

STRUKTURIERTE BEFUNDERHEBUNG UND SYNDROMDIAGNOSE IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN PRAXIS

STRUCTURED SURVEY OF MEDICAL EVIDENCE AND SYNDROME DIAGNOSIS IN PSYCHOTHERAPEUTIC PRAXIS – A PILOT STUDY

Serge K. D. Sulz, Ina Hörmann, Wolfgang Hiller, Michael Zaudig

Zusammenfassung

Es wurde ein Instrument zur standardisierten Erhebung des psychischen Befundes entwickelt, das besonders für die ambulante psychotherapeutische Praxis geeignet ist. Der VDS-Befund enthält 190 strukturierte Fragen mit 291 differenzierenden Symptomangaben, die eine 4-stufige Bewertung des Schweregrads des Symptoms erlauben. Ergebnis ist die Syndromdiagnose, die aus 16 psychischen und psychosomatischen Hauptsyndromgruppen und 48 Subsyndromen ausgewählt wird. Es wird davon ausgegangen, dass diese für die Therapieplanung relevanter ist als die ICD-10-Diagnose. Mit 30 Minuten Dauer ist die Befunderhebung zeitökonomisch. Die Studie wurde an 61 Ambulanz-Patienten durchgeführt. Die Interraterreliabilität ist insbesondere bei den für die Psychotherapie relevanten Syndromen gut. Bei Life-Ratings war die Übereinstimmung der Rater wesentlich größer als bei Video-Ratings. Die Korrelationen mit den SCL-90-R-Werten der Patienten weisen auf eine befriedigende Validität hin, die aber weiterer empirischer Untersuchung bedarf.

Schlüsselwörter

Psychischer Befund – Syndromdiagnose – VDS-Befund – Interraterreliabilität

Summary

A tool for a standardized interview for state examination which is suited especially for ambulatory psychotherapeutic praxis has been developed. The VDS interview contains 190 structured questions with 291 distinguished symptom specifications that allow a 4-staged assessment of the symptoms' significance. The result is the syndrome diagnosis that is chosen from 16 psychological and psychosomatic main syndrome groups and 18 subsyndromes. It is assumed that this is more relevant for the therapy plan than the ICD-10-diagnosis. With a 30 minute duration, the VDS state examination is economic in terms of time. The study was carried out with 61 outpatients. There is a good interrater reliability, especially with the syndromes relevant for psychotherapy. The agreement of the raters was essentially larger with the life ratings than the video ratings. The correlations with the patients' SCL-R-counts point to a satisfying validity, which still needs further empirical study.

Keywords

State examination – syndrome diagnosis – VDS (behavior diagnostic system) results – interrater reliability

1. Einführung

Die zuverlässige Erfassung der Symptomatik des Patienten ist in der psychotherapeutischen Praxis ebenso relevant wie in der biologischen Psychiatrie. Der Urteilsprozess ist im Regelfall dreischrittig: Erfassung der Symptome (Befunderhebung), Erkennen eines bekannten Syndroms (Syndromdiagnose) und Zuordnung zu einer Diagnoseklasse nach ICD-10 (Dilling et al. 1999) oder DSM-IV (APA 1997). Die klassifikatorische Diagnose ist heute ein absolutes Muss. Die Syndromdiagnose ist oft Ausgangspunkt für die Indikationsstellung und Zielanalyse (Sulz 1994, 1997, 1999, 2000a,b 2001).

Befunderhebungssysteme, die nicht auf die klassifikatorische Diagnose abzielen, wie das AMDP-System (AMDP 1983, Fähndrich und Stieglitz 1998), werden heute weniger eingesetzt. Die direkt auf die ICD- oder DSM-Diagnose hinführenden strukturierten Befunderhebungsinstrumente wie SKID (Wittchen et al. 1990) und DIPS (Margraf et al. 1991) haben sich wegen der unmittelbar zur klassifikatorischen Diagnose hinführenden Urteilsbildung durchgesetzt.

Trotzdem bleibt in der psychotherapeutischen Praxis nur selten die Zeit, um diese Verfahren routinemäßig einzusetzen. So bleibt das Dilemma zwischen dem Anspruch einer vollständigen Befunderhebung und fehlender Zeit. Verzichtet man auf den dritten Schritt der standardisierten diagnostischen Klassifikation und zielt lediglich auf die Syndromdiagnose ab, so kann auch ein strukturiertes Interview zur Befunderhebung eingesetzt werden, dessen Ergebnis lediglich die Syndromdiagnose ist (z. B. AMDP [1983] oder VDS14, siehe Sulz 1991, 1999). Ziel ist eine kürzere Durchführungszeit und eine zuverlässige Erhebung des Querschnittsbefunds. Da das AMDP-System viele Syndrome nicht erfasst, die in der psychotherapeutischen Praxis zur Behandlung anstehen, kann ein Befunderhebungssystem hilfreich sein, das das Störungsspektrum der Psychotherapie vollständiger abbildet. Der VDS-Befund (Sulz 1991, 1999) wurde mit dieser Zielstellung entwickelt. In dieser Studie soll zunächst nur ein Aspekt der Reliabilität untersucht werden – die Übereinstimmung zwischen Ratern. Weitere Aspekte der Reliabilität sowie Validität und sonstige statistischen Eigenschaften werden in einer nachfolgenden größeren Studie untersucht.

Scharfetters Syndromdefinition (1985, S. 19) kann noch heute als Grundlage dienen: „In der klinischen Erfahrung trifft man wiederkehrende typische klinische Bilder an, konstatiert durch häufig in Zusammenhang (im Verband) auftretende Symptome. Diese Symptomverbände nennt man Syndrome. Ein Syndrom ist also eine erscheinungsbildlich typische Symptomkombination (nicht unbedingt auch ursächlich!).“

Vom Symptom zum Syndrom kann man auch durch den Einsatz von Syndromskalen gelangen, die entweder als klinische Skalen wie der BDI (Beck et al. 1961, Hautzinger et al. 1994) konzipiert werden oder von dimensional mathematischen Modellen abgeleitet wurden wie die faktorenanalytischen Syndromskalen des ANIS (Fichter und Keeser 1980).

Von der Zielsetzung der syndromalen Diagnostik her liegt der AMDP dem VDS-Befund am nächsten. Er hebt auf eine dimensionale Diagnostik anstelle einer klassifikatorischen ab. Der Patient wird nicht einer Klasse zugeordnet, sondern im dimensionalen Raum abgebildet (Stieglitz 2000). Deshalb kann er am ehesten als Referenz in der Betrachtung der Eigenschaften des VDS-Befundes dienen. Aus diesem Grund soll der AMDP zunächst ausführlich diskutiert werden.

Das AMDP-System als Referenz zum VDS-Befund

Das AMDP-System ist eine Symptomliste mit 140 psychischen, somatischen und neurologischen Symptomen. Sie ist nach psychischen Funktionen gegliedert und bildet die Psychopathologie weitgehend ab. Wie im psychiatrischen Lehrbuch werden die folgenden Symptombereiche berücksichtigt: Bewusstseinsstörungen (4 Symptome); Orientierungsstörungen (4 Symptome); Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen (6 Symptome); Formale Denkstörungen (12 Symptome); Befürchtungen, Zwänge (6 Symptome); Wahn (14 Symptome); Sinnestäuschungen (6 Symptome); Ich-Störungen (6 Symptome); Störungen der Affektivität (21 Symptome); Antriebs- und psychomotorische Störungen (9 Symptome); Circadiane Besonderheiten (3 Symptome); Andere Störungen (9 Symptome); Schlaf- und Vigilanzstörungen (5 Symptome); Appetenzstörungen (4 Symptome); Gastrointestinale Störungen (7 Symptome); Kardio-respiratorische Störungen (4 Symptome); Andere vegetative Störungen (5 Symptome); Weitere Störungen (6 Symptome); Neurologische Störungen (10 Symptome).

