

Serge. K. D. Sulz, Christiane Hummel, Petra Jänsch und Stefan Holzer

## Standardisierte Erhebung des psychischen Befundes und Bestimmung der ICD-10-Diagnose: Vergleich von SKID I und VDS14-Befund-Interview

Standardised survey of the psychological diagnosis and determination of the ICD-10 diagnosis: comparison of SKID I and VDS14 diagnosis interview

### Zusammenfassung

Der VDS14-Befund wurde als Alternative zum SKID I entwickelt. Dieses standardisierte Interview zielt nicht direkt auf Diagnosen ab, sondern auf Syndrome. Erst in einem zweiten Schritt wird ein Entscheidungsbaum zu Hilfe genommen, der vom Syndrom zur diagnostischen Klassifikation nach ICD-10 führt. Die Validitätsprüfung erfolgte in dieser Studie durch Vergleich mit dem SKID I. Mit den 99 Patienten der Stichprobe der CIP-Ambulanz wurden beide Interviews durchgeführt und dann verglichen, wie häufig die gleiche ICD-10-Diagnose resultiert. Das war bei 81 % der Patienten der Fall. Berücksichtigt man die nicht vollständige Übereinstimmung der beiden Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10, die man mit höchstens 90 % ansetzen kann, dann ist das ein sehr gutes Ergebnis. Danach wurde die mit dem SKID I gewonnene Diagnose anhand der entsprechenden VDS14-Syndromwerte diskriminanzanalytisch vorhergesagt. Der Vergleich mit der wirklichen Diagnosegruppe der Patienten ergab eine 83-prozentige Übereinstimmung. Die diskriminanzanalytische Diagnosezuordnung der aus den Selbstbeurteilungsfragebogen VDS90-Symptomliste erbrachte fast so gute Übereinstimmungen: 81 % Zuordnung der Patienten zur richtigen Diagnosegruppe. Die Korrelation dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) mit den VDS90-Syndromen war mittel bis hoch. D. h., dass das Ausmaß psychischer bzw. psychosomatischer Symptomatik deutlich mit den selbstgeschilderten dysfunktionalen Persönlichkeitszügen des Patienten zusammenhängt. Ergebnis der Studie ist, dass das VDS14-Befund-Interview ein valides Instrument der Befunderhebung und Diagnosestellung nach ICD-10 ist. Weitere Studien zu den testtheoretischen Eigenschaften müssen folgen.

### Schlüsselwörter

SKID – DSM-IV – VDS14-Befund-Interview – ICD-10 – Entscheidungsbaum – Validität – Diagnosestellung – Erhebung des psychischen Befundes – Syndromdiagnose

### Summary

The VDS14 diagnosis was developed as an alternative to SKID I. This standardised interview is not aimed directly at diagnoses, but at syndromes. Only in a second step is a decision tree used to lead from the syndrome to a diagnostic classification in accordance with ICD-10. The validation test was carried out in this study by comparison with SKID I. Both interviews were carried out with the 99 patients of the random sample of the CIP outpatients department; then it was compared how frequently the same ICD-10 diagnosis resulted. This was the case in 81% of the patients. If one takes into account the incomplete match of the two diagnosis systems, this is a very good result. Then the diagnosis gained with SKID I was predicted in a discriminant-analytical manner using the corresponding VDS14 syndrome values. The comparison with the real diagnosis group of patients resulted in an 83% match. The discriminant-analytical diagnosis allocation of the VDS90 symptom list from the self-assessment questionnaire showed an almost equally good match: 81% allocation of the patients to the right diagnosis group. The correlation of the dysfunctional personality traits (VDS30) with the VDS90 syndromes was medium to high, which means that the extent of psychological or psychosomatic symptoms is clearly related to the self-description of the patient in terms of his/her dysfunctional personality traits. The result of the study is that the VDS14 diagnosis interview is a valid instrument of diagnosis in accordance with ICD-10. Further studies on the test-theoretical characteristics must follow.

### Keywords

SKID – DSM-IV – VDS14 diagnosis interview – ICD-10 decision tree – validation – diagnosis – recording the psychological diagnosis – syndrome diagnosis

## ■ Der gegenwärtige Stand der Forschung

Während sich in der biologischen Psychiatrie die standardisierte Diagnostik vor allem in der pharmakologischen Forschung durchsetzte, blieben Psychosomatik und Psychotherapie lange zurückhaltend. Die Psychoanalyse grenzte sich sogar deutlich von der aus ihrer Perspektive zu großen Beachtung der Symptomatik ab. Und auch die Verhaltenstherapie wendete sich gegen das medizinische Modell, das sie mit der Bestimmung psychopathologischer Syndrome verband. Die deutsche psychiatrische Tradition der Erhebung des psychopathologischen Befundes mit dem AMDP-System (1997) konzentrierte sich allerdings überwiegend auf schizophrene und affektive Psychosen, so dass viele psychogene und vor allem psychosomatische Störungen damit nicht erfasst werden können. Da das AMDP nach psychischen Funktionen geordnet ist, kann auch keine schnelle Sichtdiagnostik zum Auffinden z. B. eines depressiven oder Angstsyndroms erfolgen. Inzwischen liegt auch ein halbstandardisiertes Interview zum AMDP vor (Fährdrich & Stieglitz, 2006). Das von Sulz, Hiller und Zaudig entwickelte VDS14-Befund-Interview sollte diese Mängel beheben. Sulz et al. (2002) berichten über eine Studie, in der AMDP und VDS14 aufwendigen Vergleichen unterzogen wurden.

In der heutigen Forschungspraxis wird die Erhebung des psychischen Befundes und die psychiatrische Diagnosestellung von SKID I bestimmt (Scholz & Wittchen, 2005; Wittchen, 2010). Es unterscheidet sich von AMDP und VDS14 u. a. dadurch, dass die Diagnostik nicht mehr in zwei Schritten abläuft. Es wird nicht zuerst ein z. B. depressives oder ängstliches Syndrom diagnostiziert, das dann im zweiten Schritt in das Kategoriensystem von DSM-IV (APA, 1997) oder ICD-10 (ICD-10, 1994; Dilling, Mombour, Schmidt & Schulte-Markwort, 1999) eingeordnet wird. Vielmehr wird ein Pfad verfolgt, der zahlreiche Verzweigungen aufweist, bis die auf zwei Stellen nach dem Punkt genaue Diagnosenummer gefunden wurde. SKID basiert auf DSM-IV (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997a; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997b). Entsprechend hoch ist der Zeitaufwand (60 Minuten). Außerdem kann nicht immer eine genaue Entsprechung mit der ICD-10-Diagnostik hergestellt werden. Man hat zwar eine definitive DSM-IV-Diagnose gefunden, kann zu dieser aber keine entsprechende ICD-10-Diagnose angeben, die verpflichtender Bestandteil unseres Gesundheitssystems ist. Das Problem der Zeitökonomie versuchten Hiller et al. (1995a,b) durch die Internationale Diagnosen-Checkliste (IDCL) zu lösen. Nach der Befunderhebung wird für ein vorliegendes Syndrom, z. B. Depression, die korrespondierende Checkliste zur Hand genommen und gemäß den Kategorisierungsregeln von DSM-IV oder ICD-10 die Diagnose bestimmt.

Einen sehr guten Überblick über Klassifikation und Diagnostik in Psychiatrie und Klinischer Psychologie geben Fydrich (2006), Stieglitz (2007) und Wittchen (2010).

Da sich das VDS14-Befund-Interview in Klinik und Praxis im psychotherapeutischen Rahmen sehr bewährt hat, ist eine weitgehende Untersuchung seiner teststatistischen Eigenschaften dringend erforderlich (vgl. Fydrich, 2006; Stieglitz, 2007). Basal ist die Gültigkeit der mit Hilfe des VDS14 gewon-

nenen Diagnosen. Als Kriterium ist SKID I am geeignetsten. Hierzu muss mit jedem Patienten sowohl das SKID-I- als auch das VDS14-Interview durchgeführt werden.

Doch zunächst sollen noch weitere Informationen zum VDS14-Befund-Interview gegeben werden (aus Sulz, Hörmann, Hiller & Zaudig, 2002): Der Patient hat bereits die VDS90-Symptomliste ausgefüllt, die der Interviewer per Sichtdiagnostik bewertet. So kann er bei fraglichen Syndromen aufmerksamer nachfragen, ohne diejenigen zu vernachlässigen, bei denen der Patient nichts angekreuzt hat.

Dem Patienten wird die Syndrom-Einstiegsfrage für jedes Syndrom gestellt (siehe Anhang, Tab. A1). Ist das Ja des Patienten überzeugend, werden alle Fragen zum betreffenden Syndrom gestellt. Am Schluss wird entschieden, ob und wie ausgeprägt das Syndrom vorliegt. Falls ja, nimmt der Interviewer den VDS14-Entscheidungsbaum für das betreffende Syndrom zur Hand (im Anhang, Tab. A3, findet sich der Entscheidungsbaum Depression als Beispiel) und bearbeitet diesen noch in Anwesenheit des Patienten, um die zugehörige ICD-10-Diagnose bestimmen zu können (Ablaufschema im Anhang, Tab. A2).

## ■ Studiendesign und Methodik

Das VDS14-Befund-Interview wurde von Sulz, Hiller und Zaudig entwickelt (Sulz et al., 2002). Es soll mit dem SKID-I-Interview- und Diagnosesystem (Wittchen et al., 1997a,b) verglichen werden, um die Validität zu prüfen und damit einen wichtigen Schritt zur Evaluierung des VDS14-Befundes zu leisten. Es ist Bestandteil des Verhaltensdiagnostiksystems VDS (Sulz, 2003, 2006, 2008, 2009).

**Forschungsfragen und -hypothesen:** Obwohl der VDS14-Befund aus einer klinisch-praktischen Situation heraus entwickelt wurde, wird der Anspruch erhoben, dass er das gleiche Störungsspektrum diagnostisch erfasst wie SKID I. Folglich müssen bei seiner Anwendung die gleichen Diagnosen resultieren wie bei diesem. Deshalb ist die Forschungsfrage: Ergeben beide Interviewleitfäden die gleichen Diagnosen? Ergebnis wird der Prozentsatz gleicher Diagnosen sein. Wer mit den Diagnoseregeln von ICD-10 und DSM-IV und mit dem Interview-Algorithmus des SKID I vertraut ist, weiß, dass eine Übereinstimmung der resultierenden Einzeldiagnosen keine Selbstverständlichkeit ist. Es wird deshalb eine Übereinstimmung von 80 Prozent erwartet. Ebenso wenig ist die Übereinstimmung der Diagnosegruppe (z. B. Angststörung versus Depression) bei diesen Systemen banal. Wir erwarten eine Übereinstimmung von 90 %.

### **Vorgehen beim SKID-Interview und Ablauf der VDS14-Befunderhebung und Diagnostik:**

Beide Interviews werden beim selben Patienten durchgeführt (Reihenfolge: SKID I – VDS14).

**SKID I** führt zu einer DSM-IV-Diagnose (falls angegeben, wird die entsprechende ICD-10-Diagnose festgehalten). In dieser Studie erfolgten folgende Abweichungen von den Vorgaben des SKID:

1. Lifetime-Diagnosen interessieren nur von Schizophrenie, Manie und Depression (also nur von den Erkrankungen, in denen Lifetime-Erkrankungen die aktuelle Diagnose bestimmen)
2. SKID I wird nur so weit durchgeführt, bis die DSM-IV-Diagnose feststeht. Feinere diagnostische Ergebnisse, die darüber hinausgehen, werden nicht erfasst.

**VDS14** führt zu einer Syndromdiagnose. Wie beim AMDP-System (AMDP, 1997) gibt es für jedes Syndrom eine Einstiegsfrage (die Syndrom-Einstiegsfragen zum VDS14-Befund-Interview sind im Anhang, Tab. 1, wiedergegeben). Nicht die Bejahung durch den Patienten entscheidet, ob mit den Fragen dieses Syndroms weitergemacht wird, sondern das klinische Urteil des Interviewers, ob die Antwort des Patienten den Verdacht auf Vorliegen des betreffenden Syndroms nahelegt. Die anschließend eingesetzten VDS-Diagnose-Diagramme führen dann zu einer ICD-10-Diagnose. Tabelle A2 im Anhang zeigt den Ablauf von der VDS14-Befunderhebung, mit der Einstiegsfrage beginnend, der daraus resultierenden Syndromdiagnose, das Aufgreifen desjenigen Entscheidungsbaums, der dem VDS14-Syndrom entspricht, und die ICD-10-Diagnosestellung gemäß dem Algorithmus des Entscheidungsbaums. Im Anhang A3 ist als Beispiel der Entscheidungsbaum für Depression wiedergegeben. Die Seiten von 16 VDS14-Entscheidungsbäumen sind fortlaufend nummeriert, weshalb der Entscheidungsbaum Depression auf Seite 12 beginnt. Führt der differentialdiagnostische Weg zu einer Diagnose eines anderen Entscheidungsbaums, so wird auf Seiten dieses Entscheidungsbaums verwiesen.

