

# **Die Komorbidität psychischer Störungen.**

Eine metaanalytische Untersuchung und die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen.

Inauguraldissertation an der philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern.

Zur Erlangung der Doktorwürde vorgelegt von:

Sven Tholen

Lüneburg, Deutschland

Selbstverlag, Bern, 2006

Von der philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät auf Antrag von Prof. Dr. Hansjörg Znoj und Prof. Dr. Wolfgang Lutz angenommen.

Bern, den 18.11.06

Der Dekan: Prof. Dr. Norbert Semmer

# Danksagung

Vorab möchte ich mich bei einigen Menschen bedanken, ohne deren Mithilfe und Unterstützung diese Arbeit nicht hätte entstehen können:

Bei Klaus Grawe, der die Idee zu diesem Projekt hatte aber auf tragische Weise während des Projekts verstorben ist; bei Wolfgang Lutz, ohne den ich niemals in der Schweiz gelandet wäre und der mir durch unsere zweijährige Zusammenarbeit die Welt der Psychotherapieforschung nahe gebracht und dadurch einen tollen Einstieg ermöglicht hat; sowie schliesslich bei Hansjörg Znoj, der durch sein Vertrauen und seinen Zuspruch stets eine konstante und in die Zukunft gerichtete Stütze gewesen ist.

Weiterhin bei allen Patienten und Personen, die an den Datenerhebungen beteiligt waren. Vor allem bei Dietmar Schulte und Dagmar Meister, die die Erhebungen am Zentrum für Psychotherapie in Bochum erst ermöglicht und umgesetzt haben; bei allen Patienten und Beteiligten der Privatklinik Wyss in Münchenbuchsee und schliesslich bei den Patienten der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern sowie den involvierten Praktikantinnen. Ihnen allen ein grosses Danke schön.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei den Mitgliedern des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie bzw. der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern, die mir freundschaftlich und kollegial immer eine grosse Hilfe waren, und ich bin stolz in einem solchen Team arbeiten zu können. Danke auch Euch.

Daneben gilt mein Dank meinen Freunden und meiner Familie, die mir stets Zuversicht und Abwechslung sowie eine „andere“ Welt haben geben können - gerade wenn ich von der Welt des „*Dissertationschreibens*“ auch mal abschalten musste.

Mein grösster Dank aber gilt meiner Freundin Andrea, die durch ihr Engagement in der Klinik Wyss aber vor allem durch Ihr Dasein in meinem Leben den grössten Anteil an dieser Arbeit trägt.

Dank Dir, Amore.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	3
Inhaltsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	7
Tabellenverzeichnis.....	9
1. Einleitung.....	13
2. Theoretischer Hintergrund.....	16
2.1. Die historische Entwicklung der Klassifikation „psychischer Störungen“.....	16
2.1.1. Von der Antike bis zum 17. Jahrhundert.....	17
2.1.2. Das 18. und 19. Jahrhundert.....	21
2.1.3. Das 20. Jahrhundert und die Gegenwart.....	25
2.2. Die aktuelle Klassifikation nach dem DSM und der ICD.....	29
2.2.1. Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD).....	29
2.2.2. Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM).....	31
2.3. Das Komorbiditätsprinzip in Forschung und Praxis.....	35
2.3.1. Der Begriff der Komorbidität.....	35
2.3.2. Anzahl Forschungsarbeiten.....	37
2.3.3. Komorbidität in epidemiologischen Stichproben.....	39
2.3.4. Komorbidität in klinischen Stichproben.....	40
2.4. Komorbidität und die <i>Struktur</i> psychischer Störungen.....	43
3. Fragestellungen.....	55
3.1. Metaanalyse.....	55
3.2. Fragebogenentwicklung.....	56
4. Methode und Durchführung I (Metaanalyse).....	57
4.1. Aufarbeitung und Dokumentation der empirischen Literatur.....	57
4.2. Berechnung der Korrelationskoeffizienten und statistische Auswertung.....	62
5. Methode und Durchführung II (Fragebogenentwicklung).....	64
5.1. Inhaltliche Validität.....	64
5.2. Konstruktvalidierung.....	68

---

6. Ergebnisse .....	72
6.1. Ergebnisse Metaanalyse .....	73
6.1.1. Replikation der Arbeit von Krueger (1999) .....	73
6.1.2. Ausweitung auf weitere psychische Störungen .....	85
6.1.2.1. Bipolare Störungen .....	88
6.1.2.2. Zwangsstörung .....	90
6.1.2.3. Posttraumatische Belastungsstörung .....	91
6.1.2.4. Somatoforme Störungen .....	92
6.1.2.5. Essstörungen .....	93
6.2. Ergebnisse Fragebogenentwicklung .....	98
6.2.1. Inhaltliche Validität und Itemevaluation .....	98
6.2.2. Konstruktvalidierung .....	104
6.2.2.1. Stichproben und Skalenskennwerte .....	104
6.2.2.2. Diagnostische Validität .....	109
6.2.2.2.1. Major Depression (MDE) .....	112
6.2.2.2.2. Panikstörung/Agoraphobie (PD/A) .....	114
6.2.2.2.3. Spezifische Phobie (SPE) .....	117
6.2.2.2.4. Soziale Phobie (SOP) .....	120
6.2.2.2.5. Generalisierte Angststörung (GAS) .....	122
6.2.2.2.6. Essstörungen (EAT) .....	125
6.2.2.2.7. Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) .....	127
6.2.2.2.8. Zwangsstörung (OCD) .....	130
6.2.2.3. Konvergente und diskriminante Validität .....	134
6.2.3. Faktorenstruktur der Fragebogendaten .....	135
6.2.3.1. Faktorenstruktur der rational konstruierten Skalen .....	135
6.2.3.2. Binnenstruktur der rational konstruierten Skalen .....	141
6.2.3.3. Faktorenstruktur der empirisch konstruierten Skalen .....	149
7. Diskussion .....	155
7.1. Generelle Probleme und Einschränkungen (Metaanalyse) .....	155
7.1.2. Replikation der Ergebnisse von Krueger (1999) .....	158
7.1.3. Ausweitung auf weitere psychische Störungen .....	159
7.2. Generelle Probleme und Einschränkungen (Fragebogenentwicklung) .....	163
7.2.1. Inhaltliche Validität und Itemevaluation .....	165
7.2.2. Konstruktvalidierung .....	166

---

7.2.3. Faktorenstruktur der Fragebogendaten.....	173
7.3. Ausblick .....	178
8. Literatur.....	180
9. Literatur (Metaanalyse).....	191
Anhang .....	215

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Anzahl gefundener Referenzen zu den Suchbegriffen („comorbid*“, „cooccur*“ und „co-occur*“) im Web of Science <sup>©</sup> (1984-2003).....	37
Abbildung 2. Anzahl gefundener Referenzen zu den Suchbegriffen („comorbid*“, „cooccur*“ und „co-occur*“) und den Störungsbezeichnungen der einzelnen Störungskategorien in Medline <sup>©</sup> und PsycInfo <sup>©</sup> (1994-2004).....	38
Abbildung 3. Lebenszeit-Komorbidität psychischer Störungen in repräsentativen epidemiologischen Studien, (vgl. WHO 2000).....	39
Abbildung 4. Lebenszeit-Komorbidität psychischer Störungen mit anderen Achse I Störungen in einer klinischen Population (N = 968), (vgl. Brown et al., 2001). ....	41
Abbildung 5. Aktuelle Komorbidität psychischer Störungen mit anderen Achse I Störungen in einer klinischen Population (N = 539), (vgl. Rodriguez et al., 2004).....	42
Abbildung 6. Faktorenmodell für zehn psychische Störungen aus Krueger (1999).....	46
Abbildung 7. Strukturmodell für Angststörungen und Affektive Störungen nach Watson (2005).....	52
Abbildung 8. Schematische Darstellung der Literatursuche und der resultierenden Trefferzahlen. ....	61
Abbildung 9. Benötigte Häufigkeiten zur Ermittlung der tetrachorischen Korrelation zwischen zwei Störungskategorien. ....	62
Abbildung 10. Gesamter Validierungsprozess zur Itemkonstruktion. ....	67
Abbildung 11. Prozentuale Verteilung der Gesamteinschätzungen der Therapeuten (N=1946) für die Übereinstimmung der Items mit den DSM-Kriterien. ....	99
Abbildung 12. Prozentuale Verteilung der Gesamteinschätzungen der ersten Allgemeinbevölkerungsstichprobe (N=2919) für die Verständlichkeit der Items.....	99
Abbildung 13. Prozentuale Verteilung der Gesamteinschätzungen der Allgemeinbevölkerungsstichprobe I (N=2919) und II (N=3336) für die Verständlichkeit der Items. ....	101
Abbildung 14. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Major Depression Diagnose (MDE einfach und rezidivierend) durch die Major Depression Skala und eine Kontrollskala (OCD).....	112
Abbildung 15. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Major Depression (MDE einfach und rezidivierend, SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Major Depression Skala.....	114
Abbildung 16. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Panikstörung mit Agoraphobie durch Panikstörung/Agoraphobie Skala und Kontrollskala (EAT). ....	115
Abbildung 17. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage Panikstörung mit Agoraphobie (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Panikstörung/Agoraphobie Skala. ....	117

---

Abbildung 18. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Spezifische Phobie SKID Diagnose) durch die Spezifische Phobie Skala (SPE) und die Kontrollskala (GAS). .....	118
Abbildung 19. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Spezifischen Phobie (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Spezifische Phobie Skala.....	119
Abbildung 20. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Sozialer Phobie (SKID Diagnose) durch die Soziale Phobie Skala (SOP) und die Kontrollskala (SEXD). .....	120
Abbildung 21. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Sozialer Phobie (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Sozialen Phobie Skala. ....	122
Abbildung 22. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Generalisierter Angststörung (SKID Diagnose) durch die Generalisierte Angststörungsskala (GAS) und die Kontrollskala (AA).....	123
Abbildung 23. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der SKID Diagnose Generalisierte Angststörung durch die einzelnen Items der GAS Skala. ....	124
Abbildung 24. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der SKID Diagnose Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa oder Essstörung NNB durch die Essstörungsskala (EAT) und die Kontrollskala (MDE).....	125
Abbildung 25. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Essstörung (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Essstörung NNB; SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Essstörungsskala. ....	127
Abbildung 26. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Posttraumatischen Belastungsstörung (SKID Diagnose) durch die PTSD Skala und die Kontrollskala (SOM). ....	128
Abbildung 27. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der PTSD (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der PTSD Skala. ....	129
Abbildung 28. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Zwangsstörung (SKID Diagnose) durch die Zwangsstörungsskala (OCD) und die Kontrollskala (SPE).....	130
Abbildung 29. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Zwangsstörung (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Zwangsstörungsskala. ....	132



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Historische Entwicklung der ICD und des DSM seit 1945. ....	28
Tabelle 2. Die Einteilung psychischer Störungen nach der ICD-10. ....	30
Tabelle 3. Die Einteilung psychischer Störungen nach dem DSM-IV. ....	32
Tabelle 4. Die multiaxiale Beurteilung nach dem DSM-IV. ....	33
Tabelle 5: Zusammenfassung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ICD und des DSM. ....	34
Tabelle 6. Korrelationsmatrix für zehn psychische Störungen aus dem National Comorbidity Survey in der Studie von Krueger (1999). ....	44
Tabelle 7. Resultierende Fit Indizes der Modellprüfung von Krueger (1999); Gesamtstichprobe (N = 8098). ....	45
Tabelle 8. Produkt-Moment Korrelationen zwischen dem internalisierenden bzw. externalisierenden Faktor und den Persönlichkeitsdimensionen in der Studie von Krueger et al. (2001). ....	49
Tabelle 9. Trefferanzahl der ersten „allgemeinen Suche“. ....	59
Tabelle 10. Trefferanzahl der ersten „störungsspezifischen Suche“. ....	60
Tabelle 11. Itemanzahl und Störungskategorien der ersten Itemversionen. ....	65
Tabelle 12. Endgültige Itemanzahl und Störungskategorien des Fragebogens. ....	67
Tabelle 13. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Replikation. ....	74-82
Tabelle 14. Korrelationsmatrix der metaanalytischen Replikation und Anzahl der berücksichtigten Korrelationen pro Störungskombination. ....	83
Tabelle 15. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). ....	84
Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen. ....	Anhang E
Tabelle 17. Metaanalytische Korrelationsmatrix unter Berücksichtigung weiterer psychischer Störungen. ....	86
Tabelle 18. Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Analyse mit den Bipolaren Störungen und den metaanalytischen Daten ohne Substanzstörungen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). ....	89
Tabelle 19. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Bipolaren Störungen angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). ....	89
Tabelle 20. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für Zwangsstörung angefügt an die Matrix von Krueger (1999) ohne Substanzstörungen und Generalisierte Angststörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). ....	90

---

Tabelle 21. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Posttraumatische Belastungsstörung angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). .....	91
Tabelle 22. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Somatoformen Störungen (undiff. Somatoforme Störung und Schmerzstörung) angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). .....	93
Tabelle 23. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Essstörungen angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). .....	94
Tabelle 24. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Essstörungen (Bulimia Nervosa); angefügt an die Matrix von Krueger (1999), (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). .....	95
Tabelle 25. Merkmale der Psychotherapeuten- und Allgemeinbevölkerungsstichprobe für die erste Itemevaluation. ....	98
Tabelle 26. Merkmale der Allgemeinbevölkerungsstichprobe II für die zweite Itemevaluation. ....	100
Tabelle 27. Veränderungen der Einschätzungen zur Verständlichkeit für die modifizierten Items. ...	102
Tabelle 28. Demographische Merkmale der drei untersuchten klinischen Stichproben und Ausschöpfungsraten. ....	104
Tabelle 29. Werte für die einzelnen Skalen des Fragebogen in Abhängigkeit von den Stichproben. .	105
Tabelle 30. Interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der einzelnen Skalen in Abhängigkeit von der Stichprobe. ....	107
Tabelle 31. Aus dem strukturierten Interview (SKID) abgeleitete Diagnosen der beiden ambulanten Stichproben. ....	110
Tabelle 32. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die MDE Skala und die Kontrollskala (OCD) in der Vorhersage der Major Depression Diagnose aus dem SKID. ....	113
Tabelle 33. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die MDE Skala in der Vorhersage der Major Depression Diagnose aus dem SKID. ....	113
Tabelle 34. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die PD/A Skala und die Kontrollskala (EAT) in der Vorhersage der Panikstörung mit Agoraphobie Diagnose aus dem SKID. ....	116
Tabelle 35. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die PD/A Skala in der Vorhersage der Panikstörung mit Agoraphobie Diagnose aus dem SKID. ....	116
Tabelle 36. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die SPE Skala und die Kontrollskala (GAS) in der Vorhersage der Spezifische Phobie Diagnose aus dem SKID. ....	118
Tabelle 37. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die SPE Skala in der Vorhersage der Spezifische Phobie Diagnose aus dem SKID. ....	119
Tabelle 38. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die SOP Skala und die Kontrollskala (SEXD) in der Vorhersage der Diagnose Soziale Phobie aus dem SKID. ....	121

Tabelle 39. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die SOP in der Vorhersage der Sozialen Phobie Diagnose aus dem SKID.....	121
Tabelle 40. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die GAS Skala und die Kontrollskala (AA) in der Vorhersage der Diagnose Generalisierte Angststörung aus dem SKID. ....	123
Tabelle 41. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die GAS in der Vorhersage der Diagnose Generalisierten Angststörung aus dem SKID.....	124
Tabelle 42. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die Essstörungsskala und die Kontrollskala (MDE) in der Vorhersage der Diagnose einer Essstörung (Anorexia, Bulimia Nervosa und Essstörung NNB) aus dem SKID. ....	126
Tabelle 43. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die EAT Skala in der Vorhersage der Essstörungsdiagnose (Anorexia, Bulimia, Essstörung NNB) aus dem SKID. ...	126
Tabelle 44. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die PTSD Skala und die Kontrollskala (SOM) in der Vorhersage der PTSD Diagnose aus dem SKID.....	128
Tabelle 45. Vergleich der Positiv prädiktiven Werte und der Negativ prädiktiven Werte für die PTSD Skala in der Vorhersage der PTSD Diagnose aus dem SKID. ....	129
Tabelle 46. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die Zwangsstörungsskala und die Kontrollskala (SPE) in der Vorhersage der Zwangsstörung (SKID Diagnose).....	131
Tabelle 47. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die Skala der Zwangsstörung in der Vorhersage der Diagnose Zwangsstörung aus dem SKID.....	131
Tabelle 48. Mittlere Item-Skala-Korrelationen mit der eigenen Skala (konvergente Validität) und mittlere Item-Skalen-Korrelationen über alle anderen Skalen (diskriminante Validität), (N = 263).....	134
Tabelle 49. Korrelationsmatrix der Fragebogenskalen für die rationale Konstruktion (Gesamtstichprobe, N=266).....	136
Tabelle 50. Rotierte Komponentenmatrix der Skalen des Fragebogens (Stichprobe N=266); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). ....	139
Tabelle 51. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Major Depression; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	141
Tabelle 52. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Panikstörung/Agoraphobie; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	142
Tabelle 53. Komponentenmatrix der Items für die Spezifische Phobie; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	143
Tabelle 54. Komponentenmatrix der Items für die Soziale Phobie; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	143
Tabelle 55. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Zwangsstörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	144

---

Tabelle 56. Komponentenmatrix der Items für die Generalisierte Angststörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	144
Tabelle 57. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Somatoformen Störungen; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	145
Tabelle 58. Komponentenmatrix der Items für die Sexuellen Störungen; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266). ....	146
Tabelle 59. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Essstörungen; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266). ....	147
Tabelle 60. Komponentenmatrix der Items für die Posttraumatische Belastungsstörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).....	148
Tabelle 61. Neue Itemzuweisungen nach empirischer Konstruktion und resultierende Cronbachs Alpha-Werte. ....	150
Tabelle 62. Rotierte Komponentenmatrix der zum Teil neuen und empirisch konstruierten Skalen des Fragebogens (Stichprobe N=266); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1). ....	151

# 1. Einleitung

In der Klinischen Psychologie und Psychotherapie werden psychische Störungen durch zwei Klassifikationssysteme einer bestimmten Ordnung zugewiesen: zum einen durch das *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* der *American Psychiatric Association* (DSM-IV, APA, 1994) und zum anderen durch die *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* der *World Health Organization* (ICD-10, WHO, 1993). Beide Systeme stellen einen vorübergehenden Endpunkt in einer langanhaltenden Entwicklung bei der Zusammenfassung von psychischen Störungen in einem entsprechenden Klassifikationssystem dar (Mack et al., 1994). Diese beiden Systeme sind sowohl in der Forschung als auch der Praxis der Klinischen Psychologie und Psychotherapie von grosser Bedeutung und betreffen zum Beispiel den verbesserten internationalen Austausch über die Merkmale der einzelnen Störungsbilder, die zunehmend *objektiver* und *reliable* Erfassung der einzelnen Störungsdiagnosen oder die Entwicklung und Evaluation von störungsspezifischen Behandlungsmanualen (z.B. Brown & Barlow, 1992; Chambless & Hollon, 1992; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998; Krampen, 1998; Wittchen & Lachner, 1996).

Daneben blieben diese beiden Klassifikationssysteme und ihre zugrundeliegende Konzeption einer kategorialen Diagnostik (d.h. eine Störung ist entweder vorhanden oder nicht) allerdings nicht unwidersprochen. Ihre explizit als *a-theoretisch* ausgewiesene Konzeptualisierung führte zu lang anhaltenden Kontroversen sowie entsprechenden Alternativvorschlägen (Beutler & Malik, 2002). Neben dieser teilweise sehr weitreichenden Kritik (Follette & Houts, 1996) haben sich jedoch im Laufe der Jahre auch systemimmanente Probleme der beiden Klassifikationsansätze herauskristallisiert, welche empirische und konzeptuelle Lösungen erfordern (Brieger & Marneros, 2000). Ein solches zu lösendes Problem ist das sogenannte Prinzip der Komorbidität. Das Komorbiditätsprinzip stellt dabei eine Abkehr von der alten hierarchischen Regel dar, bei der versucht wurde, stets nur *eine* zentrale Störungsdiagnose bei einem Patienten zu vergeben (Jaspers, 1965). Nach dem Komorbiditätsprinzip werden bei einer untersuchten Person hingegen *so viele Diagnosen wie möglich* gestellt. Dieses komorbide Auftreten von psychischen Störungen, zum selben Zeitpunkt oder über den Verlauf des gesamten Lebens hinweg, hat sich, seit seiner konzeptuellen Einführung im Jahre 1980, sowohl in klinischen als auch epidemiologischen Populationen eher als die Regel denn die Ausnahme erwiesen (s. z.B. Kessler et al., 1994). Einfach gesagt, wenn eine Person einmal die Kriterien für eine psychische *Störung A* erfüllt

hat, ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross, dass diese Person irgendwann im Laufe ihres Lebens oder sogar zur selben Zeit, die Kriterien für eine weitere psychische *Störung B* erfüllen wird. Neben vielen neuen Erkenntnissen, die durch das Berücksichtigen solcher Zusammenhänge gewonnen werden konnten, haben diese Befunde jedoch auch zu der Frage nach der Angemessenheit einer solch starken Diversifikation von Störungsdiagnosen geführt (mittlerweile können zum Beispiel nach dem DSM-IV über 300 verschiedene Störungsdiagnosen vergeben werden!). Also wieder anders formuliert: Ist es nicht zu erwarten, dass der Versuch, so viele einzelne Störungen mit zum Teil ähnlichen Merkmalen zu isolieren und zu definieren, dazu führt, dass diese dann stark überlappen bzw. vermehrt zusammen auftreten und ein „*sozial konstruiertes Artefakt*“ darstellen (Houts, 2002)?

In der vorliegenden Arbeit soll vor diesem Hintergrund das *Problem* der Komorbidität psychischer Störungen auf einem empirischen Weg bearbeitet werden. Dies erfolgt in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird das komorbide Auftreten psychischer Störungen unter einer metaanalytischen Fragestellung bearbeitet. Dabei wird untersucht, ob hinter den in der Literatur berichteten empirischen Komorbiditätsbefunden eine latente und systematische Struktur psychischer Störungen verborgen ist. In einem zweiten Schritt wird die Entwicklung und Validierung eines Fragebogens dargestellt, welcher die Erfassung von Störungsdiagnosen nach dem DSM-IV ermöglichen soll. Die Validierung dieses Instruments erfolgt durch den Vergleich mit einem strukturierten Interview an zwei Stichproben von Patienten aus ambulanten psychotherapeutischen Einrichtungen. Die Struktur der Komorbidität psychischer Störungen wird anschliessend auch für diese Fragebogendaten analysiert. Neben den Daten aus den beiden ambulanten Einrichtungen werden hierfür noch Daten aus einer stationären Einrichtung hinzugezogen.