Ziel ist, die Symptomliste sowohl als Ratinggrundlage als auch als „Grundlage für eine umfassende Dokumentation psychiatrischer Befunde“ zu verwenden (AMDP 1983, S. 7). AMDP ist eine Weiterentwicklung des AMP-Systems, dessen erstes Manual 1971 von Scharfetter herausgegeben wurde. Es diente ursprünglich der besseren Messung der Symptomatik bei Psychopharmakotherapie (Bente et al. 1960). Es gibt eine große Zahl von Studien, die alle wichtigen Aspekte der statistischen und testtheoretischen Eigenschaften dieses Befunderhebungs- und Dokumentationssystems untersuchten. Ein Überblick findet sich in AMDP (1983) und teilweise auch in Stieglitz (2000).

Die Interraterreliabilität der AMDP-Syndrome liegt zwischen 0,41 und 0,81 (Maurer-Groeli, 1976) bzw. 0,55 und 0,87 (Baumann und Woggon 1979). Der Median über alle neun AMDP-Syndrome liegt in beiden Studien bei 0,68. Die Übereinstimmung der Rater wird dabei geringer, wenn statt Life-Beurteilung Video-Betrachtungen erfolgen.

Mehrere Untersuchungen zeigten, dass dem AMDP eine relativ stabile Faktorstruktur zu Grunde liegt (Mombour et al. 1973, Baumann 1974, Sulz-Blume et al. 1979, Gebhardt et al. 1981). Als Beispiel seien die faktoriellen Skalen von Sulz-Blume et al. (1979) genannt (Reihenfolge nach Varianzstärke der Faktoren, die insgesamt 34 % der Varianz der Symptome erklären):

- Paranoid-halluzinatorisches Syndrom
- Psychoorganisches Syndrom
- Depressives Syndrom
- Manisches Syndrom
- Somatisch-vegetatives Syndrom
- Hostilitätssyndrom
- Apathisches Syndrom
- Katatoniesyndrom
- Zwangssyndrom

Abgesehen von der Tatsache, dass bei neun Faktoren zwei Drittel der Varianz der Symptome unerklärt bleiben und damit nicht gesagt werden kann, dass es sich um *die* Faktorstruktur aller Symptome des AMDP handelt, können die resultierenden Syndromfaktoren aussagekräftig sein. Die von M. von Cranach geleitete Arbeitsgruppe untersuchte u. a. die Fähigkeit der Syndromfaktoren zur Prädiktion der klassifikatorischen Differentialdiagnose (damals noch ICD-8, Degkwitz et al. 1975) zwischen endogener und neurotischer Depression. Eine schrittweise Diskriminanzanalyse mit Validierung nach dem Split-half-Verfahren erreichte 76 % richtige Zuordnung mit Hilfe der AMDP-Syndromfaktoren (Sulz-Blume et al. 1979). Schizophrenie und endogene Depression wurden zu 85 % der richtigen ICD-Diagnose zugeordnet. Schizophrenien (außer schizoaffektive Psychose), schizoaffektive Psychose depressiver Ausprägung und endogene Depression wurden mit Hilfe der Syndromfaktoren zu 75 % richtig zugeordnet. Schizophrenien (außer schizoaffektive Psychose), schizoaffektive Psychose manischer Ausprägung und Manie wurden ebenfalls zu 76 % richtig diesen drei ICD-Diagnosen zugeordnet (Sulz-Blume et al. 1979).

Eine weitere Studie (Sulz und Gigerenzer, 1982a, b) verglich die realen AMDP-Befunde von Psychiatern mit deren Einschätzungen des jeweils typischen Patienten mit Hebephrenie, paranoider Schizophrenie, schizoaffektiver Psychose, Involutionen-depression, endogener Depression, Angstneurose, Hysterie, depressiver Neurose und mit chronischem Alkoholismus. Dabei zeigte sich der große Einfluss individueller impliziter (d. h. nicht bewusster) nosologischer Theorien auf die Beurteilung des Patienten. Dies ist ein Bias, mit dem bei allen Befundsystemen zu rechnen ist.

Eine dritte Studie (Schubö und Sulz 1985, Sulz et al. 1985) führte aufwändige methodenkritische Analysen durch. Eine 15-Faktorenlösung enthielt neun Faktoren mit psychosensitiven Symptomen. Erst die restlichen Faktoren beschreiben „neurosentypische“ Symptome. Dies weist auf die sehr beschränkte Abbildung von psychischen und psychosomatischen Störungen, bei denen überwiegend Psychotherapie zum Einsatz kommt, durch den AMDP hin. Die Prüfung der Stabilität der Faktorstruktur des AMDP kam zu dem Ergebnis, dass nur vier bis fünf Faktoren als wirklich stabil bezeichnet werden können. „Es scheint evident, dass eine einzige repräsentative Faktorenstruktur des AMDP-Systems nicht gefunden werden kann. Diskriminanzanalysen, die versuchten, mehr als zwei Diagnosen zu differenzieren, erreichten unzureichende Ergebnisse. Außerdem zeigte sich, dass die schrittweise Diskriminanzanalyse so problembehaftet ist, dass deren Ergebnisse nur bedingt generalisierbar sind“ (Sulz et al. 1985).

Durch die Zielrichtung des primären Einsatzes in Pharmastudien erklärt sich, dass Symptome der schizophrenen und der affektiven Psychosen besonders differenziert wiedergegeben werden. Die somatischen und neurologischen Symptome wurden neben dem Aspekt der Somatisierung auch aufgenommen, um Nebenwirkungen der Psychopharmaka erfassen zu können. Dagegen sind die Symptome der Störungen, die eher in den Indikationsbereich der Psychotherapie fallen, weniger eingehend aufgeführt (Angststörungen, Ess-Störungen, somatoforme Störungen). Aber auch Suchterkrankungen lassen sich mit dem AMDP nicht abbilden. Damit ist AMDP kein umfassendes Befunddokumentationssystem für Psychiatrie und Psychotherapie.

Ein weiteres Merkmal von AMDP ist, dass sich aus der Dokumentation keine Hilfestellung für die Diagnosestellung ergibt. Alle Symptome wurden angegeben und eingeschätzt, aber das Vorliegen eines Syndroms geht nicht aus der Dokumentation hervor. Der Therapeut muss sich also völlig auf sein Gedächtnis verlassen, wenn er die Syndromdiagnose stellt. Ebenso geht es beim Versuch, eine ICD-10-Diagnose zu stellen. Denn die Nomenklatur ist nur teilweise identisch mit derjenigen von ICD-10. Sie wurde nicht auf die modernen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV adaptiert. Zudem fehlen Symptome, die ICD-10-Kriterien für bestimmte Diagnosen sind.