Alle Patienten füllen vor dem Interview die VDS90-Symptomliste (Sulz & Grethe, 2005) und den VDS30-Persönlichkeitsfragebogen (Sulz, Gräff & Jakob, 1998; Sulz et al., 2009) aus. Dieser wird per Sichtdiagnose gescreent. Eine Persönlichkeitsstörung wird abgeklärt, wenn der Skalenmittelwert 2,1 oder größer ist (Sulz & Sauer, 2003). In diesem Fall wird der Patient nachinterviewt mit dem VDS30Int-Persönlichkeitsstörungen-Interview.

Der VDS30-Persönlichkeitsfragebogen ist testtheoretisch ausgiebig geprüft. Er weist gute innere Konsistenz, Retest-Reliabilität und Validität auf. Außerdem liegen Normwerte aus einer Eichstichprobe von über tausend Probanden vor.

**Messinstrumente:** Die Patienten füllten die VDS90-Symptomliste und den VDS30-Persönlichkeitsfragebogen aus. Die Interviewer bearbeiteten SKID I und VDS14-Interviewleitfäden sowie im Bedarfsfall den Interviewleitfaden zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen VDS30-Int. Die VDS90-Symptomliste entstand aus dem VDS14-Befund-Interview als Selbstbeurteilungs-Fragebogen zum Vorab-Screening der subjektiven Beschwerden des Patienten. Zusätzlich zu den sechzehn Hauptsyndromen des VDS14 enthält sie weitere zehn Syndromskalen und -kennwerte, so dass fast das gesamte Spektrum psychiatrischer und psychosomatischer Störungen erfasst werden kann. Das VDS14-Befund-Interview soll hier ausführlicher dargestellt werden:

Es ist ein standardisierter Interviewleitfaden zur Erhebung des psychischen und psychosomatischen Befundes, der folgende Syndrome erfasst:

1. Psychotisches Syndrom (z. B. paranoid-halluzin.)  
17 Symptome mit 31 Symptomdifferenzierungen
2. Manisches Syndrom  
16 Symptome mit 4 Symptomdifferenzierungen
3. Dementielles Syndrom/leichte kognitive Störg.  
13 Symptome mit 4 Symptomdifferenzierungen
4. Delirantes Syndrom  
16 Symptome mit 10 Symptomdifferenzierungen
5. Depressives Syndrom  
29 Symptome mit 17 Symptomdifferenzierungen
6. Angstsyndrom  
20 Symptome mit 29 Symptomdifferenzierungen
7. Weitere Syndrome, unspezifische Symptome  
18 Symptome mit 17 Symptomdifferenzierungen
8. Aggressiv-impulsives Syndrom  
3 Symptome mit 0 Symptomdifferenzierungen
9. Sexualstörung (gestörtes Sexualverhalten)  
5 Symptome mit 25 Symptomdifferenzierungen
10. Zwangssyndrom  
3 Symptome mit 13 Symptomdifferenzierungen
11. Alkoholabhängigkeit  
6 Symptome mit 15 Symptomdifferenzierungen
12. Substanzbezogene Abhängigkeit  
5 Symptome mit 19 Symptomdifferenzierungen
13. Essstörung (gestörtes Essverhalten)  
18 Symptome mit 6 Symptomdifferenzierungen
14. Kopfschmerz-Syndrom  
3 Symptome mit 5 Symptomdifferenzierungen
15. Schmerz-Syndrom  
4 Symptome mit 15 Symptomdifferenzierungen
16. Somatoforme Syndrome  
16 Symptome mit 85 Symptomdifferenzierungen
17. Posttraumatische Belastungsstörg.  
9 Symptome mit 0 Symptomdifferenzierungen

Insgesamt werden 201 psychische und psychosomatische Symptome erhoben. Zu vielen Symptomen werden differenzierende Fragen gestellt, so dass insgesamt ein Fragenpool von 496 Symptomen resultiert. Die Erhebung dauert meist zwischen 20 und 40 Minuten.

Zu jedem Syndrom wird zunächst eine Syndrom-Einstiegsfrage gestellt, deren Bejahung zum Erfragen aller zum Syndrom gehörenden Symptome führt. Die Liste der Syndrom-Einstiegsfragen befindet sich im Anhang, Tabelle A1.

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. Der Patient wird gebeten, hierzu 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. Der Patient beantwortet zunächst jede Frage mit Ja oder Nein, z. B. beim Item Stimmen hören:

Hören Sie Stimmen von Menschen, die nicht anwesend oder sichtbar sind? Nein / Ja ( )

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 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 nach Symptom und je nach Syndrom sehr verschieden, sie schwankt zwischen null und neun. Insgesamt sind es 295 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 Angstsyndrom Nein / Ja ( )

Es werden die gleichen Schweregradeinstufungen 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 Beurteilung des jeweiligen Schweregrades beantwortet werden, z. B. können ein schweres agoraphobes und ein leichtes soziophobes Syndrom bei einem Patienten vorliegen. Insgesamt werden zu den 17 Hauptsyndromen 48 weitere Subsyndrome erfasst. Diese Erhebung des Querschnittsbefundes bezieht sich auf die letzten vier Wochen.

**Stichprobe:** Es wurden 99 Patienten untersucht, die zum psychodiagnostischen Erstgespräch mit dem Anliegen der Vermittlung einer Psychotherapie gekommen sind. Diese

Patienten werden von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie von niedergelassenen Psychiatern und anderen Ärzten überwiesen. Das durchschnittliche Alter war 36,7 Jahre. Etwas mehr als ein Drittel (36 von 99 Patienten) waren männlich. 26% waren verheiratet, 8% geschieden. Zwei Drittel hatten keine Kinder. 30% leben allein. 16% hatten einen Hochschulabschluss, weitere 40% Abitur. Ein Drittel war nicht berufstätig, 10% studierten. 18% waren arbeitsunfähig, überwiegend seit Monaten (13%). 74% der Patienten litten unter einer depressiven und/oder Angststörung.

**Statistische Auswertung:** Die Daten wurden mit VDS-Expert (Denk & Sulz, 2011) dokumentiert und mit SPSS ausgewertet. Die Zahl identischer Diagnosestellungen von SKDI I und VDS14 wurden mit dem Chi2-Test geprüft. Mittelwertunterschiede zwischen den Diagnosegruppen wurden mit einer einfachen Varianzanalyse geprüft. Der Prozentsatz richtiger Zuordnungen zu den SKID-Diagnosen mit Hilfe von VDS14-Syndromwerten wurde mit einer Diskriminanzanalyse berechnet. Die Korrelation zwischen den VDS14-Syndromwerten aus dem Interview mit den VDS90-Syndromwerten aus dem Selbstbeurteilungsfragebogen wurden mit dem nonparametrischen Koeffizienten Spearmans Rho berechnet. Bei allen Verfahren erfolgte die mit Hypothesenprüfung zweiseitig.

## ■ Ergebnisse

Dem Algorithmus des SKID I folgend ergaben sich die in Tabelle 1 wiedergegebenen Erstdiagnosen. Es handelt sich um die für Psychotherapiepatienten typische Verteilung von Diagnosen. Nur je drei Patienten hatten Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit, neun Patienten bekamen keine Diagnose.

**Tabelle 1: Erstdiagnosen, die sich aus dem SKID I ergeben**

Erstdiagnosen nach SKID I		
	ICD-10	n
Keine Erstdiagnose nach SKID		9
Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol	F10.2	3
Paranoide Schizophrenie	F20.0	1
Schizophrenes Residuum	F20.5	1
Nicht näher bezeichnete Schizophrenie	F20.9	1
Schizoaffektive Störung	F25.1	1
Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leicht	F31.3	1
Bipolar-II-Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode	F31.8	1
Leichte depressive Episode	F32.0	12
Mittelgradige depressive Episode	F32.1	5
Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	F32.2	2
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht	F33.0	6
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig	F33.1	7

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer	F33.2	2
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	F33.4	1
Dysthymia	F34.1	3
Rezidivierende kurze depressive Störung	F38.10	1
Panikstörung ohne Agoraphobie	F40.00	1
Panikstörung mit Agoraphobie	F40.01	3
Soziale Phobie	F40.1	7
Spezifische Phobie	F40.2	1
Panikstörung	F41.0	6
Generalisierte Angststörung	F41.1	1
Angststörung NNB	F41.9	1
Zwangsstörung, v. a. Handlungen	F42.1	1
Zwangsstörung, Gedanken und Handlungen gemischt	F42.2	1
Posttraumatische Belastungsreaktion	F43.1	1
Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion	F43.21	4
Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt	F43.22	7
Anpassungsstörung, mit emotionaler und Störung des Sozialverhaltens	F43.25	1
Anpassungsstörung mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen	F43.28	1
Somatisierungsstörung	F45.0	1
Hypochondrische Störung	F45.2	1
Atypische Anorexia nervosa	F50.1	1
Bulimia nervosa	F50.2	1
Psychogene Essattacken	F50.4	1
Störung der Impulskontrolle	F63.8	1
<b>Gesamt</b>		<b>99</b>

Die Zweitdiagnosen ergaben ein ähnliches Bild (Tab. 2). 40 Patienten erhielten eine Zweitdiagnose. Am häufigsten wurden die Diagnosen Dysthymie und soziale Phobie als Zweitdiagnose gestellt.

**Tabelle 2: Zweitdiagnosen nach SKID I**

Zweitdiagnosen aus SKID I	ICD-10	n
Keine Zweitdiagnose nach SKID		59
Schädlicher Gebrauch von Alkohol	F10.1	2
Abhängigkeitssyndrom durch Cannabis	F12.20	1
Leichte depressive Episode	F32.0	3
Mittelgradige depressive Episode	F32.1	2
Schwere depressive Episode	F32.2	1
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht	F33.0	2
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig	F33.1	3
Dysthymia	F34.1	7

Panikstörung mit Agoraphobie	F40.01	2
Soziale Phobie	F40.1	5
Spezifische Phobie	F40.2	1
Phobische Störung NNB	F40.9	1
Panikstörung	F41.0	1
Generalisierte Angststörung	F41.1	1
Posttraumatische Belastungsreaktion	F43.1	2
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	F45.4	1
Bulimia nervosa	F50.2	2
Atypische Bulimia nervosa	F50.3	1
Sonstige Essstörung	F50.8	1
Zustand nach Abhängigkeitssyndrom durch Cannabis	Z.n. F12	1
<b>Gesamt</b>		<b>99</b>

Tabelle 3 zeigt in der Übersicht die Häufigkeitsverteilung bezüglich der auftretenden Diagnosegruppen von ICD-10. 74-mal wurde die Diagnose Depression gestellt, 38-mal wurde eine Angststörung diagnostiziert.

**Tabelle 3: ICD-10-Diagnosegruppen bei Erst- und Zweitdiagnose nach SKID**

Diagn.Gruppe	Erst-diagnose	Zweit-diagnose	Diagnose gesamt
Keine Diagnose	9	59	
Alkoholkrankheit	3	2	5
Cannabissucht		1	1
Schizophrenie	4		4
Depression	45	18	67
Angst	20	11	31
Zwang	2		2
PTSD	1	2	3
Depression und Angst	7		7
Anpassungsstörung	2		2
Somatoforme Störung	2	1	3
Essstörung	3	4	7
Impulskontrollstörung	1		1
Z. n. Cannabissucht		1	1
	<b>99</b>	<b>99</b>	<b>134</b>

Das anschließend durchgeführte VDS14-Befundinterview führte 84-mal zur identischen ICD-10-Diagnose (83,2%). Dies bedeutet, dass 91,1% Übereinstimmung in der Zuordnung zu den Diagnosegruppen erzielt wurde (Tab. 4). SKID I führt ja nicht direkt zu einer ICD-10-Diagnose, sondern zu einer DSM-IV-Diagnose. Für die meisten DSM-IV-Diagnosen gibt es eindeutige ICD-10-Zuordnungen, allerdings entsprechen sich deren Kriterien nur zum Teil. Deshalb kann nicht erwartet werden, dass 100-prozentige Übereinstimmung besteht.

