvergenten Validität zwei einfaktorielle ANOVAs mit dem 3-stufigen Faktor Diagnose nach SIPS (keine Diagnose, schweres PMS, PMDS) und dem prämenstruellen DRSP und der prozentualen Symptomveränderung im DRSP als abhängige Variable (AV) berechnet. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen sollte für das Vorliegen konvergenter Validität sprechen. Die divergente Validität wurde anhand zwei einfaktorieller ANOVAs mit dem 3-stufigen Faktor Diagnose nach SIPS und als AV dem SDS wie auch dem post-

menstruellen DRSP berechnet. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen sollte gegen das Vorliegen divergenter Validität sprechen. Post-hoc-Testung erfolgte mittels Tuckey-Test. Mit Ausnahme der Retest-Reliabilität wurden alle Berechnungen und Diagnosestellungen mit dem SIPS Studienende durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS für Macintosh, Version 16.2.0. Alle Tests erfolgten 2-seitig, mit Signifikanzniveau  $\alpha=0,05$ .

## Ergebnisse

### Übersetzung

Die anhand der deutschen Übersetzung rückübersetzte englische Version hatte eine hohe Übereinstimmung mit der englischen Originalversion. Es wurden keine inhaltlichen Abweichungen (Kategorie C) zwischen der Rückübersetzung der deutschen Übersetzung und der englischen Originalversion festgestellt. Es traten ausschließlich Differenzen der Kategorie A (gleiche Bedeutung, geringfügig unterschiedliche Begrifflichkeit) und Kategorie B (gleiche Bedeutung, geringfügig unterschiedlicher Tonfall) auf, wobei letztere durch geringfügige Modifikationen behoben wurden.

### Stichprobe

Die Daten von 47 Frauen gingen in die Analysen ein. Die Teilnehmerinnen waren im Durchschnitt 29,1 Jahre alt (Range: 19–42; SD=7,02), überwiegend „berufstätig“ (n=22) oder „im Studium/in Ausbil-

dung“ (n=23) sowie „verheiratet oder in einer Beziehung lebend“ (n=28). Die mittlere Zykluslänge im Studienverlauf betrug 27,44 Tage (SD=2,62) und das Alter bei der Menarche 13,02 Jahre (SD=1,47). Keine der Angaben unterschied sich zwischen den 3 Diagnosegruppen (alle  $p>0,10$ ). Elf Frauen erhielten nach dem SIPS die Diagnose schweres PMS, 9 Frauen die Diagnose PMDS und 27 Frauen erhielten keine Diagnose und qualifizierten sich für die unbelastete Gruppe mit keinen oder leichten prämenstruellen Beschwerden.

## Psychometrische Stabilität

Die Retest-Reliabilität der SIPS-Diagnose lag bei  $r=0,69$ . Die Retest-Reliabilität auf Itemebene war außer beim Item Schlaflosigkeit ( $r=0,144$ ) signifikant (alle  $p<0,01$ ) und im Mittel hoch ( $r=0,63$ ; SD=0,09). Das SIPS wies mit einem Cronbachs  $\alpha$  von 0,924 eine hohe interne Konsistenz auf.

## Validität

Hinsichtlich der 4 Items des SIPS und des prospektiven prämenstruellen DRSP, welche die DSM-IV-Kernsymptome erfassen, wurden mäßige Zusammenhänge gefunden: Wut ( $r=0,50$ ,  $p<0,001$  und  $0,38$ ,  $p<0,001$ ), Angst/Anspannung ( $r=0,47$ ,  $p<0,001$ ), Weinerlichkeit ( $r=0,48$ ,  $p<0,001$ ) und gedrückte Stimmung ( $r=0,47$ ,  $p<0,001$ ), ein Hinweis auf konvergente Validität. Zwischen dem SIPS und dem prospektiven postmenstruellen DRSP gab es bezüglich der DSM-IV-Kernsymptome keine signifikanten Zusammenhänge, ein Hinweis auf divergente Validität. Die paarweisen Korrelationskoeffizienten zwischen den Kernsymptomen des SIPS und dem prä- und postmenstruellen DRSP sind in **Tab. 2** aufgeführt. Die drei Diagnosegruppen nach SIPS unterschieden sich signifikant bezüglich

- der Symptome, die mit dem DRSP zum prämenstruellen Zeitpunkt erfasst wurden ( $F[2,44]=25,43$ ,  $p<0,001$ ) und
- der prozentualen Symptomveränderung im DRSP ( $F[2,44]=10,48$ ,  $p<0,001$ ).