Die gesamte Arbeit ist dabei folgendermassen aufgebaut:

Im ersten Teil der Arbeit wird ein historischer Überblick über die weit zurückreichenden Bemühungen gegeben, psychische Störungen in Klassifikationen und entsprechende Ordnungssysteme anzuordnen (Kapitel 2.1.). Anschliessend werden die beiden heute gültigen Klassifikationssysteme, die ICD-10 und das DSM-IV, genauer dargestellt und gegenübergestellt. Diese Ausführungen sollen den Kontext verdeutlichen, aus dem die heutige Klassifikation psychischer Störungen entstanden ist (Kapitel 2.2.). In den nachfolgenden Kapiteln 2.3.1. und 2.3.2. wird der Begriff der Komorbidität expliziert und die Anzahl an Forschungsarbeiten zur Komorbidität psychischer Störungen dargestellt. Befunde aus

---

epidemiologischen und klinischen Studien zur Häufigkeit der Komorbidität psychischer Störungen werden in Kapitel 2.3.3. und 2.3.4. zusammenfassend referiert, um die Bedeutung dieses Themas, sowohl für die Praxis als auch die Forschung in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie zu unterstreichen. In Kapitel 2.4. wird dann ein empirischer Ansatz dargestellt, welcher sich mit der Frage auseinandersetzt, ob die bisherigen Befunde zur Komorbidität psychischer Störungen Hinweise auf zugrundeliegende *latente* Faktoren liefern. Die Darstellung dieser Forschungsbemühungen bildet den Ausgangspunkt für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit, welche in Kapitel 3 angeführt sind. In den Kapiteln 4 und 5 wird das methodische Vorgehen und die Durchführung, sowohl für die Metaanalyse als auch die Fragebogenentwicklung erläutert. Anschliessend werden in Kapitel 6 die gefundenen Ergebnisse dargestellt und in Kapitel 7 folgt eine abschliessende und kritische Diskussion der angewandten Methoden und Ergebnisse.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Dieser Text zitierte eine gewisse chinesische Enzyklopädie, in der es heisst, dass die Tiere sich wie folgt gruppieren: a) Tiere, die dem Kaiser gehören, b) einbalsamierte Tiere, c) gezähmte Tiere, d) Milchschweine, e) Sirenen, f) Fabeltiere, g) herrenlose Hunde, h) in diese Gruppierung gehörige, i) die sich wie Tolle gebärden, k) die mit einem ganz feinen Pinsel aus Kamelhaar gezeichnet sind, l) und so weiter, m) die den Wasserkrug zerbrochen haben, n) die von weitem wie Fliegen aussehen.

aus J.L. Borges. *Die analytische Sprache John Wilkins`*. zitiert in: M. Foucault. *Die Ordnung der Dinge*. (1974)

### 2.1. Die historische Entwicklung der Klassifikation „psychischer Störungen“<sup>1</sup>

Obwohl das oben angeführte Zitat zum Schmunzeln anregen kann, zeigt es doch eines sehr deutlich: der Mensch hatte zu jeder Zeit ein starkes Bedürfnis, die Welt um sich herum zu klassifizieren und in eine bestimmte Ordnung zu bringen. Auch die Versuche bestimmte Symptome und Beschwerden, welche vom normalen oder gesunden Verhalten und Erleben abweichen, zu unterscheiden und zu klassifizieren, können unter dieser Perspektive verstanden werden und folgen diesem grundlegenden *Ordnungsbedürfnis* des Menschen (Wittchen & Lachner, 1996). Genauso wie sich allerdings die oben angeführte Klassifikation der chinesischen Enzyklopädie von der heute gängigen Einteilung der Tiere in der Biologie unterscheidet, haben sich auch die Beschreibungen und Klassifikationen für psychische Störungen bzw. Krankheiten und deren Symptome im Laufe der Jahrhunderte immer wieder verändert. Sie unterlagen und unterliegen einer ständigen Weiterentwicklung und sind vor allem in unserer westlich europäischen Kultur eng mit dem Aufkommen wissenschaftlicher Disziplinen, wie etwa der Psychiatrie oder der Klinischen Psychologie und ihren vorherrschenden Menschenbildern und Paradigmen verschränkt.

In den folgenden Kapiteln kann über diese Entwicklung für die letzten knapp 2500 Jahre lediglich ein kurzer Überblick gegeben werden. Die Darstellung beschränkt sich dabei vor allem auf den zentraleuropäischen und zum Teil nordamerikanischen Raum. Auf historische Entwicklungen aus anderen Kulturen, wie etwa der persischen oder asiatischen Kultur, konnte hier nicht eingegangen werden. Ziel dieses Kapitels und der nachfolgenden Ausführungen ist es jedoch, die lange geschichtliche Tradition zu verdeutlichen, in welcher

---

<sup>1</sup> Dem Autor ist bewusst, dass bereits der Begriff „psychische Störung“ eine historisch und konzeptuell belastete Bezeichnung ist. Allerdings mussten aus Gründen der Lesbarkeit gewisse sprachliche Kompromisse eingegangen werden, so dass im Folgenden die Begriffe psychische Störung und Krankheit zumindest für den historischen Teil als Synonyme zu verstehen sind.



die heutige Klassifikation psychischer Störungen entstanden ist, und einige bedeutsame Wegmarken dieser Entwicklung aufzuzeigen.

### 2.1.1. Von der Antike bis zum 17. Jahrhundert

Bereits aus dem antiken Griechenland sind Versuche überliefert, bestimmte Symptome und Beschwerden des Menschen einer Klassifikation für psychische Störungen und Krankheiten zuzuweisen. Hippokrates (460-377 v.Chr.), der als Vater der griechischen Medizin betrachtet werden kann, ordnete dabei die unterschiedlichen Formen von Beschwerden insgesamt sechs verschiedenen Klassen zu:

1. der Phrenitis<sup>2</sup>,
2. der Manie,
3. der Melancholie,
4. der Epilepsie,
5. der Hysterie *und*
6. der Scythian-Störung<sup>3</sup>

Diese verschiedenen Typen wurden von Hippokrates mit unterschiedlichen Ausprägungen des Temperaments in Verbindung gebracht, welches als ein Resultat des Zusammenspiels der damals angenommenen Körpersäfte angesehen wurde. Zu diesen Körpersäften gehörten das Blut als Quelle der Lebenskraft, die gelbe Galle (*chole*), welche massgeblich an der Verdauung beteiligt war, der Schleim oder Phlegma, welcher als „Schmier- und Kühlmittel“ diente (z.B. Schweiss oder Tränen) und die schwarze Galle (*melan chole*), welche vor allem eine Trübung der anderen Säfte und damit ihrer Wirkung auslösen konnte. Diese Systematik der Körpersäfte wurde mit den vier Elementen *Luft*, *Feuer*, *Wasser* und *Erde* in Verbindung gesetzt und stellte eine umfassende Heuristik dar, welche auch im normalen Leben eine zentrale Rolle zum Verständnis menschlicher Verhaltensweisen spielte. So hatte etwa ein mit viel Blut ausgestatteter Mensch ein eher heiteres (*sanguines*) Temperament, war eher rotgesichtig, lebhaft und robust. Bildete der Körper eines solchen Menschen jedoch zu viel Blut, so litt er zunehmend unter *sanguinen Beschwerden* (heutiger Bluthochdruck) und musste entsprechend durch eine besondere Ernährung oder durch das in der damaligen Zeit weit verbreitete *Aderlassen* behandelt werden. Diese Heuristik der Zuordnung von Temperament und äusseren Erscheinungsmerkmalen konnte auf alle Verhaltensweisen und gesundheitlichen Probleme angewendet werden und ging somit weit

---

<sup>2</sup> Vergleichbar mit heutigen entzündlichen Erkrankungen des Gehirns, wie z. B. der Encephalitis.

<sup>3</sup> Vergleichbar mit dem heutigen Transvestismus.

über den Bereich hinaus, welchen wir heute als psychische Störungen beschreiben würden. Bestimmte Jahreszeiten, Körperfarben oder andere Merkmale der Umwelt wurden in dieser Systematik ebenfalls berücksichtigt und entsprechende Behandlungsmassnahmen empfohlen (so waren etwa Alkohol und rotes Fleisch bei bestimmten Symptomen der *Manie* streng verboten). Die hippokratische Medizin versuchte mit dieser auf empirischen Beobachtungen beruhenden Systematik die Phänomene psychischer Störungen auf eine *naturwissenschaftliche* Grundlage zu stellen und brachte „...den Wahnsinn von der Ebene der Götter auf jene der Natur.“ (Porter, 2005). Die zum Teil ausführlichen Beschreibungen und Ausarbeitungen hinsichtlich des Gleich- bzw. Ungleichgewichts der Körpersäfte können rückblickend aus heutiger Sicht durchaus als erste *humorale* Theorie betrachtet werden, welche in ihrer prinzipiellen Konzeption heutigen psychophysiologischen Modellen und homöostatischen Modellen erstaunlich nahe kommt (s. z.B. Schott & Tölle, 2006). Auch in der Umgangssprache haben sich Beschreibungen aus diesem System erhalten, wenn etwa von einem *cholischen* oder *phlegmatischen* Charakter bei einer Person gesprochen wird.

Platon (427-346 v.Chr.) unterschied im Gegensatz zu Hippokrates und seinen Anhängern in seiner Systematik Störungen, die durch eine göttliche Gabe entstanden seien von Störungen, für die eine physische Ursache vermutet wurde. Die von den Göttern überbrachte *Verrücktheit* umfasste zum Beispiel nach Ansicht von Platon den *prophetischen Wahnsinn*, welcher mit dem Gott Apollo in Verbindung gebracht wurde oder den *religiösen Wahnsinn*, welcher von dem Gott Dionysus übermittelt wurde. Im Gegensatz zu Hippokrates leitete Platon also einen Teil seiner Einteilungen aus *rationalistischen* Überlegungen und nicht rein empirischen Beobachtungen ab. Diese Unterscheidung einer eher *rationalistisch* oder eher *empiristisch* orientierten Betrachtungsweise hat sich dabei über die Jahrhunderte in einer grundlegenden wissenschaftstheoretischen Unterscheidung erhalten und spielte auch in den nachfolgenden Diskussionen eine wichtige Rolle (Walach, 2005).

Weitere Versuche aus der Antike und dem beginnenden Mittelalter die Symptome psychischer Störungen zu definieren, basierten dann aber vor allem auf der Systematik von Hippokrates und erweiterten sie bis hin zu dreiundzwanzig unterscheidbaren Kategorien für *krankes* Verhalten (vgl. z.B. die Ansätze von Galen 129-210 n.Chr. oder Paul von Aegina 624-700 n. Chr.; s. dazu Mack et al. 1994). Obwohl Galen keine explizite Klassifikation solcher psychischer Störungen oder Krankheiten hinterlassen hat, wurden jedoch gerade seine Arbeiten wegweisend für weitere medizinische Ansätze bis weit in das nachfolgende Mittelalter hinein.

Einen nächsten wichtigen Meilenstein in der Klassifikation psychischer Störungen stellte das Jahr 313 n.Chr. mit der Legalisierung des Christentums im Römischen Reich durch Kaiser Konstantin den Ersten dar. Während zuvor zwar auch griechische Götter und ihre Konflikte zum Beispiel in den Theaterstücken eines Aischylos oder Euripides analog für menschliche Konflikte und Beschwerden dargestellt wurden und in der Systematik von Platon eine Rolle spielten, so trat mit dem aufkommenden Christentum doch ein eher monotheistisches Denken in den Vordergrund, welches auch die Ordnungen für psychische Störungen beeinflussen sollte. Dieses Denken liess den Menschen mehr und mehr im Spannungsfeld von göttlicher Gnade und teuflischer Versuchung erscheinen und es traten Modelle und Annahmen in den Vordergrund, welche die Symptome psychischer Störungen als Besessenheit interpretierten und bestimmte (rückblickend wahrscheinlich!?) epileptische und hysterische Symptome mit der Besessenheit durch den Teufel oder andere Dämonen in Verbindung brachten. Eine entsprechende *Behandlung* endete oft mit dem Tod der Betroffenen und das spätere 15. Jahrhundert mit seinen geschätzten 200.000 Opfern dieser Massnahmen stellt dabei einen grausamen Höhepunkt dieser bereits im vierten Jahrhundert nach Christus einsetzenden Entwicklung dar (Porter, 2005).

Obwohl er selber diese Klassifikation nicht explizit in seinen Schriften hinterlassen hat, ist als Beispiel für eine entsprechende Klassifikation psychischer Störungen aus dieser Zeit das Werk von Thomas von Aquin (1225-1274) zu nennen. Aufbauend auf der aristotelischen Unterteilung der drei Seelen in eine *vegetative, animalische und rationale* hat er sich in zahlreichen Schriften zu bestimmten Verhaltensweisen und Beschwerden geäussert. So unterschied er beispielsweise ähnlich wie Platon Zustände mit einem übernatürlichen Ursprung (wie *Halluzinationen* und *Irrsinn*) von Zuständen mit einem natürlichen Ursprung, wie etwa der *Epilepsie*, der *Phrenesis*, der *Lethargie* oder der *Manie* (Menninger, 1963).

Neben diesen vor allem durch das aufgekommene Christentum und seiner weiteren Entwicklungen inspirierten Klassifikationen, entstanden im Mittelalter aber auch erste Modelle von den *Nerven* und dem *Gehirn* des Menschen, sowie seiner Bedeutung für bestimmte Symptome und Beschwerden, welche rückblickend eher in der empirischen Tradition von Hippokrates und seinen Nachfolgern zu sehen sind. Explizit ausgearbeitete Systeme stammen etwa von dem persischen Arzt Rhazes (864-925 n.Chr.) oder dem Poeten, Philosophen und Physiologen Avicenna (980-1037 n.Chr.), welcher ebenfalls aus dem persischen Raum stammte und mit seinem *Kanon der Medizin* das wahrscheinlich erfolgreichste und über Jahrhunderte massgeblichste Buch der gesamten medizinischen Literatur, sowohl für die islamische als auch die westeuropäische Kultur zu dieser Zeit

geschrieben hat (Menninger, 1963). In seinem Werk bezog sich Avicenna auf eine übernommene Systematik von Galen und ordnete die Symptome psychischer Störungen den sogenannten *Störungen des Kopfes* zu. Er unterschied dabei insgesamt 15 Kategorien und vereinigte in seiner Klassifikation verschiedene Störungsbilder sowohl aus einer *anatomisch-physiologischen*, einer *deskriptiv-psychopathologischen*, einer *humoralen* als auch einer *klinisch-beschreibenden* Perspektive.

Andere Klassifikationen aus dieser Periode des Mittelalters und der Renaissance stammten von verschiedenen Autoren und waren eng an die Systematiken der alten Griechen angelehnt. Jean Fernel (1497-1558) in Frankreich, Robert Burton (1577-1640) in England - dessen Buch *The Anatomy of Melancholy* von 1621 auch heute wieder in neuer Auflage in den Buchhandlungen zu finden ist - oder Paracelsus (1493-1541), welcher erstmals eine Abkehr von der vor allem an Galen orientierten Betrachtungsweise versuchte, sind weitere Beispiele für die Versuche, psychische Störungen in dieser Zeit zu klassifizieren.

Die anschließende Entwicklung im ausgehenden Mittelalter und mit dem Beginn der Neuzeit, wurde dann aber vor allem durch die Arbeiten von R. Descartes (1596-1650) entscheidend mitbeeinflusst. In verschiedenen Schriften aus der Mitte des 17. Jahrhundert entwickelte er eine Philosophie, die sich skeptisch jeglichem überlieferten Wissen gegenüber positionierte und den menschlichen Körper als eine *mechanistische Maschine* begriff. Die später so genannte und damit einhergehende *cartesianische Trennung* von Körper und Geist sollte bis weit in die heutige Zeit ein grundlegendes Denkmodell für die Konzeptualisierung der Symptome psychischer Störungen darstellen (vgl. z.B. die bis weit in das 20. Jahrhundert geführte und sogenannte Dualismus-Debatte; Walach, 2005). Mit Descartes' Philosophie trat der Verstand und die Ratio des Menschen als zentrales Element in den Vordergrund und sein Ansatz bildete, mit dem in England aufkommenden Empirismus eines Thomas Hobbes (1588-1679) oder John Locke (1632-1704), die Grundlage für eine neue Betrachtungsweise psychischer Störungen. Während in den älteren christlich-religiösen Modellen der Mensch dem Willen Gottes und seiner Gegenspieler doch recht hilflos gegenüberstand, wurde der Mensch in diesen neu aufkommenden Vorstellungen als lernfähiges Wesen begriffen, welches ähnlich einer *tabula rasa* von Geburt an mit Erfahrungen beschrieben wird. Die Vorstellung, dass daher auch Symptome psychischer Störungen *um- oder verlernbar* seien und die betroffenen Menschen lediglich einer guten und adäquaten Erziehung ihres Verstandes zugeführt werden müssten, hat in dieser Zeit seinen historischen Ursprung. Neben diesen Veränderungen im allgemeinen Menschenbild ist das 17. Jahrhundert jedoch auch unter dem praktischen Aspekt der zunehmenden Verwahrung von Patienten in grossen Anstalten zu

sehen, welche natürlich einen Einfluss auf die Möglichkeiten wissenschaftlicher Beobachtungen und die damit entstandenen Klassifikationen hatte. Als Beispiel soll hierfür nur das 1675/76 erbaute Bethlem-Hospital am Stadtrand von London genannt werden, welches sowohl für die gesamte medizinische Grundversorgung zuständig war aber auch als abschreckendes Beispiel für die Verwahrung psychisch Kranker diente (Porter, 2005). Neben einer also eher theoretischen Trennung von Wahnsinn und Verstand kam zum Ende des 17. Jahrhunderts vermehrt auch eine räumliche Trennung dieser Phänomene hinzu, welche die Normalbevölkerung von den meist stigmatisierten Anstaltsinsassen trennte oder ihnen als Abschreckung und „*Monstrositätenschau*“ diente (Porter, 2005).

### 2.1.2. Das 18. und 19. Jahrhundert

Das nachfolgende 18. Jahrhundert und seine enorme Entwicklung hinsichtlich verschiedenster Wissenschaften ist auch für die Klassifikation psychischer Störungen von wegweisender Bedeutung gewesen. So kann etwa die Zeit um 1800 als Entstehungszeit der Psychiatrie als eigenständige Wissenschaft betrachtet werden und hat die folgenden Entwicklungen in der Klassifikation psychischer Störungen nachhaltig beeinflusst (Schott & Tölle, 2006). Weiterhin hatten die Gedanken der Aufklärung und der französischen Revolution auch für neue theoretische Ansätze befruchtenden Charakter und die Vorstellungen einer klar strukturierten und beobachtbaren Natur wurden in verschiedensten Ansätzen auf die Komponenten abweichenden Verhaltens übertragen. Entsprechende Klassifikationen, wie sie z.B. in der Beschreibung der Vielfalt von Tieren und Pflanzen erarbeitet wurden, fanden nun auch für den Bereich psychischer Störungen ihre Anwendung. Insgesamt lassen sich für das 18. Jahrhundert drei grosse *Richtungen* voneinander unterscheiden, welche sich unterschiedlicher Vorstellungen und Zielsetzungen bei ihren Klassifikationen psychischer Störungen bedienten und vorherige Strömungen aufgegriffen haben: 1. die Systematiker, 2. die Rationalisten und 3. die Humanisten (Menninger, 1963).

Die sogenannten Systematiker standen in der Tradition des Ansatzes von Sydenham (1624-1663), welcher bereits im Jahrhundert zuvor versucht hatte, die verschiedensten Störungsbilder ohne Rückgriff auf philosophische Theorien und Hypothesen rein deskriptiv zu beschreiben. Ähnlich wie in der Botanik standen also die exakten und genauen Beschreibungen der einzelnen Symptome und Beschwerden im Vordergrund. Einen Höhepunkt dieser Herangehensweise stellten die Arbeiten von F. B. de Sauvages (1706-1767) dar. De Sauvages arbeitete selber zunächst als Botaniker und wandte später als Mediziner das

exakte Klassifizieren aus der botanischen Wissenschaft auch auf die verschiedenen Symptome psychischer Störungen an. So unterschied er in seinem Buch *Nosologia methodica* insgesamt über 2400 (!) *Arten* von krankem Verhalten, wobei viele dieser Arten lediglich einzelne Symptome und Beschwerden darstellten. Die Systematiker standen damit in einer Tradition wie sie sich bei Hippokrates und seinen empirischen Vorgehensweisen bereits abgezeichnet hatte, allerdings trieben sie den Grad der Genauigkeit und analytischen Zerlegung von einzelnen Symptomen wahrlich auf die Spitze und stellten keinen gesamttheoretischen Bezug zur Verursachung und Bedeutung der Beschwerden her.

Während die Systematiker also vor allem umfangreiche und möglichst genaue Nosologien entwarfen, waren die sogenannten Rationalisten vor allem von den Idealen der Aufklärung inspiriert. So enthielt etwa die von Diderot und d'Alembert publizierte *Encyclopédie* in Frankreich einige Artikel zur Beschreibung abnormer Verhaltensweisen und es wurden insgesamt vier Obergruppen von Störungen definiert. Ziel dieser und ähnlicher Arbeiten war es, die Anzahl an unterscheidbaren Störungen also eher gering zu halten und vor einem rationalem Gebäude der Vernunft abzubilden. Auch I. Kant (1724-1804), als massgeblicher Philosoph der Aufklärung, beschäftigte sich in einer Reihe von Arbeiten und in einem Kapitel aus seiner Schrift *Anthropologie aus pragmatischer Sicht* aus dem Jahr 1798 mit den verschiedensten Symptomen psychischer Störungen wie etwa dem *Stumpfsinn* oder der *Zerstreuung*. Diese führte er zumeist auf eine Schwäche der Seele des Betroffenen zurück und interpretierte sie vor dem Hintergrund des Menschen als einem frei handelnden Wesen.

Im Gegensatz zu den Systematikern und Rationalisten, entstanden die Klassifikationen der Humanisten vor allem in einer praktisch-therapeutischen Auseinandersetzung mit der im 18. Jahrhundert immer noch weit verbreiteten Asylisierung von psychisch kranken Menschen. So entwickelten V. Chiarugi (1759-1820) in Italien, P. Pinel (1745-1826) in Frankreich oder W. Tuke (1732-1822) in England Behandlungsansätze und Klassifikationen, welche in einer direkten Auseinandersetzung mit den kranken und betroffenen Menschen entstanden. Sie versuchten eine pragmatisch-humanistische Behandlung mit einer in der klinischen Praxis anwendbaren und überschaubaren Klassifikation zu verbinden. So vereinfachte beispielsweise Pinel seine vorherigen Klassifikationen psychischer Störungen in einem Buch aus dem Jahre 1791 zu lediglich vier klinischen Typen: 1. der *Manie*, 2. der *Melancholie*, 3. der *Dementia* und 4. der *Idiotie*. Der von Karl Jaspers als *Vater der Psychiatrie* bezeichnete J.D. Esquirol (1772-1840) gehört ebenfalls in diese Reihe von pragmatisch-humanistischen Forschern, die sich und ihre Arbeit vor allem der Versorgung der kranken Menschen verschrieben. Esquirol war auch der erste, welcher das uralte Konzept der *Melancholie* aufgab und stattdessen die

beiden Begriffe der *lypemani* und der *monomani* bei der Klassifikation entsprechender Symptome einführte.

Ab dem 19. Jahrhundert wurden dann zunehmend die in den Jahren zwischen 1500 und 1800 aufgekommenen technologischen Entwicklungen und Entdeckungen der Physiologie und Anatomie auch im Bereich der Untersuchung und Einordnung psychischer Störungen zu einer dominierenden und bestimmenden Grösse. Der Versuch durch physiologische oder anatomische Veränderungen und Läsionen die Ursachen für klar definierbare Krankheiten zu finden, dominierte weite Teile einer klar empirisch-naturwissenschaftlichen Auseinandersetzung. Die Entdeckungen von A.L.J. Bayle (1799-1858) und R. Krafft-Ebbing (1840-1902), dass die Symptome der progressiven Paralyse auf den Syphilis-Erreger und damit eine spezifische Erkrankung des Gehirns zurückzuführen war oder die Entdeckung von P. Broca (1824-1880), dass bestimmte Formen der Aphasie durch genau lokalisierbare Läsionen des Gehirns verursacht wurden, förderten den aufgekommenen Optimismus auch für andere psychische Störungen und Beschwerden vergleichbare und klar zu definierende Ursachen und Bestimmungsmerkmale zu finden. Diese Ansätze bestärkten rein biologisch-anatomisch begründete Klassifikationen und entsprechende Klassifikationen wurden zum Beispiel von B.A. Moel (1809-1873) oder V. Magnan (1835-1916) in Frankreich oder K.L. Kahlbaum (1828-1899) in Deutschland entwickelt. So stellten, obwohl zu seinen Lebzeiten nicht stark beachtet, die Arbeiten von Kahlbaum in Deutschland erste Vorläufer der späteren Systematik von Emil Kraepelin (1856-1926) dar. Kahlbaum bezog dabei ausdrücklich den natürlichen Verlauf von Erkrankungen als massgebliches Ordnungskriterium mit ein und betonte vor allem die Stufenfolge mentaler Erkrankungen, beginnend mit der *Melancholie* über die *Manie*, die *Verwirrtheit* und schliesslich den *Blödsinn*.