**Tabelle 4: Übereinstimmung der SKID- mit den VDS14-Diagnosen**

(unter Berücksichtigung von Erst- und Zweitdiagnosen).  
Chi2 ist jeweils auf dem 1%-Niveau signifikant.

N=99	Identische Einzel-Diagnosen	Identische Diagnose-Gruppen
Häufigkeit	84	92
Prozent	83,2	91,1

Die nächste Frage ist, wie viele Patienten mit Hilfe des VDS14-Befundes der richtigen SKID-I-Diagnose zugeordnet werden können. Tabelle 5 zeigt übereinstimmend mit Tabelle 4, dass eine Diskriminanzanalyse bei Heranziehung von sechs Diagnosegruppen 83 % richtige Gruppenzuordnungen ergibt. Depressionen werden zu 89%, Angststörungen zu 75 % und die weiteren Diagnosegruppen zu zwei Dritteln richtig zugeordnet. Wird nicht versucht, sechs Gruppen die differenzieren, sondern nur zwei (Angst und Depression), so erhöht sich der Anteil richtiger Zuordnungen auf 88%. Vergleicht man den Anteil richtiger Zuordnungen, so zeigt sich, dass Depression nur zu zehn Prozent, Angststörungen zu einem Drittel falsch zugeordnet werden. Eine weitere Frage ist, ob auch bereits die Selbstbeurteilungsdaten der VDS90-Symptomliste eine Vorhersage der Diagnosegruppe ermöglichen. Mit 81 % richtigen Zuordnungen sind das nur 2% weniger als mit dem VDS14-Befund, allerdings fällt die Zahl der richtigen Zuordnungen von Angststörungen auf 50%. D. h., dass die Zuordnung zur Diagnosegruppe Depression anhand des Selbstbeurteilungsfragebogens ebenso gut gelingt wie mit einem standardisierten Interview.

**Tabelle 5: Diskriminanzanalytische Diagnosezuordnung Angst und Depression (N=59)**

a) Diskriminanzanalytische Zuordnung von sechs Diagnosegruppen mit den zugehörigen sechs VDS14-Syndromskalen

N=71	Richtig zugeordnet mit den sechs VDS14-Syndromen Psychot./Depress./Angst/Zwang/Alkohol/Esstörung
Häufigkeit	59
Prozent	83

b) Richtige diskriminanzanalytische Zuordnungen der einzelnen sechs Diagnosegruppen mit den zugehörigen sechs VDS14-Syndromskalen

ICD-10-Diagnose	Zahl der Patienten	Prozent richtiger Zuordnungen
Depression	44	88,6
Angst	16	75,0
Alkoholismus	3	66,7
Esstörung	3	66,7
Schizophrenie	3	66,7
Zwang	2	100,0

c) Diskriminanzanalytische Zuordnung von Angst- und Depressionsdiagnosen mit den Skalenwerten des VDS14-Depressionssyndroms und des VDS14-Angstsyndroms

N=59	Richtig zugeordnet mit VDS14-Syndromen Angst und Depression
Häufigkeit	40 + 12 = 52
Prozent	88

d) Richtung der richtigen und falschen diskriminanzanalytischen Zuordnungen von Angst- und Depressionsdiagnosen mit den VDS14-Skalenwerten

Der Patient	wird als Depression eingestuft	wird als Angststörung eingestuft	Gesamt
hat Depr. Diagnose	40	3	43
hat Angstdiagnose	4	12	16
Gesamt	44	15	59

e) Diskriminanzanalytische Zuordnung von Angst- und Depressionsdiagnosen mit den Skalenwerten des VDS90-Depressionssyndroms und des VDS90-Angstsyndroms

N=59	Richtig zugeordnet mit VDS90-Syndromen Angst und Depression
Häufigkeit	40 + 8 = 48
Prozent	81

f) Richtung der richtigen und falschen Zuordnungen von Angst- und Depressionsdiagnosen mit den VDS90-Skalenwerten

Der Patient ...	wird als Depression eingestuft	wird als Angststörung eingestuft	Gesamt
hat Depr.Diagnose	40	3	43
hat Angstdiagnose	8	8	16
Gesamt	48	11	59

Eine weitere Betrachtungsweise ist der Vergleich der Gruppenmittelwerte je Diagnosegruppe. Eine gute Differenzierung ist dann vorhanden, wenn der Mittelwert des zur Diagnosegruppe gehörenden VDS14-Syndromwerts bei der betreffenden Diagnosegruppe am größten ist. Tabelle 6 zeigt, dass dies zutrifft – mit der Ausnahme, dass sowohl Esstörungen als auch Schizophrenie sehr hohe Depressionswerte aufweisen. Die Mittelwertunterschiede sind statistisch signifikant.

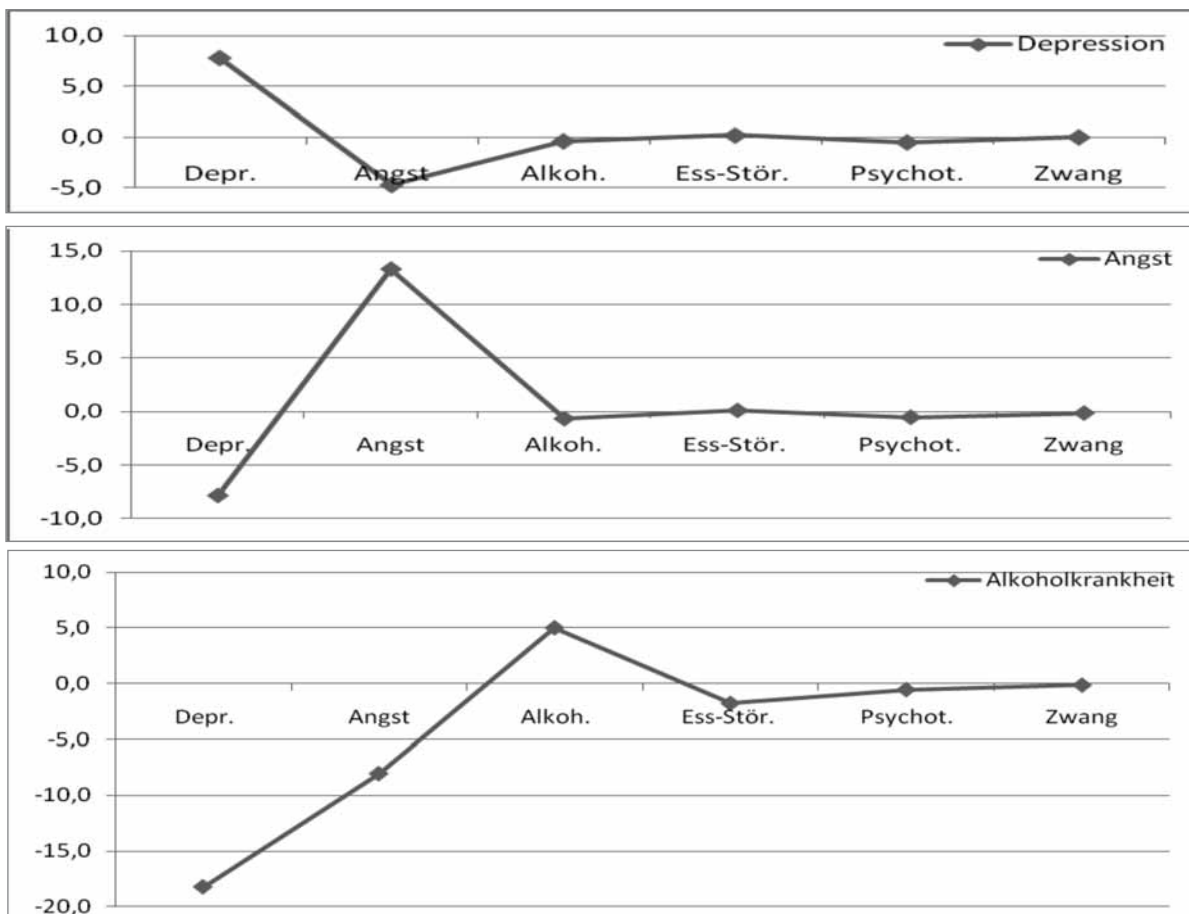
**Tabelle 6: Diagnosegruppen Mittelwerte VDS14-Syndromskalen**

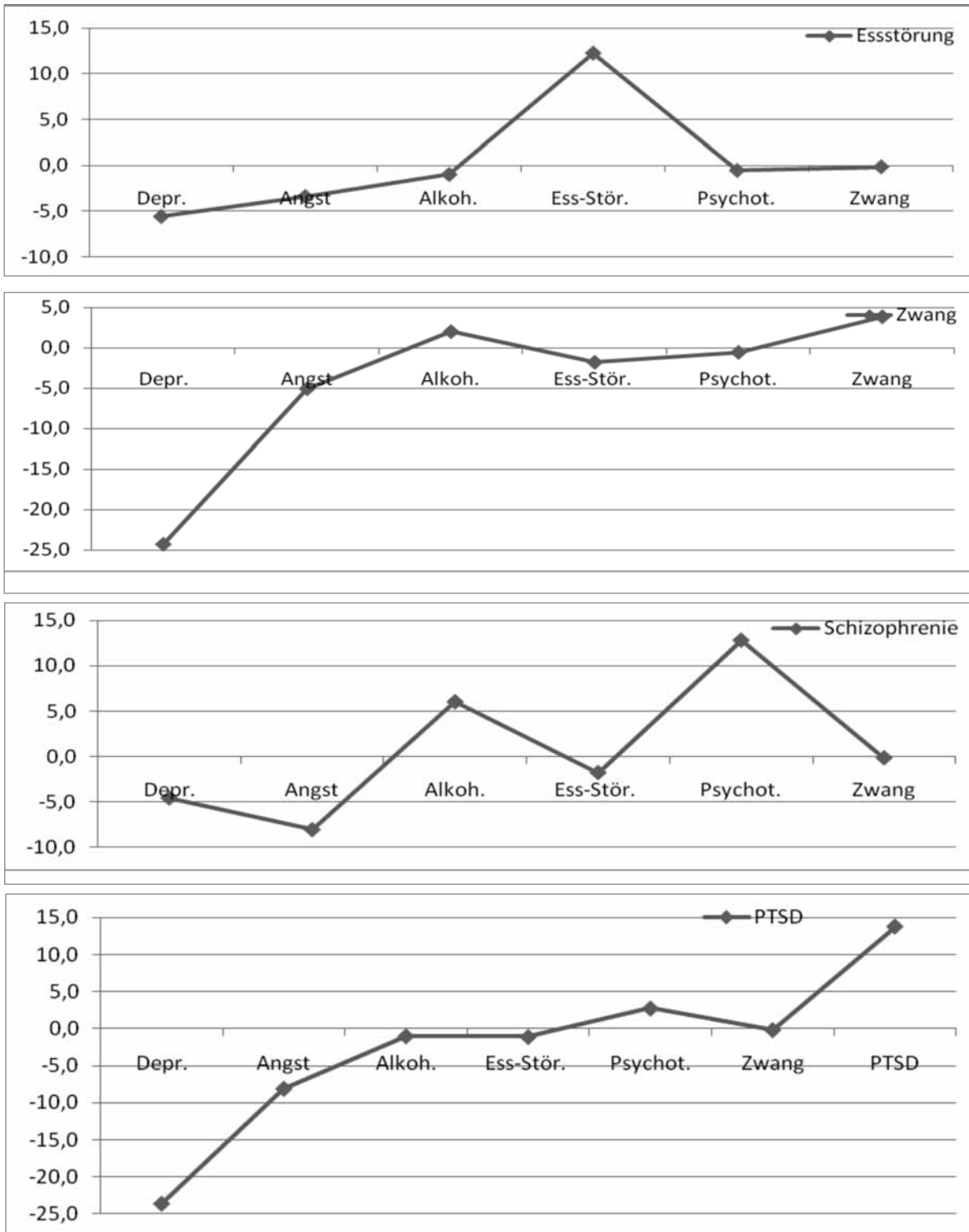
Diagnosegruppe nur nach SKID	Depressives Syndrom	Angstsyndrom	Alkoholabhängigkeit	Psychotisches Syndrom	Zwangssyndrom	Essstörung	Posttraumat. Syndrom
keine Diagnose	4,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Depression	32,0	3,4	0,6	0,1	0,2	2,0	0,7
Angst	16,4	21,4	0,3	0,0	0,0	1,9	0,0
Alkoholkrankheit	6,0	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Schizophrenie	19,7	0,0	7,0	13,3	0,0	0,0	3,3
Zwang	0,0	3,0	3,0	0,0	4,0	0,0	0,0
Essstörung	18,7	4,7	0,0	0,0	0,0	14,0	0,7
PTSD							15,0
Alle Patienten	24,2	8,1	1,0	0,6	0,2	1,8	1,2
Varianzanalyse	Sign. 1%	Sign. 1%	Sign. 1%	Sign. 1%	Sign. 1%	Sign. 5%	

Alle Mittelwertunterschiede sind auf dem 1%-Niveau signifikant, nur bei Essstörung ist  $p=0,013$  (sign. auf dem 5%-Niveau)

Die Trennschärfe der VDS14-Syndromwerte lässt sich durch ein Diagramm (Abb. 1) noch weiter veranschaulichen. Es ist erkennbar, dass der Peak des Syndromsprofils eindeutig bei dem mit der Diagnosegruppe korrespondierenden Syndrom liegt: Die Diagnosegruppe Depression weist den höchsten Wert beim depressiven Syndrom auf, die Diagnosegruppe Angst hat den höchsten Syndromwert beim Angstsyndrom usw.