**Tab. 2 Zusammenhänge auf Itemebene zwischen dem SIPS-Studienende und dem postmenstruellen und prämenstruellen DRSP**

| SIPS |                    | Korrelationskoeffizient zwischen SIPS und DRSP |               | DRSP |                                |
|------|--------------------|--|---------------|------|--------------------------------|
| Nr.  | Item               | Postmenstruell                                 | Prämenstruell | Nr.  | Item                           |
| 1    | Wut/Reizbarkeit    | 0,088  | 0,495**       | 4a   | Verärgert, gereizt             |
|      |                    | 0,088  | 0,377**       | 4b   | Konflikte/Probleme mit anderen |
| 2    | Angst/Anspannung   | 0,187  | 0,470**       | 2    | Ängstlich, angespannt          |
| 3    | Weinerlich         | 0,169  | 0,479**       | 5    | Stimmungsschwankungen          |
| 4    | Gedrückte Stimmung | 0,232  | 0,466**       | 1a   | Deprimiert, traurig            |

SIPS Screening-Instrument für prämenstruelle Symptome, DRSP Daily Record of Severity of Problems. \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ .

Post-hoc-Analysen ergaben, dass sich Frauen mit PMDS und Frauen mit schwerem PMS jeweils signifikant von den Frauen mit keinen/leichten Beschwerden unterschieden, bezüglich

- der Symptome, die mit dem DRSP zum prämenstruellen Zeitpunkt erfasst wurden ( $p < 0,001/p < 0,001$ ) und
- der Höhe der prozentualen Symptomveränderung im DRSP ( $p = 0,005/p = 0,001$ ).

Es lagen jedoch zwischen PMS und PMDS Frauen bezüglich beider Variablen keine signifikanten Unterschiede vor ( $p = 0,051/p = 0,75$ ). Die drei Diagnosegruppen nach SIPS unterschieden sich nicht bezüglich der Symptome, die mit dem DRSP zum postmenstruellen Zeitpunkt erfasst wurden ( $F[2,44] = 2,95, p = 0,063$ ). Die drei Diagnosegruppen nach SIPS unterschieden sich in der ANOVA (Haupteffekt) hinsichtlich Depressivität gemessen anhand des SDS ( $F[2,44] = 3,25, p = 0,048$ ). Jedoch ergab die Post-hoc-Testung keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen.

## Diskussion

Ziel dieser Studie war es, das Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) ins Deutsche zu übersetzen und die deutschsprachige Version erstmals einzusetzen, um Erkenntnisse über seine Akzeptanz und seine psychometrische Qualität zu gewinnen. Es gelang uns das PSST als „Fragebogen für prämenstruelle Symptome“ (SIPS) erfolgreich aus dem Englischen ins Deutsche zu übertragen. Das SIPS zeigte eine gute Reliabilität und es

finden sich mäßige Zusammenhänge zwischen den prospektiv erfassten prämenstruellen Kernsymptomen nach DSM-IV (Hinweis auf konvergente Validität) und, wie erwartet, keine Zusammenhänge zwischen den prospektiv erfassten postmenstruellen Kernsymptomen nach DSM-IV (Hinweis auf divergente Validität). Durch die kurze Bearbeitungsdauer für Betroffene und Auswertende stellt das SIPS ein äußerst ökonomisches Diagnoseinstrument dar. Die schriftlich fixierte Instruktion und eindeutige Auswertungssyntax des SIPS gewährleisten die einfache Handhabung, Durchführungsobjektivität und Auswertungsobjektivität des Instruments. Es zeigten sich zwischen den Frauen mit schwerer PMS und PMDS, identifiziert anhand des SIPS, zwar keine Unterschiede bezüglich der Schwere der prospektiv erfassten prämenstruellen Symptomatik, allerdings ergab sich ein Trend in die erwartete Richtung, der sich vermutlich bei größerer Stichprobe auch inferenzstatistisch abbilden ließe. Allerdings fanden sich statistisch signifikante Unterschiede in der Schwere der prospektiv erfassten prämenstruellen Symptomatik zwischen den Frauen mit schwerer PMS oder PMDS (also klinisch bedeutsamen Beschwerdebildern) und den Frauen ohne Beschwerden.