Zusammengefasst ist einerseits der AMDP das wohl am besten untersuchte deutschsprachige Erhebungs- und Dokumentationsinstrument in der Psychiatrie. Es ist besonders für Pharmastudien geeignet. Wegen der Maschinenlesbarkeit der Erhebungsbögen ist seine Anwendung und Auswertung sehr ökonomisch. Zahlreiche faktorenanalytische Studien ergaben eine relative stabile Faktorenstruktur, so dass faktorenanalytische Syndromskalen gebildet werden können, sofern ein EDV-Auswertungsprogramm vorhanden ist. Die Arbeit mit faktoriellen Syndromen hat den Vorteil, dass damit die Nachteile einer kategorialen Diagnostik aufgehoben werden. Statt eines Entweder-oder mit den damit verbundenen Fehlklassifikationen gibt es eine eindeutige Lokalisation eines

Patienten im mehrfaktoriellen Syndromraum. Dabei sind allerdings die erwähnten mathematisch bedingten Artefakte zu berücksichtigen, die dazu führen, dass die dimensionale Diagnostik nicht per se als der kategorialen überlegen angesehen werden kann. Erst die Weiterentwicklung zu klinischen Skalen behebt diese Mängel (Stieglitz et al. 1998). Andererseits fehlen dem AMDP für die Psychotherapie wichtige psychische und psychosomatische Syndrome, zum anderen ist die Anordnung der Symptome nicht hilfreich, um einer Syndromdiagnose per Sichtung der vorhandenen Symptome näher zu kommen. Und es besteht keine Verbindung zu ICD-10.

Strukturierte Befunderhebung mit dem Ziel der ICD-10-Diagnosestellung

Für die klassifikatorische Diagnose nach ICD oder DSM stehen heute mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, den Prozess von Befunderhebung und Diagnosestellung zuverlässiger zu machen. Im Zuge der Verbesserung der Reliabilität und Validität psychiatrischer Befunderhebung für wissenschaftliche Untersuchungen wurde weitgehende Operationalisierung vorgenommen und strukturierte Interviews entwickelt wie SKID (Wittchen et al. 1990, Wittchen und Unland 1991), DIPS (Margraf et al. 1991) und Mini-DIPS (Margraf 1994). Im Gegensatz zu standardisierten Interviews wie CIDI (Wittchen und Semler 1992), die für den Interviewer keinen Ermessensspielraum lassen, sondern den gesamten Vorgang der Befunderhebung und Diagnosestellung algorithmisch festlegen, belassen die strukturierten Interviews noch die Möglichkeit, den klinischen Eindruck zu berücksichtigen. Diese Erhebungsinstrumente führen direkt auf die ICD- oder DSM-Diagnose hin und verweilen nicht bei der Zwischenstufe der Syndromdiagnose. Der Vorteil liegt darin, dass sofort die letztlich erforderliche klassifikatorische Diagnostik durchgeführt wird.

Die IDCL spart sich dagegen die Strukturierung der Befunderhebung und liefert je ICD-10- bzw. DSM-IV-Diagnose eine abzuarbeitende Checkliste (Hiller et al. 1995, 1997). Wer also bereits auf Grund der freien klinischen Befunderhebung einige wenige differentialdiagnostische Hypothesen gebildet hat, kommt auf einem sehr kurzen Weg zur klassifikatorischen Diagnose.

Beschreibung der VDS-Befunderhebung

Bisher fehlt ein dem AMDP analoges ökonomisch einsetzbares Befunderhebungssystem, das auf die in ambulanten psychotherapeutischen Praxen häufigen Syndrome abzielt. Der VDS-Befund verfolgt diese Zielrichtung. Er wird seit zehn Jahren weiterentwickelt und in der psychotherapeutischen ambulanten Praxis als Screeningverfahren eingesetzt. Zunächst war es eine kurze Symptomliste für den klinischen Gebrauch, die in Zusammenhang mit der Erhebung der Anamnese dem Patienten zum Ausfüllen vorgelegt wurde und parallel Interviewgrundlage für den Therapeuten war, um auf ökonomische Weise den psychischen Befund erheben zu können (Sulz 1991, 1995).

Dann wurde daraus ein Instrument zur standardisierten Be-

funderhebung (VDS14), das bereits 16 Skalen zu psychischen und psychosomatischen Beschwerden erfasste. Jedes Item enthielt die Kurzbezeichnung des Symptoms zur schnellen Orientierung und dahinter die Frage, die dem Patienten gestellt werden kann.

Im Zuge der Vorbereitung dieser Pilotstudie wurde der Interviewleitfaden auf ICD-10 abgestimmt und so überarbeitet, dass bezüglich jedes Syndroms die in ICD-10 genannten zugehörigen Symptome erfragt werden können. Ziel war, dass z. B. die für jede ICD-10-Diagnose einer Depression genannten Symptome erfasst wurden, um auf der Basis des Querschnittbefundes eine differentialdiagnostische Entscheidung treffen zu können.

Der VDS-Befund soll in der psychotherapeutischen Praxis Syndromdiagnostik auf umfassende und zuverlässige Weise ermöglichen, ohne dass umfangreiche Auswertungsarbeiten wie die Berechnung von Syndromsummenwerten (z. B. AMDP) erforderlich sind. Deshalb wurden im Gegensatz zum AMDP die Symptome nicht nach Funktionsbereichen (z. B. Bewusstseinsstörungen, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, affektive Störungen) angeordnet, sondern nach Syndromen.

Jetzt liegt ein standardisierter Interviewleitfaden zur Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befundes vor, der 17 Syndrome erfasst (siehe Tab. 1).

Der siebzehnte Fragenbereich gibt die Möglichkeit, weitere Symptome zu erfassen, die in den vorigen sechzehn Symptombereichen nicht als Frage angeboten werden. Insgesamt werden 190 psychische und psychosomatische Symptome erhoben. Zu vielen Symptomen werden differenzierende Fragen gestellt, so dass insgesamt ein Fragenpool von 481 Symptomen resultiert.

Zu jedem Syndrom wird zunächst eine Startfrage gestellt,

deren Bejahung zum Erfragen aller zum Syndrom gehörigen Symptome führt, wie zum Beispiel für das psychotische Syndrom:

Ich werde Ihnen einige Fragen stellen, die Ihnen ungewöhnlich vorkommen, aber wir stellen sie allen Patienten routinemäßig. Kam es in den zurückliegenden Wochen zu Ereignissen, deren Wahrnehmung Sie sehr beunruhigte und die Sie sehr ungewöhnlich empfanden, während andere Menschen glaubten, dass Sie sich täuschen bzw. dass es so etwas nicht gibt? Haben Sie z. B. eine Stimme gehört oder Leute gesehen, oder haben Sie irgendwelche Erscheinungen gehabt, die andere nicht wahrnehmen konnten? Haben Sie sich verfolgt oder beobachtet gefühlt? Beschreiben Sie dies kurz. Geben Sie einige Beispiele.

Der Patient beantwortet zunächst jede Frage mit Ja oder Nein. Dabei ist nicht das Ja des Patienten entscheidend, sondern der Eindruck des Interviewers, ob das Ja des Patienten eine zustimmende Aussage im Sinne des Konstrukts des betreffenden Syndroms ist. Hierzu wird der Patient gebeten, einige Beschreibungen und Beispiele zu geben. Wenn sich daraus nicht der Verdacht auf Vorliegen des betreffenden Syndroms ergibt, wird zum nächsten Syndrom weitergegangen und dessen Startfrage gestellt. Es kann also sein, dass bei einem Patienten nur die Fragen eines einzigen Syndroms gestellt werden müssen, zusätzlich jedoch bei jedem Patienten die Fragen des siebten Symptombereichs „weitere Syndrome, unspezifische Symptome“, für den es keine Weichen stellende Startfrage gibt.