**Abbildung 1: Mittelwertprofile der VDS14-Syndromskalen je Diagnosegruppe**





Fortsetzung Abbildung 1: Mittelwertprofile der VDS14-Syndromskalen je Diagnosegruppe



**Tabelle 7: Diagnosegruppen Mittelwerte der VDS90-Syndromskalen**

Diagnosegruppe nur nach SKID	Syndrom Depress.	Syndrom Angst	Syndrom Alkohol.	Syndrom Schizo.	Syndrom Zwang	Syndrom Somatof.	Syndrom Essstörg.	Syndrom Aggress.	Syndrom PTSD
keine Diagnose	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0
Depression	1,5	0,7	0,2	0,1	0,7	0,7	0,3	0,7	0,1
Angst	0,9	1,1	0,3	0,1	0,5	0,7	0,4	0,6	0,3
Alkoholabhängigkeit	1,0	0,2	1,0	0,1	0,3	0,1	0,0	1,1	0,0
Schizophrenie	0,3	0,4	0,0	0,2	0,3	0,3	0,3	0,1	0,0
Zwang	0,5	0,6	0,3	0,5	2,2	0,1	0,2	0,3	0,0
Somatoforme Störg.	0,8	0,9	0,0	0,1	1,2	1,5	0,0	0,7	0,5
Essstörung	1,6	0,9	0,0	0,2	0,3	0,6	1,0	0,3	0,0
Impulskontrollstörg.	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	1,7	0,0
PTSD	1,6	1,1	0,1	0,3	0,9	0,4	0,6	1,7	2,3
Insgesamt	1,2	0,7	0,2	0,1	0,6	0,6	0,3	0,7	0,2

Varianzanalyse    Sign. 1%    n.s.    n.s.    n.s.    Sign. 1%    n.s.    n.s.    n.s.    Sign. 1%  
*n.s. = nicht signifikant*

Betrachten wir auch die Mittelwertprofile der VDS90-Syndromwerte bei neun Diagnosegruppen, so finden wir die in Tabelle 7 wiedergegebenen Mittelwerte. Insgesamt weist auch hier das eine Diagnose begründende Syndrom bei der betreffenden Diagnose einen deutlich erhöhten Mittelwert auf. Einzige Ausnahmen sind die bei Essstörungen und bei der posttraumatischen Belastungsstörung erhöhten Depressionswerte.

Im Gegensatz zu den VDS14- und VDS90-Syndromen unterscheiden sich die VDS30-Persönlichkeitszüge nicht signifikant bei der Zugehörigkeit zu einer der sechs Diagnosegruppen (einfache Varianzanalyse mit zweiseitiger Hypothesenprüfung).

Da sowohl die durch Interview gewonnenen VDS14- als auch die durch vom Patienten selbst ausgefüllten Fragebogen erhaltenen VDS90-Syndromwerte gute Prädiktoren der Diagnosegruppenzuordnung sind, interessiert das Maß der Ähnlichkeit der sich entsprechenden Syndrome. In Tabelle 7 finden wir zwar hoch signifikante, aber dennoch nur mittlere Korrelationen. Das ist zum Einen auf die vielfach beobachtete Diskrepanz zwischen den beiden Erfassungsmethoden Interview und Selbstbeurteilungsfragebogen zurückzuführen (Stieglitz, 2007). Zum Zweiten ist die Zahl der abgefragten Symptome beim VDS90 mit 90 Items extrem geringer als beim VDS14-Befund mit 734 Items. Drittens ist umgekehrt die Zahl der Syndrome beim VDS90 um zehn höher als beim VDS14 (27 statt 17). Die Gesamtwerte von VDS14 und VDS90 weisen eine Korrelation von 0,69 auf, das ist eine relativ gute Übereinstimmung. Auch die Übereinstimmung der Depressionsskalen ist gut (0,68). Es folgen die Korrelationshöhen von Schmerz, Alkoholabhängigkeit, Impulsivität und

Angst. Die VDS14-Syndromskala 7 „Weitere unspezifische Syndrome“ ist der VDS90-Symptomliste in zehn spezifische Syndrome unterteilt.

**Tabelle 8: Korrelation VDS14-Skalen (Interview) mit VDS90-Skalen (Selbstbeurteilung)**

VDS14-Skalenwerte	VDS90-Skalenwerte	Korr.	Sign.
VDS14-Gesamtwert	VDS90-Gesamtwert	<b>0,69</b>	
1. Psychotisches Syndrom	01 . Syndrom Schizophrenie	0,06	
5. Depressives Syndrom	04 . Syndrom Depression	0,68	***
6. Angstsyndrom	05 . Syndrom Angst	0,53	***
8. Aggressiv-impulsives Syndrom	16 . Syndrom Aggression	0,57	***
10. Zwangssyndrom	18 . Syndrom Zwang	0,37	***
11. Alkoholabhängigkeitssyndrom	19 . Syndrom Alkoholismus	0,62	***
13. Essstörung	21 . Syndrom Essstörung	0,46	***
14. und 15. Schmerz/Kopfschmerz	22 . Syndrom Schmerzstörung	0,64	***
16. Somatoforme Syndrome	23 . Syndrom Somatof. Störung	0,39	***

7. Weitere Syndrome	Summe von 06 . Syndrom Deper- sonalisation 07 . Syndrom Derealisation 08 . Syndrom misstrauisch 09 . Syndrom Neurasthenie 10 . Syndrom Schlafstörungen 11 . Syndrom nächtl. Erwachen mit Angst 12 . Syndrom Ver- haltensrituale 13 . Syndrom Verhaltensstör. 14 . Syndrom Tics 15 . Syndrom Stottern, Poltern	0,45	***
---------------------	---	------	-----

\*=sign. auf dem 5%-Niveau, \*\*= sign. auf dem 1%-Niveau, \*\*\*= sign. auf dem 1%- Niveau

Bleibt als letzte Frage offen, was für ein Zusammenhang zwischen den Achse-I-Syndromen mit dysfunktionalen Persönlichkeitszügen (VDS30) besteht, deren Definition eine Operationalisierung der in DSM-III/IV und ICD-10 beschriebenen Persönlichkeitsstörungen ist, allerdings einem dimensionalen Ansatz folgend. Die Korrelationen der einzelnen VDS14-Syndrome mit den VDS30-Persönlichkeitszügen sind gering, nur wenige signifikant. D. h., dass ein im Interview erhobener Achse-I-Syndromwert nicht mit der Ausprägung einzelner Persönlichkeitszüge zusammenhängt. Auf die Wiedergabe der Korrelationsmatrix wird verzichtet.

Ganz anders ist es bei der Untersuchung der beiden Selbstbeurteilungsmaße VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsfragebogen. Hier sind fast alle Korrelationen signifikant und weisen mittlere Höhe auf, weshalb keine differentiellen Aussagen möglich sind, wie etwa dass bei selbstunsicheren Persönlichkeiten im Vergleich zu anderen Persönlichkeitszügen besonders hohe Depressionswerte vorliegen. Auch auf die Wiedergabe dieser Korrelationsmatrix wird verzichtet. Bei diesen auffallenden Unterschieden der beiden Korrelationsmatrizen (VDS14 keine Korrelation mit Persönlichkeit – VDS90 viele Korrelationen mit Persönlichkeit) ist das Ergebnis von Tabelle 9 umso erstaunlicher: Zwar liegen die Korrelationen des VDS90-Gesamtwerts (Summe aller Syndromwerte des Fragebogens = Symptomatik insgesamt = Schweregrad der Beeinträchtigung durch die Symptomatik) mit den VDS30-Persönlichkeitszügen deutlich höher (0,40 bis 0,73) als diejenigen des VDS14-Syndrom-Gesamtwerts (0,25 bis 0,52), aber es lässt sich für beide Messverfahren sagen, dass eine statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Korrelation zwischen dem Schweregrad der psychischen Symptomatik und dysfunktionalen Persönlichkeitszügen besteht.

**Tabelle 9: Korrelation des VDS14- und des VDS90-Gesamtwerts mit den VDS30-Persönlichkeitskalen**

Spearmans Rho, N=89	VDS90-Gesamtwert	VDS14-Gesamtwert
Persönlichkeitsskala	Korrelation	Korrelation
VDS30 - selbstunsicher	0,58***	0,52***
VDS30 - dependent	0,40***	0,35***
VDS30 - zwanghaft	0,48***	0,32**
VDS30 - passiv-aggressiv	0,57***	0,38***
VDS30 - histrionisch	0,54***	0,25*
VDS30 - schizoid	0,46***	0,32**
VDS30 - narzisstisch	0,53***	0,30**
VDS30 - Borderline	0,73***	0,44***
VDS30 - paranoid	0,66***	0,38***
VDS30-Gesamtwert (Neurotizismus)	0,72***	0,49***

### ■ Diskussion und Zusammenfassung

Das seit 14 Jahren bewährte und international für wissenschaftliche Studien eingesetzte, neuerdings in einer Kurzform auch für die klinische Praxis erhältliche SKID I zur Erhebung des psychischen Befundes und zu einer DSM-IV-Diagnosestellung ist der Standard der psychiatrischen Diagnostik. Es wird allerdings auch in seiner Kurzform kaum im psychiatrischen und psychotherapeutischen Alltag angewandt. Selbst wenn der Zeitaufwand von 60 auf 40 Minuten reduziert wird, ist es ein zu großer Zeitaufwand. Ein weiterer Nachteil ist, dass man nicht selektiv einige wenige Teile anwenden kann, sondern im vorgegebenen Algorithmus bleiben muss. Auch das Übersetzen einer DSM-IV- in eine ICD-10-Diagnose ist hinderlich. Letztere ist die in unserem Gesundheitssystem verbindliche Kodierung von Krankheiten. Der VDS14-Befund (Sulz et al., 2002) wurde als Alternative zu SKID I entwickelt, weil in der Psychotherapie nicht die auf zwei Stellen genau bestimmte DSM-IV- oder ICD-10-Diagnose für therapeutische Entscheidungen relevant ist. Deshalb zielt dieses standardisierte Interview nicht direkt auf Diagnosen ab, sondern auf Syndrome als Cluster oder Symptomdimensionen von gemeinsam vorkommenden Symptomen wie psychotisches, manisches, depressives Syndrom. Erst in einem zweiten Schritt, wenn mit Hilfe des VDS14-Interviews das vorhandene klinische Syndrom feststeht, wird ein Entscheidungsbaum zu Hilfe genommen, der vom Syndrom zur diagnostischen Klassifikation nach ICD-10 führt.