Derzeit ist im deutschsprachigen Bereich kein vergleichbares Instrument vorhanden, das in der Kürze der Zeit Hinweise auf das Vorliegen einer DSM-IV-Diagnose PMDS liefert. Es existieren lediglich deutsche Versionen eines retrospektiven Selbstbeurteilungsfragebogens, die Premenstrual Tension Syndrome Self-Rating Scale (PMTS-SR), einer Fremdeinschätzungsskala, der Premenstrual Tension

Syndrome Observer Scale (PMTS-O), welche retrospektiv 10 häufige Symptome prämenstrueller Störungen erfasst sowie visuelle Analogskalen (visuelle Analogskalen für prämenstruelle Störungen, VAS-PmS), welche die 4 Kernsymptome von PMDS nach DSM-IV erfassen [3]. Weder der Selbstbeurteilungsfragebogen PMTS-SR noch die Fremdeinschätzungsskala PMTS-O bilden adäquat die DSM-IV-Diagnosekriterien von PMDS ab. Vielmehr erfassen beide Instrumente eine Vielzahl an Symptomen, die mit der prämenstruellen Phase einhergehen können. Diese Symptome entsprechen nur teilweise den im DSM-IV spezifizierten Symptomen und es werden zusätzlich weitere Symptome erfragt, die in der prämenstruellen Phase auftreten können, die jedoch nicht für die Diagnosestellung nach DSM-IV relevant sind. Darüber hinaus unterscheiden beide Instrumente nicht zwischen Kernsymptomen und anderen Symptomen, wie es die DSM-IV-Kriterien vorsehen. Außerdem wird die Beeinträchtigung durch die Symptome nicht detailliert erfasst und vereinzelte Items, welche die Beeinträchtigung erfragen, fließen nicht unabhängig von den Symptomen in die Auswertung ein, wie es das DSM-IV vorsieht. Aus diesen Gründen sind der PMTS-SR und die Fremdeinschätzungsskala PMTS-O eher dazu geeignet, einen Überblick über alle prämenstruellen Symptome zu generieren, als Hinweise auf das Vorliegen einer DSM-IV-Diagnose PMDS zu liefern. Insbesondere der Fragebogen PMTS-SR zeichnet sich aufgrund der Vielzahl der erfassten Symptome nicht durch besondere Ökonomie aus. Anhand der VAS-PmS können zyklische und behandlungsbedingte Veränderungen der 4 PMDS-Kernsymptome erfasst werden. Der tägliche Einsatz von nur 4 Skalen ist zwar ökonomisch, aber unzureichend, um eine DSM-IV-Diagnose PMDS zu stellen, da dadurch nur die Kernsymptome und nicht alle Symptome sowie die daraus resultierende Beeinträchtigung erfasst werden können. Die VAS-PmS haben sich jedoch zur Erfassung von Therapieeffekten bewährt [21].

Darüber hinaus existiert eine deutsche Version des Symptomtagebuchs DRSP, anhand dessen die DSM-IV-Symptome sowie die daraus resultierende Beein-

trächtigung täglich erfasst werden kann [7] und das in der vorliegenden Studie als Vergleichsinstrument herangezogen wurde. Die bereits angesprochenen Probleme der Patientenakzeptanz und Ökonomie sind durch dieses Verfahren jedoch nicht gelöst, auch wenn das Instrument eine adäquate DSM-IV-Diagnosestellung ermöglicht.