Auch hier ist nicht die wörtliche Antwort des Patienten entscheidend, sondern der Eindruck des Interviewers, nachdem der Patient Beispiele dafür gegeben hat. Die weiteren Ausführungen des Patienten führen auch zu einer Einschätzung des Schweregrades durch den Interviewer, der die Ziffer in die Klammer am Ende der Zeile einträgt (*nicht beurteilbar 9; nicht vorhanden 0; leicht ausgeprägt 1; mittel ausgeprägt*

Tabelle 1: Die 17 Syndrome des VDS-Befundes

1. Psychotisches Syndrom (z. B. paranoid-halluzinatorisch)	17 Symptome
2. Manisches Syndrom	16 Symptome
3. Dementielles Syndrom/leichte kognitive Störungen	13 Symptome
4. Delirantes Syndrom	16 Symptome
5. Depressives Syndrom	29 Symptome
6. Angst-Syndrom	20 Symptome
7. Weitere Syndrome, unspezifische Symptome	18 Symptome
8. Aggressiv-impulsives Syndrom	3 Symptome
9. Sexualstörung (gestörtes Sexualverhalten)	5 Symptome
10. Zwangssyndrom	3 Symptome
11. Alkoholabhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom	6 Symptome
12. Substanzbezogenes Abhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom	5 Symptome
13. Ess-Störung (gestörtes Essverhalten)	18 Symptome
14. Kopfschmerz-Syndrom	3 Symptome
15. Schmerz-Syndrom	4 Symptome
16. Somatoforme Syndrome	16 Symptome
17. Bisher nicht genannte Beschwerden	offen

2; *schwer ausgeprägt* 3).

Bei einigen Symptomen folgen differenzierende Fragen, die nur beantwortet werden, wenn das Symptom als vorhanden eingeschätzt wurde, z. B.: „Die Stimmen kommentieren mein Verhalten“; „Die Stimmen sprechen miteinander über mich“; „Die Stimmen kommen aus einem Teil meines Körpers“; „Die Stimmen drohen mir“; „Die Stimmen befehlen mir, etwas zu tun“.

Diese differenzierenden Fragen werden nur dichotom beantwortet, also nur bei Zutreffen angekreuzt. Die Zahl der differenzierenden Fragen ist je Symptom und je Syndrom sehr verschieden, sie schwankt zwischen null und neun. Insgesamt sind es 291 differenzierende Fragen.

Am Ende jedes Symptombereichs wird zusammenfassend gefragt, ob nach dem Eindruck des Interviewers das betreffende Syndrom vorliegt und welchen Schweregrad es hat. Zum Beispiel:

Es besteht ein Angst-Syndrom *nein / ja* ()

Es werden dann die gleichen Schweregrad-Einstufungen verwendet wie auf Symptomebene (9, 0, 1, 2, 3). Danach wird der Interviewer aufgefordert, eine weitere Differenzierung in Subsyndrome vorzunehmen, z. B.:

agoraphobisches Syndrom
soziophobisches Syndrom
spezifisch-phobisches Syndrom
Paniksyndrom
generalisiertes Angstsyndrom
anderes Angstsyndrom

Diese differenzierenden Fragen können ebenfalls mit Beur-

teilung des jeweiligen Schweregrades beantwortet werden, z. B. kann ein schweres agoraphobes und ein leichtes soziophobes Syndrom bei einem Patienten vorliegen. Insgesamt werden zu den 16 Hauptsyndromen 48 weitere Subsyndrome erfasst. Insgesamt ist zwischen 51 differenzierenden Syndromen zu wählen (vgl. Tab. 6), da bei drei Syndromen keine Unterteilung und Differenzierung erfolgt (manisches, dementielles und delirantes Syndrom).

Diese Erhebung des Querschnittsbefundes bezieht sich auf die letzten vier Wochen.

Der VDS-Befund wird bisher in psychotherapeutischen ärztlichen und psychologischen Praxen angewandt. Die Erhebung dauert oft nur zwischen 30 Minuten (bei Vorliegen nur eines Syndroms, da bei Patienten mit nur einem Syndrom lediglich die vertiefenden Fragen des betreffenden Syndroms gestellt werden müssen) und 40 Minuten (bei Vorliegen von zwei Syndromen). Für jedes weitere vorliegende Syndrom müssen 10 Minuten veranschlagt werden.

Der VDS-Befund existiert als Papierversion (VDS14) und als Bildschirmversion in Form eines Moduls des Psychodiagnostik-Expertensystems VDS-Expert (Denk und Sulz 2001), die zwei Varianten aufweist, eine für den Interviewer als Dateneingabe und eine für den Patienten, so dass dieser die Fragen, die er selbst beantworten kann und soll, selbst bearbeiten kann.

Zuordnung von VDS- zu AMDP-Symptomen

Der VDS-Befund orientierte sich ursprünglich an der Symptomnomenklatur von DSM-III-R. In der hier vorliegenden Überarbeitung wird versucht, möglichst auch die Sprache des

Tabelle 2: VDS-Befund – Beispiel: differenzierende Fragen zu Erschöpftheit/Neurasthenie, Schlafstörungen und Verhaltensstörungen

Erschöpftheit/Neurasthenie

Haben Sie ein quälendes Gefühl der Erschöpfung bzw. Müdigkeit nach geringer geistiger oder körperlicher Anstrengung?
Können Sie sich von dieser Erschöpfung bzw. Müdigkeit nicht durch normale Ruhe- und Entspannungszeiten erholen?
Leiden Sie zusätzlich unter akuten oder chronischen Muskelschmerzen oder Benommenheit oder Spannungskopfschmerz oder Schlafstörung oder Unfähigkeit zu entspannen oder Reizbarkeit?

Schlafstörungen

Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen
Ständiges Schlafbedürfnis und häufiges Einschlafen am Tage
Schlafwandeln
Nächtliche Panikerwachen mit heftigen Bewegungen und Erregung
Alpträume
Verschobener Schlaf-wach-Rhythmus, so dass zu Zeiten geschlafen wird, an denen andere wach sind und umgekehrt

Verhaltensstörungen

Verhaltensrituale
Dranghaft-zwanghaftes Stehlen (Kleptomanie)
Dranghaft-zwanghaftes Spielen (Spielsucht)
Dranghaft-zwanghafte Brandstiftung (Pyromanie)
Dranghaft-zwanghaftes Haareausreißen (Trichotillomanie)
Dranghaft-zwanghaftes Kratzen, Ausquetschen d. Talgdrüsen
Nägelkauen
Selbstverletzung/sich selbst schneiden
Andere Verhaltensstörungen, die Sie nicht abstellen können

ICD-10 zu treffen. Dadurch ist es nicht möglich, exakte Eins-zu-eins-Zuordnungen von AMDP und VDS-Befund zu treffen. Es konnten 100 der 141 AMDP-Symptome den Symptomen des VDS-Befundes zugeordnet werden. Damit bleiben 381 VDS-Befund-Symptome, für die es kein AMDP-Symptom gibt. Dies ist einerseits dadurch erklärbar, dass der VDS-Befund wesentlich mehr klinische Syndrome beschreibt als AMDP, andererseits dadurch, dass im VDS-Befund oft weitergehende differenzierende Fragen zu einem Hauptsymptom gestellt werden. Tabelle 2 enthält als Beispiel Fragen zu Erschöpftheit/Neurasthenie, Schlafstörungen und Verhaltensstörungen, für die es im AMDP-System keine Entsprechung gibt.