Da der VDS14-Befund in Klinik und Praxis auch wegen seiner kürzeren Bearbeitungszeit häufig angewandt wird, ist seine empirische Evaluation unter testtheoretischen Gesichtspunkten ein wichtiger Schritt. Die Validitätsprüfung erfolgte in dieser Studie durch Vergleich mit dem SKID I. Mit den 99 Patienten der Stichprobe der CIP-Ambulanz wurden beide Interviews durchgeführt und dann verglichen, wie häufig die gleiche ICD-10-Diagnose resultiert. Das war bei 81 % der Patienten der Fall. Berücksichtigt man die nicht vollständige Übereinstimmung der beiden Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10, die man mit höchstens 90% ansetzen kann, dann ist das ein sehr gutes

Ergebnis. Vergrößert man die Klassifikation auf sechs Diagnosegruppen – abhängig von den tatsächlich in der Stichprobe vorliegenden Störungen –, so erhöht sich die Übereinstimmung der beiden Interviewsysteme auf 89%.

Ein weiterer Analyseschritt ist, zu prüfen, wie gut die mit dem SKID I gewonnene Diagnose anhand der entsprechenden VDS14-Syndromwerte vorhergesagt werden kann. Die Diskriminanzanalyse errechnet eine Regressionsgleichung mit den Syndromwerten als Prädiktoren und der Diagnosegruppe als abhängige Variable. Ein Patient wird dadurch rechnerisch einer Diagnosegruppe zugeordnet. Der Vergleich mit der wirklichen Diagnosegruppe der Patienten bestätigte die 83-prozentige Übereinstimmung aufgrund der Syndromwerte. Wenn nicht sechs Diagnosegruppen, sondern nur zwei zur Auswahl stehen (Angst und Depression), so erhöht sich der Prozentsatz richtiger Zuordnungen auf 88.

Die diskriminanzanalytische Diagnosezuordnung aus den Selbstbeurteilungsfragebogen VDS90-Symptomliste erbrachte fast so gute Übereinstimmungen: 81% Zuordnung der Patienten zur richtigen Diagnosegruppe. Dabei wurden depressive Patienten zu einem viel höheren Prozentsatz richtig zugeordnet (89%) als Angstpatienten, die zu einem Drittel richtig zugeordnet wurden.

Der Vergleich der Mittelwertprofile der VDS14-Syndrome ergibt das gleiche Bild: Der höchste Syndrommittelwert entspricht der zutreffenden Diagnosegruppe (Abb. 1).

Bei der Würdigung der Ergebnisse müssen methodische Aspekte berücksichtigt werden. In dieser Studie wiederholte sich der Effekt, dass Verfahren der gleichen Datenerfassungsmethode höher korrelieren als Daten (vgl. Stieglitz, 2007), die durch verschiedene Methoden erfasst werden (Interview versus Fragebogen). Die im Interview gewonnenen VDS14-Syndromwerte wiesen höchstens mittlere Korrelationen mit den VDS90-Syndromwerten auf, die allerdings eine Verkürzung der Items von 734 auf 90 beinhalten, umgekehrt aber ein Drittel mehr Syndrome beschreiben. Bei VDS14 und VDS90 handelt es sich also um Messinstrumente, die neben großen Gemeinsamkeiten auch große Unterschiede untereinander aufweisen. In ihrer Treffsicherheit bezüglich der Diagnosegruppen unterscheiden sie sich allerdings nur wenig (83 versus 81%). Ebenfalls auf obige Methodenasperte kann zurückgeführt werden, dass die Korrelation dysfunktionaler Persönlichkeitszüge (VDS30) einerseits mit den im Interview erhobenen VDS14-Syndromen kaum signifikante Korrelationen aufweisen, andererseits

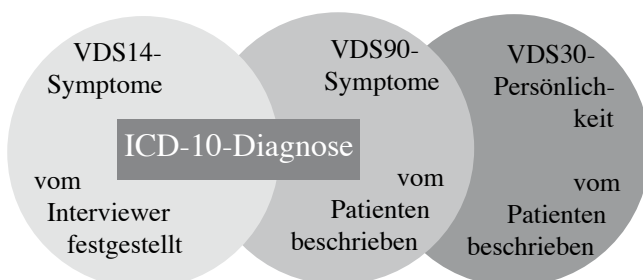
aber durchgängig mittel bis hoch mit den VDS90-Syndromen korrelierten. D. h., dass das Ausmaß psychischer bzw. psychosomatischer Symptomatik deutlich mit der Selbstschilderung des Patienten hinsichtlich seiner dysfunktionalen Persönlichkeitszüge zusammenhängt.

In Abbildung 2 ist dargestellt, dass die Vorhersage der ICD-10-Diagnose sowohl von Interviewerseite aus über den VSD14-Befund erfolgen kann als auch über die VDS90-Symptomliste, die der Patient als Selbstbeurteilungsfragebogen ausfüllt. Diese Beschwerdeschilderung des Patienten korreliert allerdings bedeutsam mit seinen dysfunktionalen Persönlichkeitszügen: VDS30 sagt das VDS90-Beschwerdebild (teilweise) vorher. VDS90 führt zu einer Achse-I-Diagnose nach ICD-10, die mit der im VDS14-Interview gewonnenen Diagnose übereinstimmt. Die Herkunft der Korrelationen zwischen der Symptomatik und den dysfunktionalen Persönlichkeitszügen könnte teilweise erklärt werden, wenn im zeitlichen Verlauf keine Synchronizität vorläge. D. h., wenn z. B. die Symptomatik schon längst verschwunden ist, während die dysfunktionalen Persönlichkeitszüge noch stark ausgeprägt sind. Derartige Beobachtungen machte Hebing in ihrer Therapie-Outcome-Studie zur Strategisch-Behavioralen Therapie (2011). Nach 6 Monaten war die Symptomatik schon stark reduziert, während die VDS30-Persönlichkeitszüge sich kaum verändert hatten. Das spricht eher dafür, dass die Persönlichkeit die Beschwerdeschilderung beeinflusst.

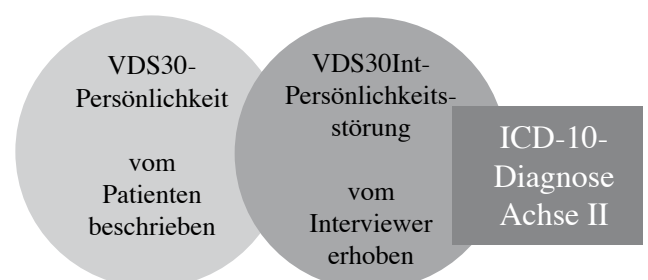
Die durch diese drei Messinstrumente erhaltenen Informationen sind nur teilweise redundant. Will man ein Gesamtbild erhalten, so ist die Erhebung aller drei Informationsarten empfehlenswert. Das hat den Vorteil, dass zugleich ein Screening bezüglich des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung erfolgen kann (Wert einer VDS30-Persönlichkeitsskala ist größer als 2.0), deren Diagnose dann mit Hilfe des VDS30Int-Persönlichkeitsstörungsinterviews gestellt werden kann (Abb. 3).

Insgesamt legen die Ergebnisse den Nutzen des VDS14-Befund-Interviews für Klinik und Praxis nahe, das sowohl die psychiatrische als auch die psychosomatische Symptomatik erfasst und dessen Vorgehen eher der schwerpunktmäßigen Betrachtung der Syndromebene im psychotherapeutischen Kontext gerecht wird als SKID I. SKID I bleibt weiterhin der Standard in der wissenschaftlichen Diagnostik, ist aber samt Kürzung nicht so leicht praktikabel wie der VDS14-Befund. Die nächsten Schritte der Evaluation müssen die Bestimmung der Interrater- und Retest-Reliabilität sein.

**Abbildung 2: Prädiktion der ICD-10-Diagnose durch VDS14 - VDS90 - VDS30 (Psych. Befund, Beschwerden, Persönlichkeit)**



**Abbildung 3: Diagnose einer Persönlichkeitsstörung - ICD-10-Diagnose Achse II**



## ■ Literatur

- AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) (1997). Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (6. Aufl.). Bern: Huber.
- APA (American Psychiatric Association) (1997). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.), DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Denk, C. & Sulz, S. (2011). VDS-Expert QM 2011. Software zur Erhebung und Auswertung der Fragebögen und Interviews des Verhaltensdiagnostiksystems VDS. München: CIP-Medien.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V(F). Forschungskriterien (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Fähndrich, E. & Stieglitz, R.D. (2006). Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes: Halbstrukturiertes Interview anhand des AMDP-Systems. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T. (2006). Diagnostik und Intervention in der Klinischen Psychologie. In M. Amelang & L. Schmidt-Atzert (Hrsg.), Psychologische Diagnostik und Intervention (4. Aufl., S. 495-532). Berlin: Springer.
- Hebing, M. (2011). Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT). Dissertation Phil. Fakultät Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995a). ICD-10-Checklisten (IDCL für ICD-10). Bern: Huber.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995b). Internationale Diagnosen-Checkliste (IDCL) für Persönlichkeitsstörungen für ICD-10. Bern: Huber.
- ICD-10 (1994). International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, 10th Revision (ICD-10), Volume III Alphabetical Index. World Health Organization.
- Scholz, D. & Wittchen, H.-U. (2005). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV.
- In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), Klinische Interviews und Ratingskalen (S. 413-418). Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R.D. (2007). Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sulz, S. K. D. (2003). Fallkonzeption des Individuums und der Familie. In W. Hiller, E. Leibing & S. Sulz (Hrsg.), Lehrbuch der Psychotherapie (Bd. 3). Verhaltenstherapie (S. 25-48). München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2006). Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Problemanalyse – Zielanalyse – Therapieplan. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K. D. (2008). Das neue Verhaltensdiagnostiksystem VDS – Interviewleitfäden und Fragebögen vom Erstgespräch bis zur Katamnese. Mappe mit Fragebögen, Leitfäden und Auswertungen. München: CIP-Medien
- Sulz, S. K. D. (2009). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – eine umfassende Systematik vom Erstgespräch bis zur Katamnese. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 30 (1), 89-108.
- Sulz, S.K.D., Gräff, U. & Jakob, C. (1998). Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung. Eine empirische Untersuchung der VDS-Persönlichkeitsskalen. Psychotherapie, 3, 46-56.
- Sulz, S. K. D., Hörmann, I., Hiller, W. & Zaudig, M. (2002). Standardisierte Erfassung des psychischen Befundes in der psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapie, 7 (1), 23-39.
- Sulz, S. K. D. & Sauer, S. (2003). Diagnose und Differentialdiagnose von Persönlichkeitsstörungen durch ein standardisiertes Interview. Psychotherapie, 8 (1), 45-59.
- Sulz, S. K. D. & Grethe, C. (2005). Die VDS90-Symptomliste – eine Alternative zur SCL90-R für die ambulante Psychotherapiepraxis und das interne Qualitätsmanagement. Psychotherapie, 10, 38-48.
- Sulz, S. K. D., Beste, E., Kerber, A.C., Rupp, E., Scheuerer, R. & Schmidt, A. (2009). Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. Psychotherapie, 14, 215-232.
- Wittchen, H.-U. (2010). Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), Klinische Psychologie und Psychotherapie (2. Aufl., S. 25-52). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997a). SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen (Interviewheft). Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997b). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II (Handanweisung). Göttingen: Hogrefe.