Im Vergleich zu den anderen drei Instrumenten in deutscher Sprache PMTS-SR, PMTS-O und VAS-PmS hat das SIPS den Vorteil, dass man anhand des Instruments auch Frauen mit klinisch relevanten prämenstruellen Beschwerden erfassen kann, die nicht alle DSM-IV-Kriterien erfüllen. Alle diskutierten deutschen Instrumente stellen Übersetzungen aus dem Englischen dar. Im angloamerikanischen Sprachraum existieren ca. 70 verschiedene Instrumente [4, 7, 15, 19, 21], die an die 200 verschiedene prämenstruelle Symptome erfassen. Darunter befinden sich mindestens 5 prospektive Symptomtagebücher, die in den letzten Jahren verwendet wurden, über die jedoch kein Konsens besteht, welches zu bevorzugen ist [7, 8, 15, 17, 21].

Die vorliegende Studie hat einige Einschränkungen. Wir können nicht vollkommen ausschließen, dass die internetbasierten Erhebungen fälschlicherweise durch eine andere Person als die Teilnehmerin ausgefüllt wurden. Jedoch erhielt jede Teilnehmerin einen individualisierten Zugangscodex, den sie an einem sicheren Ort aufbewahren sollte, sodass die Gefahr einer möglichen „Fremdbantwortung“ wohl geringer war als bei herkömmlichen Paper-Pencil-Verfahren. Um die Antworten des SIPS mit den prospektiven Einschätzungen der Symptomausprägungen zu vergleichen und da prämenstruelle Symptomatik nicht bei jedem Zyklus gleich stark auftreten, verwendeten wir die auf den gleichen Zeitraum bezogenen Daten des „SIPS-Studienende“, nicht jedoch Daten des „SIPS-Studienbeginn“. Dabei lässt sich nicht endgültig ausschließen, dass die prospektiven Ratings die retrospektiven Einschätzungen beeinflussen. Es zeigt sich jedoch keine stärker berichtete Symptomatik im „SIPS-Studienende“ verglichen zum „SIPS-Studienbeginn“, sodass sich hier keine Hinweise für eine relevante Beein-

flussung des SIPS durch die prospektiven Ratings ergaben. Eine Stärke der Studie ist die sorgfältige Diagnostik der Teilnehmerinnen, die das Vorliegen komorbider Störungen ausschloss. Da wir nur Personen ohne komorbide körperliche Erkrankungen und psychische Störungen in die Studie eingeschlossen haben, ist deshalb weitestgehend auszuschließen, dass der SIPS bei den Gruppen mit PMDS/schwerem PMS fälschlicherweise Symptome komorbider Erkrankungen erfasst hat. Es ist jedoch in der klinischen Praxis wichtig, im Einzelfall das Vorliegen komorbider psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen genau zu prüfen.

Das SIPS wurde nur an einer relativ kleinen, stark selektierten Probandengruppe eingesetzt. Jedoch ist das Instrument die deutsche Übersetzung eines bereits an einer großen repräsentativen Stichprobe validierten Instruments. Die untersuchten Personen bilden keine repräsentative Stichprobe, da in die Studie nur Frauen aufgenommen wurden, die keine komorbiden Störungen neben den prämenstruellen Beschwerden aufwiesen. Des Weiteren mussten die Teilnehmerinnen bereit sein, internetbasiert, über zwei Monate hinweg, Fragen zu beantworten. Dies könnte einige Frauen davon abgehalten haben, an der Studie teilzunehmen, was bei der Generalisierung der Ergebnisse berücksichtigt werden muss. Da jedoch der Aufwand vergleichsweise gering gehalten wurde, gehen wir von einem geringen Selektionseffekt aus. Um Normwerte für den SIPS zu generieren, sollte das Screening in einer zukünftigen Studie an einer repräsentativen Stichprobe mit ausreichend großen Fallzahlen über alle Alters- und Bildungsgruppen hinweg, unter Einbezug von Frauen mit komorbiden körperlichen und psychischen Erkrankungen, eingesetzt werden. Der Einsatz des SIPS im deutschsprachigen Raum könnte dazu beitragen, dass mehr Frauen mit behandlungsbedürftigen prämenstruellen Beschwerden rechtzeitig identifiziert werden und eine adäquate Behandlung erhalten.