Tabelle 3 enthält eine Auflistung der 41 Symptome, für die es im VDS-Befund keine oder keine ausreichend genaue Entsprechung gibt. Wegen der nicht exakt gleichen Definition verschiedener Symptombegriffe kann eine Eins-zu-Eins-Zuordnung bei 41 von 141 AMDP-Symptomen nicht erfolgen (Tabelle 3). Besonders fällt dies im Bereich der Wahnsymptome und bei den für die endogene Depression typischen affektiven Symptomen auf, zusätzlich fehlen im VDS-Befund neurologische Symptome, die mit Neuroleptika-Nebenwirkungen oder neurologischen Erkrankungen assoziiert sind. Bezüglich der Wahnsymptome hat der VDS-Befund allerdings eine ebenso differenzierte Abbildung wie AMDP, aber mehr auf die ICD-10-Nomenklatur bezogen.

2. Methodik zur Überprüfung der Interrater-Reliabilität

Die Stichprobe

Die klinische Bewährung ermutigt zu dem Schritt, ihre statistischen Eigenschaften zu untersuchen, um schließlich auch einen Einsatz in wissenschaftlichen Untersuchungen möglich zu machen. Als erster Schritt dieser Prüfung soll die Bestimmung der Interraterreliabilität vorgenommen werden. Zur Zeit laufen überdies Untersuchungen zur Retest-Reliabilität und

zur inneren Konsistenz. Die Patientenstichprobe bestand aus Patienten der Ambulanz des Centrums für Integrative Psychotherapie, die dort zur Diagnostik und Indikationsstellung einer Psychotherapie oder zur psychotherapeutischen Behandlung waren. Zudem wurden fünf stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik mit dem VDS-Befund untersucht. Insgesamt gingen 61 Patienten in die Untersuchung ein. Davon waren 25 männlich (41 %) und 36 weiblich (59 %). Das Alter der Patienten war durchschnittlich 40 Jahre und lag zwischen 22 und 76 Jahren.

Tabelle 4 zeigt die vorliegenden Diagnosen. Von den 61 Patienten erhielten 21 Patienten eine, weitere 21 Patienten zwei und 19 Patienten drei ICD-10-Diagnosen.

Erhebung des VDS-Befundes und weitere Messinstrumente

Das VDS-Interview

Jeder Rater erhielt einen VDS-Befund zur Dokumentation. Das Interview wurde abwechselnd und rotierend von einem der Rater durchgeführt. Als gemeinsame Basis des psychopathologischen Verständnisses wurden die Symptomdefinitionen des Manuals zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (AMDP 1997) verwendet. Die anderen Rater sollten nur dann etwas nachfragen, wenn der Interviewer dies versäumt hatte, um ein Symptom ausreichend beurteilen zu können.

Insgesamt nahmen elf Rater an der Studie teil. Sie waren Psychotherapeuten des Centrums für Integrative Psychotherapie. Sie gehörten folgenden Berufsgruppen an: fünf Psychiater/innen (3 weiblich, 2 männlich), ein psychiatrischer Assistenzarzt, fünf psychologische Psychotherapeuten/innen (2 weiblich, 3 männlich) und eine Psychologin in Psychotherapieausbildung. Alle fertig ausgebildeten Ärzte und Psychologen hatten mehr als fünf Jahre Berufserfahrung nach Abschluss ihrer Weiterbildung. Einer der Rater ist Psychiater und Psy-

Tabelle 3: AMDP-Symptome, die im VDS-Befund fehlen

Bewusstseinsstörungen

Bewusstseinsengung
Bewusstseinsverschiebung

Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

Paramnesien
Formale Denkstörungen

Gehemmt
Umständlich

Eingeengt

Wahn

Wahnstimmung
Wahneinfall
Systematisierter Wahn
Wahndynamik
Schuldwahn
Verarmungswahn
Hypochondrischer Wahn

Sinnestäuschungen

Illusionen

Ich-Störungen

Anderes Fremdbeeinflussungserleben

Störungen der Affektivität

Ratlos
Gefühl der Gefühllosigkeit
Affektarm

Störung der Vitalgefühle
Verarmungsgefühle

Affektlabil

Antriebs- und psychomotor. Störungen

Theatralisch

Circadiane Besonderheiten

Abends besser

Anderer Störungen

Mangel an Krankheitsgefühl
Mangel an Krankheitseinsicht
Ablehnung der Behandlung
Pflegebedürftig

Appetenzstörungen

Durst vermehrt

Gastrointestinale Störungen

Hypersalivation

Weitere Störungen

Schweregefühl in den Beinen

Neurologische Störungen

Rigor
Muskeltonus erniedrigt
Tremor

Dyskinesien

Hypokinesien

Akathisie

Ataxie

Nystagmus

Parästhesien

Seitendifferenzen

Tabelle 4: Verteilung der ICD-10-Diagnosen bei der untersuchten Stichprobe (mit Mehrfachnennungen)

ICD-10 Diagnose	Häufigkeit	Prozent
Somatoforme Störungen (F45)	17	14,2
Depressive Episoden (F32)	14	11,7
Ess-Störungen (F50)	14	11,7
Persönlichkeitsstörungen (F60)	13	10,8
Angststörungen (F41)	9	7,5
Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen (F52)	8	6,7
Anpassungsstörungen: längere depressive Reaktion (F43)	6	5,0
Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F54)	5	4,2
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	4	3,3
Schizophrenien (F20)	4	3,3
Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (F42.2)	4	3,3
Neurasthenie (F48.0)	4	3,3
Spannungskopfschmerz (G44.2)	4	3,3
Nichtorganische Insomnie (F51.0)	3	2,5
Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide (F12.1)	2	1,7
Bipolare Störung: gegenwärtig manische Episode, mit psychotischen Symptomen (F31.2)	2	1,7
Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.8)	2	1,7
Sonstige Diagnosen	5	4,2
Summe	120	100

chologischer Psychotherapeut, wird deshalb in der Aufstellung doppelt erwähnt.

Die Psychiater hatten eine Schulung in der Anwendung des VDS-Befundes im Umfang von zwei Doppelstunden absolviert und hatten ihn bereits einige Male selbst angewandt. Die psychologischen Psychotherapeuten erhielten nur eine kurze Einführung im Umfang von einer Stunde.

Bei den Videoratings waren alle Rater gleichzeitig anwesend. Bei den Life-Ratings waren zwei bis maximal vier Rater anwesend.

ICD-10-Diagnose

Da die ICD-10-Diagnose nicht Gegenstand der Studie war, wurde sie nach einer Besprechung des Befundes gestellt. Sofern Konsens über das Vorhandensein eines Syndroms bestand, wurde eine ICD-10-Diagnose vergeben. Auf diese Weise erhielt ein Patient bis zu fünf ICD-10-Diagnosen.

Symptomselbstbeurteilung

Bei dreißig Patienten wurde zusätzlich zu der VDS-Befunderhebung die Symptom-Check-Liste SCL-90-R von Derogatis eingesetzt (Derogatis et al. 1976, Rief et al. 1991, Stieglitz 2000).

Statistische Auswertung

Der VDS-Befund wurde in VDS-Expert (Denk und Sulz 2001) dokumentiert, das SPSS-Syntax- und Datenfiles erzeugt. Die statistische Auswertung wurde mit SPSS 9.0 vorgenommen. Es wurden die Funktionen Frequencies und Nonpar corr eingesetzt. Für die Berechnung der Interraterreliabilität wurde der Kappa-Koeffizient (Cohen 1960) verwendet. Diesbezüglich sei auf dessen Diskussion von Baumann und Stieglitz (AMDP, 1983) verwiesen. Die Korrelationen zwischen den VDS-Syndromsummenwerten und den Summenwerten des SCL-90-R sind Spearman Koeffizienten.