## ■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz  
 Katholische Universität Eichstätt und  
 Centrum für Integrative Psychotherapie CIP  
 Nymphenburger Str. 185 | 80634 München  
 sergesulz@aol.com

## ■ Anhänge

**Tabelle A1: Syndrom-Einstiegsfragen zum VDS14-Befund-Interview**

VDS14-Syndrome	Einstiegsfrage zu dem Syndrom
1. Psychot. Syndrom (z. B. paranoid-halluzinat.)	Kam es in den zurückliegenden Wochen zu Ereignissen, deren Wahrnehmung Sie sehr beunruhigte und die Sie als 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?
2. Manisches Syndrom	Hat sich in letzter Zeit Ihre Stimmung anhaltend verbessert, oder sind Sie öfter gereizt? Sind Sie viel aktiver geworden?
3. Dementielles Syndrom	Haben Sie in letzter Zeit große Probleme mit Ihrem Gedächtnis oder mit Ihrer Orientierung?
4. Delirantes Syndrom	Beobachter: Befindet sich der Pat. in letzter Zeit in ungewöhnlich veränderten Bewusstseinszuständen? (Fremdanamnese!) Wirkt er während der Befunderhebung schwer ansprechbar, abwesend?
5. Depressives Syndrom	Haben Sie sich in letzter Zeit durchgehend oder öfters niedergeschlagen, bedrückt oder traurig gefühlt, können Sie das kurz beschreiben?
6. Angstsyndrom	Haben Sie plötzlich auftretende Angstanfälle oder anhaltende Angst oder Angst vor bestimmten Situationen, Dingen, Ereignissen?
7. Weitere, unspezifische Symptome	Eine Startfrage, deren Verneinung ein Übergehen des Syndroms ermöglicht, gibt es hier nicht. Es müssen alle Fragen gestellt werden.
8. Aggressiv-impulsives Syndrom	Sind Sie seit einiger Zeit öfter und intensiver gereizt, ärgerlich oder wütend? Fällt es Ihnen schwerer, diese Gefühle unter Kontrolle zu halten?
9. Sexualstörung	Hat sich in Ihrer Sexualität eine Störung eingestellt ?
10. Zwangssyndrom	Müssen Sie aus einem Zwang heraus Handlungen oder Gedanken immer wieder durchführen und schaffen es nicht, diese zu unterlassen?
11. Alkoholabhängigkeit	Haben Sie einen viel zu hohen Alkoholkonsum bzw. behaupten dies Personen, die ständig mit Ihnen beruflich oder privat zu tun haben?
12. Substanzbezogene Abhängigkeit	Nehmen Sie regelmäßig ohne ärztliche Verschreibung Medikamente, die abhängig machen können, oder andere abhängig machende Stoffe?
13. Essstörung	Ist Ihr Essverhalten irgendwie unnormal, z. B. extremes Fasten, Fressanfälle, große Gewichtsab- oder -zunahme? Haben Sie ständig Über- oder Untergewicht?
14. Kopfschmerz-Syndrom	Leiden Sie unter chronischen, ständigen oder ständig wiederkehrenden Kopfschmerzen?
15. Schmerz-Syndrom	Leiden Sie unter chronischen, ständigen oder ständig wiederkehrenden Schmerzen?
16. Somatoforme Syndrome	Haben Sie körperliche Beschwerden ohne nachweisbare körperliche Grunderkrankung?

**Tabelle A2: VDS14 Ablauf Befunderhebung, Syndromdiagnose, Entscheidungsbaum, ICD-10-Diagnose**

VDS14-Syndrome Interview		Entscheidungsbäume		
	1. Psychot. Syndrom (z. B. paranoid-halluzinat.)		1. Entscheidungsbaum Schizophrenie	
	2. Manisches Syndrom		2. Entscheidungsbaum Manie	
	3. Dementielles Syndrom		3. Entscheidungsbaum Demenz	
	4. Delirantes Syndrom		4. Entscheidungsbaum Delir	
	5. Depressives Syndrom		5. Entscheidungsbaum Depression	
	6. Angstsyndrom		6. Entscheidungsbaum Angststörung	
	7. Weitere, unspezifische Symptome		7. Entscheidungsbaum Weitere, unspezifische Symptome	
Einstiegsfrage bejaht	8. Aggressiv-impulsives Syndrom	ErgebnisVDS14-Interview	8. Entscheidungsbaum aggressiv-impulsives Syndrom	ICD-10-Diagnose
	9. Sexualstörung		9. Entscheidungsbaum Sexualstörung	
	10. Zwangssyndrom		10. Entscheidungsbaum Zwangssyndrom	
	11. Alkoholabhängigkeit		11. Entscheidungsbaum Alkoholabhängigkeit	
	12. Substanzbezogene Abhängigkeit		12. Entscheidungsbaum Substanzbezogene Abhängigkeit	
	13. Essstörung		13. Entscheidungsbaum Essstörung	
	14. Kopfschmerz-Syndrom		14. Entscheidungsbaum Kopfschmerz	
	15. Schmerz-Syndrom		15. Entscheidungsbaum Schmerz-Störung	
	16. Somatoforme Syndrome		16. Entscheidungsbaum Somatoforme Störungen	

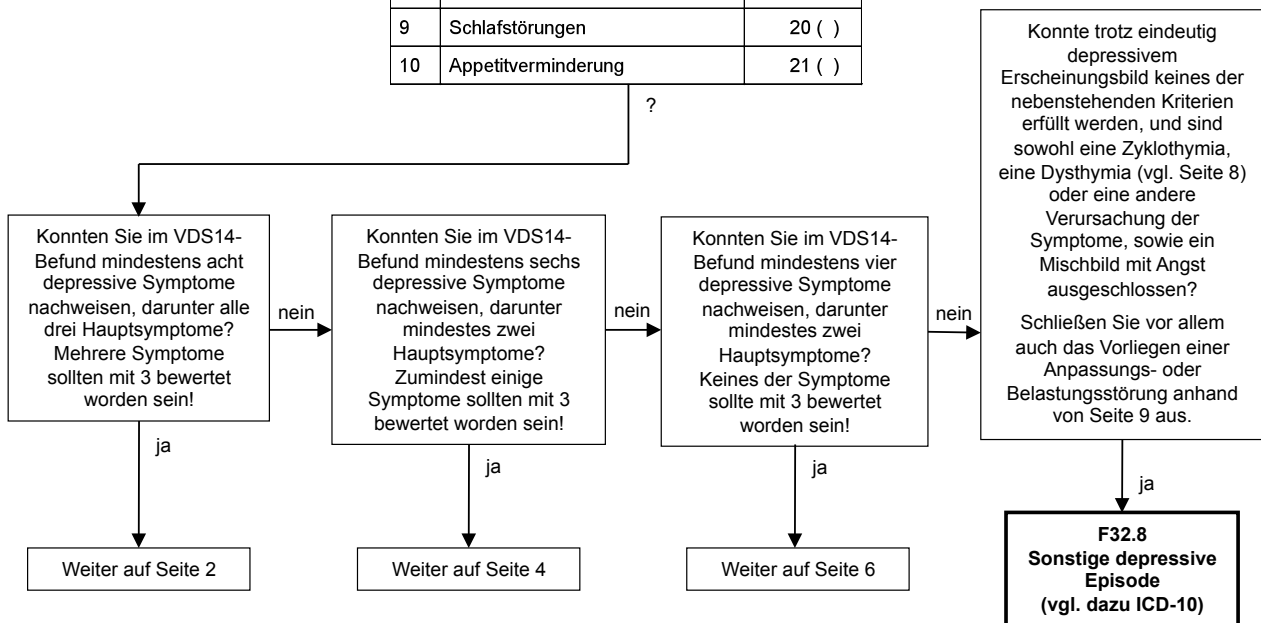
Tabelle A3

### Entscheidungsbaum zur Stellung einer ICD-10-Diagnose bei depressivem Syndrom laut VDS14

#### 1: Liegt eine depressive Episode vor (F32.0 bis F32.8) ?

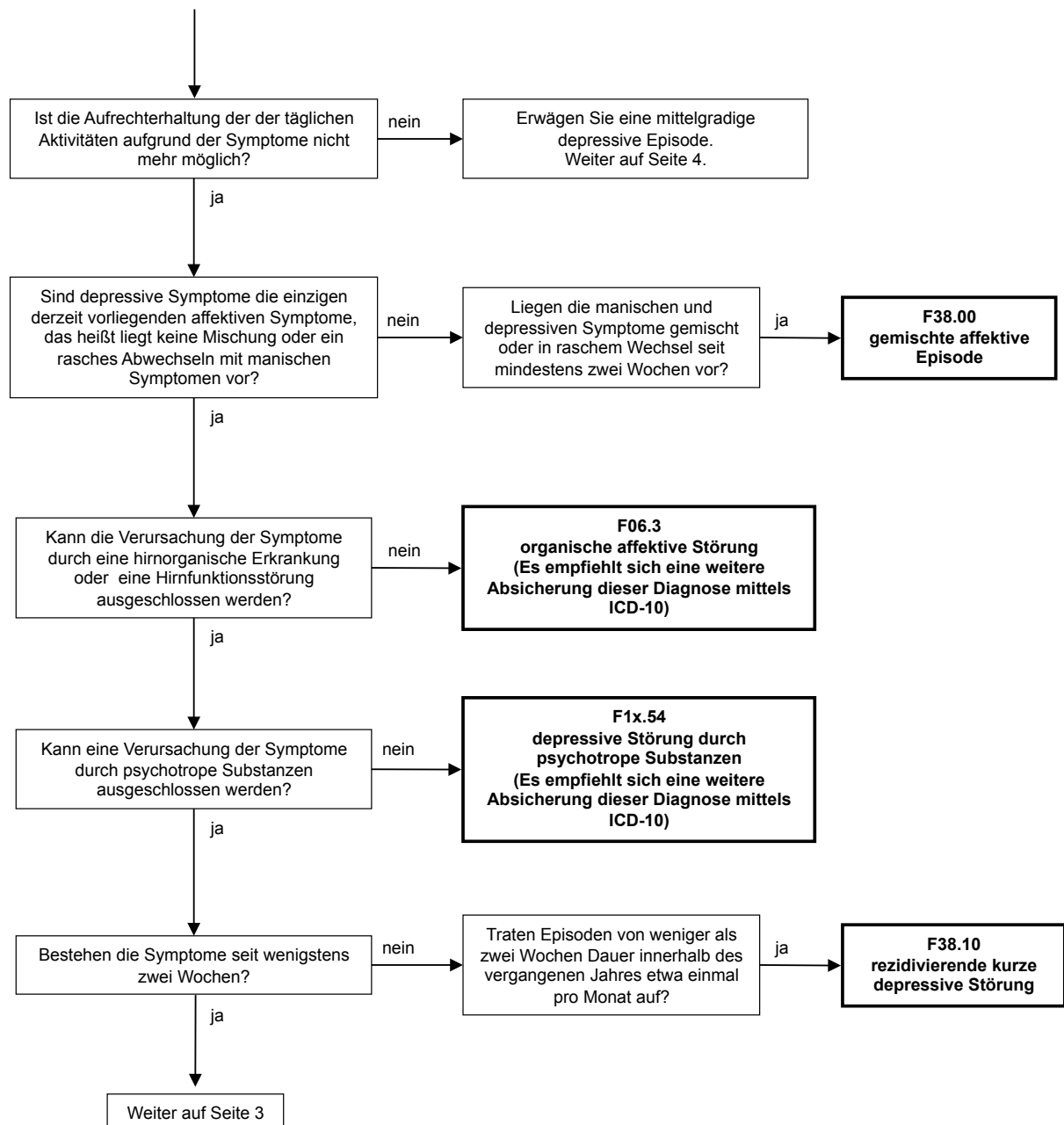
Hinweis:  
Die Seitennummerierung erstreckt sich über alle Entscheidungsbäume (hier Seite 1 bis 9). Seitenangaben können sich auch auf andere Entscheidungsbäume beziehen.

