

*Year: 2011*

**Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome (SIPS)  
Die deutsche Version des ‚Premenstrual Symptoms Screening Tool  
(PSST)‘ zur Erfassung  
klinisch relevanter prämenstrueller Beschwerden**

Dorothee Bentz, Meir Steiner, Gunther Meinschmidt

Posted at edoc, University of Basel

Official URL: <http://edoc.unibas.ch/dok/A5254994>

Originally published as:

Bentz, D., Steiner, M. & Meinschmidt, G. (2011). SIPS – Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome. Die deutsche Version des Premenstrual Symptoms Screening Tool zur Erfassung klinisch relevanter Beschwerden. *Der Nervenarzt*, 83, 1, 33-39.

Gesamtumfang: 30 625 Zeichen  
(inklusive Leerzeichen und Tabellen)

Anzahl Abbildungen: 0

Anzahl Tabellen: 2

**D. Bentz<sup>1,2,3</sup>, M. Steiner<sup>4</sup>, G. Meinlschmidt<sup>1,3,5</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> Department of Psychiatry and Behavioural Neurosciences, McMaster University, Hamilton,  
Ontario, Canada; Women's Health Concerns Clinic, St. Joseph's Healthcare, Hamilton,  
Ontario, Canada; Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

<sup>5</sup> Nationaler Forschungsschwerpunkt "Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental  
Health (sesam)", Schweiz

## **Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome (SIPS)**

Die deutsche Version des ‚Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)‘ zur Erfassung  
klinisch relevanter prämenstrueller Beschwerden

zur Einreichung bei der Zeitschrift: „Der Nervenarzt“

### **Korrespondenzautor**

Dr. Gunther Meinlschmidt  
Universität Basel  
Fakultät für Psychologie  
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Birmannsgasse 8  
CH - 4055 Basel  
Telefon: ++41 +61 267 02 75  
Fax: ++41 +61 267 02 79  
E-Mail: [gunther.meinlschmidt@unibas.ch](mailto:gunther.meinlschmidt@unibas.ch)

## **Deutsche 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 Cronbach`s Alpha  $0,924$ . Als Validitätsmaß 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 (PMS), Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS), Funktionelles Somatisches Syndrom (FSS), Fragebogen, Diagnostik*

**English Title:** Screening-Instrument for premenstrual symptoms [*Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome (SIPS)*]: The German version of the „Premenstrual Symptoms Screening Tool“ (PSST) to assess clinically relevant premenstrual disturbances

### **English 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 estimated 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  $r=0.69$ , Cronbach’s Alpha was 0.924. As 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 improving the identification of women who require treatment for their premenstrual symptoms.

*Keywords: premenstrual syndrome (PMS), premenstrual dysphoric disorder (PMDD), functional somatic syndrome (FSS), screening instrument, diagnostic, German version*

## Hintergrund

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 vierten 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 vier weiteren Symptomen vorliegen (z. B. Lethargie oder leichte Ermüdbarkeit). Differentialdiagnostisch 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 prämenstruellen Beschwerden zu erfassen [12, 18, 24]. Bereits Frauen mit weniger als fünf 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 zeitaufwändigen Tagebücher oft von Betroffenen schlecht akzeptiert werden. So zeigte eine epidemiologische Studie, dass 30 Prozent der Frauen eine Studienteilnahme ablehnten, da sie keine Tagebücher führen wollte. Da die Tagebücher Betroffene möglicherweise sogar davon abhalten Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen, wird die Nutzung täglicher prospektiver Symptomerfassungen zur Diagnosestellung in Frage gestellt. Darüber hinaus verzögert der Einsatz von 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 ökonomisch Frauen mit und ohne behandlungsbedürftigem PMS/PMDS voneinander abgrenzt. 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 achtstufigen 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-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: 1. psychisch und körperlich gesunde Frauen mit keinen oder leichten prämenstruellen Beschwerden ohne funktionelle Beeinträchtigung (unbelastete Gruppe) und 2. 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 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 fünf 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 Übereinstimmung 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 zweimal, 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 (engl.: 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 Minuten, die Auswertungszeit 1 Minute. Die Auswertung erfolgt anhand eines Schemas (Tabelle 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 (siehe “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 Symptomschweregrad, 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 Selbstbeurteilungs-Skala (SDS)* [27] wurde die nicht menstruationsassoziierte Depressivität eingeschätzt.