3. Ergebnisse

Die Syndromdiagnosen

Die 61 Patienten hatten folgende Syndrome (Tabelle 5, mit Mehrfachzuordnungen). Die vorliegende Verteilung ist geprägt durch den Tätigkeitsbereich der CIP-Ambulanz. Dabei waren sowohl Angst, Depression als auch Schmerz und gestörtes Essverhalten oft zusätzlich festgestellte Störungen, deretwegen der Patient nicht zur Psychotherapie kam.

Ein vergleichender Überblick über die durch AMDP mit den durch den VDS-Befund beschriebenen Syndrome zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Systeme. Angst- und Suchterkrankungen sowie Ess-Störungen und chronische Schmerzsyndrome werden in AMDP nicht abgebildet (Tab. 5).

Tabelle 5: Die aus dem VDS-Befund resultierenden Syndromdiagnosen

Syndrom	Zahl der Patienten	Syndrom-Äquivalent in AMDP vorhanden?
1. Psychotisches Syndrom (z. B. paranoid-halluzinatorisch)	8	ja
2. Manisches Syndrom	2	ja
3. Dementielles Syndrom/leichte kognitive Störungen	0	ja
4. Delirantes Syndrom	0	nein
5. Depressives Syndrom	36	ja
6. Angst-Syndrom	19	nein
7. Weitere Syndrome, unspezifische Symptome	16	nein
8. Aggressiv-impulsives Syndrom	7	ja
9. Sexualstörung (gestörtes Sexualverhalten)	9	nein
10. Zwangssyndrom	4	ja
11. Alkoholabhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom	5	nein
12. Substanzbezogenes Abhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom	2	nein
13. Ess-Störung (gestörtes Essverhalten)	16	nein
14. Kopfschmerz-Syndrom	13	nein
15. Schmerz-Syndrom	14	nein
16. Somatoforme Syndrome	7	ja

Berücksichtigt man zusätzlich die im VDS-Befund angelegte weitergehende Differenzierung der einzelnen Syndrome, so bleibt auch diese klinisch relevante Unterscheidung des Befundes in AMDP unberücksichtigt.

Die Interraterreliabilität

Als Koeffizient wurde Kappa gewählt, obgleich es wegen der Vierfeldertafel im Rahmen einer Kontingenzanalyse nur bei einer eingeschränkten Zahl von Interraterpaaren die Berechnung von Koeffizienten ermöglicht. Diese Beschränkung ist zugleich eine Hürde, die nur qualitativ sichere Daten zur Auswertung bringt. D. h. es liegt eine konservative Reliabilitäts-

prüfung vor. Die Berechnungen wurden zunächst für jedes einzelne Syndrom durchgeführt und anschließend auch für die gesamte Symptomliste des VDS-Befundes. Die Interraterreliabilitäten für die einzelnen Syndromskalen gibt Tabelle 6 wieder.

Da die Skalen unterschiedlich lang sind, ist die in die Berechnung eingehende Stichprobe von Variablen verschieden groß. Kappa berechnet die Ähnlichkeit des Urteils von jeweils zwei Ratern. In Tabelle 6 sind die Mittelwerte dieser paarweise berechneten Koeffizienten wiedergegeben.

Über alle Syndrome hinweg berechnet – unter Einbeziehung aller 481 Symptome aller 16 Syndrome ergibt sich ein Ge-

Tabelle 6: Kappa-Werte der einzelnen Syndromskalen

Syndrom	Kappa insgesamt	Kappa bei Life-Rating	Kappa bei Video-Rating
Paranoid-halluzinatorisch	0,68	0,80	0,54
Manisch	0,53	0,72	0,53
Depressiv	0,80	0,86	0,56
Angst	0,65	0,79	0,50
Weitere Syndrome	0,70	0,83	0,56
Sexualstörungen	0,93	0,93	—
Zwang	0,86	0,86	—
Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit	0,81	0,81	—
Substanzmissbrauch und -abhängigkeit	0,76	0,76	—
Ess-Störungen	0,87	0,87	—
Kopfschmerz	0,82	0,84	0,60
Schmerzsyndrom	0,85	0,84	0,85
Somatoforme Syndrome	0,66	0,67	0,64

Alle Kappa-Werte sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

samt-Kappa (Mittelwert) des VDS-Befundes von $K = 0,83$. Dies entspricht nicht dem Mittelwert obiger Werte. Berücksichtigt man nur die Life-Ratings, so erhöht sich dieser mittlere Wert auf $K = 0,90$. Dagegen ist das mittlere Kappa über alle Symptome des VDS-Befundes bei den Video-Ratings $K = 0,78$. Im Vergleich der einzelnen Syndrome weisen die meisten Syndromskalen sehr gute Interraterreliabilitäten auf, das manische, das Substanzmissbrauchs- und -abhängigkeits-Syndrom gute und die somatoformen Syndrome befriedigende Übereinstimmungen.

Korrelation zwischen den VDS-Syndromsummenwerten und den SCL-90-R Summenwerten

Dreißig Patienten wurde der SCL-90-R zur Selbsteinschätzung gegeben. Dadurch ist es möglich, für diese Teilstichprobe die Korrelation zwischen SCL-90-R und den VDS-Syndromsummenwerten zu berechnen. Die Syndromsummenwerte ergeben sich durch Addierung aller Symptomausprägungen eines Syndroms und sind nicht identisch mit der abschließenden Syndromeinschätzung, die ein zusammenfassendes klinisches Urteil mit den Einstufungen *nicht vorhanden, leicht, mittel leicht, mittel* oder *schwer ausgeprägt* ist. Die SCL-90-R-Summenwerte beziehen sich nur auf die letzten sieben Tage, während der VDS-Befund die letzten vier Wochen einschließt. Daher ist die Vergleichbarkeit begrenzt. Tabelle 7 zeigt die gefundenen Zusammenhänge.

In die Tabelle wurden nur die VDS-Syndrome aufgenommen,

für die es eine korrespondierende SCL-90-R-Skala gibt. Non-parametrische Korrelationen nach Spearman (signifikant auf dem 5%-Niveau ab 0,360, auf dem 1%-Niveau ab 0,588)

Wegen der sehr kleinen Stichprobe, für die die Korrelationsberechnungen durchgeführt werden konnten, sind diese Ergebnisse nicht zu verallgemeinern. Tendenziell kann jedoch bei künftigen, umfangreicheren Untersuchungen ein positiver Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung des Patienten und Fremdurteil des Raters erwartet werden. In welcher Höhe die Korrelationen ausfallen werden, kann, von den vorliegenden Berechnungen ausgehend, jedoch nicht vorhergesagt werden. So liegt z. B. die Korrelation von ,92 über der Reliabilität des einzelnen Instruments und ist so sicher nicht replizierbar.