Start		
Hauptsymptome einer Depression		
Symptom		VDS14-Nr.
1	depressive Stimmung	1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
2	Interessenverlust und Freudlosigkeit	9 ( ) vgl. auch 10 ( ) 11 ( )
3	verminderter Antrieb, verminderte Energie oder erhöhte Ermüdbarkeit	7 ( ) vgl. 18 ( ) 6 ( )
Weitere Symptome einer Depression		
4	verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	29 ( )
5	vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen	4 ( )
6	Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit	13 ( ) 14 ( ) 5 ( )
7	negative, pessimistische Zukunftsperspektive	vgl. 23 ( )
8	Suizidgedanken, erfolgte Suizidhandlungen oder Selbstverletzungen	25 ( ) 26 ( ) 27 ( ) 28 ( )
9	Schlafstörungen	20 ( )
10	Appetitverminderung	21 ( )

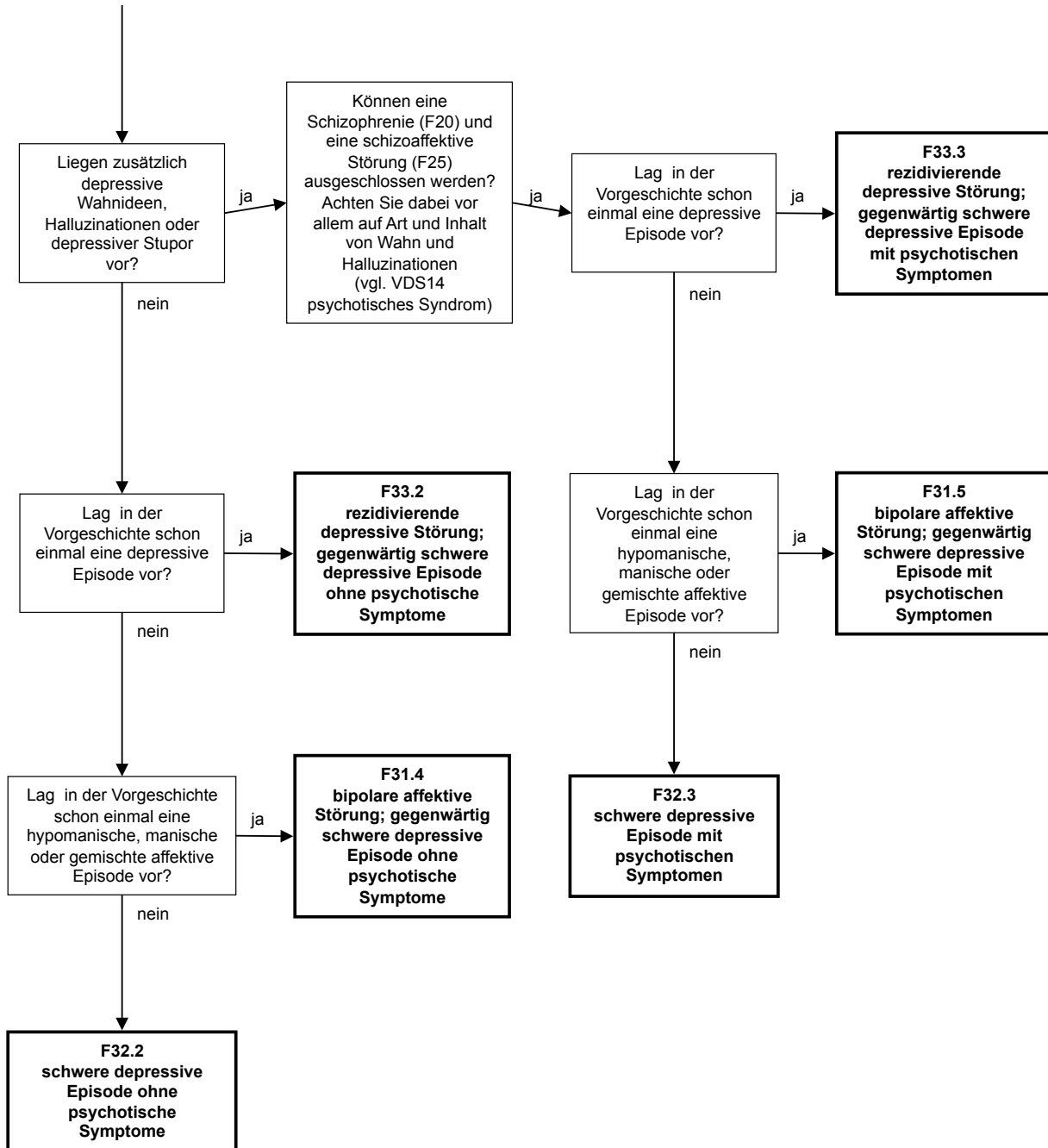


© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011

**2: Liegt eine schwere depressive Episode mit oder ohne psychotischen Symptomen vor (F32.2 oder F32.3)?**



© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011

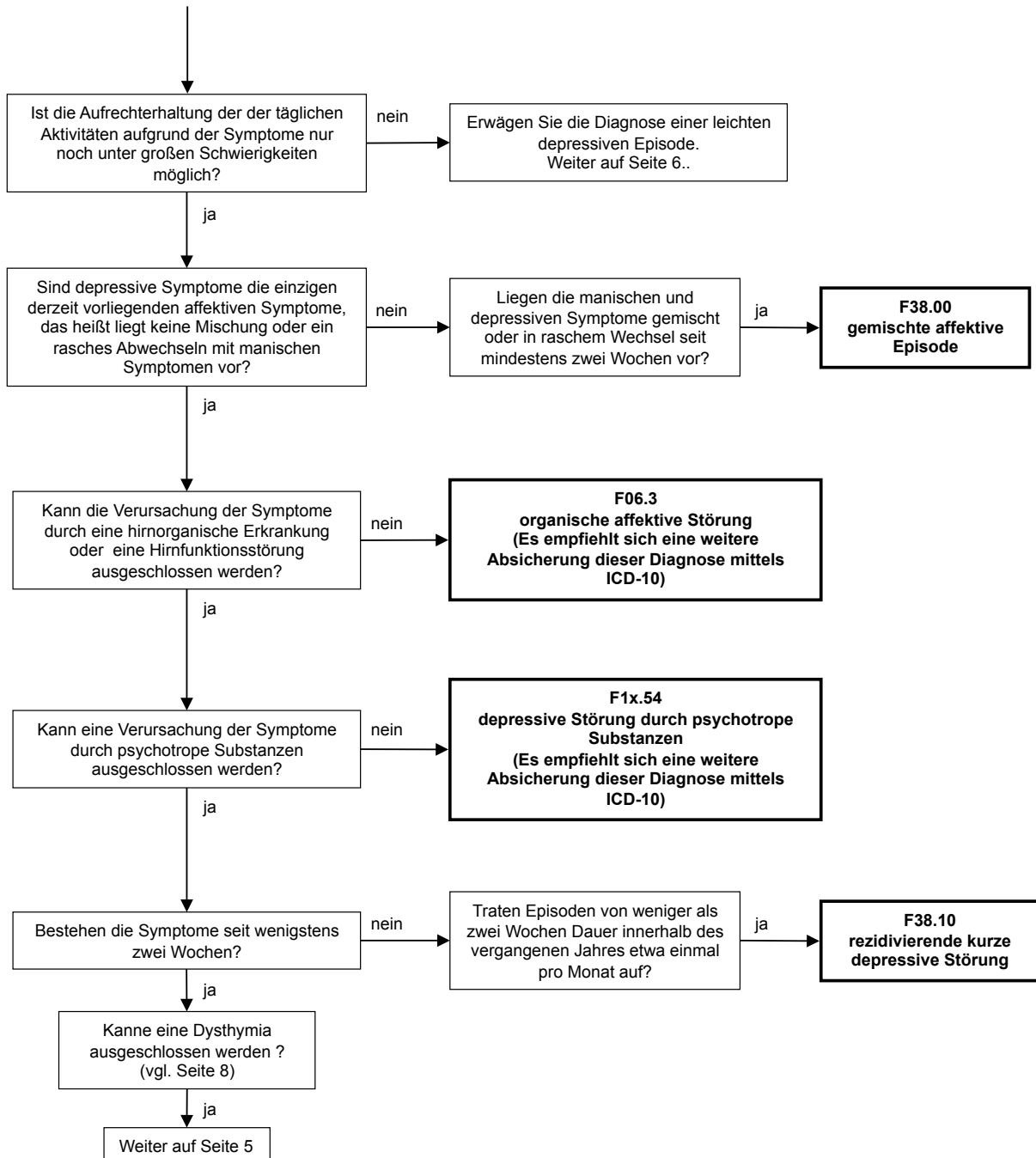


**Anmerkung:** Bei einer schweren Depressiven Episode wird das Vorliegen eines somatischen Syndroms vorausgesetzt und daher nicht mehr eigens verschlüsselt.

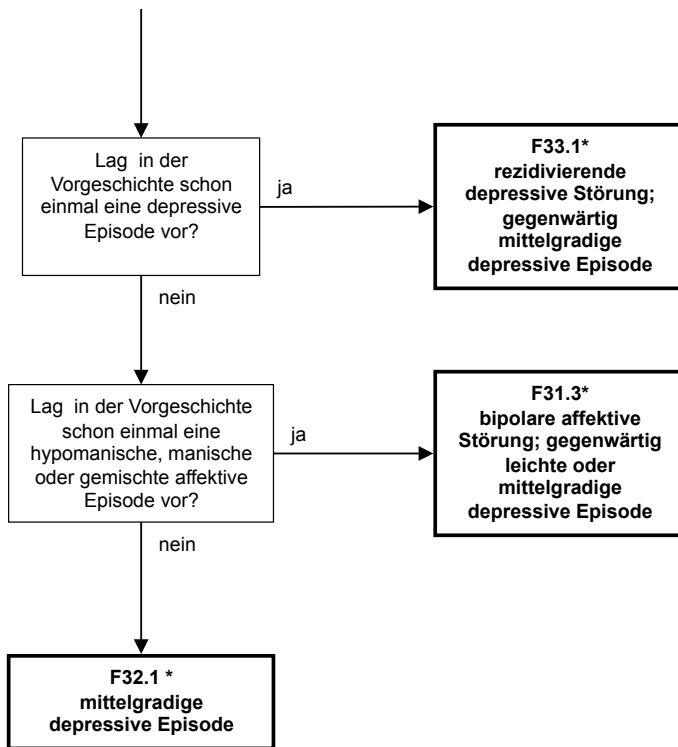
© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011



**3: Liegt eine mittelgradige depressive Episode vor (F32.1)?**



© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011



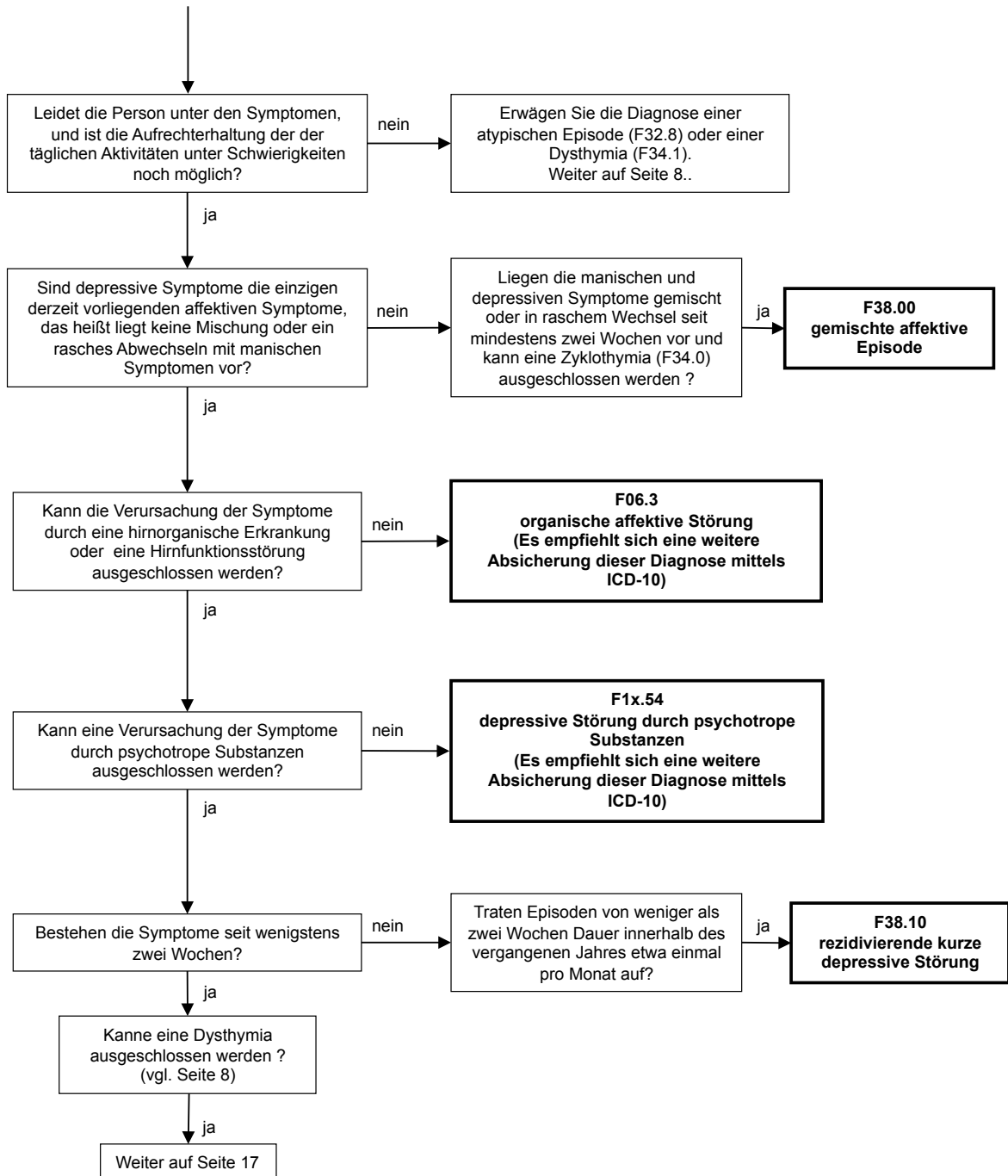
\* Bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen kann das Vorhandensein eines somatischen Syndroms mithilfe der fünften Stelle verschlüsselt werden, falls nachfolgende Kriterien erfüllt sind. (.x0 ohne somatisches Syndrom; .x1 mit somatischem Syndrom)

Sollten im VDS14-Befund wenigstens vier der folgenden Symptome nachweisbar gewesen sein, kann zusätzlich ein somatisches Syndrom diagnostiziert werden.