Zum Ende des 19. Jahrhundert wurden dann zunehmend Versuche unternommen, das im Verlauf der vorherigen ca. 80 Jahre generierte Wissen aus den klinischen Beobachtungen in den Verwahranstalten, die biologisch-anatomischen Erkenntnisse aus der Pathologie und Physiologie und die Erkenntnisse zum Verlauf der einzelnen Erkrankungen in zusammenfassenden Nosologien zu ordnen. Emil Kraepelin ist als massgebliche Person dieser Entwicklung zu nennen und beeinflusste mit seinem Lehrbuch: *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, welches erstmals 1883 erschien, die nachfolgenden Psychiatrie-Konzepte bis in die heutige Zeit hinein. Obwohl er durch seine experimentalpsychologische Ausbildung bei W. Wundt (1832-1920) auch die psychologische Forschung in der Psychiatrie vorantrieb, stellt doch vor allem sein Versuch neben der genauen Beschreibung der

Krankheitsbilder, den längsschnittlichen Verlauf, den Ausgang und die Ätiologie der untersuchten Störungen stärker zu berücksichtigen, seinen wichtigsten Beitrag in der Konzeptualisierung psychischer Störungen dar. Als Beispiele seien hier nur das von ihm im Jahre 1893 beschriebene Krankheitsbild der *Dementia praecox* und das *Manisch-depressive Irresein* aus dem Jahre 1899 genannt. Die *Dementia praecox* bildete den Ausgangspunkt für die späteren und auch heute noch aktuellen Konzepte der Schizophrenie, wie sie von E. Bleuler 1911 definiert wurden und das *Manisch-depressive Irresein* entspricht den späteren Konzeptualisierungen der sogenannten bipolaren Erkrankungen mit sowohl depressiven als auch manischen Zuständen im Krankheitsverlauf der betroffenen Personen. Eine weitere Entwicklung im Rahmen dieser vor allem durch die psychiatrische Forschung vorangetriebenen Klassifikationsversuche war die Unterteilung in drei übergeordnete Gruppen psychischer Störungen. Zur Beschreibung dieser drei Gruppen von Krankheiten dienten die Begriffe *endogen* für die Gruppe der schizophrenen und affektiven Psychosen, *exogen* für die Gruppe der organischen Psychosen und *psychogen* für die Gruppe der sogenannten Neurosen und Erlebnisreaktionen (vgl. Schott & Tölle, 2006). Der Erfolg dieser naturwissenschaftlich orientierten Klassifikation psychischer Störungen lässt sich neben der Fortentwicklung der beteiligten Wissenschaften und Methoden zumindest teilweise auch durch die prekäre sozialpolitische Versorgungslage kranker Menschen am Ende des 19. Jahrhunderts erklären. So hatten sich nach der *Befreiung* der kranken Menschen aus den grossen Verwahrungsanstalten in Folge der französischen Revolution (1789) viele Ideale einer *moralischen* Erziehung und humanen Versorgung dieser Heiminsassen nicht erfüllen können, und die Anstalten füllten sich im Laufe des 19. Jahrhundert wieder zunehmend mit Patienten, welche oft über mehrere Jahrzehnte dort untergebracht wurden. So stieg zum Beispiel die Anzahl der in England in solchen Kliniken verwahrten Menschen von ca. 10.000 im Jahre 1800 auf etwa 100.000 im Jahre 1900 (Porter, 2005). Ähnliche Entwicklungen zeigten sich in anderen europäischen Ländern und ein neuer Pessimismus hinsichtlich der Behandlung solcher Menschen machte sich breit, der die Annahmen der Aufklärung hinsichtlich einer einfachen *Erziehung* von Menschen mit psychischen Störungen als zu vereinfacht widerlegte. Dieser *Versorgungspessimismus* vermischte sich zunehmend mit aufkommenden Degenerationstheorien und evolutionstheoretischen Annahmen, wie etwa von J.J. Moreau de Tours (1804-1884) in Frankreich oder H. Maudsley (1835-1918) in England und bereitete schliesslich den Boden für die spätere Eugenik und die Vernichtung „*nicht-lebenswerten Lebens*“ im Nationalsozialismus.



Neben dieser eher naturwissenschaftlich ausgerichteten Betrachtungsweise wurden im 19. Jahrhundert aber auch *geisteswissenschaftliche* Auseinandersetzungen mit den Symptomen psychischer Störungen fortgeführt und weiterentwickelt (für eine grundlegende Betrachtung dieser Entwicklung im Bereich der Psychologie s. z.B. Walach, 2005). Obwohl viele der massgeblich an diesen geisteswissenschaftlichen Vorstellungen beteiligten Forscher einen im weitesten Sinne medizinischen Hintergrund hatten, entwickelten sie jedoch Ansätze, welche sich bestimmter *mentalistischer* Begrifflichkeiten und Modelle bei der Beschreibung psychischer Störungen und Beschwerden bedienten. Zu nennen wären hier z.B. die Arbeiten von F.A. Mesmer (1734-1815), der die späteren Entwicklungen der aufkommenden Hypnose und den späteren Hysterie-Konzepten der Psychoanalyse den Weg ebnete. Sigmund Freud (186-1939), ursprünglich Mediziner und Physiologe, entwickelte mit seiner psychoanalytischen Krankheitslehre eine Systematik für psychische Störungen, welche bis weit in das 20. Jahrhundert hinein, eine bestimmende Perspektive für das Verständnis und die Ordnung psychischer Störungen darstellte. Das psychoanalytische Modell und die psychoanalytische Krankheitslehre ging dabei ursprünglich von einer weniger trennscharfen Grenze zwischen *normalem* und *krankhaftem* Verhalten aus und bezog sogenannte triebtheoretische, entwicklungsbedingte und kulturgeschichtliche Faktoren bei der Betrachtung psychischer Symptome mit ein und integrierte sie in ein Metamodell des psychischen Funktionierens. Beginnend mit seinen *Studien über Hysterie*, die er zusammen mit Josef Breuer im Jahre 1895 veröffentlichte, entwickelten Freud und seine Nachfolger umfassende Störungsmodelle für verschiedenste Krankheitsbilder. Das Besondere an dieser Krankheitslehre war und ist der Versuch, bestimmte unterscheidbare Krankheitsbilder wie die *Neurosen (Hysterien, Phobien oder Zwangsneurosen)*, die *Charakterstörungen (Persönlichkeitsstörungen)* oder die *Organneurosen (psychosomatischen Krankheiten)* spezifischen *psychodynamischen* Entwicklungsprozessen zuzuordnen und damit verständlich zu machen.

### 2.1.3. Das 20. Jahrhundert und die Gegenwart

Für das weitere 20. Jahrhundert müssen mindestens zwei wegweisende Ereignisse hervorgehoben werden, welche die heutige Klassifikation psychischer Störungen massgeblich mitbeeinflusst haben. Zum einen der Zweite Weltkrieg (1939-45) und die nach ihm einsetzende Entwicklung innerhalb der American Psychiatric Association (APA) und der World Health Organization (WHO), sowie das Jahr 1980 mit der Einführung einer explizit

deskriptiven und atheoretischen Konzeptualisierung psychischer Störungen in der dritten Version des Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen der APA (DSM-III, APA, 1980).

Die erste Entwicklung im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg brachte das Aufkommen der auch heute noch angewandten Klassifikationssysteme in Gang und verankerte sie in den entsprechenden Trägerorganisationen. Die WHO brachte im Jahre 1948 die *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (ICD-6) heraus, welche bereits auf Vorarbeiten der American Psychiatric Association beruhte und das erste Mal neben körperlichen Erkrankungen und Todesarten auch ein Kapitel über psychische Störungen mit der Bezeichnung *geistige, psychoneurotische und Persönlichkeitsstörungen* enthielt. Die American Psychiatric Association brachte zeitnah aber unabhängig im Jahre 1952 ihr eigens für die Klassifikation psychischer Störungen konzipiertes *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* heraus (APA, 1952). Ein ausschlaggebender Grund dieser Entwicklung war die anstehende Versorgung von Kriegsteilnehmern und -geschädigten aus dem Zweiten Weltkrieg, welche eine breitere Klassifikation und diagnostische Konzeption von psychischen Störungen und Beschwerden erforderte, da viele Krankheitsbilder und Symptome dieser Betroffenen nicht mit den bisherigen Konzepten übereinstimmten. So zeigten viele der Kriegsveteranen verschiedenste Symptome, die heute als Akute Belastungsstörungen oder Posttraumatische Belastungsstörungen beschrieben werden würden.

Die zweite massgebliche Entwicklung im 20. Jahrhundert erfolgte in den 70er Jahren in den USA und kulminierte im Jahre 1980 mit der Herausgabe des DSM in seiner dritten Version (DSM-III) durch die American Psychiatric Association. Aufgrund einer zunehmenden Unzufriedenheit mit der starken Divergenz in der Klassifikation psychischer Störungen, welche bedingt war durch die verschiedenen theoretischen Richtungen und Schulen, die an der klinisch-psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgung psychisch kranker Menschen in den USA (aber auch weltweit!) beteiligt waren, widmeten sich verschiedene Forschergruppen in den USA einem Neuanfang. Sie versuchten mit *explizit operationalisierten Kriterien* und einem als *atheoretisch* beschriebenen Vorgehen sich von dem vorherrschenden Schulen-Denken in der Psychiatrie und Klinischen Psychologie abzusetzen und lancierten in den USA erstmals ein diagnostisches Interview zur strukturierten Erfassung psychischer Störungen (das *Diagnostic Interview Schedule*) und das dazugehörige Klassifikationssystem DSM-III (APA, 1980). Dieser neue Ansatz integrierte die sogenannten *Feighner-Kriterien* und *Research-Diagnostic-Kriterien*, welche bereits in den 70er Jahren den

Weg einer *deskriptiven* Diagnostik gebahnt hatten (Feighner et al. 1972; Spitzer et al. 1978). Sie setzten diesen Ansatz im Rahmen einer ersten grossen epidemiologischen Feldstudie um (der *Epidemiologic Catchment Area Study*), die in dem realisierten Umfang (über 20.000 Studienteilnehmer) die ersten systematisch erhobenen Daten zur Verbreitung psychischer Störungen in der Bevölkerung der USA lieferte (s. Robins & Regier, 1991). Diese Studie stellte mit ihrem methodischen Vorgehen einen neuen Entwicklungsschritt dar und hatte insgesamt Modellcharakter für die darauffolgenden Studiendesigns und Vorgehensweisen in der epidemiologisch-psychiatrischen Forschung (Tohen et al. 2000). Der im Rahmen dieser Entwicklungen entstandene Ansatz wird in der Literatur auch heute noch als *Neo-Kraepelinismus* (Blashfield, 1984) bezeichnet, da man sich explizit an den Vorgaben von Emil Kraepelin orientieren wollte, welcher, wie in Kapitel 2.1.2. dargestellt, psychische Störungen ebenfalls als deskriptive und klar abgrenzbare Entitäten zu beschreiben versuchte (Klerman, 1990). Die gesamte Bewegung seit den 70er Jahren in den USA ist wissenschaftsgeschichtlich als eine Übertragung der Kriterien des logischen Empirismus auf die Bereiche der Klinischen Psychologie und Psychiatrie zu betrachten und kann durchaus im Sinne von Kuhn (1967) als ein *Paradigmenwechsel* betrachtet werden.

Seit 1980 gestalteten die WHO und die APA diese neue Entwicklung in mehr oder weniger enger Abstimmung gemeinsam und es resultierten Nachfolgeversionen der ICD in den Jahren 1967, 1978 und 1991. Die Nachfolgeversionen des DSM-III erschienen in den Jahren 1987 (DSM-III-R) und 1994 (DSM-IV). Die Entwicklungen der heute gültigen Versionen, ICD-10 und DSM-IV, erfolgten dabei mehr als ihre vorherigen Versionen durch umfangreiche wissenschaftliche Vorarbeiten in Form von internationalen Konferenzen, der Bildung von Arbeitsgruppen, der Durchführung von Multi-Center-Studien und einer Zusammenfassung bisheriger wissenschaftlicher Arbeiten in Form von Literaturreviews, um den jeweiligen empirischen Stand in Bezug auf die berücksichtigten Störungen und ihre Konzeptualisierungen zu integrieren.

Mit diesem Vorgehen ist seit 1980, sowohl was die Konzeptualisierung als auch die diagnostische Erfassung psychischer Störungen betrifft, erstmals eine Annäherung an eine weltweite und einheitliche Klassifikation geschaffen worden, welche so in den gut 2500 Jahren davor, allein schon aufgrund fehlender technologischer und administrativer Ressourcen, nicht erreicht werden konnte. Die beiden Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 haben mittlerweile ein hohes Mass an Vergleichbarkeit erreicht und sind die Grundlage der Klassifikation psychischer Störungen in verschiedensten Ländern und Gesundheitssystemen der Erde. Sie kommen der Forderung einer möglichst *objektiven* und

reliablen Definition sowie ständigen Verbesserung in der Erfassung und Konzeptualisierung psychischer Störungen damit sehr nahe (Stieglitz, 2000). In Tabelle 1 ist nochmals die zeitliche Abfolge des Erscheinens der verschiedenen Versionen dieser beiden heutigen Klassifikationssysteme seit dem Zweiten Weltkrieg mit dem Erscheinungsjahr der deutschen Übersetzungen abschliessend dargestellt.

*Tabelle 1.* Historische Entwicklung der ICD und des DSM seit 1945.

Klassifikations- system	Veröffentlichung (Original)	deutschsprachige Ausgabe
ICD-6	1948	--
DSM-I	1952	--
ICD-7	1955	--
ICD-8	1967	1975
DSM-II	1968	--
ICD-9 (CM) <sup>1</sup>	1977/78	1980
DSM-III	1980	1984
DSM-III-R	1987	1989
ICD-10 <sup>2</sup>	1992/1993	1992/1994
DSM-IV	1994	1996
DSM-IV (TR) <sup>3</sup>	2000	2003

*Anmerkungen:* ICD: International Classification of Diseases; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. <sup>1</sup>CM bedeutet "Clinical Modification und wurde lediglich in den USA eingeführt. <sup>2</sup>Die ICD-10 ist in zwei Versionen vorhanden: den „klinisch-diagnostischen Leitlinien“ und den „Forschungskriterien“. <sup>3</sup>TR bedeutet „Textrevision“ und stellt lediglich eine überarbeitete Version des DSM-IV dar.

## 2.2. Die aktuelle Klassifikation nach dem DSM und der ICD

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, folgen das DSM-IV und die ICD-10 in ihrer Grundausrichtung einer *Philosophie*, welche im Jahre 1980 mit dem Erscheinen des DSM-III seinen historischen Ursprung hatte. Da jedoch beide Systeme in einem eigenständigen Prozess erarbeitet wurden und sich partiell unterscheiden, sollen beide Systeme und ihre jeweiligen Hintergründe bzw. Merkmale in den folgenden Kapiteln dargelegt und gegenübergestellt werden.

### 2.2.1. Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD)

Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD, WHO) ist im Gegensatz zum DSM ursprünglich ein System zur Erfassung aller Erkrankungen und Todesarten. Es kommt in all jenen Ländern zur Anwendung, welche Mitgliederstaaten der WHO sind und bildet auch in Deutschland seit dem Jahre 1994 das anerkannte Klassifikationssystem für die klinisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung und Kostenerstattung (Krampen, 1998). Die psychischen Störungen werden innerhalb der ICD in Kapitel V der insgesamt 21 Kapitel verschlüsselt und mit einem fünfstelligen alphanumerischen Code versehen. So steht zum Beispiel die Codierung **F3** für die Oberkategorie der Affektiven Störungen und alle weiteren Codierungen erlauben eine immer spezifischere Codierung der vorliegenden Störung. **F30** steht für eine manische Episode, die **F30.2** für eine Manie mit psychotischen Symptomen und die **F30.21** für eine Manie mit parathymen psychotischen Symptomen. Die jeweiligen Oberkategorien sind also in immer weitere Hierarchie-Ebenen abgestuft und erlauben eine spezifische Einordnung der jeweiligen psychischen Störung. Da viele der alphanumerischen Codierungen noch offen gelassen wurden, erlaubt die ICD konzeptuelle Erweiterungen und eine Berücksichtigung weiterer Störungsdiagnosen in den nachfolgenden Versionen. In Tabelle 2 sind die 11 Oberkategorien für psychische Störungen der ICD-10 dargestellt.

Tabelle 2. Die Einteilung psychischer Störungen nach der ICD-10.

Kodierung:	Störungsgruppe:
F0	Organische, einschliesslich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Ebenso wie im DSM wurde auch in der ICD-10 versucht, auf theoretisch belastete Begriffe wie *Neurose*, *endogen* und *exogen* usw. zu verzichten. Weiterhin wurde im Rahmen dieser Entwicklung der Begriff *Krankheit (illness, disease)* durch den Begriff der *psychischen Störung (mental disorder)* ersetzt. Im Gegensatz zum DSM fehlt jedoch in der ICD eine explizite Erläuterung und Explikation dieses Begriffs. Ebenfalls konnte diese atheoretische Ausrichtung nicht vollends umgesetzt werden, was zum Beispiel an der Namensgebung für das Kapitel *F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* deutlich wird. Insgesamt kann man die ICD als berufsunspezifischer als das DSM bezeichnen, da bei ihrer Entwicklung stets auch nicht-medizinische Berufsgruppen beteiligt gewesen sind (Krampen, 1998). Dieser in der ICD von Beginn an der unternommene Versuch, sowohl verschiedenste Ansätze aus verschiedenen Kulturen zu berücksichtigen und berufsübergreifend zu sein, hat bei den in der ICD ausformulierten Kriterien jedoch eher zu einem *Richtliniencharakter* und nicht *Vorschriftencharakter* wie im DSM geführt (Thangavelu & Martin, 1995). Das bedeutet, die ICD ist in ihren Kriterienbeschreibungen zum Teil ungenauer und vager als das DSM, was einem klinischen Urteil bei der Beurteilung von Symptomen nach der ICD mehr Freiraum lässt.

Im Gegensatz zum DSM umfasst die ICD-10 verschiedene aktuelle Ausgaben und Begleitmaterialien. Am vergleichbarsten zum DSM sind die ICD-10 *Forschungskriterien* (Dilling et al., 1993), welche vor allem für die empirische Forschung entwickelt wurden. Für die Praxis liegen die sogenannten *Klinisch-diagnostischen Leitlinien* (Dilling et al., 1994) vor, welche hinsichtlich ihres Ausmass an Operationalisierung weder das DSM noch die Forschungskriterien der ICD erreichen. Daneben gibt es als Begleitmaterialien unter anderem ein ICD-10 Fallbuch mit psychiatrischen Kasuistiken, ein Lexikon, in welchem die psychopathologischen Grundbegriffe definiert werden, eine Version zur Verwendung in der

allgemeinmedizinischen Versorgung und computergestützte Experten- und Lehrsysteme (WHO, 2000). Insgesamt sind damit für den praktisch tätigen Kliniker viele verschiedene Informationsquellen zur Verfügung gestellt worden, was eine Anwendung erleichtern kann. Andererseits stellt die starke Aufsplitterung der Begleitmaterialien aber auch einen verwirrenden Aspekt der ICD dar.

Eine Gemeinsamkeit der beiden Systeme ist die Entwicklung von Untersuchungsverfahren, welche eine genaue Erfassung der einzelnen Störungskategorien ermöglichen. Unterschieden werden dabei sogenannte *standardisierte Interviews*, *strukturierte Interviews* und *Checklisten* (Hiller, 2000). Diese Verfahren stellen heutzutage den „Goldstandard“ bei der Vergabe von psychischen Störungen dar (Baumann & Stieglitz, 1998; Krampen, 1998). Während für die Anwendung von Checklisten eine klinisch-therapeutische Erfahrung unabdingbar ist, kann die Durchführung von standardisierten als auch von strukturierten Interviews in nur wenigen Seminartagen auch von Laien erlernt werden.

Während im DSM die sogenannte multiaxiale Diagnostik bereits integriert ist, kann eine multiaxiale Beurteilung mit der ICD momentan lediglich unter Heranziehung von weiteren Instrumenten realisiert werden (Siebel et al. 1997). Für die ICD ist dabei eine multiaxiale Betrachtungsweise mit den folgenden drei Achsen angestrebt: Achse-I: psychische Störungen (inkl. Persönlichkeitsstörungen), Achse-II: soziale Funktionseinschränkungen und Achse-III: Umgebungs- und situationsabhängige Einflüsse/Probleme der Lebensführung und Lebensbewältigung (Baumann & Stieglitz, 1998). Übereinstimmend mit dem DSM kommt bei der ICD-10 jedoch auch das Komorbiditätsprinzip zur Anwendung, d.h. es werden so viele psychische Störungsdiagnosen wie möglich vergeben.

### 2.2.2. Das diagnostische und statistische Manual psychischer Störungen (DSM)

Das DSM-IV liegt seit 1996 im deutschsprachigen Raum vor und hat sich ebenfalls neben der ICD-10 im psychotherapeutischen und klinisch-psychiatrischen Bereich als Klassifikationssystem sowohl in den USA als auch im deutschsprachigen Raum etablieren können (Sass et al., 1996). Die Version des DSM-IV-TR entspricht lediglich einer Textrevision des DSM-IV und ist im Jahre 2003 auf deutsch erschienen. Das DSM ist im Gegensatz zur ICD von Beginn an stärker an forschungsorientierten Gesichtspunkten ausgerichtet gewesen und im Gegensatz zur ICD ist das DSM explizit und nur für die

Klassifikation psychischer Störungen entstanden. Insgesamt werden im DSM 17 Kategorien für psychische Störungen unterschieden. Diese sind in Tabelle 3 angeführt.

Tabelle 3. Die Einteilung psychischer Störungen nach dem DSM-IV.

- 
- Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden
  - Delir, Demenz, Amnestische und andere kognitive Störungen
  - Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen
  - Schizophrenie und andere psychotische Störungen
  - Affektive Störungen
  - Angststörungen
  - Somatoforme Störungen
  - Vorgetäuschte Störungen
  - Dissoziative Störungen
  - Sexuelle und Geschlechtsidentitätsstörungen
  - Essstörungen
  - Schlafstörungen
  - Störungen der Impulskontrolle
  - Anpassungsstörungen
  - Persönlichkeitsstörungen
- 

Im Gegensatz zur ICD werden die Störungsdiagnosen im DSM nicht mit einem alphanumerischen Code versehen, sondern werden mit einem drei bis fünfstelligen numerischen Code gekennzeichnet. So steht zum Beispiel die Codierung 296.2x für die Diagnose einer *Major Depression, einzelne Episode*. Das x ist ein Platzhalter, welches dann noch zur Einschätzung des Schweregrades von „1 = leicht“ bis „4 = Schwer, mit psychotischen Merkmalen“ genutzt werden kann. Im DSM sind, um einen *Crosswalk*, also den Wechsel zwischen den beiden Klassifikationssystemen zu ermöglichen, die entsprechenden Diagnosekodierungen des DSM und der ICD ausführlich gegenübergestellt. Im Gegensatz zur ICD ist das DSM wie ein Lehrbuch aufgebaut und man findet zu allen Störungsbildern Angaben zur Prävalenz, Geschlechterverteilung, familiären Häufigkeiten usw. Eine weitere Besonderheit des DSM im Gegensatz zur ICD ist, wie schon oben erwähnt, die explizit ausgearbeitete multiaxiale Beurteilung. So können die Informationen über einen Patienten auf insgesamt fünf getrennten Achsen integriert werden und sollen neben der Erfassung der Störungsdiagnose ein möglichst breites Bild an diagnostischen Informationen über die untersuchte Person liefern. In Tabelle 4 sind die Bezeichnungen dieser Achsen aus dem DSM dargestellt.



Tabelle 4. Die multiaxiale Beurteilung nach dem DSM-IV.