4. Diskussion und Zusammenfassung

Ausgehend vom Zeitmangel, in der psychotherapeutischen Praxis wissenschaftliche Befund- und Dokumentationssysteme wie SKID und CIDI einzusetzen, wurde der Versuch unternommen, eine zuverlässige und zugleich zeitökonomische Befunderhebung zu ermöglichen. Der VDS-Befund wurde als Routine-Instrument für die psychotherapeutische Praxis zur Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befundes, zu dessen Dokumentation sowie zur Syndromdiagnosestellung entwickelt. Er umfasst 190 Hauptsymptome und 291 differenzierende Symptomangaben. Dadurch be-

Tabelle 7: Korrelation zwischen den VDS-Syndromsummenwerten und den SCL-90-R-Summenwerten

	SCL90-R: Somatisierung	SCL90-R: Zwang	SCL90-R: Unsicherheit	SCL90-R: Depressivität	SCL90-R: Ängstlichkeit	SCL90-R: Aggressivität	SCL90-R: Phobie	SCL90-R: Paranoidität	SCL90-R: Psychotizismus
Paranoides Syndrom Summe	-,094	,094	,102	-,242	,149	,004	,155	,613	,791
Manisches Syndrom Summe	-,229	-,004	-,385	-,397	-,344	,183	-,325	,391	,554
Depressives Syndrom Summe	,017	,129	,445	,863	,359	,070	,188	-,343	-,249
Angst-Syndrom Summe	,420	-,090	,767	,271	,898	-,283	,921	,004	-,047
Aggressives Syndrom	-,283	-,051	-,147	-,006	-,149	,887	-,203	,000	-,048
Zwang	,027	,575	,045	-,065	,024	-,036	,081	,169	,092
Kopfschmerz	,458	,477	-,028	,110	,171	,014	,129	,254	,248
Schmerz-Syndrom	,632	,076	,188	,195	,175	,184	,068	-,051	-,021
Somatoforme Syndrome	,590	,011	,199	,286	,359	-,054	,329	,031	-,189

schreibt er 16 Hauptsyndrome und zusätzlich 48 Subsyndrome. Der VDS-Befund bietet eine umfassende Abbildung aller häufigen und wichtigen Syndrome, für die eine Indikation für Psychotherapie besteht. Von der so erhaltenen Syndromdiagnose sind nur noch wenige Schritte zur ICD-10-Diagnose erforderlich. Er erhebt nur den Querschnittsbefund.

Als Referenzsystem wurde das AMDP-System herangezogen, da es unter den heute noch verwendeten Befunderhebungs- und Dokumentationssystemen eine ähnliche Zielsetzung hat. Eine vergleichende Diskussion ergab, dass sich der VDS-Befund für die ambulante Praxis in Psychiatrie und Psychotherapie eignet, während das AMDP-System für die Befunderfassung von Störungen in Frage kommt, bei denen eine psychopharmakologische Therapie durchgeführt wird (Schizophrenien und affektive Psychosen). Der VDS-Befund ist viel umfassender als das AMDP-System, da er zahlreiche Syndrome aufführt, die vom AMDP-System nicht berücksichtigt werden können. AMDP weist umgekehrt Wahnsymptome, für die endogene Depression typische affektive Symptome sowie neurologische Symptome auf, die mit Neuroleptika-Nebenwirkungen oder neurologischen Erkrankungen assoziiert sind. Insgesamt sind 41 der 140 AMDP-Symptome im VDS-Befund nicht repräsentiert. Vor allem fehlt beim VDS-Befund eine ausreichende Differenzierung der psychotischen Depression, einer für die Differentialdiagnose Pharmakotherapie versus Psychotherapie sehr wichtige Beurteilung. Dagegen kann der VDS-Befund zahlreiche Syndrome differenzieren, für die in AMDP keine Erfassung und Dokumentation möglich ist. Dies sind Angst-Syndrome: agoraphobisch, soziophobisch, spezifisch phobisch, Panikattacken, generalisiert; weitere Syndrome, unspezifische Symptome: neurasthenisches Syndrom, Verhaltensstörungen (Kleptomanie, Spielsucht, Pyromanie, Trichotillomanie, Nägelkaugen), Bruxismus, Tic, Stottern; Sexualstörung (gestörtes Sexualverhalten): Funktionsstörung, Identitätsstörung, sexuelle Variation; Alkoholabhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom: schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit; substanzbezogenes Abhängigkeits- oder -missbrauchssyndrom: schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit; Essstörung (gestörtes Essverhalten): Anorexie, Bulimie, Adipositas (kontinuierliches Überessen); Kopfschmerz-Syndrom: Spannungskopfschmerz, vasomotorischer Kopfschmerz, Migräne; Schmerz-Syndrom: Nacken/Schulter-Schmerzsyndrom inkl. HWS, Gelenkschmerzen, Rückenschmerzen (unterer Rücken), Muskelschmerzen ohne Druckpunkte, Muskelschmerzen mit Druckpunkten (fibromyalgisch); somatoforme Syndrome: vegetatives Syndrom kardiovaskulär, vegetatives Syndrom oberer Gastrointestinaltrakt, vegetatives Syndrom unterer Gastrointestinaltrakt, vegetatives Syndrom respiratorisches System, vegetatives Syndrom Urogenitalsystem, dissoziatives Syndrom/Konversionssyndrom, körperdysmorphes Syndrom. Der Überblick zeigt, dass es sich eher um diejenigen Syndrome handelt, die nicht primär psychopharmakologisch behandelt werden, sondern für die im Lauf der letzten Jahrzehnte wirksame psychotherapeutische Interventionsstrategien entwickelt wurden. Damit kann der Einsatzbereich des VDS-Befundes auch die psychosomatische und psychotherapeutische Medizin sein.

Der VDS-Befund benötigt in einfachen Fällen zur Durchfüh-

rung nur dreißig bis vierzig Minuten. Für jedes weitere vorliegende Syndrom sind zehn Minuten zu veranschlagen. Diese relative kurze Bearbeitungszeit ist dadurch möglich, dass vor jedem Syndrombereich eine Startfrage gestellt wird und die zugehörigen Symptome nur dann einzelnen erfragt werden, wenn ein Verdacht auf das Vorliegen des betreffenden Syndroms besteht. Außerdem sind die Symptome in Hauptsymptome und differenzierende Symptomangaben gegliedert, so dass Letztere nur dann bearbeitet werden, wenn das zugehörige Hauptsymptom vorliegt. Um eine Brücke zur klassifikatorischen Diagnostik zu bauen, wird am Ende der meisten Syndrombearbeitungen noch das Vorhandensein eines oder mehrerer Subsyndrome festgehalten (z. B. beim Angst-Syndrom agoraphobisches, soziophobisches, spezifisch phobisches, generalisiertes oder Panik-Syndrom).

Die Interraterreliabilität ist bei Life-Ratings trotz nur geringer Schulung der Rater gut, bei Video-Ratings ausreichend und vergleichbar mit den AMDP-Reliabilitätswerten. Es ist zu erwarten, dass eine umfassendere Schulung der Rater deren Übereinstimmung deutlich vergrößert, so dass auch bei denjenigen Syndromen, die weniger gute Kappa-Werte erzielten, überzeugendere Interraterreliabilitäten erzielt werden können. Die meisten Syndromskalen erreichen sehr gute Interraterreliabilitäten, das manische, das Substanzmissbrauchs- und -abhängigkeitssyndrom gute und die somatoformen Syndrome befriedigende Übereinstimmungen.

Die Korrelationen der Syndromsummenwerte mit denen des SCL-90-R sind zwar nicht zu verallgemeinern, lassen aber eine befriedigende Validität erwarten. Dies muss mit mehreren größeren Stichproben untersucht werden.

Ausgehend von dem anfangs genannten Problem der Alltagsroutine, nur sehr wenig Zeit für zusätzliche Diagnostik zur Verfügung zu haben, zugleich aber doch eine möglichst vollständige Erhebung des psychischen Befundes zu erzielen, kann der VDS-Befund als Instrument betrachtet werden, das versucht, beiden Gesichtspunkten gerecht zu werden. Er erfasst diejenigen Syndrome, die in der psychotherapeutischen Praxis häufig vorkommen, und verwendet eine Nomenklatur, die ICD-10 entspricht, so dass die nachfolgende Zuordnung zu ICD-10-Diagnosen leicht möglich ist.