### ***Auswahl der Messzeitpunkte***

Wir erhoben anhand des DRSP während zwei aufeinander folgender Menstruationszyklen an insgesamt sechs (pro Zyklus drei) ausgewählten postmenstruellen und insgesamt mindestens sechs (pro Zyklus drei) 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 drei postmenstruellen Messzeitpunkte des ersten Menstruationszyklus ausgefüllt.

### ***Bestimmung der Symptomausprägung und prozentualen Symptomveränderung***

Als Maß der postmenstruellen Symptomausprägung wurden Symptomschweregrad und Beeinträchtigung (erfasst anhand DRSP) über die sechs postmenstruellen Messzeitpunkte gemittelt (*postmenstrueller* DRSP). Analog wurde die mittlere Ausprägung 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:  $\text{prozentuale Symptomveränderung} = (\text{prämenstruelle Symptomausprägung} - \text{postmenstruelle Symptomausprägung}) / \text{prämenstruelle Symptomausprägung} \times 100$ .

### ***Statistische Methoden***

Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen in demographischen und psychometrischen Angaben wurden bei kontinuierlichen Variablen mittels Varianzanalysen (ANOVA) und bei kategorialen Variablen mit dem Fisher's Exact Test analysiert. Die psychometrische Stabilität des Instruments wurde anhand der Retest-Reliabilität auf Itemebene und Diagnoseebene bestimmt. Dazu wurden auf Itemebene paarweise Pearsonsche 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 dreistufigen 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 dreistufigen Faktor Diagnose nach SIPS und als AV dem SDS wie auch dem postmenstruellen 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 zweiseitig, 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**

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 Ausbildung‘ (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 drei 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 unbelastete Gruppe mit keinen oder leichten prämenstruellen Beschwerden.

### **Psychometrische Stabilität**

Die Retest-Reliabilität der SIPS Diagnose lag bei  $r=0,689$ . Die Retest-Reliabilität auf Itemebene war außer beim Item Schlaflosigkeit ( $r=.144$ ) signifikant (alle  $p < 0,01$ ) und im Mittel hoch ( $r=0,63$ ; SD=0,09). Das SIPS wies mit Cronbach's Alpha von 0,924 eine hohe Interne Konsistenz auf.

### **Validität**

Hinsichtlich der vier Items des SIPS und des prospektiven *prämenstruellen* DRSP, welche die DSM-IV Kernsymptome erfassen, wurden mäßige Zusammenhänge gefunden: Wut ( $r=0,495$ ,  $p < 0,001$  und  $0,377$ ,  $p < 0,001$ ), Angst/Anspannung ( $r=0,470$ ,  $p < 0,001$ ), Weinerlichkeit ( $r=0,479$ ,  $p < 0,001$ ) und Gedrückte Stimmung ( $r=0,466$ ,  $p < 0,001$ ), 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 Tabelle 2 aufgeführt.