Achse:	Bezeichnung:
I	Klinische Störungen, Andere klinisch relevante Probleme
II	Persönlichkeitsstörungen, Geistige Behinderung
III	Medizinische Krankheitsfaktoren
IV	Psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme
V	Globale Beurteilung des Funktionsniveau (GAF)

Während auf der Achse I die psychischen Störungen codiert werden können, erfasst die Achse II gegebenenfalls vorhandene Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderungen. Diese Trennung der Persönlichkeitsstörungen soll nach Aussage der Autoren jedoch keine grundlegende Unterscheidung der Pathogenese oder Behandlungsmöglichkeiten dieser Störungsgruppe bedeuten, sondern dient lediglich einer umfassenderen Diagnostik. Auf der Achse III werden die medizinischen Krankheitsfaktoren codiert, die eventuell für den Umgang mit der psychischen Störung oder für deren Gesamtverständnis relevant sind. Als Beispiele können hier infektiöse Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen, wie z.B. Asthma bronchiale codiert werden. Die Achse IV dient der Erfassung einer Reihe möglicher psychosozialer und umgebungsbedingter Probleme, die die Diagnose, Therapie und Prognose der vorliegenden psychischen Störung beeinflussen können, wie etwa Probleme in der Hauptbezugsgruppe (z.B. Tod eines Familienmitglieds) oder wirtschaftliche Probleme (z.B. finanzielle Not). Auf Achse V wird die globale Erfassung des Funktionsniveau codiert. Sie wird mittels Fremdeinschätzung anhand der *Global Assessment of Functioning (GAF)* Skala erhoben. Die *GAF* Skala ist dabei in 10 Funktionsniveaus unterteilt und reicht von 1 bis 100. Der Wert 100 entspricht einer „hervorragenden Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten“ und ein Wert von 1 bedeutet „ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen“. Auf der *GAF*-Skala wird damit die Funktionsfähigkeit des Patienten in psychischer, sozialer und beruflicher Hinsicht aus einer diagnostischen Fremdperspektive eingeschätzt.

Obwohl auch das DSM einer atheoretischen Richtung folgt, muss man doch konstatieren, dass das DSM durch seinen Ursprung in der amerikanischen Vereinigung der Psychiater enger im psychiatrisch-medizinischen Denken verwurzelt ist. Von einer *Berufsunspezifität* kann also beim DSM nur bedingt gesprochen werden (Krampen, 1998). Allerdings erfolgt im DSM eine explizite Erläuterung des angewandten Begriffs der *psychischen Störung* (Sass et al., 1996). So wird im DSM:

...jede psychische Störung als ein *klinisch bedeutsames* Verhaltens- oder psychisches Syndrom oder Muster aufgefasst, dass bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden oder einer Beeinträchtigung oder mit einem stark erhöhtem Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden....unabhängig von dem ursprünglichen Auslöser muss gegenwärtig eine *verhaltensmässige, psychische* oder *biologische Funktionsstörung* bei der Person zu beobachten sein.

s. Sass et al. (1996, S. 944, Kursivsetzung S.T.)

Dieser Fokus auf der Funktionsbeeinträchtigung stellt im Gegensatz zur ICD eine Besonderheit des DSM dar. Allerdings ist diese Definition auch sehr weit gehalten. So bedingt sie etwa eine ständige Einschätzung der *klinischen Bedeutsamkeit* von den zu beurteilenden *Syndromen* oder *Mustern*, was zu weitreichender Kritik geführt hat.

Die Planung für das DSM-V ist bereits im Gange und wird voraussichtlich im Jahre 2010 in eine neue Version des DSM münden (s. [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)).

In Tabelle 5 sind die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ICD und des DSM nochmals stichwortartig gegenübergestellt.

Tabelle 5: Zusammenfassung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede der ICD und des DSM.

Gemeinsamkeiten:	Unterschiede:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- atheoretische und deskriptive Ausrichtung</li> <li>- Begriff der psychischen Störung (<i>disorder</i>) statt Krankheit (<i>disease</i>)</li> <li>- empirische Orientierung</li> <li>- explizite und operationalisierte Kriterien</li> <li>- <i>Komorbiditätsprinzip</i></li> <li>- Untersuchungsverfahren (<i>Checklisten, Strukturierte Interviews, Standardisierte Interviews</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trägerorganisation (ICD: WHO und DSM:APA)</li> <li>- Vorschriftencharakter (DSM) und eher Richtliniencharakter (ICD)</li> <li>- Lehrbuchartiger Aufbau (DSM)</li> <li>- multiaxiale Beschreibung (für ICD in Planung)</li> <li>- Begleitmaterialien und verschiedene Versionen (ICD)</li> <li>- Gültigkeit nur für psychische Störungen (DSM)</li> </ul>

Anmerkung: ICD: International Classification of Mental Disorders; WHO: World Health Organization; DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; APA: American Psychiatric Association.

### 2.3. Das Komorbiditätsprinzip in Forschung und Praxis

Wie im vorherigen Kapitel ausgeführt, gehört das Komorbiditätsprinzip zu den zentralen Merkmalen der aktuellen Klassifikation psychischer Störungen. In den nachfolgenden Kapiteln sollen daher einige Befunde zur Komorbidität psychischer Störungen dargestellt werden. Beginnend mit einer Begriffsklärung und einer quantitativen Darstellung der Präsenz des Themas in der Forschungsliteratur (Kapitel 2.3.1. und 2.3.2.), werden anschliessend Befunde zur Komorbidität psychischer Störungen aus epidemiologischen und klinischen Stichproben berichtet (Kapitel 2.3.3. und 2.3.4.).

#### 2.3.1. Der Begriff der Komorbidität

In die empirische Literatur wurde der Begriff Komorbidität (*co-morbidity*) wahrscheinlich als erstes von Feinstein im Rahmen einer Arbeit aus dem Jahre 1970 im *Journal of Chronic Diseases* eingeführt (Feinstein, 1970). In seinem Artikel „*The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*“ definiert er Komorbidität als:

...any distinct additional clinical entity that has existed or that may occur during the clinical course of a patient who has the index disease under study...the term co-morbidity will also include such “non-disease” clinical entities as: pregnancy; deliberate dieting in an effort to lose weight; and certain symptomatic reactions, such as nausea, that may occur...

s. Feinstein (1970, S. 456-457)

An dieser Definition fallen zwei Dinge auf: 1. die eigentlich klare Orientierung an der medizinischen Nomenklatur (*clinical entity* und *disease*) und 2. die dann doch erfolgende Ausweitung des Begriffs auf alle *non-disease clinical entities*, wie Schwangerschaft, absichtliches Fasten oder Diät halten und symptomatische Reaktionen wie etwa Übelkeit. Mit dieser Definition bleibt Feinstein also noch sehr ungenau. Allerdings verweist Feinstein in seinem Artikel bereits auf die Bedeutung, die eine Vernachlässigung der Erfassung von komorbiden Erkrankungen haben kann. Sie betrifft in seinen Augen zum einen versorgungspolitische Bereiche wie die genaue Erfassung von Todesarten oder die Statistiken zur Auftretenshäufigkeit von bestimmten Erkrankungen, welche bei einer nicht Berücksichtigung der Komorbidität ein verfälschtes Bild liefern würden. Weiterhin betrifft sie jedoch auch die klinisch-therapeutische Arbeit mit einer entsprechenden Indikationsentscheidung und der Einleitung einer spezifischen Behandlung. So zeigt er an

praktischen Beispielen aus der Behandlung von Krebspatienten auf, dass Komorbidität einen potentiellen Einfluss auf die genaue Bestimmung des Zeitpunkts des Beginns der Erkrankung, die zu stellende Prognose für den Krankheitsverlauf, die Planung von Therapiemassnahmen und letztendlich das potentielle Ergebnis der Behandlung haben kann. Im weiteren Verlauf seiner Darstellung kommt er zu zwei zentralen Problemen, die sich jedem Behandler stellen und die auch heute noch in der Diskussion um die Komorbidität sowohl psychischer Störungen als auch medizinischer Erkrankungen nichts an Aktualität verloren haben: erstens ist bei jedem Symptom zu entscheiden, ob es ein Ausdruck der angenommenen Erkrankung ist oder eher zu einer komorbiden Erkrankung gehört und zweitens müssen retrospektive Daten und Berichte von Personen danach beurteilt werden, wann erste Symptome für den Beginn der Erkrankung manifest wurden. Das die Einschätzung und Beantwortung dieser Fragen ein genaues Wissen über die einzelnen Merkmale der Erkrankungen und ihren Verlauf erfordert, formuliert er als zentrales Anliegen an weitere Forschungsbemühungen.

Entsprechend dieser Vorüberlegungen unterscheidet Feinstein in nachfolgenden Arbeiten dann zwischen der diagnostischen, der prognostischen, der pathogenetischen und der therapeutischen Komorbidität (Kaplan & Feinstein, 1974). Bei der diagnostischen Komorbidität handelt es sich um das Vorliegen zweier Krankheiten, die das gleiche Symptom bewirken (z.B. kann Stuhl im Blut sowohl Ausdruck einer Krebserkrankung als auch externer Hämorrhoiden sein), die prognostische Komorbidität ist gegeben, wenn das Vorliegen einer Krankheit höchstwahrscheinlich das Auftreten einer weiteren hervorruft, die pathogenetische Komorbidität beschreibt das Vorliegen eines gemeinsamen Vulnerabilitätsfaktor und die therapeutische Komorbidität meint die potentielle Beeinflussung des Behandlungserfolgs durch eine komorbide Erkrankung. Der Begriff der Komorbidität wurde dann spätestens mit dem Jahre 1980 auch in die Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychopathologie eingeführt. Obwohl diese Übertragung eines medizinischen Konzeptes auf die Phänomene psychischer Störungen durchaus kritisch kommentiert wurde (s. Lilienfeld, Waldman & Israel 1994)<sup>4</sup>, hat sich zur heutigen Zeit jedoch folgende deskriptive Definition weitgehend durchgesetzt. Nach dieser lässt sich Komorbidität definieren als:

---

<sup>4</sup> So schlagen Lilienfeld et al. vor, dass der Begriff *comorbidity* in die zwei Begriffe *co-occurrence* und *covariation* unterteilt werden sollte. Während sich ersterer auf den klinischen Einzelfall bezieht, beschreibt der zweite das über Populationen hinweg gewonnene Ausmass an Zusammenhang zwischen zwei Störungen. Dieser Vorschlag konnte sich so jedoch nicht durchsetzen.

Das Auftreten von mehr als einer spezifisch diagnostizierbaren *psychischen Störung* bei einer Person in einem *definierten Zeitintervall*.

s. Wittchen & Vossen (1996, S. 217, Kursivsetzung S.T.)

Das Besondere an dieser aktuellen Definition ist die Übertragung auf den Gültigkeitsbereich psychischer Störungen und die zeitliche Komponente (*in einem definierten Zeitintervall*). Damit werden nicht nur aktuell vorliegende psychische Störungen berücksichtigt, sondern es können auch Lebenszeitprävalenzen unter diese Definition fallen. Das Zustandekommen des komorbiden Auftretens von zwei psychischen Störungen kann dann allerdings durch verschiedene Faktoren bedingt sein und spielt in dieser deskriptiven Arbeitsdefinition keine Rolle (s. Frances et al. 1990).

### 2.3.2. Anzahl Forschungsarbeiten

Um eine erste Abschätzung der Bedeutung des Themas Komorbidität in der Forschungsliteratur zu bekommen, wurde zu Beginn des Projekts im April 2004 eine Literatursuche mit der Suchmaschine Web of Science<sup>©</sup>, welche alle massgeblichen Fachzeitschriften der Klinischen Psychologie und Psychiatrie umfasst, durchgeführt. Als Suchbegriffe wurden die Stichworte „comorbid\*“, „coocurren\*“ und „co-ocurren\*“ und ihr Auftreten im Titel der publizierten Arbeiten herangezogen. Diese Suche erfolgte für die Jahre von 1984 bis 2003 und die Ergebnisse sind in Abbildung 1 dargestellt.

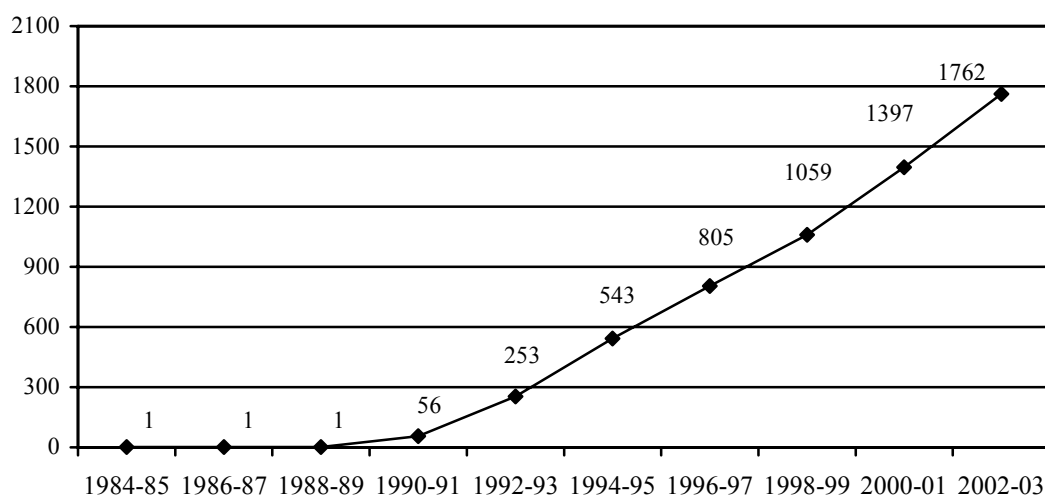
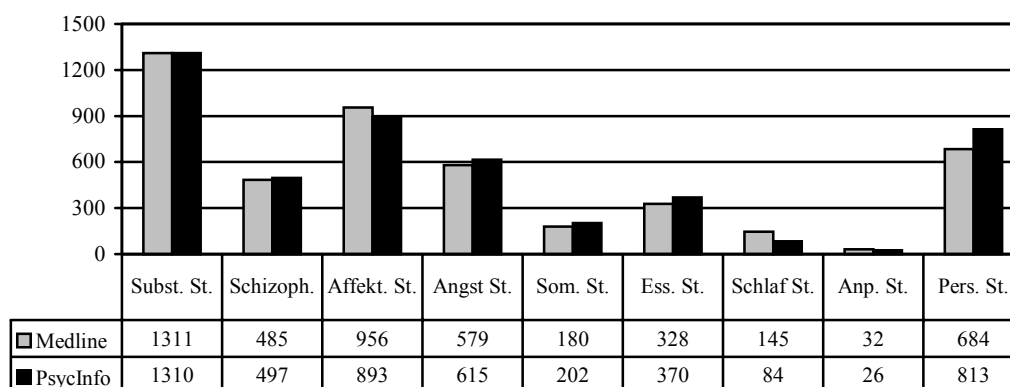


Abbildung 1. Anzahl gefundener Referenzen zu den Suchbegriffen („comorbid\*“, „coocurren\*“ und „co-ocurren\*“) im Web of Science<sup>©</sup> (1984-2003).

Wie aus der Abbildung zu entnehmen, gibt es über die letzten zwanzig Jahre einen steten Zuwachs an publizierten Arbeiten, welche sich dem Thema Komorbidität zugewandt haben. Anders wie bei Forschungsthemen, welche für einen kurzen Zeitraum auftauchen, um dann wieder aus der Forschungslandschaft zu verschwinden, gibt es bei dem Thema Komorbidität also einen linearen Zuwachs an veröffentlichten Arbeiten. Eine ähnliche Entwicklung der Präsenz des Themas Komorbidität in der Forschungsliteratur haben Brieger und Marneros in einem Artikel aus dem Jahre 2000 für den Zeitraum von 1984 bis 1997 dargestellt und kommen zu dem Schluss, dass „*der Boom der Komorbiditätsforschung die aktuelle Perspektive psychiatrischer Forschung verändert hat*“ und damit ein kritisches Überdenken der bisherigen theoretischen Grundlagen in der Konzeptualisierung psychischer Störungen notwendig macht (vgl. Lilienfeld, Waldman & Israel, 1994).

Um eine erste Abschätzung zu erhalten, welche psychischen Störungen im Rahmen dieser Forschungsarbeiten untersucht wurden, wurde anschliessend eine Literatursuche in Medline<sup>®</sup> bzw. PsycINFO<sup>®</sup> durchgeführt und die drei englischen Suchbegriffe für Komorbidität mit den einzelnen Störungsbezeichnungen aus dem DSM-IV bzw. der ICD-10 kombiniert. Der Zeitraum für diese Suche bezog sich auf die Jahre von 1994 (dem Erscheinen des DSM-IV im englischsprachigen Raum) bis zum Jahre 2004. Die Ergebnisse für diese Literatursuche sind in Abbildung 2 dargestellt.



*Anmerkung:* Subst.St.= Substanzstörungen, Schizoph.= Schizophrenie und andere psychotische Störungen, Affekt.St.= Affektive Störungen, Angst St.= Angststörungen, Som.St.= Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen, Ess.St.= Essstörungen, Schlaf St.= Schlafstörungen, Anp.St.= Anpassungsstörungen (ohne PTSD), Pers.St.= Persönlichkeitsstörungen.

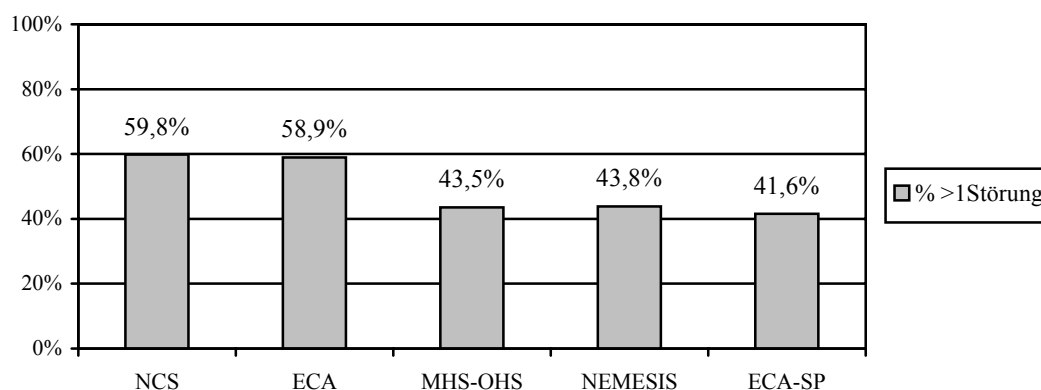
*Abbildung 2.* Anzahl gefundener Referenzen zu den Suchbegriffen („comorbid\*“, „coocurren\*“ und „co-occurren\*“) und den Störungsbezeichnungen der einzelnen Störungskategorien in Medline<sup>®</sup> und PsycInfo<sup>®</sup> (1994-2004).

Wie zu erkennen, liegt ein Schwerpunkt der publizierten Arbeiten zum Thema Komorbidität seit 1994 bei Studien, die sich mit Substanzstörungen (1311 bzw. 1310 Referenzen), den Affektiven Störungen (956 bzw. 893) und den Persönlichkeitsstörungen (684 bzw. 813

gefundene Referenzen) auseinandersetzen. Im Gegensatz dazu liegen relativ wenige Arbeiten zu den Anpassungsstörungen (32 bzw. 26 Arbeiten) und den Schlafstörungen (145 bzw. 84) vor. Eine mögliche Erklärung gerade für die starke Präsenz der Substanzstörungen ist, dass die meisten grossen, mit öffentlichen Forschungsgeldern geförderten epidemiologischen Studien, einen Schwerpunkt auf dieser Störungsgruppe haben und damit entsprechend viele Publikationen vorliegen (s. z.B. Nelson & Wittchen, 1998).

### 2.3.3. Komorbidität in epidemiologischen Stichproben

Die epidemiologische Forschung hat in einer Reihe von Studien zeigen können, wie verbreitet das komorbide Auftreten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung ist. Um einen Überblick über diese aus vielen Studien entstandenen Ergebnisse zu bekommen, sind in Abbildung 3 die Resultate von mehreren weltweit durch die WHO koordinierten und im sogenannten *International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE)* integrierten Studien zur Komorbidität psychischer Störungen dargestellt. Beginnend mit einer Studie aus dem Jahre 1980 (der Epidemiologic Catchment Area Studie, s.o.), zeigen die Ergebnisse auch für die nachfolgenden Studien über verschiedene Populationen und diagnostische Instrumente hinweg, dass das komorbide Auftreten von psychischen Störungen bei Personen der Normalbevölkerung eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Aus der Abbildung 3 ist zu entnehmen, wie viele der Personen, die jemals die Kriterien für eine psychische Störung erfüllten, irgendwann in ihrem Leben die Kriterien für eine weitere Störungsdiagnose überschritten haben.



Anmerkung: NCS: National Comorbidity Survey, ECA: Epidemiologic Catchment Area Study, MHS-OHS: Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey, NEMESIS: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, ECA-SP: Epidemiologic Catchment Area Study in Sao Paulo.

Abbildung 3. Lebenszeit-Komorbidität psychischer Störungen in repräsentativen epidemiologischen Studien, (vgl. WHO 2000).

In der Abbildung ist zu erkennen, dass zwischen 42 und 60% der Personen aus den verschiedenen Studien die Kriterien nicht nur für eine, sondern für mehrere psychische Störungen im Laufe ihres Lebens erfüllt haben. Berücksichtigt man, dass in der oben dargestellten Abbildung lediglich Angststörungen, Affektive Störungen und Substanzstörungen für die Komorbiditätsraten in den einzelnen Studien herangezogen wurden, so wird deutlich, dass sich bei einer Heranziehung weiterer psychischer Störungskategorien diese Raten nochmals deutlich vergrössern würden (s. Wittchen et al. 1998; WHO, 2000).

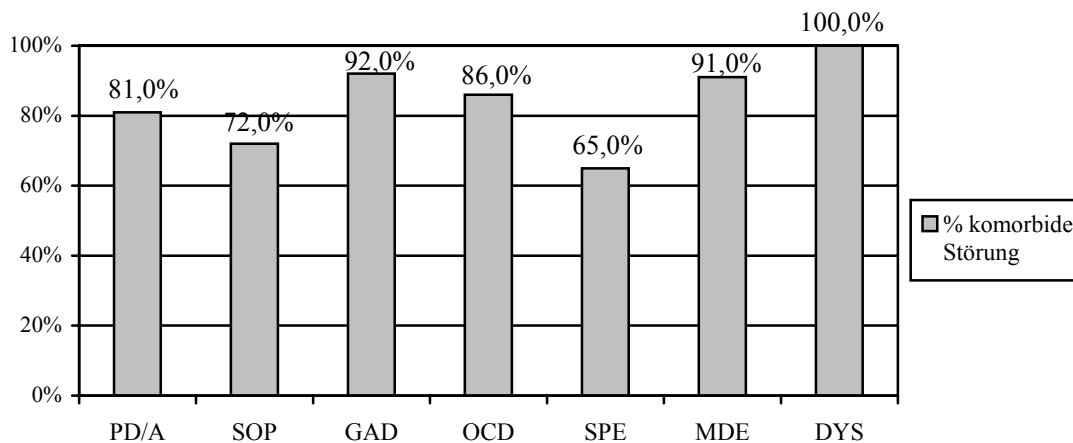
#### 2.3.4. Komorbidität in klinischen Stichproben

Entsprechend der Ergebnisse aus epidemiologischen Stichproben, haben sich im Laufe der letzten Jahre etliche Forschungsarbeiten der Frage zugewandt, wie verbreitet das komorbide Auftreten psychischer Störungen bei *klinischen* Stichproben ist. Da die Menge an einzelnen publizierten Arbeiten hier nicht erschöpfend dargestellt werden kann (s. Kapitel 2.3.2), sollen zur Verdeutlichung zwei Studien angeführt werden, in denen relativ grosse und repräsentative Patientenstichproben untersucht wurden.