Persönlichkeitsstörungen können mit dem VDS-Befund ebenso wenig erfasst werden wie mit anderen strukturierten Instrumenten, die Achse-I-Störungen erfragen. Die VDS-Persönlichkeitsskalen VDS30 zur Selbstbeurteilung mit zusätzlicher standardisierter Nachexploration als VDS30-Interview (Sulz et al. 1998, Sulz und Theßen 1999, Sulz und Müller 2000), vor allem aber die IDCL für Persönlichkeitsstörungen zur Fremdeinschätzung (Bronisch et al. 1995) bieten sich jedoch hierfür als erstes Screening an.

Insgesamt ermutigen die Ergebnisse, weitere Untersuchungen bezüglich Reliabilität und Validität durchzuführen, deren Ergebnis erst eine endgültige Beurteilung des Instruments ermöglichen werden.

Literatur

- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie): Testmanual zum AMDP-System. Empirische Studien zur Psychopathologie. Verfasst von U. Baumann und R.-D. Stieglitz. Berlin: Springer, 1983
- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 6. Auflage. Bern: Huber, 1997
- Baumann U: Diagnostische Differenzierungsfähigkeit von Psychopathologie-Skalen. Arch Psychiatr Nervenkr 1974, 219, 89-103
- Baumann U, Woggon B: Interrater-Reliabilität bei Diagnosen, AMP-Syndromen und AMP-Symptomen. Arch Psychiatr Nervenkr 1979, 220, 225-235
- APA (American Psychiatric Association): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1997
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961, 4, 561-571
- Bente D, Engelmeier MP, Heinrich K, Hippius H, Schmitt W: Methodische Gesichtspunkte zur klinischen Prüfung psychotroper Medikamente. Med Exp 1960, 2, 68-76
- Bronisch T, Hiller W, Zaudig M, Mombour W: IDCL-P - Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (Manual). Bern: Huber, 1995
- Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas 1960, 20, 37-46
- Degkwitz R, Helmchen H, Kockott G, Mombour W: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Berlin: Springer, 1975
- Denk C, Sulz SKD: VDS-Expert – ein Expertensystem zur Verhaltensdiagnostik und Therapieplanung. Datenbank-Software für Windows und Apple. Upgrade 326. München: CIP-Medien, 2001
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In: Guy W (ed.): ECDEU assessment manual for psychopharmacology. Rockville: National Institute for Mental Health, 1976, 313-331
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E: Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien. 2. Aufl. Bern: Huber, 1999
- Fähndrich E, Stieglitz RD: Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Berlin: Springer, 1989. 2. Auflage: 1998
- Fichter M, Keeser W: Das Anorexia nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). Arch Psychiatr Nervenkr 1980, 228, 228
- Gebhardt R, Pietzcker A, Freudenthal K, Langer C: Die Bildung von Syndromen im AMP-System. Arch Psychiatr Nervenkr 1981, 231, 93-109
- Hautzinger M, Bailer M, Worall, Keller F: Beck-Depressions-Inventar BDI. Bern: Huber, 1994
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: ICD-10-Checklisten (IDCL für ICD-10). Bern: Huber, 1995
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: Internationale Diagnosen Checkliste (IDCL) für DSM-IV (IDCL für DSM-IV). Bern: Huber, 1997
- Margraf J: Mini DIPS Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen. Handbuch mit Interviewleitfaden. Berlin: Springer, 1994
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A (Hrsg.): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS). Berlin: Springer, 1991
- Maurer-Groeli Y: Untersuchung zur Interraterreliabilität des AMP-Systems. Arch Psychiatr Nervenkr 1976, 221, 321-329
- Mombour W, Gammel G, Zerssen D von, Heyse H: Die Objektivierung psychiatrischer Syndrome durch multifaktorielle Analyse des psychopathologischen Befundes. Arch Psychiatr Nervenkr 1974, 219, 331-350
- Rief W, Greitemeyer M, Fichter M: Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfungen an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 1991, 37, 58-65
- Scharfetter C: Das AMP-System. Berlin: Springer, 1971
- Scharfetter C: Allgemeine Psychopathologie. 2. Auf. Stuttgart: Thieme 1985
- Schubö W, Sulz SKD: Gibt es eine eindeutige Faktorstruktur des AMDP-Systems? Diagnostica 1985, 31, Heft 2, 140-152
- Stieglitz RD, Fähndrich E, Möller HJ (Hrsg.): Syndromale Diagnostik psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Stieglitz, RD: Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Sulz-Blume B, Sulz SKD, Cranach M von: Zur Stabilität der Faktorstruktur der AMDP-Skala. Arch Psychiatr Nervenkr 1979, 227, 353-366
- Sulz SKD: Das Verhaltensdiagnostiksystem: Von der Anamnese zum Therapieplan. 1. Aufl. München: CIP-Medien, 1991
- Sulz SKD: Strategische Kurzzeittherapie - Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien, 1994
- Sulz SKD: Differentialindikation von Kurz- und Langzeittherapie in der Verhaltenstherapie. Psychotherapie 1997, 2, 16-28
- Sulz SKD: Strategische Therapieplanungsmappe (VDS20-47). München: CIP-Medien, 1999
- Sulz SKD: Verhaltenstherapie. In: Möller HJ (Hrsg.): Therapie in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme, 2000a
- Sulz SKD: Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. München: CIP-Medien, 2000b
- Sulz SKD: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Planung und Gestaltung von Psychotherapien. München: CIP-Medien, 2001
- Sulz SKD, Gigerenzer G: Über die Beeinflussung psychiatrischer Diagnoseschemata durch implizite nosologische Theorien. Arch Psychiatr Nervenkr 1982a, 5-14
- Sulz SKD, Gigerenzer G: Psychiatrische Diagnose und nosologische Theorie: Bestimmen explizite nosologische Theorien das Diagnoseschema des Arztes? Arch Psychiatr Nervenkr 1982b, 39-51
- Sulz SKD, Gräff U, Jakob C: Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. Psychotherapie 1998, 3, 46-56
- Sulz SKD, Theßen L: Entwicklung und Persönlichkeit: Die VDS-Entwicklungsskalen zur Diagnose der emotionalen und Beziehungsentwicklung. Psychotherapie 1999, 4, 32-45
- Sulz SKD, Müller S: Bedürfnisse, Angst und Wut als Komponenten der Persönlichkeit - eine empirische Untersuchung zu motivationalen Parametern dysfunktionaler Persönlichkeitsaspekte. Psychotherapie 2000, 5, 22-37
- Wittchen HU, Schramm E, Zaudig M, Spengler P, Rummler R, Mombour W. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R. SKID. Version 2.0. Weinheim: Beltz Test, 1990
- Wittchen HU, Unland H: Neue Ansätze zur Symptomerfassung und Diagnosestellung nach ICD-10 und DSM-III-R: Strukturierte und standardisierte Interviews. Z Klin Psychol 1991, 10, 321-344
- Wittchen HU, Semler G: Composite International Diagnostic Interview – CIDI-Interviewheft. Weinheim: Beltz Test, 1992

Serge K.-D. Sulz
 Nymphenburger Str. 185
 80634 München
 Fax • 089-132 133
 cipmedien@aol.com