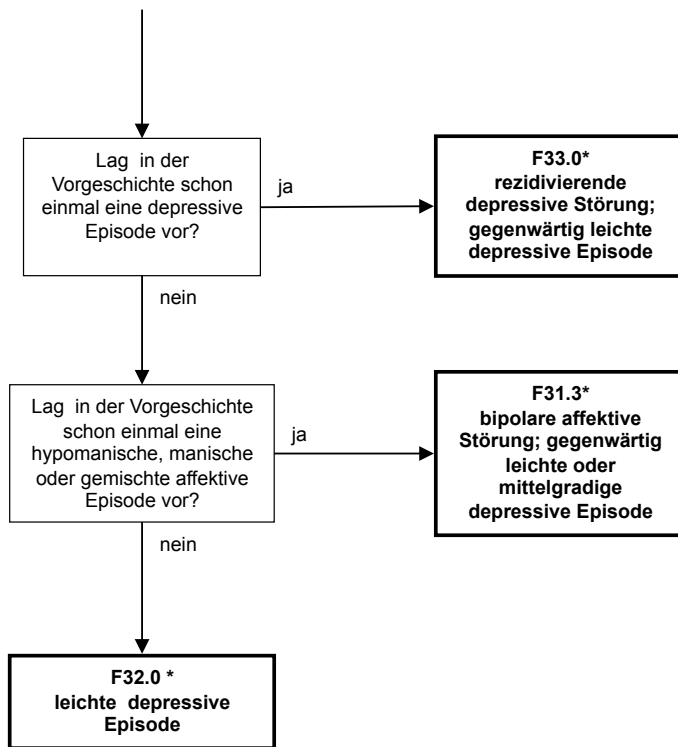
Symptom	VDS14-Nr.
1 Interessensverlust und Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten	9 ( ) vgl. auch 10 ( ) 11 ( )
2 Mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren	
3 Früherwachen von mehr als zwei Stunden vor der gewohnten Zeit	vgl. 20 ( )
4 Morgentief	vgl. 24 ( )
5 Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit	8 ( ) 16 ( )
6 Deutlicher Appetitverlust	vgl. 21 ( )
7 Gewichtsverlust von mehr als 5% im vergangenen Monat	vgl. 21 ( )
8 Deutlicher Libidoverlust	12 ( )

© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011

**4: Liegt eine leichte depressive Episode vor (F32.0)?**



© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011



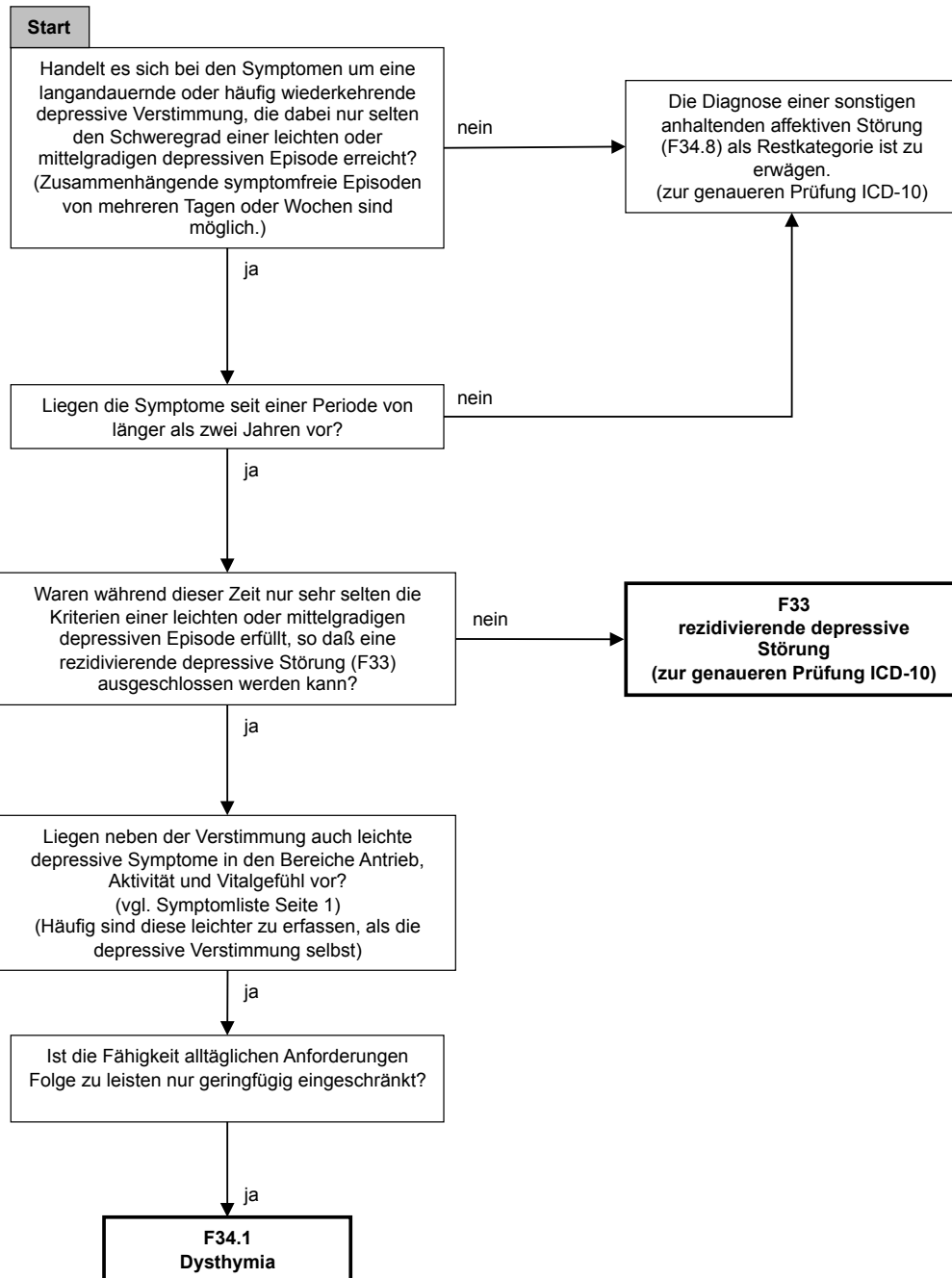
\* Bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen kann das Vorhandensein eines somatischen Syndroms mithilfe der fünften Stelle verschlüsselt werden, falls nachfolgende Kriterien erfüllt sind. (.x0 ohne somatisches Syndrom; .x1 mit somatischem Syndrom)

Sollten im VDS14-Befund wenigstens vier der folgenden Symptome nachweisbar gewesen sein, kann zusätzlich ein somatisches Syndrom diagnostiziert werden.

Symptom	VDS14-Nr.
1   Interessenverlust und Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten	9 ( ) vgl. auch 10 ( ) 11 ( )
2   Mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren	
3   Früherwachen von mehr als zwei Stunden vor der gewohnten Zeit	vgl. 20 ( )
4   Morgentief	vgl. 24 ( )
5   Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit	8 ( ) 16 ( )
6   Deutlicher Appetitverlust	vgl. 21 ( )
7   Gewichtsverlust von mehr als 5% im vergangenen Monat	vgl. 21 ( )
8   Deutlicher Libidoverlust	12 ( )

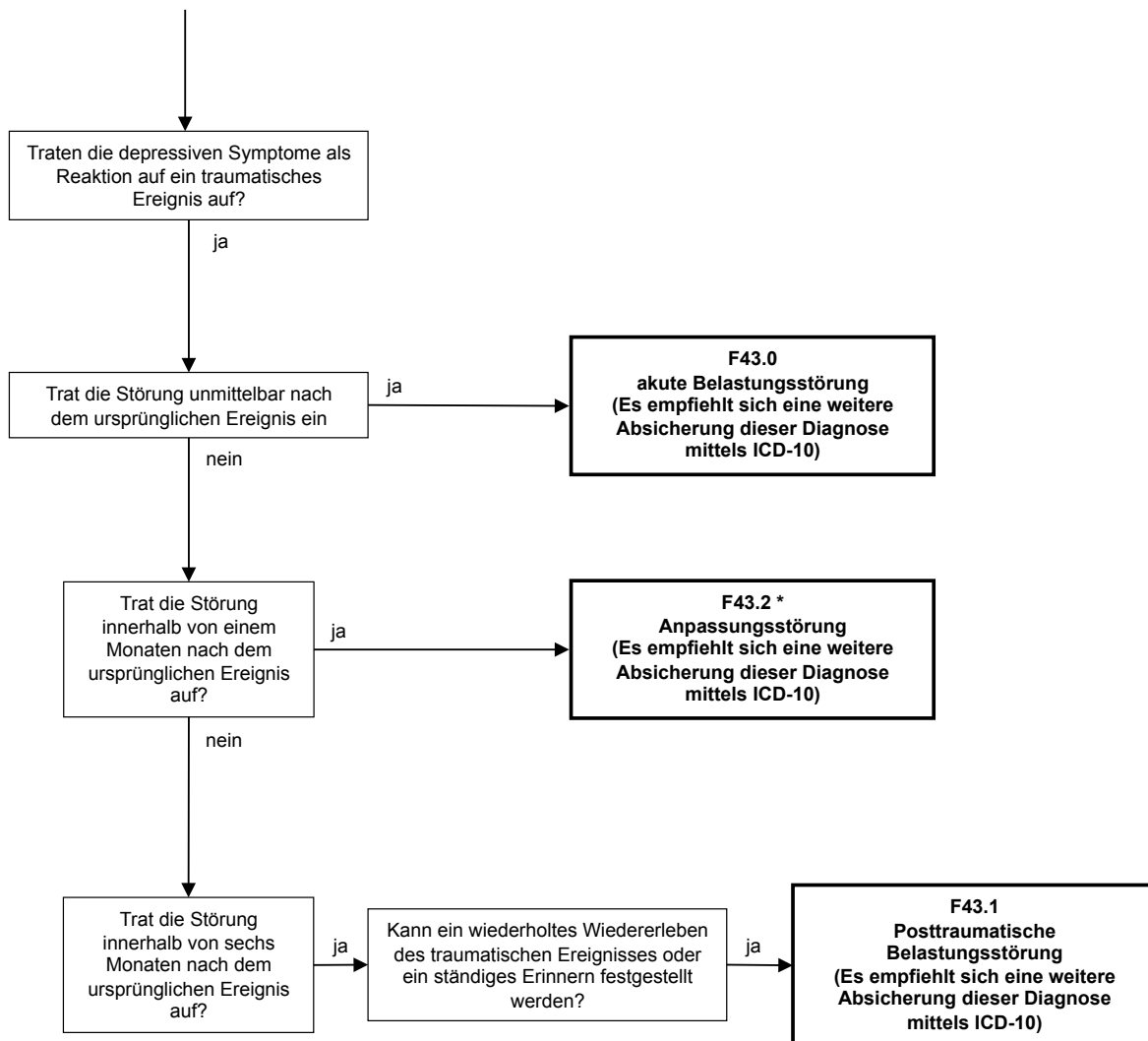
© CIP-Medien Autoren:  
Holzer, S. und Sulz, S.  
2011

**5: Liegt eine Dysthymia vor (F34.1)?**



© CIP-Medien Autoren: Holzer, S. und Sulz, S. 2011

**6: Liegt eine Belastungs- oder Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen vor (F43)?**



\* F43.20 kurze depressive Reaktion (bei Dauer eines leichten depressiven Zustandes von kürzer als einem Monat)  
 F43.21 längere depressive Reaktion (bei Dauer eines leichten depressiven Zustandes von kürzer als zwei Jahren)  
 F43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt  
 F43.23 mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle  
 (vgl. ICD-10)