In der ersten Studie von Brown et al. (2001) wurden insgesamt 1127 ambulante Patienten untersucht, welche sich an zwei psychotherapeutische Ambulanzen in den USA (an das *Center for Stress and Anxiety Disorders, University at Albany, State University of New York*, N = 412 und das *Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University*, N = 715) gewandt hatten. Die Diagnosestellung erfolgte in beiden Einrichtungen mittels eines semistrukturierten Interview (*Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV; ADIS*), welches neben den Angststörungen aus dem DSM-IV auch andere psychische Störungen wie Affektive Störungen, Substanzstörungen oder Somatoforme Störungen sowohl für den aktuellen Status als auch für die gesamte Lebenszeit reliabel erfasst. Die Interviews wurden in dieser Studie von klinischen Mitarbeitern in der postgradualen Ausbildung an der jeweiligen Ambulanz durchgeführt.

In Abbildung 4 ist in Anlehnung an die Ergebnisse von Brown et al. (2001) dargestellt, wie viele der Personen, welche aktuell an einer spezifischen Angststörung oder Affektiven Störung zum Erhebungszeitpunkt litten, *irgendwann* in ihrem Leben ebenfalls die Kriterien für eine andere psychische Störung (Achse I Störungen) erfüllt haben.



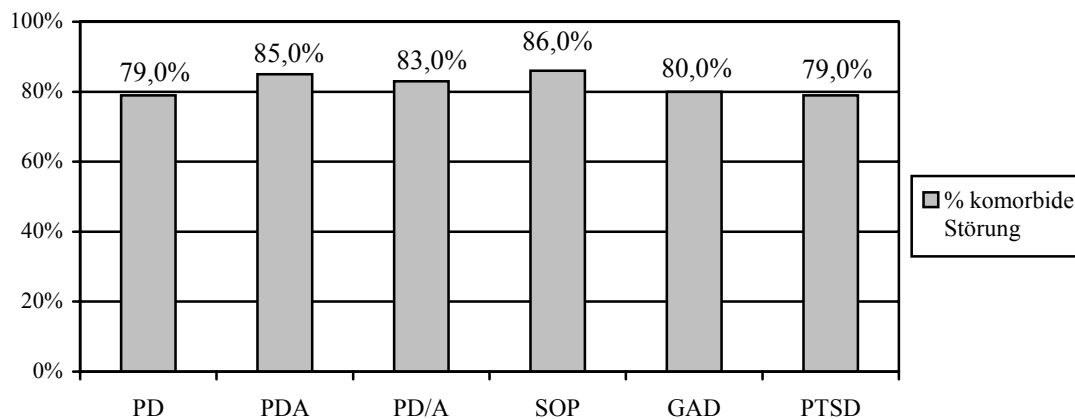


Anmerkung: PD/A: Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, OCD: Zwangsstörung, SPE: Spezifische Phobie, MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie.

Abbildung 4. Lebenszeit-Komorbidität psychischer Störungen mit anderen Achse I Störungen in einer klinischen Population (N = 968), (vgl. Brown et al., 2001).

Die Abbildung 4 zeigt eindrucksvoll, dass von den hilfesuchenden Patienten mit den einzelnen aktuell vorliegenden psychischen Störungen zwischen 65% (Personen mit einer aktuellen Spezifischen Phobie) und 100% (Personen mit einer aktuellen Dysthymie) über die Lebenszeit hinweg ebenfalls die Kriterien für eine weitere psychische Störung erfüllten. Obwohl die Werte für die beiden Affektiven Störungen dabei tendenziell etwas höher als die Werte für die untersuchten Angststörungen liegen, zeigen diese Zahlen jedoch sehr deutlich, dass wenn Personen aufgrund einer *aktuellen* psychischen Störung eine entsprechende klinische Institution aufsuchen, die Wahrscheinlichkeit sehr hoch ist, dass sie im Laufe ihres Lebens bereits an einer anderen psychischen Störung gelitten haben.

In einer zweiten Studie, die hier ebenfalls angeführt werden soll, wurden Patienten der primären Gesundheitsversorgung mit einem strukturierten Interview (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, SCID; First et al. 1996) ebenfalls in den USA untersucht. Bei dieser Stichprobe handelte es sich jedoch nicht um Einrichtungen in denen explizit die Behandlung psychischer Störungen angeboten wurde, sondern um allgemein-medizinische Einrichtungen (Hausärzte und ambulante medizinische Kliniken in New Hampshire, Massachusetts, Rhode Island und Vermont, USA). Nach einer vorgeschalteten Screeningprozedur (Vergabe eines Fragebogens zur Erfassung psychopathologischer Symptome) wurden in dieser Studie mit insgesamt 1634 Patienten Interviews durchgeführt. Von diesen untersuchten Personen erfüllten 539 die Kriterien für eine *aktuell* vorliegende Angststörung. Die gleichzeitig vorliegenden Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen für diese Stichprobe sind in Abbildung 5 dargestellt.



Anmerkung.: **PD:** Panikstörung ohne Agoraphobie, **PDA:** Panikstörung mit Agoraphobie, **PD/A:** Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie, **SOP:** Soziale Phobie, **GAD:** Generalisierte Angststörung, **PTSD:** Posttraumatische Belastungsstörung.

Abbildung 5. Aktuelle Komorbidität psychischer Störungen mit anderen Achse I Störungen in einer klinischen Population (N = 539), (vgl. Rodriguez et al., 2004).

Auch hier zeigen die prozentualen Häufigkeiten, dass der Grossteil der Personen die *aktuell* an einer bestimmten psychischen Störung leiden, *zum gleichen Zeitpunkt* ebenfalls die Kriterien für mindestens eine weitere psychische Störung erfüllen (je nach primärer Störung zwischen 79-86%). Weiterhin berichten die Autoren, dass von den Personen, die aktuell die Kriterien für eine psychische Störung erfüllt hatten, 29% die Kriterien für *eine* weitere psychische Störung erfüllten, 29% für *zwei* weitere, 23% für *drei* weitere und 19% für *vier oder mehr*.

Entsprechend der oben dargestellten Befunde, die sich vor allem auf Patienten mit primären Angststörungen bzw. Affektiven Störungen beziehen, liegen vergleichbare Befunde auch für andere Störungsbilder wie beispielsweise die Essstörungen (Wonderlich et al. 1997; de Zwaan, 2000), die Somatoformen Störungen (Leibbrand & Hiller, 1998; Rief et al. 1992) oder die Persönlichkeitsstörungen (McGlashan et al. 2000; Skodol et al. 1999) vor.

Mehr noch als für epidemiologische Stichproben gilt damit auch für klinische Populationen, dass das *alleinige* Auftreten einer psychischen Störung eher die Ausnahme darstellt.

## 2.4. Komorbidität und die *Struktur* psychischer Störungen

Wie in den vorherigen Kapiteln 2.3.3. und 2.3.4. dargestellt, wird die Komorbidität psychischer Störungen in empirischen Studien üblicherweise als bedingte Wahrscheinlichkeit dargestellt. Es wird beispielsweise berichtet, wie viele der Personen, welche an einer Generalisierten Angststörung leiden, ebenfalls die Kriterien für eine andere psychische Störung erfüllen. Diese Art der Beschreibung und Untersuchung der Komorbidität psychischer Störungen hat zu einer fast unüberschaubaren Menge an Einzelbefunden für die verschiedenen Störungskombinationen geführt (s. Abbildung 2 in Kapitel 2.3.2.). Einen neuen und innovativen Weg bei der Untersuchung der Komorbidität psychischer Störungen hat hingegen R.F. Krueger von der Universität Minnesota in den USA beschrritten. Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist der Versuch, das komorbide Auftreten psychischer Störungen korrelativ zu betrachten und sich nicht auf die bedingten Wahrscheinlichkeiten für eine bestimmte *Störung A* gegeben *Störung B* zu beschränken. Durch diese neue Betrachtung der Komorbidität wird es dann möglich, eine klassische Methode der psychologischen Forschung (die Faktorenanalyse) auf diese korrelativen Zusammenhänge anzuwenden. Ordnet man nämlich die Korrelationen verschiedener psychischer Störungen in einer *Korrelationsmatrix* an, so können die einzelnen Störungen (Variablen) anhand ihrer korrelativen Beziehungen übergeordneten *latenten Faktoren* zugeordnet werden. Ein ähnliches Vorgehen hat zum Beispiel im Bereich der Intelligenz- und Persönlichkeitsforschung seit Jahrzehnten zu einer steten Weiterentwicklung der untersuchten Konstrukte und einer allgemeinen Befruchtung der Forschungsbemühungen beigetragen (vgl. z.B. Amelang & Bartussek, 1997).

Krueger hat sich also die folgerichtige Frage gestellt, ob nicht die Korrelation zwischen verschiedenen psychischen Störungen (angeordnet in einer Korrelationsmatrix) ebenfalls einer bestimmten latenten *Struktur* folgt und damit Hinweise liefern kann, über Faktoren, welche diese Korrelationen und damit die Komorbiditäten bedingen. Mit einem solchen Vorgehen befinden wir uns dann mitten in einer *dimensionalen* Betrachtungsweise von Psychopathologie, allerdings - und das ist das Elegante an diesem Ansatz - ermittelt auf der Grundlage von *kategorialen* Daten (nämlich den Störungsdiagnosen). Befunde einer solchen Betrachtungsweise sollten entsprechend weitreichende Auswirkungen auf unsere theoretische Konzeptualisierung und unser Verständnis der Komorbidität psychischer Störungen haben.

In einer seiner ersten Arbeiten hat Krueger, diesem Ansatz folgend, Daten aus dem *National Comorbidity Survey* analysiert, welcher in den 90er Jahren in den USA durchgeführt wurde (Kessler et al., 1992). In dieser Studie wurden über 8000 Personen der Allgemeinbevölkerung der Vereinigten Staaten untersucht und das Auftreten von psychischen Störungen wurde mittels eines strukturierten Interview (dem *Diagnostic Interview Schedule*) ermittelt (Kessler et al., 1992). Krueger berechnete mit diesen Daten für insgesamt zehn psychische Störungen (Major Depression, Dysthymie, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Einfache Phobie, Agoraphobie, Panikstörung, Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit und Antisoziale Persönlichkeitsstörung) und ihre *Lebenszeitprävalenzen* tetrachorische Korrelationskoeffizienten und fügte sie für die späteren Analysen in einer entsprechenden Korrelationsmatrix zusammen. In Tabelle 6 sind diese von ihm ermittelten Korrelationen dargestellt.

*Tabelle 6.* Korrelationsmatrix für zehn psychische Störungen aus dem National Comorbidity Survey in der Studie von Krueger (1999).

Störung	MDE	DYS	AGPH	SOP	SIP	GAD	PD	AD	DD	APD
MDE	1.00									
DYS	0.69	1.00								
AGPH	0.44	0.29	1.00							
SOP	0.40	0.32	0.54	1.00						
SIP	0.46	0.33	0.58	0.59	1.00					
GAD	0.59	0.64	0.44	0.36	0.42	1.00				
PD	0.50	0.40	0.59	0.40	0.52	0.59	1.00			
AD	0.31	0.31	0.15	0.24	0.22	0.27	0.18	1.00		
DD	0.30	0.29	0.27	0.26	0.25	0.34	0.32	0.66	1.00	
APD	0.19	0.27	0.20	0.28	0.12	0.26	0.11	0.60	0.62	1.00

*Anmerkung:* MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP: Einfache Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit, APD: Antisoziale Persönlichkeitsstörung.

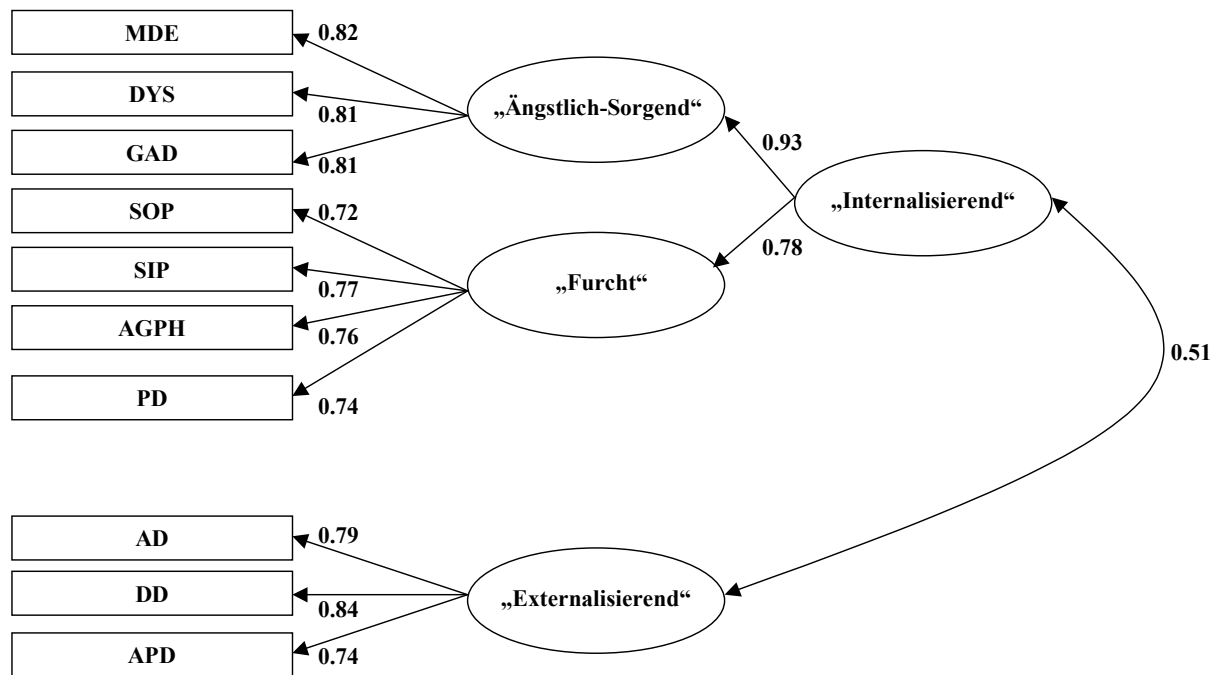
Die empirischen Korrelationen bewegen sich zwischen  $r = 0.11$  für die Kombination von Antisozialer Persönlichkeitsstörung und Panikstörung und  $r = 0.69$  für die Kombination zwischen Major Depression und Dysthymie. Anhand dieser Korrelationsmatrix überprüfte Krueger dann mit konfirmatorischen Faktorenanalysen, welches theoretisch abgeleitete Modell diese empirischen Daten am besten zusammenfassen und damit *erklären* kann. Dafür verglich er folgende vier Modelle: 1. ein Ein-Faktoren-Modell in dem alle psychischen

Störungen einem zentralen Faktor für sogenannte Fehlanpassung oder Psychopathologie untergeordnet werden, 2. ein Zwei-Faktoren-Modell in dem die Affektiven Störungen und die Angststörungen einem sogenannten *Internalisierenden Faktor* zugeordnet werden und die Substanzstörungen und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung einem sogenannten *Externalisierenden Faktor*, 3. eine Variante des Zwei-Faktoren-Modells, wobei der internalisierende Faktor nochmals in zwei hierarchisch untergeordnete Faktoren unterteilt wurde (einen sogenannten *Furcht-Faktor (fear)* für die phobischen Störungen und einen sogenannten *Ängstlich-Sorgenden-Faktor (anxious-misery)* für die Major Depression, die Dysthymie und die Generalisierte Angststörung) sowie schliesslich 4. ein Vier-Faktoren-Modell in dem die einzelnen Störungen ihrer jeweiligen diagnostischen Kategorie aus dem DSM zugeordnet wurden, also die Major Depression und die Dysthymie einem Faktor für die *Affektiven Störungen*, die Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Einfache Phobie, Agoraphobie und Panikstörung einem Faktor für die *Angststörungen*, die Alkoholabhängigkeit und die Drogenabhängigkeit einem Faktor für *Substanzstörungen* und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung einem Faktor für die *Persönlichkeitsstörungen*. Die Tabelle 7 zeigt die für die einzelnen Modelle gefundenen Fit Indizes und in der Abbildung 6 ist das Modell drei dargestellt, welches die empirischen Korrelationen zwischen den berücksichtigten psychischen Störungen in der Arbeit von Krueger (1999) am besten erklären kann.

Tabelle 7. Resultierende Fit Indizes der Modellprüfung von Krueger (1999); Gesamtstichprobe (N = 8098).

Modell	Fit Indices:				
	Chi-Quadrat	p	df	RMR	BIC
1	814.41	<.001	35	0.19	499.41
2	376.30	<.001	34	0.10	70.30
<b>3</b>	<b>193.79</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>32</b>	<b>0.06</b>	<b>-94.21</b>
4	282.02	<.001	30	0.08	12.02

Anmerkung: p: Wahrscheinlichkeitswert für Chi-Quadrat Test, df: Freiheitsgrade, RMR: Root Mean Residual, BIC: Bayesian Information Criterion.



*Anmerkung:* MDE: Major Depression; DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP: Spezifische/Einfache Phobie, GAS: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit, ASP: Antisoziale Persönlichkeitsstörung; Die Zahlen geben die Faktorladungen an bzw. die 0.51 beschreibt die Interkorrelation zwischen dem internalisierenden und dem externalisierenden Faktor.

Abbildung 6. Faktorenmodell für zehn psychische Störungen aus Krueger (1999).

Ohne weiter auf die Einzelheiten der Tabelle 7 einzugehen, ist an den Fit Indizes zu erkennen, dass das Modell 3 mit dem hierarchisch aufgeteilten internalisierenden Faktor und dem externalisierenden Faktor die empirische Korrelationsmatrix in der Studie am besten erklären kann, was vor allem durch den Wert von 0.06 für den RMR (Root Mean Residual) deutlich wird. Die hohen Faktorladungen (0.74 - 0.84) der einzelnen Indikatoren für die latenten Konstrukte in Abbildung 6 können als weiterer Hinweis für die Güte dieses Modells angesehen werden. Krueger wiederholte diese Modelltestung dann anschliessend mit zwei *split half* Zufallsstichproben, für Männer bzw. Frauen getrennt und für eine Substichprobe mit Personen, welche sich zum Zeitpunkt der Erhebung in psychotherapeutischer Behandlung befanden. Er konnte dabei für alle diese Substichproben, ausser der letzten, jeweils die beste Modellpassung für das dritte Modell replizieren. Für die Stichprobe mit den Personen in psychotherapeutischer Behandlung fand er die besten Kennwerte für das zweite Modell, welches jedoch lediglich durch die nicht-hierarchische Struktur des Internalisierenden Faktors vom Modell 3 abweicht.

Wie lässt sich nun dieser Befund von Krueger inhaltlich interpretieren? Zum einen zeigt er sehr deutlich, dass hinter der Komorbidität psychischer Störungen (hier für die

untersuchten zehn psychischen Störungen) eine systematische latente Struktur *verborgen* liegt, die nicht durch puren Zufall bedingt ist. Konkret haben nach diesem Befund Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit und Antisoziale Persönlichkeitsstörung mehr *miteinander* zu tun als mit Major Depression, Dysthymie, Generalisierter Angststörung und den phobischen Störungen. Weiterhin hat nach diesen Ergebnissen die Generalisierte Angststörung eine stärkere Affinität zu den Affektiven Störungen als zu den restlichen berücksichtigten Angststörungen. Dies wird deutlich in der Zuordnung der Generalisierten Angststörung zu dem *Ängstlich-Sorgenden Subfaktor* des Internalisierenden Faktors. Ein Befund, welcher der bisherigen Zuordnung der Generalisierten Angststörung zu den Angststörungen im DSM-IV widerspricht.

Obwohl die beiden übergeordneten Faktoren (internalisierend und externalisierend) nicht unabhängig voneinander sind, was an der recht hohen Interkorrelation von 0.51 deutlich wird, scheinen sie dennoch Ausdruck zweier klar unterscheidbarer latenter Faktoren zu sein, die das phänotypische Auftreten von Psychopathologie zumindest mitbedingen. Während der internalisierende Faktor nach Ansicht des Autors eher Ausdruck einer *nach innen gerichteten* Fehlanpassung an die Umwelt oder bestimmter Anforderungen zu sein scheint, stellt der externalisierende Faktor eher eine *nach aussen gerichtete* Fehlanpassung dar (Krueger, 1999).

In einer nachfolgenden Studie konnten Vollebergh et al. (2001) im Rahmen der *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studie* (NEMESIS) diesen Befund für eine vergleichbare Stichprobe replizieren. In der NEMESIS Studie wurden mit Hilfe eines standardisierten Interviews (dem *Composite International Diagnostic Interview*, CIDI) insgesamt über 7000 Personen der Allgemeinbevölkerung in den Niederlanden interviewt und das Auftreten psychischer Störungen erfasst. Allerdings berücksichtigten Vollebergh et al. im Gegensatz zu Krueger (1999) nur neun psychische Störungen, da die Antisoziale Persönlichkeitsstörung nicht mit erfasst werden konnte. Für diese neun psychischen Störungen berechneten sie dann ebenfalls die entsprechenden Korrelationskoeffizienten und testeten mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen, welches Modell die Daten am besten *erklären* kann. Genau wie Krueger (1999) fanden Vollebergh et al. (2001) die besten Fit Indices für das Modell mit dem externalisierenden und einen hierarchisch aufgebauten internalisierenden Faktor. Als Ausweitung der Befunde von Krueger (1999) konnten sie die gefundene Struktur in der Komorbidität psychischer Störungen auch auf 12-Monats-Prävalenzen erweitern. Aufgrund des längsschnittlichen Designs der NEMESIS Studie war es den Autoren weiterhin möglich, die zeitliche Stabilität ihrer Befunde zu überprüfen. Auch

diese Ergebnisse zeigten die besten Werte für das oben genannte Modell mit Stabilitätskoeffizienten von mindestens 0.85 für die einzelnen Faktoren. Im Sinne ihrer Ergebnisse kommen sie zu dem Schluss:

The results underline the argument for focusing on core psychopathological processes *rather than on their manifestation as distinguished disorders* in future population studies on common mental disorders.

s. Vollebergh et al. (2001, S. 597, Kursivsetzung S.T.)

Betrachtet man weitere Studien der nachfolgenden Jahre, gerade der Arbeitsgruppe um R.F. Krueger (Krueger et al. 1996, 1998, 2001, 2002, 2003), so ist zu erkennen, dass vor allem daran gearbeitet wurde, diese beiden übergeordneten Faktoren einer eher *internalisierenden* und einer eher *externalisierenden* Psychopathologie bestimmten Persönlichkeits- oder Temperamentsdimensionen zuzuordnen und dementsprechende empirische Konstruktvalidierungen für diese latenten Konstrukte aufzuzeigen.

In einer Studie aus dem Jahre 2001 untersuchten Krueger et al. dies an einer Population von über 1100 Teilnehmern der *Minnesota Twin-Family Studie* (MTFS). In dieser Studie wurden umfassende Daten von Zwillingen und ihren Eltern in den USA erhoben, um Aufschlüsse über die ätiopathogenetische Entwicklung von Substanzstörungen und anderen psychischen Störungen zu ermitteln. Da zum Untersuchungszeitpunkt der Studie von Krueger et al. (2001) die genauesten Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen bei den untersuchten Eltern vorlagen, analysierten sie die Daten für diese Gruppe aus der MTFS. Alle Studienteilnehmer durchliefen ein strukturiertes Interview (das *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*, SCID) zur Erfassung von Lebenszeitdiagnosen psychischer Störungen. Das Auftreten von Substanzstörungen bzw. Antisozialen Persönlichkeitszügen wurden mittels standardisierter Zusatzmodule erhoben (Krueger et al., 2001). Zusätzlich wurde im Rahmen von sogenannten *klinischen Konferenzen* unter Berücksichtigung der Angaben und Ergebnisse der klinischen Interviews die Reliabilität der Diagnosen überprüft und zu jedem einzelnen Fall die *dimensionale* Ausprägung der einzelnen Störungskategorien und Symptome in einer ordinalen Skala eingeschätzt. Dies erfolgte, um anhand der dimensionalen Ausprägungen der Störungskategorien Überprüfungen sowohl hinsichtlich der bivariaten Verteilung der Störungsvariablen zu ermöglichen, als auch die Berechnung der Korrelationen zwischen diesen Ausprägungen durchzuführen (es wurden also polychorische Korrelationen berechnet im Gegensatz zu tetrachorischen Korrelationen, wie in den vorher dargestellten Studien von



Krueger, 1999 oder Vollebergh et al., 2001). Daneben wurden in der MTFs Persönlichkeitsdimensionen mittels des *Multidimensional Personality Questionnaire* (MPQ; Tellegen, 2000) erhoben. Dieser Fragebogen besteht aus insgesamt 198 Items und seine Subskalen lassen sich insgesamt drei übergeordneten Faktoren zuordnen: einem Faktor für *Positive Emotionalität*, einem Faktor für *Negative Emotionalität* und einem dritten Faktor für *Constraint* (Zurückhaltung, Beschränkung).