### Fazit für die Praxis

**Das SIPS ist ein auf den DSM-IV-Kriterien beruhendes benutzerfreundliches Scree-**

**ning-Instrument, das in der klinischen Praxis innerhalb weniger Minuten einfach und schnell Hinweise auf Frauen mit behandlungsbedürftiger PMS/PMDS geben kann. Es ergänzt dabei die zeitaufwendige prospektive Symptomerhebung während zwei aufeinander folgender Menstruationszyklen. Eine schnelle Identifikation von Frauen mit behandlungsbedürftiger prämenstrueller Symptomatik ermöglicht das rechtzeitige Einleiten sinnvoller therapeutischer Maßnahmen.**

### Korrespondenzadresse

**PD Dr. G. Meinlschmidt**

Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Psychologie, Universität Basel  
Birmannsgasse 8, 4055 Basel  
Schweiz  
gunther.meinlschmidt@unibas.ch

**Interessenkonflikte.** Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin:

Meir Steiner: Consultant: Wyeth Pharmaceuticals, Bayer Shering Pharmaceuticals, Astra-Zeneca, Azevan Pharmaceuticals, Servier. Grants: Canadian Institutes of Health Research, Physicians Services Inc. Research Support: Wyeth Pharmaceuticals, Astra-Zeneca, Lundbeck. Honorarium: Azevan Pharmaceuticals, Ortho-McNeil.

### Literatur

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing Inc, Washington, DC
2. Angst J, Sellaro R, Merikangas KR et al (2001) The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 104:110–116
3. Bergant A, Schneider A, Tran T et al (2004) Diagnostik prämenstrueller Störungen. *Dtsch Med Wochenschr* 129:188–192
4. Budeiri DJ, Li Wan Po A, Dornan JC (1994) Clinical trials of treatments of premenstrual syndrome: entry criteria and scales for measuring treatment outcomes. *Br J Obstet Gynaecol* 101:689–695
5. Dean BB, Borenstein JE, Knight K et al (2006) Evaluating the criteria used for identification of PMS. *J Womens Health (Larchmt)* 15:546–555
6. Endicott J, Amsterdam J, Eriksson E et al (1999) Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *J Womens Health Gend Based Med* 8:663–679
7. Endicott J, Nee J, Harrison W (2006) Daily record of severity of problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* 9:41–49
8. Freeman EW, Derubeis RJ, Rickels K (1996) Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Res* 65:97–106
9. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T et al (2003) The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology (Suppl 28)* 3:1–23

10. Hylan TR, Sundell K, Judge R (1999) The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. *J Womens Health Gen Based Med* 8:1043–1052
11. Johnson SR (1987) The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clin Obstet Gynecol* 30:367–376
12. Kraemer GR, Kraemer RR (1998) Premenstrual syndrome: diagnosis and treatment experiences. *J Womens Health* 7:893–907
13. Mathias SD, Fifer SK, Patrick DL (1994) Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: avoiding errors in the minimalist approach. *Qual Life Res* 3:403–412
14. Merikangas KR, Foeldenyi M, Angst J (1993) The Zurich Study. XIX. Patterns of menstrual disturbances in the community: results of the Zurich Cohort Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 243:23–32
15. Mortola JF, Girton L, Beck L et al (1990) Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol* 76:302–307
16. Pearlstein TB, Halbreich U, Batzar ED et al (2000) Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo. *J Clin Psychiatry* 61:101–109
17. Reid RL (1985) Premenstrual syndrome. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 8:1–57
18. Robinson RL, Swindle RW (2000) Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. *J Womens Health Gen Based Med* 9:757–768
19. Steiner M, Macdougall M, Brown E (2003) The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 6:203–209
20. Steiner M, Steinberg S, Stewart D et al (1995) Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. Canadian Fluoxetine/Premenstrual Dysphoria Collaborative Study Group. *N Engl J Med* 332:1529–1534
21. Steiner M, Streiner DL, Steinberg S et al (1999) The measurement of premenstrual mood symptoms. *J Affect Disord* 53:269–273
22. Sternfeld B, Swindle R, Chawla A et al (2002) Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol* 99:1014–1024
23. Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) SKID – strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II. Hogrefe, Göttingen
24. Wittchen HU, Becker E, Lieb R et al (2002) Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 32:119–132
25. Woods NF, Most A, Dery GK (1982) Prevalence of perimenstrual symptoms. *Am J Public Health* 72:1257–1264
26. Yonkers KA, Pearlstein T, Rosenheck RA (2003) Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. *Arch Womens Ment Health* 6:287–292
27. Zung WWK (1996) Self-Rating Depression Scale. Selbstbeurteilungs-Skala (S). In: *Scalarum CIP* (Hrsg) Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Test, Göttingen, S 101–103