Die drei Diagnosegruppen nach SIPS unterscheiden sich signifikant bezüglich i) der Symptome, die mit dem DRSP zum *prämenstruellen* Zeitpunkt erfasst wurden ( $F(2,44)=25,427$ ,  $p<0,001$ ) und ii) der prozentualen Symptomveränderung im DRSP ( $F(2,44)=10,479$ ,  $p<0,001$ ). 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 i) der Symptome, die mit dem DRSP zum *prämenstruellen* Zeitpunkt erfasst wurden ( $p<0,001/p<0,001$ ) und ii) 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 ( $p=0,051/p=0,748$ ). Die drei Diagnosegruppen nach SIPS unterschieden sich nicht bezüglich der Symptome, die mit dem DRSP zum *postmenstruellen* Zeitpunkt erfasst wurden ( $F(2,44)=2,947$ ,  $p=0,063$ ). Die drei Diagnosegruppen nach SIPS unterschieden sich in der ANOVA (Haupteffekt) hinsichtlich Depressivität gemessen anhand des SDS ( $F(2,44)=3,246$ ,  $p=0,048$ ). 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 fanden 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 Patienten und Auswertenden stellt das SIPS ein äußerst ökonomisches Diagnoseinstrument dar. Die schriftlich fixierte Instruktion und eindeutige Auswertungssyntax des SIPS gewährleistet 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 i) eines retrospektiven Selbstbeurteilungsfragebogens, die *Premenstrual Tension Syndrome Self-Rating Scale (PMTS-SR)*, ii) einer Fremdeinschätzungsskala, der *Premenstrual Tension Syndrome Observer Scale (PMTS-O)*, welche retrospektiv 10 häufige Symptome prämenstrueller Störungen erfasst sowie iii) visueller Analogskalen (*Visuelle Analogskalen für prämenstruelle Störungen, VAS-PmS*), welche die vier 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 ist der *PMTS-SR* noch 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 vier PMDS Kernsymptome erfasst werden. Der tägliche Einsatz von nur vier 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 Beeinträchtigung 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 Vorzug, dass man anhand des Instrument 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 fünf 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 Zugangscode, den sie an einem sicheren Ort aufbewahren sollte, so dass die Gefahr einer möglichen „Fremdbeantwortung“ 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 Symptomatiken 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 beeinflussten. Es zeigte sich jedoch keine stärker berichtete Symptomatik im ‚SIPS Studienende, verglichen zum ‚SIPS Studienbeginn‘, so dass sich hier keine Hinweise für eine relevante Beeinflussung 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 Screening-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 zeitaufwändige prospektive Symptomerhebung während zwei aufeinander folgender Menstruationszyklen. Eine schnelle Identifikation von Frauen mit behandlungsbedürftiger prämenstrueller Symptomatik ermöglicht das rechtzeitige Einleiten sinnvoller therapeutischer Maßnahmen.

## **Interessenkonflikte**

Es besteht kein Interessenkonflikt.

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

## Literaturverzeichnis

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  
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* 28 Suppl 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 Gend 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 Gend Based Med* 9:757-768
19. Steiner M, Macdougall M, Brown E (2003) The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Women 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. *Archives of women's mental health* 6:287-292
27. Zung WWK (1996) Self-Rating Depression Scale. Selbstbeurteilungs-Skala (S). In: *Scalarum CIP* (ed) Internationale Skalen für Psychiatrie. Beltz-Test, Göttingen, p 101-103

**Tabelle 1**

<b>Auswertungsschema des Screening Instrument für Prämenstruelle Symptome (SIPS)</b>	
<b>Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS):</b>	<b>Mäßiges bis schweres Prämenstruelles Syndrom (PMS)</b>
1) mindestens <b>eines</b> der <b>Kernsymptome</b> ist als <b>stark</b> beurteilt	1) mindestens <b>eines</b> der <b>Kernsymptome</b> ist als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt
2) zusätzlich mindestens <b>vier weitere Symptome</b> sind als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt	2) zusätzlich mindestens <b>vier weitere Symptome</b> sind als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt
3) die <b>Beeinträchtigung</b> in mindestens <b>einem Funktionsbereich</b> ist als <b>stark</b> beurteilt	3) die <b>Beeinträchtigung</b> in mindestens <b>einem Funktionsbereich</b> ist als <b>mäßig bis stark</b> beurteilt

**Tabelle 2:**

<b>Zusammenhänge auf Itemebene zwischen dem Screening-Instrument für Prämenstruelle Symptome (SIPS) Studienende und des postmenstruellen und prämenstruellen Daily Record of Severity of Problems (DRSP)</b>					
<b>SIPS Item Nr.</b>		<b>Korrelationskoeffizient</b>			<b>DRSP Item Nr.</b>
		<b>Post- menstruell</b>	<b>Prä- menstruell</b>		
1	Wut/Reizbarkeit	0,088	0,495**	Verärgert, gereizt	4a
		0,088	0,377**	Konflikte/Probleme mit anderen	4b
2	Angst/Anspannung	0,187	0,470**	Ängstlich, angespannt	2
3	Weinerlich	0,169	0,479**	Stimmungsschwankungen	5
4	Gedrückte Stimmung	0,232	0,466**	Deprimiert, traurig	1a

\*  $p < 0,05$   
\*\*  $p < 0,01$