Neben noch anderen in dieser Studie berichteten Ergebnissen sollen hier lediglich zwei Befunde dargestellt werden. In einem ersten Schritt ermittelten die Autoren die Faktorenstruktur für insgesamt acht psychische Störungen in der untersuchten Population. Sie taten dies anhand der dimensionalen Ausprägungen (s.o.) für die Major Depression, die Panikstörung, die Einfache Phobie, die Soziale Phobie, die Alkoholabhängigkeit, die Cannabisabhängigkeit, die Drogenabhängigkeit und die Antisozialen Persönlichkeitseigenschaften. Wiederum fanden sie, dass das Modell mit dem *Internalisierenden Faktor* (Major Depression, Panikstörung, Einfache und Soziale Phobie) und dem *Externalisierenden Faktor* (Alkohol-, Cannabis- und Drogenabhängigkeit sowie Antisoziale Persönlichkeitseigenschaften) die korrelativen Beziehungen zwischen den Störungen am besten erklären kann. Dies replizierten sie getrennt sowohl für die Gruppe der Männer (N=549) als auch für die Gruppe der Frauen (N=634).

Dann berechneten sie sogenannte „*componente scores*“ für Männer und Frauen auf dem Internalisierenden und dem Externalisierenden Faktor und korrelierten diese mit den Ausprägungen auf den Persönlichkeitseigenschaften, die mit dem MPQ erfasst wurden. Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse dieser Berechnungen.

Tabelle 8. Produkt-Moment Korrelationen zwischen dem internalisierenden bzw. externalisierenden Faktor und den Persönlichkeitsdimensionen in der Studie von Krueger et al. (2001).

Stichprobe	Positive Emotionalität	Negative Emotionalität	Constraint
Männer (N = 549)			
Internalisierender Faktor	0.00	<b>0.27*</b>	0.03
Externalisierender Faktor	-0.04	0.04	<b>-0.28*</b>
Frauen (N = 634)			
Internalisierender Faktor	<b>-0.12*</b>	<b>0.22*</b>	0.04
Externalisierender Faktor	0.02	0.00	<b>-0.20*</b>

Anmerkung: \* p<0.01

Die Korrelationen zwischen den übergeordneten Faktoren für Psychopathologie und den Persönlichkeitsdimensionen zeigen einen diskriminativen Zusammenhang zwischen

*Negativer Emotionalität* und dem *Internalisierenden Faktor* ( $r = 0.27$  bzw.  $0.22$ ) sowie *Constraint* und dem *Externalisierenden Faktor* ( $r = -0.28$  bzw.  $-0.20$ ). Weiterhin zeigt sich für die Variable *Positiver Emotionalität* und dem Internalisierenden Faktor, ein kleiner aber zwischen den Geschlechtern differenzierender Zusammenhang, mit einer Korrelation von  $r = -0.12$  für die Frauen und einer Null Korrelation für die Männer.

Diese Zusammenhänge zwischen den übergeordneten Psychopathologie-Faktoren mit den Ausprägungen auf Persönlichkeitsdimensionen sind für die Autoren ein weiterer Beleg dafür, dass sich hinter dem Phänomen der Komorbidität psychischer Störungen latente Strukturen verbergen, die das Auftreten von Komorbidität bedingen und als „*basic dimensions of temperamental variation*“ begriffen werden können. Diese wären nach Ansicht der Autoren *unspezifische* im Temperament oder der Persönlichkeit *angelegte* Risikofaktoren, die für die Entwicklung von psychopathologischen Symptomen mitverantwortlich sind und mit spezifischen Risikofaktoren in entsprechenden Vulnerabilitätsmodellen interagieren (Kraemer et al. 1997; Krueger et al. 2001). Empirische Untersuchungen zu diesen *unspezifischen* Faktoren sollten dementsprechend das komorbide Auftreten psychischer Störungen berücksichtigen, wie es in dem Ansatz von Krueger getan wird. Die hohen Heritabilitäten sowie die längsschnittliche Stabilität von Persönlichkeitsdimensionen sind dabei für die Autoren ein weiterer Hinweis, solche Faktoren vermehrt bei der Untersuchung von psychischen Störungen in entsprechenden Modellen zu berücksichtigen und sie mit der hierarchischen Struktur von psychopathologischen Symptomen, Syndromen oder Diagnosen in Verbindung zu setzen. Die prognostische Validität solcher Persönlichkeitsdimensionen im Gegensatz zu einer reinen kategorialen Diagnostik konnten sie in einer längsschnittlichen Studie dabei ebenfalls nachweisen (Krueger et al. 1998).

Ein Nachteil der bisher angeführten Befunde zur Struktur psychischer Störungen ist jedoch, dass stets nur eine limitierte Gruppe von psychischen Störungen untersucht wurde. Die Gründe hierfür liegen, bei der Durchsicht der Studien und der angeführten Argumente der Autoren, vor allem in der geringen Prävalenz anderer psychischer Störungen in den untersuchten Populationen. Eine Ausweitung auf andere psychische Störungen erfolgte bislang nur sporadisch und in einzelnen Arbeiten.

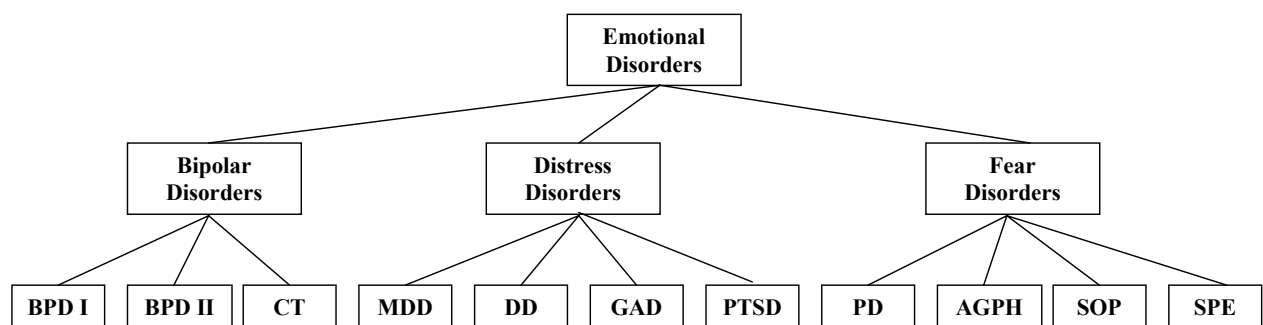
Cox et al. (2002) untersuchten beispielsweise anhand von Daten des *National Comorbidity Survey* (NCS, s.o.) die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) und ihre *Verortung* in einer entsprechenden Struktur psychischer Störungen. Sie analysierten dafür in einer Substichprobe des NCS ( $N=5877$ ) mittels explorativer Faktorenanalyse die resultierende

Struktur für die Komorbiditäten zwischen Major Depression, Dysthymie, Panikstörung, Einfacher und Sozialer Phobie, Generalisierter Angststörung, Alkohol- und Drogenabhängigkeit und Antisozialer Persönlichkeitsstörung sowie eben PTSD. Als Kriterien dieser Faktorenanalyse legten sie Eigenwerte über einem Wert von 1 für die Faktorenextraktion an und die Faktoren wurden aufgrund der Annahme einer Korrelation zwischen den latenten Faktoren oblique rotiert. Die Ergebnisse dieser Analysen zeigten eine drei-faktorielle Lösung, welche insgesamt 46,6% der Varianz aufklären konnte. Ermittelt werden konnte ein erster sogenannter *Furcht-Faktor* auf dem Agoraphobie, Panikstörung und Einfache bzw. Soziale Phobie hohe Faktorladungen zeigten (.47-.71). Ein zweiter Faktor, auf dem vor allem Alkohol-, Drogenabhängigkeit und Antisoziale Persönlichkeitsstörung hoch luden (.70-.74) und ein dritter *Ängstlich-Sorgender Faktor*, auf dem Major Depression, Dysthymie und die Generalisierte Angststörung hohe Faktorladungen aufwiesen (.68-.83). Diesem Faktor konnte als Neuerung auch die PTSD mit einer Faktorladung von .39 zugeordnet werden. Neben den Lebenszeitdiagnosen zeigte sich dieses Ergebnis dabei auch für die 12 Monats-Prävalenzen. Damit bestätigte sich nicht nur die schon bekannte Unterscheidung in einen *Externalisierenden* und einen *Internalisierenden Faktor* auch für diese Analysen, sondern es konnten erste Hinweise dafür gefunden werden, dass die PTSD von der Komorbiditätsstruktur her, eher dem *Ängstlich-Sorgenden Subfaktor* des Internalisierenden Faktors zuzuordnen ist. Obwohl die Faktorladung mit .39 nicht so hoch ist wie z.B. für die Dysthymie (.83), muss die PTSD aufgrund dieser Analysen jedoch eindeutig den Affektiven Störungen und der Generalisierten Angststörung zugeordnet werden und nicht den sonstigen Angststörungen, wie es im DSM eigentlich angegeben ist. Replikationen und Weiterführungen der Verbindung von PTSD und diesem Subfaktor stehen allerdings noch aus.

Einen Versuch die Forschung für weitere Modellvorstellungen mit zusätzlichen psychischen Störungen zu berücksichtigen, stellt die Übersichtsarbeit von Watson (2005) dar. Er setzt sich in seiner Arbeit vor allem mit den Erkenntnissen zu einer hierarchischen Struktur der Angststörungen und Affektiven Störungen auseinander. Nach einer Zusammenfassung der angeführten Befunde von Krueger und seinen Mitarbeitern diskutiert er vor allem die Befunde zur PTSD, der Zwangsstörung und den Bipolaren Störungen und stellt ein hierarchisches Modell auf, welches diese Befundlage integriert.

In diesem integrativen Modell ordnet er zunächst die verschiedenen Angststörungen und Affektiven Störungen einem zentralen Faktor, den er *Emotional Disorders* nennt, unter. Dieser Faktor besteht aus insgesamt drei Subfaktoren, nämlich dem der *Bipolar Disorders*

(Bipolare Störungen I und II sowie Zykllothymie), dem der sogenannten *Distress Disorders* (Major Depression, Dysthymie, Generalisierte Angststörung und PTSD) und dem der *Fear Disorders* (Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie und Spezifische Phobie). Die Gruppe der *Distress Disorders* ist nach Sichtung der empirischen Literatur von Watson (2005) vor allem durch das Erleben von starker nicht-spezifischer negativer Emotionalität geprägt und geht bei den betroffenen Personen vor allem mit einem starken Erleben von *Distress* (subjektivem Leid, Kummer oder Elend) einher, was Watson zu der Namensänderung im Gegensatz zu dem *Ängstlich-Sorgenden Faktor* bei Krueger (1999) motiviert hat. Die *Fear Disorders* entsprechen dem *Furcht-Faktor* in den Modellen von Krueger. Als Neuerung kommt der eigenständige Faktor für die *Bipolar Disorders* hinzu. In Abbildung 7 ist zur Veranschaulichung der hierarchischen Anordnung von Watson (2005) diese nochmals graphisch dargestellt.



*Anmerkung:* BPD I: Bipolare Störungen I, BPD II: Bipolare Störungen II, CT: Zykllothymie, MDD: Major Depression; DD: Dysthymie, GAD: Generalisierte Angststörung, PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, PD: Panikstörung, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie.

Abbildung 7. Strukturmodell für Angststörungen und Affektive Störungen nach Watson (2005).

Für die PTSD kommt Watson anhand der von ihm gesichteten empirischen Literatur zu dem Schluss, dass die wenigen Befunde (s.o. Cox et al., 2002) am ehesten für eine Zuordnung der PTSD zu den *Distress Disorders* sprechen. Unklar bleibt allerdings, ob nicht die *Binnenstruktur* der PTSD-Symptomatik (also die Unterscheidung von den vier *Dimensionen*: Intrusionen, Vermeidung, Dysphorie und Hyperarousal, welche bei der PTSD auftreten) dabei eine massgebliche Rolle spielen und Analysen, welche nur eine kategoriale Definition der PTSD berücksichtigen, diesen Umstand vernachlässigen. So berichtet Watson von einer Studie von Simms et al. (2002) in der vor allem der Subfaktor Dysphorie der PTSD den engen Zusammenhang zu den Affektiven Störungen bzw. der Generalisierten Angststörung aufzeigt und die anderen drei Subfaktoren, wie zum Beispiel die Vermeidung

oder das Hyperarousal der PTSD, diesen Zusammenhang weniger gut unterstützen und eher für einen Zusammenhang mit den Angststörungen sprechen. So ist Vermeidung ja auch eher ein zentrales Merkmal phobischer Störungen und das Hyperarousal ist vor allem ein zentrales Merkmal der Panikstörung (Brown et al., 1998).

Hinsichtlich der Zwangsstörungen sehen die bisherigen empirischen Befunde noch bescheidener aus als für die PTSD, und Watson führt hier lediglich einen Befund an, welcher sich auf eine persönliche Kommunikation mit T. Slade stützt, einem der federführenden Forscher des *Australian National Survey of Mental Health and Well-Being*. Im Rahmen dieser Studie an über 40.000 Personen der Allgemeinbevölkerung in Australien zeigten sich am ehesten Verbindungen der Zwangsstörung zu den phobischen Störungen, also dem sogenannten *Furcht-Faktor*. In einer eigenen empirischen Analyse an insgesamt 559 ehemaligen Soldaten des ersten Golfkrieges zeigt Watson dann ebenfalls eine Zuordnung der beiden für die Zwangsstörung zentralen Symptombereiche (*Zwangshandlungen* und *Zwangsgedanken*) zu dem *Furcht-Faktor*. Für diese Analysen extrahierte Watson in der Stichprobe insgesamt 11 Symptomskalen, welche der Major Depression, der Panikstörung, der Sozialen und Spezifischen Phobie oder den Substanzstörungen zugeordnet werden konnten und den zwei Symptombereichen für die Zwangsstörung. In einer explorativen Faktorenanalyse fand er dann eine drei-faktorielle Lösung, welcher der Aufteilung in einen *Externalisierenden* und einen hierarchisch aufgeteilten *Internalisierenden Faktor* entspricht und die beiden Symptomskalen der Zwangsstörung mit Faktorladungen von .53 und .43 auf dem *Furcht-Faktor* laden. Dieser Befund konnte jedoch im Rahmen der NEMESIS Studie (s.o.) nicht bestätigt werden, so dass eine genaue Zuordnung der Zwangsstörung zu dem jetzigen Zeitpunkt noch aussteht (Watson, 2005). Ähnlich wie für die PTSD kommt Watson (2005) auch für die Zwangsstörung zu dem Schluss, dass wahrscheinlich die heterogene Binnenstruktur der Zwangsstörungen eine genauere Verortung dieser Störungsgruppe in das bislang bestehende Schema von Krueger (1999) verhindert. So führt er Befunde an, die anhand von Fragebögen zur Erfassung von Zwangsstörungen ermittelt wurden, und für eine vier-faktorielle Lösung der *Binnenstruktur* von Zwangsstörungen sprechen (*obsession* und *checking*, *symmetry* und *ordering*, *cleanliness* und *washing*, *hoarding*; s. Leckman et al. 1997). Diese Subkomponenten gehen dann natürlich bei einer rein kategorialen Auswertung, wie etwa in der NEMESIS Studie, verloren. Entsprechend dieser Unklarheiten taucht die Zwangsstörung auch in der Struktur von Watson in Abbildung 7 nicht auf.

Nach Sichtung der Literatur wurden die Befunde für die Bipolaren Störungen bislang ebenfalls noch nicht in entsprechenden Modellen berücksichtigt, was auf mindestens zwei

Umstände zurückzuführen ist: Zum einen verhindern die Ausschlusskriterien des DSM eigentlich die Kodierung einer unipolaren affektiven Störung (z.B. der Major Depression) wenn bereits die „Kriterien für eine manische, gemischte oder hypomanische Episode irgendwann erfüllt wurden“ (APA, 1994) und können nur bei einem Übergehen dieses Ausschlusskriteriums erfasst werden und zum anderen zeigen die Bipolaren Störungen eine relativ geringe Prävalenz in entsprechenden epidemiologischen Stichproben. Daher reanalyzierte Watson (2005) in seiner Arbeit die bereits von Cox et al. (2002) analysierten Daten zur PTSD aus dem *National Comorbidity Survey* und ergänzte sie um die Lebenszeitprävalenzen der Bipolaren Störungen. Eine explorative Faktorenanalyse über diese Korrelationen hinweg ergab dann wiederum die bekannte drei-faktorielle Lösung (einen *Furcht-Faktor*, einen *Ängstlich-Sorgenden Faktor* und einen *Externalisierenden Faktor*). Die Bipolaren Störungen liessen sich jedoch mit Faktorladungen von .29 bzw. .33 und .29 keinem dieser übergeordneten Faktoren eindeutig zuordnen. Daher spricht für Watson im Moment alles dafür, die Bipolaren Störungen eher als einen eigenständigen Faktor in dem von ihm propagierten Modell zu verstehen (s. Abbildung 7).

Die Ausweitung dieser oben beschriebenen Modellansätze auf andere psychische Störungen wie etwa die Essstörungen, die Somatoformen Störungen oder Persönlichkeitsstörungen in dieses Schema ist bislang nach Kenntnis des Autors noch nicht erfolgt. Ebenso fehlt, trotz der über verschiedene Populationen und Instrumente hinweg ermittelten Struktur psychischer Störungen in einen eher *Externalisierenden* und einen *Internalisierenden Faktor*, eine genaue *metaanalytische* Replikation der Befunde von Krueger (1999).

Entsprechend dieses Hintergrunds sind die in dem folgenden Kapitel dargestellten Fragestellungen für die vorliegende Arbeit formuliert.

## 3. Fragestellungen

Die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit lassen sich in zwei Bereiche unterteilen. Sie beziehen sich zum einen auf eine metaanalytische Überprüfung der in Kapitel 2.4. dargestellten Befunde zur Struktur der Komorbidität psychischer Störungen und zum anderen auf die Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung psychischer Störungen. Die Fragestellungen sind bewusst explorativ gehalten und jeweils zwei bzw. drei übergeordneten Fragen zugeordnet:

### 3.1. Metaanalyse

*Fragestellung 3.1.1.:* Kann der Befund von Krueger (1999) zu den psychischen Störungen Major Depression, Dysthymie, Generalisierte Angststörung, Soziale Phobie, Einfache Phobie, Agoraphobie, Panikstörung, Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit und Antisoziale Persönlichkeitsstörung mit metaanalytisch gewonnenen Daten repliziert werden?

➤ s. Kapitel 6.1.1.

*Fragestellung 3.1.2.:* Wie gestaltet sich die Faktorenstruktur bei der Berücksichtigung von weiteren psychischen Störungen?  
(*Bipolare Störungen, Zwangsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Störungen, Essstörungen, Schlafstörungen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen*)

➤ s. Kapitel 6.1.2.

## 3.2. Fragebogenentwicklung

*Fragestellung 3.2.1.:* Kann ein Fragebogen entwickelt werden, der einen Grossteil der Achse I Störungen aus dem DSM-IV *inhaltlich* valide und verständlich erfasst?

➤ s. Kapitel 6.2.1.

*Fragestellung 3.2.2.:* Bildet dieser Fragebogen die erfassten Achse I Störungen *diagnostisch* valide ab?

➤ s. Kapitel 6.2.2.

*Fragestellung 3.2.3.:* Wie gestaltet sich die Faktorenstruktur bzw. Komorbidität psychischer Störungen für Daten, die mit diesem Fragebogen erhoben wurden?

➤ s. Kapitel 6.2.3.



## 4. Methode und Durchführung I (Metaanalyse)

### 4.1. Aufarbeitung und Dokumentation der empirischen Literatur

In einem ersten Arbeitsschritt musste die empirische Literatur zum Thema der Komorbidität psychischer Störungen und der mit ihr einhergehenden Befunde möglichst umfassend aufgearbeitet werden. Das Resultat der Aufarbeitung der konzeptuellen und für die hier vorliegende Arbeit relevanten Literatur ist in den vorherigen Kapiteln dargestellt. In bezug auf die empirische Literatur mussten für eine Literaturrecherche und -selektion spezifische Kriterien angelegt werden, um die gefundenen Studien und Ergebnisse in die nachfolgenden Analysen ein- bzw. ausschliessen zu können. Ein solches Vorgehen entspricht dabei dem gängigen Verfahren bei metaanalytischen Arbeiten (Cooper & Hedges, 1994; Rustenbach, 2003). Die genaue Sichtung, Auswertung und Aufbereitung der empirischen Literatur stellte damit die grundlegende Voraussetzung für den anschliessenden Arbeitsschritt der vorliegenden Arbeit dar.

Ein grundlegendes Problem metaanalytischer Ansätze und Verfahren ist das Ermitteln einer repräsentativen Stichprobe von berücksichtigten empirischen Arbeiten (Rustenbach, 2003). Die konkrete Suche nach solchen Arbeiten lässt sich dabei als ein Oszillieren zwischen den beiden Polen des „Recall“ und der „Precision“ beschreiben. Recall bedeutet hierbei die Identifikation von möglichst allen relevanten Studien und Ergebnisse zu einer Fragestellung und Precision bedeutet hingegen die möglichst präzise Eingrenzung der relevanten Quellen und Ergebnisse und ist zu verstehen als das Verhältnis von berücksichtigten Studien zur Gesamtheit der ermittelten Studien und Ergebnisse. Eine metaanalytische Arbeit zu dem Phänomen der Komorbidität psychischer Störungen ist von diesen Voraussetzungen in vielerlei Hinsicht betroffen, da die empirische Literatur zu diesem Thema unter sehr unterschiedlichen Themenbereichen zu finden ist und somit den potentiellen Realbestand an zu berücksichtigenden Arbeiten enorm vergrössert (so finden sich Befunde zur Komorbidität psychischer Störungen zum Beispiel in klinischen Untersuchungen zur Wirksamkeit von Psychopharmaka aber auch in epidemiologischen Studien an der Allgemeinbevölkerung und stellen oftmals nur einen Nebenbefund der Hauptfragestellungen solcher Untersuchungen dar). Um diesem Problem gerecht zu werden, wurden für die folgende Recherche vor allem zwei Punkte berücksichtigt: 1. alle Selektionsprozeduren wurden explizit und transparent dokumentiert, um ein späteres Nachvollziehen einsichtig zu machen und es wurde 2. sowohl eine „allgemeine Suche“ mit breiteren Kriterien als auch eine „störungsspezifische Suche“ mit

engeren Suchkriterien verknüpft. Für die Literatursuche wurde auf die kombinierten Datenbanken von *ERL\*WebSPIRS\*5*<sup>©</sup> zurückgegriffen. Dies erfolgte, um möglichst umfassend sowohl aus dem deutsch- als auch englischsprachigen Raum alle relevanten Arbeiten und Publikationen zu erfassen.