### F. Schneider, T. Falkai, W. Maier (Hrsg.) **Psychiatrie 2020**

Heidelberg: Springer Verlag GmbH 2011,  
1. Auflage, 80 S., 20 Abb., (ISBN 13 978-3-642-19930)



Es gibt wohl wenige medizinische Fachbereiche, die eine derartige Entwicklung durchgemacht haben, wie die Psychiatrie und Psychotherapie. Dazu beigetragen haben

nicht nur neurobiologische Erkenntnisse, sondern auch eine Umgestaltung und Ausdifferenzierung der psychiatrischen Versorgung. Das Buch „Psychiatrie 2020“ wagt nun neben einer Bestandsaufnahme der aktuellen Situation der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland einen Blick ins Jahr 2020.

Die auf das wesentliche eingeschränkte Beschreibung sowohl der Bedeutung psychischer Erkrankungen, gerade unter gesundheitsökonomischen Aspekten, als auch der Forschung und der Notwendigkeit zusätzlicher Mittel für die Zukunft erlaubt mit viel Datenmaterial eine kritische Diskussion. Der Aus-, Fort- und Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Nachwuchsförderung wird mit vielen Ideen und Vorschlägen nachgegangen.

Für den eiligen Leser sei das Kapitel zur Zukunft der Psychiatrie empfohlen. In knappen Worten und 11 Zielen werden Vorschläge gemacht, wie sich der Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2020 positionieren muss. Diese Schlussfolgerungen sind effektiv eine Aufforderung an alle in der Psychiatrie und Psychotherapie Tätigen, sich für das Fachgebiet und schlussendlich für das Wohl der psychisch Kranken so einzusetzen, dass ihre Behandlung und Betreuung auch in 10 Jahren noch gewährleistet ist.

Neben dem eigentlichen Inhalt dieses Buches beeindrucken die ausgezeichneten Zusammenfassungen und speziellen Themenbereiche, die in den Text eingestreut sind. Neben ethischen Standards, Berichten zur Kooperation zwischen Deutschland und Aserbeidschan bis hin zum Aktionsbündnis seelische Gesundheit werden verschiedene Spotlichter auf ausgewählte Themen gerichtet.

Betrachten wir die Zukunft der psychisch kranken Menschen und ihrer Angehörigen, müssen wir uns aber auch Gedanken über die Zukunft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie machen. So wäre es wünschenswert, wenn als Ergänzung zum Buch „Psychiatrie 2020“ auch eine entsprechende Veröffentlichung aus dem Kinder- und Jugendbereich erfolgen würde. Dies gilt umso mehr, da die Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie immer mehr an Bedeutung gewinnt und deshalb starke Brücken zwischen den beiden Bereichen gebaut werden müssen. Während im Buch der Forschung in der Psychiatrie und Psychotherapie Raum gewährt wird, fehlen die Einflüsse und Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen. Eine Betrachtung der Recovery-Bewegung, aber auch partnerschaftlicher Modelle wie die des Dialogs sind wichtige Teile in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Landschaft und helfen, unser professionelles Verständnis von Psychiatrie und Psychotherapie immer wieder kritisch zu hinterfragen. Peer-to-peer-Ansätze sind wichtig und erlauben eine zunehmende Partizipation psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen. Auch die Betrachtung der Prävention psychischer Erkrankungen wäre sicher ein Kapitel wert, würde aber wohl den Rahmen eines derart kurz gefassten Buches sprengen.

Es ist der Verdienst der Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN und ihrer Präsidenten, dieses eindrückliche und kurze Buch zur aktuellen Situation der Psychiatrie in Deutschland, aber auch zu deren Zukunft in 10 Jahren verfasst zu haben. Das Buch liefert Ideen und Daten, auch für den politischen Diskurs, und zeigt eindrücklich, dass die Psychiatrie und Psychotherapie auch in der Zukunft für die Gesundheit der Bevölkerung von eminenter Bedeutung ist.

*Hans Kurt (Solothurn)*