Die erste wichtige Entscheidung, die getroffen werden musste, war die Frage nach dem berücksichtigten Zeitfenster. Nach Sichtung der vorherigen Klassifikationssysteme (ICD 9, DSM III etc.) wurde die Entscheidung getroffen, eine entsprechende Literaturrecherche auf die Jahre nach 1994, also dem Erscheinen des DSM-IV im englischen Sprachraum, zu beschränken. Dies erfolgte anhand der Überlegungen, dass erstens eine Vergleichbarkeit hinsichtlich der Operationalisierung psychischer Störungen der Studien gewährleistet sein sollte und zweitens eine Ausdehnung des Zeitfensters über 1994 die Anzahl der gefundenen Arbeiten in einem nicht mehr zu bewältigendem Mass vergrößert hätte. Im Rahmen einer ersten eher breiten und „allgemeinen Suche“, wurden dann folgende Parameter für die Suche über die kombinierte Datenbanksuchmaschine von *ERL\*WebSPIRS\*5*<sup>©</sup> mit folgenden Optionen gewählt:

- eine so genannte „Advanced Search“ (Kombination von Begriffen, Datenbanken und Bereichen)
- berücksichtigte Datenbanken:
  1. SilverPlatter MEDLINE(R) 1984-1988 *bis* MEDLINE(R) In-Process & Other Citations April Wk 2 2004/04
  2. PSYINDEXplus - Lit.& AV 1977-2004/03
  3. PsycINFO 1985-1987 *bis* PsycINFO Weekly 2004/04 Week 2<sup>5</sup>

Für die drei integrierten Datenbanken wurden spezifische Suchkriterien angelegt, da sie sich hinsichtlich des Entdeckens zum Beispiel deutscher Arbeiten unterscheiden. Für die Datenbank **SilverPlatter MEDLINE(R)** und **PsycINFO** wurde die Suche für das Auftreten spezifischer **englischer** Begriffe gewählt. Die Suche im **PSYINDEXplus** wurde jeweils mit den **deutschen** Begriffen durchgeführt (dieses Vorgehen wurde auch für alle weiteren Suchprozeduren aufrechterhalten). Diese erste und breite Suche erfolgte anhand der englischen Stichworte („comorbid\*“ or „co-occurren\*“ or „coocurren\*“) für Medline und PsycINFO und dem deutschen Begriff „Komorbid\*“ für PSYINDEXplus. Die Suchbereiche in der Suchmaschine wurden folgendermassen ausgewählt:

**MEDLINE(R):** Title(TI) or Keyword(KW)

**PsycINFO:** Title(TI) or Table of Contents(TC)

**PSYINDEXplus:** Title(TI) or Descriptors in German(DG)

---

<sup>5</sup> Die Datenbanken liessen sich zeitlich nicht anders beschränken. Es wurden jedoch in diesem ersten Schritt nur Arbeiten ab 1994 berücksichtigt.

Dieser erste Analyseschritt sollte eine erste Groborientierung liefern hinsichtlich des weiteren Vorgehens und in der folgenden Tabelle sind die gefundenen Trefferzahlen angeführt:

Tabelle 9. Trefferanzahl der ersten „allgemeinen Suche“.

Suchbegriffe	Medline(R)	PsycINFO	PSYINDEX
“comorbid*” or “co-occur*” or “cooccur*”	2187	1985	--
„Komorbid*“	--	--	186

Anmerkung: Suchergebnisse für die „allgemeine Suche“ ab 1994; (“comorbid\*” or “co-occur\*” or “cooccur\*”) in **MEDLINE(R)**: Title(TI) or Keyword(KW), **PsycINFO**: Title(TI) or Table of Contents(TC) oder „Komorbid\*“ in **PSYINDEXplus**: Title(TI) or Descriptors in German(DG).

In einem nächsten Schritt wurden die gefundenen Studien hinsichtlich doppelter Angaben und Überschneidungen überprüft und im Rahmen einer Endnote<sup>©</sup> Datei angelegt. Eine nächste „störungsspezifische Suche“ mit engeren Kriterien bezog sich dann auf die Suche nach Studien, welche sich mit einzelnen Störungen bzw. Störungsgruppen befassen. Hierzu wurden auf der einen Seite zwar konkretere Suchbegriffkombinationen angewandt, auf der anderen Seite aber der Suchbereich erweitert. Dies erfolgte über die Berücksichtigung der *Abstracts* in den Optionen der Suchmaschine. Die Bezeichnungen für die Störungen wurden dabei aus dem DSM-IV bzw. der ICD-10 übernommen und mit den bereits oben benutzten Suchbegriffen kombiniert. So wurden zum Beispiel für die Affektiven Störungen die Suchbegriffe folgendermassen kombiniert<sup>6</sup>:

*für die englischsprachige Suche:*

“(comorbid\* or co-occur\* or cooccur\*) **and** (Bipolar Dis\* **or** Bipolar I Disord\* **or** Bipolar II Disord\* **or** Cyclothymic Disord\* **or** Dysthymic Disord\* **or** Major Depressive Disord\* **or** Manic Episo\* **or** Bipolar affective disord\* **or** Depressive epis\* **or** Recurrent depressive disor\* **or** Cyclothymia **or** Dysthymia)”,

*und für die deutschsprachige Suche:*

“(Komorbid\*) **and** (Depressive Störung\* **or** Bipolare Störun\* **or** Major Depressi\* **or** Zykllothyme Stör\* **or** Dysthyme Stör\* **or** manische Episo\* **or** bipolare affektive Störu\* **or** depressive Epis\* **or** rezidivierende depressive Stör\* **or** Zykllothymia **or** Dysthymia)“.

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse für diese Suche.

<sup>6</sup> Entsprechend wurde die Suche für die anderen Störungen mit den Störungsbezeichnungen aus dem DSM und der ICD durchgeführt, s. Anhang A für alle Störungsbezeichnungen dieser Suchprozedur.

Tabelle 10. Trefferanzahl der ersten „störungsspezifischen Suche“.

Störungsgruppe	Medline(R)	PsycINFO	PSYINDEX
psychotrope Substanzen	1311	1310	50
Schizophrenie	485	497	51
Affektive Störungen	956	893	15
Angststörungen	579	615	34
Somatoforme Störungen	180	202	7
Essstörungen	328	370	33
Schlafstörungen	145	84	3
Anpassungsstörungen (o. PTSD)	32	26	1
Persönlichkeitsstörungen	684	813	--

Anmerkung: Suchergebnisse für die „störungsspezifischen Suchbegriffe“ ab 1994 in: **MEDLINE(R)**: ABSTRACT(AB); **PsycINFO**: ABSTRACT(AB) und **PSYINDEXplus**: ABSTRACT GERMAN(ABG).

Auch die so gefundenen Referenzen wurden hinsichtlich Überschneidungen und doppelter Angaben überprüft und in einer Endnote<sup>©</sup> Datei angelegt. In einem nächsten Schritt wurden die durch diese getrennten Suchprozeduren gefundenen Referenzen in einer gesamten Endnote-Datei zusammengeführt und es erfolgte eine erste Selektion anhand der Titelangaben. Um weiter berücksichtigt zu werden, mussten die Referenzen mindestens folgenden Kriterien genügen:

- *publiziert nach 1994*
- *Diagnosen gemäss DSM IV, III-R oder ICD 10*
- *deutsch oder englischsprachig*
- *Ausrichtung auf psychische Störungen und kein Focus auf medizinischen Erkrankungen, Medikamenten etc.*
- *Artikel und keine Buchkapitel (Reviews wurden noch berücksichtigt)*
- *keine spezifischen Risikogruppen (wie z.B. Schwangere, HIV-Infizierte, Adoleszenten-Randgruppen, Obdachlose, Kinder von Erkrankten etc.)*

Diese erste Selektion nach Augenscheinvalidität anhand der Titelangaben führte zu einer weiteren Reduzierung der Referenzen und es wurden insgesamt **1327** Angaben identifiziert, welche weiterhin den Auswahlkriterien entsprachen. Um die so gefundenen Referenzen nun besser beurteilen zu können, wurden die jeweiligen *Abstracts* der Arbeiten herangezogen und wiederum die oben angeführten Kriterien bei einem weiteren Selektionsschritt angelegt. Als zusätzliches Kriterium wurde allerdings noch die Bedingung angelegt, dass sich für die untersuchten psychischen Störungen *Vierfelderhäufigkeiten* berechnen lassen konnten. Dies erfolgte aufgrund der Überlegung, dass nur mittels solcher

Vier-Felder-Häufigkeiten tetrachorische Korrelationskoeffizienten berechnet werden können (s. Kapitel 4.2.). Die Durchsicht der *Abstracts* und der jeweiligen Angaben aus den 1327 oben zitierten Referenzen mit den so angelegten Kriterien ergab eine neue Zahl von insgesamt 300 weiterhin berücksichtigten Referenzen, welche die Grundlage für die ausführliche Dokumentation und Auswertung bildeten. In Abbildung 8 ist die gesamte Suchprozedur im Überblick dargestellt:

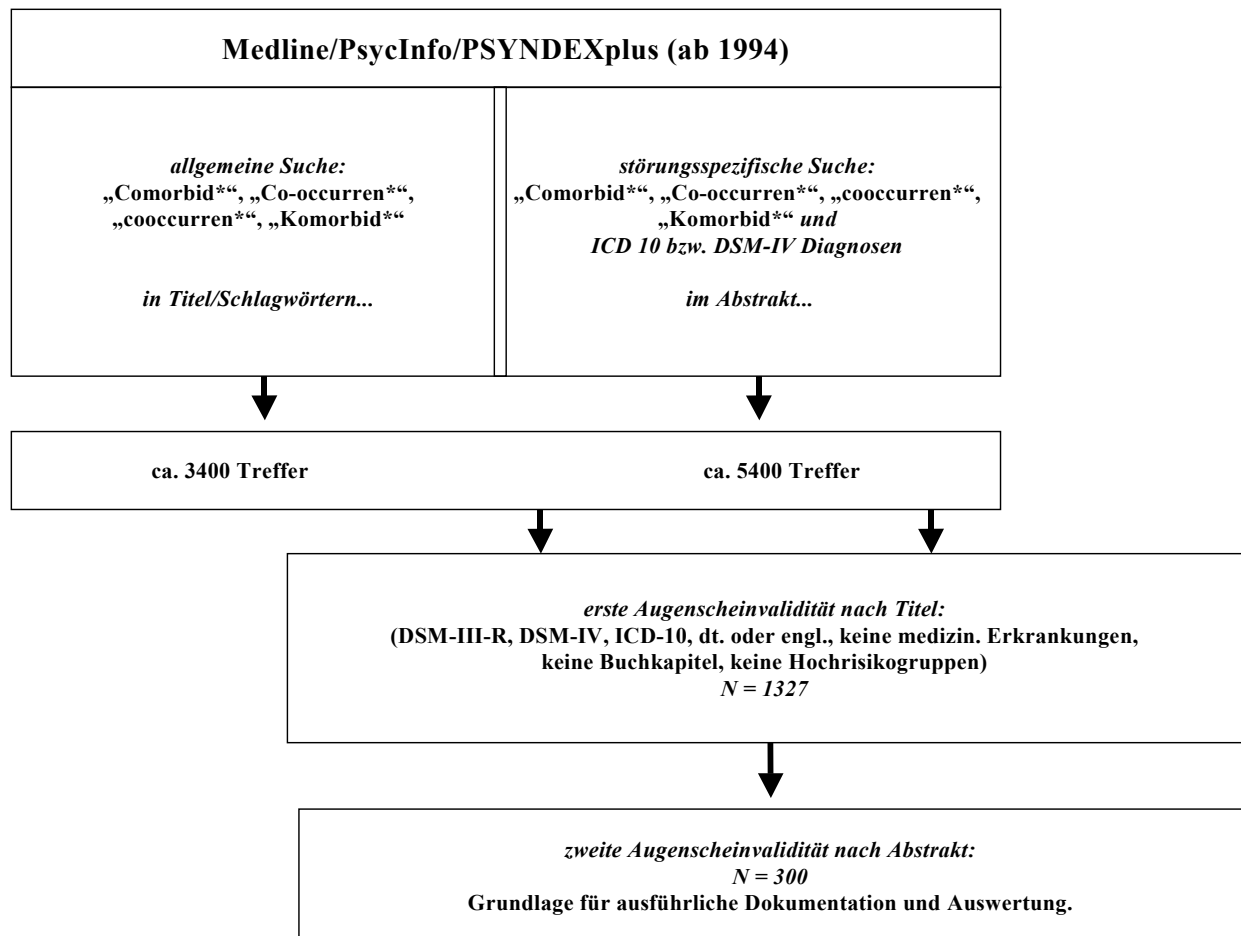


Abbildung 8. Schematische Darstellung der Literatursuche und der resultierenden Trefferzahlen.

## 4.2. Berechnung der Korrelationskoeffizienten und statistische Auswertung

Die so gefundenen 300 Referenzen wurden nun, falls sie noch nicht als kompletter Text vorlagen, besorgt und bildeten die Grundstichprobe der weiteren Auswahlprozedur. Die Referenzen wurden in einer Übersichtstabelle zusammengefasst (s. Anhang F), in welcher die spezifischen Merkmale jeder einzelnen Referenz angeführt wurden, um die anschließenden Arbeitsschritte zu beschleunigen. Diese Übersichtstabelle umfasst Angaben zur Stichprobe, dem Erhebungsinstrument, den berücksichtigten Störungen und dem Zeitfenster der berichteten Prävalenzen bzw. Komorbiditäten psychischer Störungen. Diese insgesamt 300 Referenzen wurden nun dahingehend durchgearbeitet, ob aus den in ihnen angeführten Daten tetrachorische Korrelationskoeffizienten für die einzelnen Störungskombinationen berechnet werden konnten. Die Berechnung dieser Koeffizienten erfordert Angaben über die Prävalenzen also Häufigkeiten der einzelnen Störungen, sowie Angaben zur prozentualen Komorbidität mit der jeweils anderen Störung. Falls dies möglich war, wurde der entsprechende Korrelationskoeffizient ( $r_{tet}$ ) berechnet. Die Abbildung 9 verdeutlicht die benötigten Häufigkeiten und die Formel 1.1. zeigt die Formel welche für die Berechnung des Korrelationskoeffizienten herangezogen wurde (Bortz, 2005).

Störung. 1? Störung. 2?	Ja	Nein
Ja	<b>a</b>	<b>b</b>
Nein	<b>c</b>	<b>d</b>

Abbildung 9. Benötigte Häufigkeiten zur Ermittlung der tetrachorischen Korrelation zwischen zwei Störungskategorien.

Formel 4.1.:

$$r_{tet} = \cos \frac{180^\circ}{1 + \sqrt{\frac{b \times c}{a \times d}}}$$

Waren diese Häufigkeiten in den Referenzen angegeben oder konnten rekonstruiert werden, so wurden diese in ein weiteres Tabellenformat überführt (für ein entsprechendes Vorgehen vgl. z.B. Arngold & Costello, 2004). Diese Tabelle ermöglichte dann eine zusammenfassende Darstellung der resultierenden Korrelationskoeffizienten für alle

berücksichtigten Störungskombinationen. Um die einzelnen Koeffizienten zusammen zu fassen, wurden sie mittels folgender Gleichung in Fisher-Z-Werte transformiert:

$$\text{Formel 4.2.:} \quad Z = \frac{1}{2} \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)$$

Um die unterschiedliche Grösse der untersuchten Populationen zu berücksichtigen, wurde bei der Zusammenfassung der einzelnen Fisher-Z-Werte, die in Formel 4.3. dargestellte Gleichung angewandt. Sie bewirkt, dass Fisher-Z-Werte, welche auf einer grossen Stichprobe beruhen, stärker in den resultierenden Gesamtwert eingehen als Fisher-Z-Werte, welche aus eher kleinen Stichproben resultieren.

$$\text{Formel 4.3.:} \quad Z_{ges} = \frac{\sum_{j=1}^k (n_j - 3) * Z_j}{\sum_{j=1}^k (n_j - 3)}$$

Die so resultierenden Fisher-Z-Gesamtwerte wurden dann wieder in einen Korrelationskoeffizienten zurück transformiert, welcher als mittlere Korrelation zweier Störungen in die Korrelationsmatrix einging und die Grundlage der faktorenanalytischen Auswertung bildete (Bortz, 2005). Die faktorenanalytische Auswertung der ermittelten Korrelationsmatrix wurde in zwei Schritte unterteilt. In einem ersten Schritt wurde entsprechend einer Replikation der Arbeit von Krueger (1999) die Korrelationsmatrix mit den von ihm berücksichtigten Störungen überprüft. Dies erfolgte mit Hilfe einer explorativen Faktorenanalyse. Für diese Analyse wurden lediglich *epidemiologische Studien* (Personen der Allgemeinbevölkerung) aus den Referenzen berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurde eine Korrelationsmatrix untersucht, welche hinsichtlich der berücksichtigten psychischen Störungen über die Arbeit von Krueger (1999) hinausgeht. Für diese Analysen wurden aus den 300 Referenzen auch *klinische Populationen bzw. Stichproben* berücksichtigt. Die Auswertungen erfolgten alle mit dem Statistikprogramm SPSS 14.0.

## 5. Methode und Durchführung II (Fragebogenentwicklung)

Die Entwicklung und Validierung eines Selbstbeurteilungsinstruments zur Erfassung psychischer Störungen bildete den zweiten Teil der vorliegenden Arbeit. Dieser Fragebogen soll spezifische Informationen über das aktuelle komorbide Auftreten von Achse-I Störungen nach dem DSM-IV valide abbilden können und damit bereits zu Beginn einer (z.B. psychotherapeutischen) Behandlung ein genaueres diagnostisches Bild hinsichtlich der Störungsbelastung des Patienten liefern. Im folgenden Teil wird daher die Entwicklung und das Vorgehen bei der Validierung dieses Fragebogens erläutert.

### 5.1. Inhaltliche Validität

Als erstes mussten, um die inhaltliche Validität des Fragebogens zu gewährleisten, die Items für den Fragebogen konstruiert und evaluiert werden. Daher wurden in einem ersten Schritt die Kriterien, der einzelnen aus dem DSM-IV berücksichtigten Störungen, in ein Itemformat übersetzt. Die Tabelle 11 zeigt die aus dem DSM in diesem ersten Schritt berücksichtigten Störungen und die resultierende Itemanzahl. Bei der Übersetzung der Störungskriterien wurde so vorgegangen, dass pro Kriterium maximal 2 Items resultierten, möglichst alle Achse I-Störungen des DSM-IV integriert wurden und sich die Itemformulierungen möglichst nahe am DSM-IV Wortlaut orientierten.



Tabelle 11. Itemanzahl und Störungskategorien der ersten Itemversionen.

Störungskategorie	Itemanzahl	Störungskategorie	Itemanzahl
Major Depression (Episode)	10	Somatisierungsstörung	5
Manische Episode	8	Konversionsstörung	2
		Schmerzstörung	2
Substanzmissbrauch	4	Hypochondrie	2
Substanzabhängigkeit	9	Körperdysmorphie Störung	1
Panikattacke	14	Störung mit verminderter sexueller	
Panikstörung	4	Appetenz	1
Agoraphobie	3	Störung mit sexueller Aversion	1
Spezifische Phobie	5	Störung der sexuellen Erregung	1
Soziale Phobie	4	Orgasmusstörung	1
Zwangsstörung	12	Ejaculatio Praecox	1
Posttraumatische			(+1)*
Belastungsstörung	18		
Akute Belastungsstörung	9	Anorexia Nervosa	5
Generalisierte Angststörung	8	Bulimia Nervosa	3
		Primäre Insomnie	1
		Primäre Hypersomnie	1
		Anpassungsstörung	2

\*Anmerkung: den sexuellen Störungen wurde ein Item zur resultierenden Funktionsbeeinträchtigung hinzugefügt.

Diese Items wurden in einem ersten Validierungsschritt sowohl hinsichtlich ihrer Übereinstimmung mit dem DSM-IV als auch ihrer Verständlichkeit überprüft. Um die Übereinstimmung mit den DSM-Kriterien zu evaluieren, wurden 25 erfahrene Psychotherapeuten aus der Schweiz kontaktiert und ihnen anschliessend ein entsprechendes Anschreiben sowie die aufbereiteten Items mit den gegenübergestellten DSM-Kriterien zugesandt (s. Anhang B). Von diesen Psychotherapeuten waren 11 direkt mit dem Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern assoziiert und 14 fungierten als anerkannte Selbsterfahrungstherapeutinnen oder Supervisorinnen in den Kantonen Bern, Zürich, Basel und Luzern im Rahmen der Ausbildung am integrierten postgradualen Weiterbildungsgang an der Universität Bern. Die so ausgewählten erfahrenen Psychotherapeuten mussten die Übereinstimmung der einzelnen Items mit dem korrespondierenden Kriterium aus dem DSM-IV auf einer dreistufigen Skala von „gar nicht“, „mittelmässig“ bis „sehr gut“ einschätzen. Diese Einteilung der Antwortmöglichkeiten wurde gewählt, um eine eher kritische Antworttendenz zu fördern. Zur Einschätzung der sprachlichen *Verständlichkeit* der Items wurden ebenfalls im Februar 2005 fünfundzwanzig Personen der Allgemeinbevölkerung (Stadt Bern) aus dem weiteren Umfeld des Autors kontaktiert, welche beruflich keinen klinisch-psychologischen oder medizinisch-psychiatrischen Hintergrund aufweisen durften. Diesen 25 Personen wurden mit einem

Anschreiben ebenfalls die 138 Items zugesandt und sie mussten die *Verständlichkeit* der einzelnen Items auf einer dreistufigen Skala beurteilen (Itemabstufungen: „schlecht“, „mittelmässig“ und „gut“, s. Anhang C). Die Ergebnisse dieser beiden Validierungen (Experten und erste Stichprobe der Allgemeinbevölkerung) bildeten den Ausgangspunkt für die erste Modifikation der Items. Als Hinweise für eine nötige Modifikation wurden Cut-Off-Werte für die einzelnen Items bestimmt, ab denen sowohl hinsichtlich der Inhaltsvalidität (Übereinstimmung mit DSM) oder der Verständlichkeit eine Veränderung der Items angezeigt erschien. Schätzten mehr als 33% der befragten Psychotherapeuten das entsprechende Item als „mittelmässig“ oder „gar nicht“ übereinstimmend mit dem DSM-Kriterium ein, oder schätzten mehr als 25% der befragten Personen aus der Allgemeinbevölkerung die Verständlichkeit des Items als „schlecht“ oder „mittelmässig“ ein, so wurde es anhand der Rückmeldungen der Therapeuten und durch ein Ersetzen mit umgangssprachlicheren Formulierungen modifiziert. Zur Modifikation der Itemformulierungen wurden die Textbeschreibungen aus dem DSM-IV-TR und die Anmerkungen der Psychotherapeuten in den Fragebögen herangezogen. Die aus dieser ersten Modifikation resultierenden 139 Items wurden dann Anfang Juni 2005 wiederum fünfundzwanzig anderen (!) Personen der Allgemeinbevölkerung zugesandt, welche wiederum die Verständlichkeit der Items einschätzen mussten (für Anschreiben und Befragung, s. Anhang C). Diese Einschätzungen wurden dann mit den vorherigen verglichen, um eventuell erzielte Verbesserungen hinsichtlich der Verständlichkeit abzubilden. Die endgültige Version des Fragebogens umfasste schliesslich 139 Items und die berücksichtigten Störungen sind in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12. Endgültige Itemanzahl und Störungskategorien des Fragebogens.

Störungskategorie	Itemanzahl	Störungskategorie	Itemanzahl
Major Depression (Episode)	10	Somatisierungsstörung,	
Alkoholmissbrauch	4	Konversionsstörung, Schmerzstörung	14
Alkoholabhängigkeit	9	Hypochondrie	2
	(+1)	Körperdysmorphie Störung	2
Drogen-/Medikamentenmissbrauch	4	Störung mit verminderter sexueller	
Drogen-/Medikamentenabhängigkeit	9	Appetenz	1
	(+1)	Störung mit sexueller Aversion	1
		Störung der sexuellen Erregung	1
		Orgasmusstörung	1
Panikattacke	14	Ejaculatio Praecox	1
Panikstörung	3		(+1)
Agoraphobie	3		
Spezifische Phobie	6		
Soziale Phobie	7	Anorexia Nervosa	5
Zwangsstörung	10	Bulimia Nervosa	3
Posttraumatische Belastungsstörung	18		
Generalisierte Angststörung	8		

*Anmerkung:* Den sexuellen Störungen wurde ein Item zur resultierenden Funktionsbeeinträchtigung hinzugefügt. Die Störungskategorien für die endgültige Version wurden auf die oben dargestellten Störungen vor allem aus ökonomischen Gründen begrenzt, welche sich im Laufe der ersten Erhebung und Modifikation ergaben. Da die Substanzstörungen in *Störungen durch Alkohol* und *andere Drogen/Medikamente* unterteilt und die einzelnen Symptome für *die Somatisierungsstörung, Konversionsstörung und Schmerzstörung* getrennt aufgeführt werden mussten, wurde diese Kürzung nötig. Diese Kürzung betrifft die *Manie*, die *Akute Belastungsstörung*, die *Schlafstörungen* und die *Anpassungsstörung*, welche nun nicht mehr erfasst werden.

Die Abbildung 10 zeigt das Vorgehen für die Itemkonstruktion und -evaluation im Überblick.

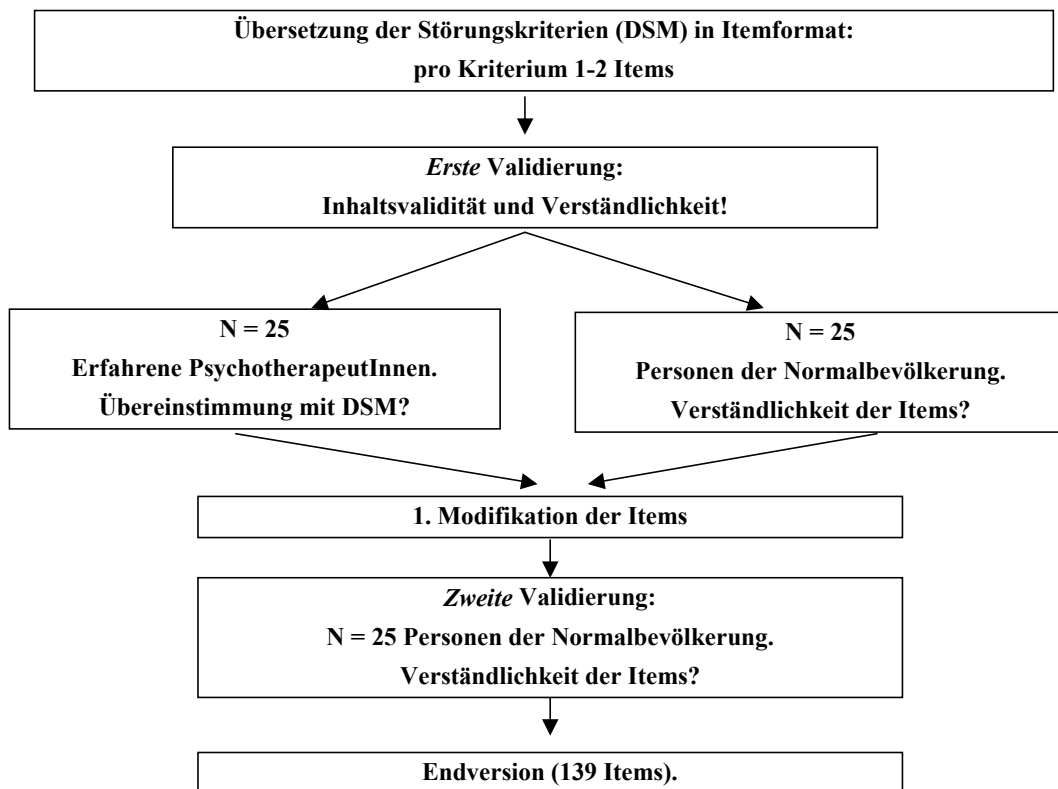


Abbildung 10. Gesamter Validierungsprozess zur Itemkonstruktion.

## 5.2. Konstruktvalidierung

Um die Frage zu beantworten, ob mit den jeweiligen Items und Skalen aus dem Fragebogen die dazugehörigen Störungsdiagnosen aus dem DSM-IV valide erfasst werden, müssen die entsprechenden Werte mit einem reliablen und validen Instrument zur Erfassung psychischer Störungen verglichen werden. Daher wurde der Fragebogen an zwei verschiedenen psychotherapeutischen Ambulanzen in den regulären diagnostischen Ablauf integriert. Weiterhin wurde der Fragebogen in einer Privatklinik in den regulären Aufnahmeprozess aufgenommen. Allerdings erfolgte für diese Stichprobe keine Überprüfung der Störungsdiagnosen anhand eines anderen diagnostischen Verfahrens. Das Vorgehen in den einzelnen drei Einrichtungen soll im Folgenden beschrieben werden.

### *Einrichtung I (Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Bern, CH)*

Die Psychotherapeutische Praxisstelle der Universität Bern ist eine ambulante psychotherapeutische Einrichtung, die seit über 20 Jahren an den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern angeschlossen ist. Nach einer meist telefonischen Anmeldung der Patienten wird ein sogenanntes Erstgespräch von erfahrenen Mitgliedern des klinischen Teams durchgeführt. Wenn die Patienten nach diesem Erstgespräch sich zu einer Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung entscheiden und gewisse Rahmenbedingungen geklärt sind (wie z.B. die Bezahlung, das Einverständnis zur Videoaufnahme), kommt es zu einem umfassenden diagnostischen Abklärungsprozess. Innerhalb dieses Prozesses wird ein System-Erstgespräch (SEG), eine Testsitzung mit dem Ausfüllen einer Standardmessbatterie und ein diagnostisches Interview durchgeführt. Das diagnostische Interview, welches im Rahmen dieser Abklärungsprozedur an der Psychotherapeutischen Praxisstelle durchgeführt wird, ist das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID, Wittchen et al. 1997) und entspricht einem validen und anerkannten Vorgehen bei der Erfassung von Störungsdiagnosen. Dieses Interview wird an der Psychotherapeutischen Praxisstelle von Psychologen durchgeführt, welche sich in der postgradualen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten an der Universität Bern befinden. Diese Ausbildungskandidaten haben vor der Durchführung der Interviews einen 2-tägigen Kurs im Rahmen ihrer Ausbildung durchlaufen, in dem die praktische Durchführung und der konzeptuelle Hintergrund der DSM-IV Diagnostik nach dem SKID erarbeitet und eingeübt wurden. Zwischen November 2005 und Mai 2006 wurde der hier entwickelte Fragebogen in

den diagnostischen Abklärungsprozess an der Psychotherapeutischen Praxisstelle integriert. Unmittelbar nach dem Erstgespräch wurde der Fragebogen den Patienten mit nach Hause gegeben, und sie mussten ihn zum nachfolgenden Termin wieder in die Einrichtung mitbringen. Das SKID-Interview wurde dann bei einem anschliessenden Termin der Patienten durchgeführt. Der Rücklauf der Fragebögen wurde von PraktikantInnen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle kontrolliert.

#### *Einrichtung II (Zentrum für Psychotherapie der Universität Bochum, D)*

Das Zentrum für Psychotherapie der Universität Bochum ist ebenfalls eine ambulante psychotherapeutische Einrichtung, die an den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum angeschlossen ist. Auch in dieser Einrichtung kommt es nach einer Anmeldung der Patienten zu einer ausführlichen diagnostischen Abklärung. Im Rahmen dieser Abklärung wird ebenfalls das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID, Wittchen et al. 1997) eingesetzt. Im Gegensatz zu dem Vorgehen an der Psychotherapeutischen Praxisstelle wird das Interview jedoch in den meisten Fällen von der gleichen Person durchgeführt, die auch das Erstgespräch geführt hat. Auch dies sind Personen, die sich in der Postgradualen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten befinden. Sie haben ebenfalls im Laufe ihrer Ausbildung zu diesem Zeitpunkt einen 16stündigen Ausbildungskurs zur Diagnostik psychischer Störungen mit dem SKID durchlaufen. Ebenso wie in der Psychotherapeutischen Praxisstelle wurde auch im Zentrum für Psychotherapie den Patienten der Fragebogen nach dem Erstgespräch mit nach Hause gegeben, und sie mussten ihn zum anschliessenden Termin (dem SKID-Interview) ausgefüllt wieder mitbringen. Der Rücklauf der Fragebögen wurde von einer Psychologisch-Technischen Assistentin kontrolliert. Zwischen November 2005 und Mai 2006 wurde der Fragebogen so auch in dieser Einrichtung in den regulären Ablauf integriert.

#### *Einrichtung III (Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee, CH)*

Um eine möglichst grosse Fallzahl für die späteren statistischen Analysen zu erreichen, wurde der Fragebogen ebenfalls in die Aufnahme-prozedur der Privatklinik Wyss (Münchenbuchsee, CH) integriert. Für diese Stichprobe konnte jedoch kein Vergleich mit einem diagnostischen Interview erfolgen, da in dieser Einrichtung kein entsprechendes Instrument eingesetzt wird.

Die Privatklinik Wyss liegt in einem Vorort von Bern und bietet sowohl stationäre, teilstationäre als auch ambulante Behandlung für eine Vielzahl von Beschwerden an (Angststörungen, Depressive Störungen, Störungen durch Substanzmissbrauch etc.). Die Zuweisungen erfolgen zumeist über die Hausärzte, Psychotherapeuten oder andere Behandler der Patienten. Der hier entwickelte Fragebogen wurde den Patienten bei Eintritt mit einem Begleitschreiben der Klinik vorgelegt. Die Kontrolle der Abgabe und das Ausfüllen der Fragebögen erfolgte über Mitglieder der Pflege bzw. über eine mit dem Projekt vertraute in der Klinik arbeitende Psychologische Psychotherapeutin. Insgesamt wurden so in der Zeit vom Januar 2006 bis Mai 2006 in der Privatklinik Wyss Fragebögen erhoben.

### *Gesamtstichproben und Analysen*

Die Daten aus den Einrichtungen I und II (Bern und Bochum) bildeten die erste Gesamtstichprobe für den Vergleich der einzelnen Fragebogenskalen bzw. -items mit den durch die Interviews erfassten DSM-IV Diagnosen.

Als Masse zur Erfassung dieser Übereinstimmungen wurden die *Sensitivität* bzw. *Spezifität* sowie sogenannte *Receiver Operator Characteristics* (ROC) sowohl für einzelne Items als auch die einzelnen Skalen des Fragebogens berechnet. Die Sensitivität beschreibt den Anteil der durch einen Test *richtig Positiven* an der Gesamtzahl der Erkrankten und unter der Spezifität eines Tests versteht man den Anteil der *richtig Negativen* unter den Gesunden. Mit Hilfe der *ROC*, die ursprünglich aus der Signalerkennungsanalyse stammen, wird die Sensitivität gegen den Komplementärwert der Spezifität zu 1 abgetragen und graphisch dargestellt. Ein diagnostischer Wert ohne jede Vorhersagekraft ergäbe eine 45-Grad Linie (entspricht der Diagonale). Je bauchiger die resultierenden ROC-Kurven jedoch sind, desto grösser und damit besser ist die Vorhersagekraft des Tests, der Skala oder des Items. Ein Mass für diese Vorhersagekraft ist die sogenannte *Area under curve*, also die Fläche unterhalb der ROC-Kurve, die zwischen 0.5 und maximal 1 liegen kann. Insgesamt ermöglichen diese Analysen eine genaue Abschätzung der diagnostischen Validität der aus dem Fragebogen abgeleiteten Diagnosen. Diese Analysen wurden sowohl auf Skalenebene als auch auf Itemebene durchgeführt. Daneben wurden für verschiedene Skalenwerte sogenannte *Positiv prädiktive* und *Negativ prädiktive Werte* berechnet. Diese geben auf individueller Ebene die Wahrscheinlichkeit an, bei einem positiven Testergebnis tatsächlich krank zu sein (Positiv prädiktive Werte) oder bei einem negativen Testergebnis tatsächlich gesund zu sein (Negativ prädiktive Werte).

Um entsprechende Analysen hinsichtlich der Struktur der Komorbidität psychischer Störungen auch für die Fragebogendaten durchführen zu können, wurden alle drei Stichproben in einer zweiten Gesamtstichprobe zusammengefasst und faktorenanalytisch ausgewertet. Dies erfolgte für die *rational konstruierten Skalen*, die *Binnenstruktur* der einzelnen Skalen und anschliessend für sogenannte *empirisch konstruierte Skalen* des Fragebogens. Alle Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 14.0.

## 6. Ergebnisse

Die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse sind entsprechend der Fragestellungen in zwei Bereiche unterteilt. Im ersten Teil werden die Ergebnisse zu den metaanalytischen Fragestellungen dargestellt. Diese sind unterteilt in die Replikation der Arbeit von Krueger (Kapitel 6.1.1.) und die Ausweitung auf weitere psychische Störungen (Kapitel 6.1.2.).

Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der Fragebogenentwicklung dargestellt. Dieser Abschnitt lässt sich in drei Teile unterteilen. Als erstes werden die Ergebnisse zu der Itementwicklung und –evaluation dargestellt (Kapitel 6.2.1.). Danach folgen die Ergebnisse für die Konstruktvalidierung des Fragebogens und seiner Skalen (6.2.2.). Im dritten Abschnitt wird die aus den Erhebungen mit dem Fragebogen resultierende Faktorenstruktur und die aus diesen Daten hervorgehende Komorbiditätsstruktur psychischer Störungen dargestellt (Kapitel 6.2.3.).



## 6.1. Ergebnisse Metaanalyse

### 6.1.1. Replikation der Arbeit von Krueger (1999)

Insgesamt konnten für die Replikation der Befunde von Krueger (1999) 142 einzelne Korrelationskoeffizienten aus 17 unterschiedlichen Publikationen berücksichtigt werden, die den Einschlusskriterien genügten. Die Tabelle 13 auf den folgenden Seiten zeigt die berücksichtigten Studien mit ihren jeweiligen Merkmalen (Klassifikation, Erhebungsinstrument, N, Alter und berücksichtigter Zeitraum) sowie die berechneten Kennwerte (*Prävalenzen* und *Vier-Felder-Häufigkeiten*, die einzelnen Korrelationen:  $r_{tet}$ , die einzelnen Fisher-Z Werte: *Fisher-Z* und die gemittelten Fisher-Z Werte:  $Fisher-Z_m$  sowie die gemittelten Korrelationen:  $r_{m(tet)}$ ).

s. Tabelle 13

s. Tabelle 13

s. Tabelle 13

s. Tabelle 13

s. Tabelle 13

s. Tabelle 13

s. Tabelle 13



s. Tabelle 13

s. Tabelle 13

Es ergeben sich bis zu zehn zusammengefasste Korrelationskoeffizienten für die jeweiligen Störungskombinationen (z.B. eine für die Kombination von Antisozialer Persönlichkeitsstörung und Agoraphobie, Sozialer Phobie, Spezifischer Phobie, Generalisierter Angststörung und Panikstörung und zehn für die Kombination von Major Depression und Alkoholabhängigkeit). Die Höhe der Korrelationen liegt zwischen einem Wert von  $r_{m(tet)} = 0.11$  für die Kombination von Antisozialer Persönlichkeitsstörung und Panikstörung und einem Wert von  $r_{m(tet)} = 0.81$  für die Kombination von Antisozialer Persönlichkeitsstörung und Drogenabhängigkeit. In Tabelle 14 sind die Angaben aus der vorherigen Tabelle in einer Korrelationsmatrix zusammenfassend dargestellt.

*Tabelle 14.* Korrelationsmatrix der metaanalytischen Replikation und Anzahl der berücksichtigten Korrelationen pro Störungskombination.

Störung	MDE	DYS	AGPH	SOP	SIP/SPE	GAD	PD	AD	DD	APD
MDE	1									
DYS	0.72 <sub>3</sub>	1								
AGPH	0.45 <sub>4</sub>	0.36 <sub>3</sub>	1							
SOP	0.45 <sub>5</sub>	0.44 <sub>4</sub>	0.55 <sub>3</sub>	1						
SIP/SPE	0.44 <sub>4</sub>	0.41 <sub>2</sub>	0.55 <sub>3</sub>	0.56 <sub>3</sub>	1					
GAD	0.66 <sub>4</sub>	0.65 <sub>3</sub>	0.49 <sub>2</sub>	0.44 <sub>3</sub>	0.43 <sub>2</sub>	1				
PD	0.58 <sub>5</sub>	0.49 <sub>2</sub>	0.69 <sub>2</sub>	0.51 <sub>3</sub>	0.52 <sub>2</sub>	0.58 <sub>3</sub>	1			
AD	0.54 <sub>10</sub>	0.34 <sub>5</sub>	0.26 <sub>4</sub>	0.35 <sub>6</sub>	0.23 <sub>3</sub>	0.32 <sub>5</sub>	0.31 <sub>4</sub>	1		
DD	0.58 <sub>4</sub>	0.37 <sub>3</sub>	0.28 <sub>2</sub>	0.32 <sub>3</sub>	0.26 <sub>2</sub>	0.39 <sub>3</sub>	0.32 <sub>2</sub>	0.75 <sub>5</sub>	1	
APD	0.20 <sub>2</sub>	0.26 <sub>2</sub>	0.20 <sub>1</sub>	0.28 <sub>1</sub>	0.12 <sub>1</sub>	0.26 <sub>1</sub>	0.11 <sub>1</sub>	0.75 <sub>5</sub>	0.81 <sub>2</sub>	1

*Anmerkung:* Die tiefgestellten Zahlen an den Korrelationskoeffizienten geben an, wie viele einzelne Korrelationen zur Berechnung dieser mittleren Korrelation berücksichtigt wurden. MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit, APD: Antisoziale Persönlichkeitsstörung.

Um die Faktorenstruktur dieser Korrelationsmatrix zu überprüfen, wurde eine Explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1) durchgeführt. Diese ergab eine zweifaktorielle Lösung (Eigenwerte: 4,96; 1,82; insgesamt 67,80% aufgeklärte Varianz), und in Tabelle 15 sind die beiden Komponenten sowie die Faktorladungen der Störungen (Variablen) für dieses Ergebnis dargestellt.

*Tabelle 15.* Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente	
	1 ( <i>Internalisierender Faktor</i> )	2 ( <i>Externalisierender Faktor</i> )
MDE	.73	.39
DYS	.70	
AGPH	.77	
SOP	.70	
SIP/SPE	.74	
GAD	.75	
PD	.83	
AD		.87
DD		.89
APD		.92

*Anmerkung:* MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit, APD: Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Es zeigt sich, dass alle einzelnen Störungsvariablen eindeutig den beiden extrahierten Komponenten zugeordnet werden können. Lediglich die Faktorladung der Major Depression ist mit einem Wert von .39 auch auf dem zweiten Faktor leicht erhöht. Inhaltlich lassen sich diese beiden Faktoren und die Zuweisungen der Störungsvariablen als Bestätigung des Zwei-Faktoren Modells von Krueger (1999) interpretieren. Die hohen Faktorladungen der einzelnen Störungsvariablen können als Hinweis für die hohe Güte dieser Faktorenstruktur interpretiert werden. Allerdings bestätigt sich mit den hier untersuchten metaanalytischen Daten die hierarchische Struktur des *Internalisierenden* Faktors nicht. Das heisst, dass MDE, DYS, AGPH, SOP, SIP/SPE, PD und GAD auf einem gemeinsamen Faktor laden und nicht wie bei Krueger (1999) in einen Faktor für MDE, DYS und GAD und einen anderen Faktor für AGPH, SOP, SIP/SPE und PD unterteilt werden können. Um dies nochmals zu überprüfen, wurde eine explorative Faktorenanalyse nur mit den Störungsvariablen des Internalisierenden Faktor gerechnet. Dies führte jedoch zu einer einfaktoriellen Lösung, womit die hierarchische Struktur des internalisierenden Faktors mit den metaanalytischen Daten eindeutig nicht bestätigt wird. (Eigenwerte: 4,14; 0,94; insgesamt 59,20% aufgeklärte Varianz; Faktorladungen zwischen 0.71 und 0.82)<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Diese Faktorenanalyse wurde auch mit direkter obliquen Rotation durchgeführt und führte zu einem vergleichbaren Ergebnis.

### 6.1.2. Ausweitung auf weitere psychische Störungen

Für die Ausweitung auf andere psychische Störungen konnten *zusätzlich* 341 Korrelationskoeffizienten aus insgesamt 60 Publikationen berechnet werden, die den nun erweiterten Einschlusskriterien genügten, d.h. es wurden nun auch Studien mit klinischen Stichproben berücksichtigt. Insgesamt ergeben sich für die Gesamtmatrix 483 einzelne Korrelationskoeffizienten. In Tabelle 16 im Anhang E sind wiederum die jeweiligen Angaben dieser Studien und der berechneten Parameter dargestellt.<sup>8</sup> Die Tabelle 17 zeigt die zusammengestellte Matrix für diese Korrelationen und Störungskombinationen.

---

<sup>8</sup> Die Tabelle ist aufgrund ihrer Grösse von 22 Seiten im Anhang E dargestellt.

Tabelle 17. Metaanalytische Korrelationsmatrix unter Berücksichtigung weiterer psychischer Störungen.

Störung	MDE	DYS	BIPO	AGPH	SOP	SIP/SPE	GAD	PD	OCD	PTSD	SOM	EAT	AD/AA	DD/DA	PS1	PS2	PS3
MDE	1																
DYS	0.72 <sub>3</sub>	1															
BIPO	0.77 <sub>1</sub>	0.66 <sub>2</sub>	1														
AGPH	0.45 <sub>4</sub>	0.36 <sub>3</sub>	0.70 <sub>4</sub>	1													
SOP	0.45 <sub>5</sub>	0.44 <sub>4</sub>	0.46 <sub>4</sub>	0.55 <sub>3</sub>	1												
SIP/SPE	0.44 <sub>4</sub>	0.41 <sub>2</sub>	0.56 <sub>4</sub>	0.55 <sub>3</sub>	0.56 <sub>3</sub>	1											
GAD	0.66 <sub>4</sub>	0.65 <sub>3</sub>	0.69 <sub>3</sub>	0.49 <sub>2</sub>	0.44 <sub>3</sub>	0.43 <sub>2</sub>	1										
PD	0.58 <sub>5</sub>	0.49 <sub>2</sub>	0.68 <sub>4</sub>	0.69 <sub>2</sub>	0.51 <sub>3</sub>	0.52 <sub>2</sub>	0.58 <sub>3</sub>	1									
OCD	0.71 <sub>1</sub>	0.79 <sub>1</sub>	0.45 <sub>1</sub>	0.62 <sub>1</sub>	0.59 <sub>1</sub>	0.48 <sub>1</sub>	--	0.70 <sub>1</sub>	1								
PTSD	0.65 <sub>3</sub>	0.67 <sub>3</sub>	0.60 <sub>4</sub>	0.58 <sub>3</sub>	0.46 <sub>3</sub>	0.38 <sub>3</sub>	0.50 <sub>2</sub>	0.65 <sub>3</sub>	--	1							
SOM	0.69 <sub>6</sub>	0.71 <sub>6</sub>	0.72 <sub>1</sub>	0.35 <sub>3</sub>	0.65 <sub>5</sub>	0.72 <sub>3</sub>	0.88 <sub>1</sub>	0.90 <sub>3</sub>	0.77 <sub>1</sub>	0.76 <sub>3</sub>	1						
EAT	0.47 <sub>8</sub>	0.54 <sub>4</sub>	0.58 <sub>3</sub>	0.51 <sub>3</sub>	0.41 <sub>5</sub>	0.52 <sub>3</sub>	0.49 <sub>4</sub>	0.55 <sub>5</sub>	0.20 <sub>2</sub>	0.56 <sub>1</sub>	0.54 <sub>2</sub>	1					
AD/AA	0.54 <sub>10</sub>	0.34 <sub>5</sub>	0.61 <sub>6</sub>	0.26 <sub>4</sub>	0.35 <sub>6</sub>	0.23 <sub>3</sub>	0.32 <sub>5</sub>	0.31 <sub>4</sub>	0.47 <sub>2</sub>	0.41 <sub>4</sub>	0.34 <sub>3</sub>	0.61 <sub>8</sub>	1				
DD/DA	0.58 <sub>4</sub>	0.37 <sub>3</sub>	0.70 <sub>5</sub>	0.28 <sub>2</sub>	0.32 <sub>3</sub>	0.26 <sub>2</sub>	0.39 <sub>3</sub>	0.32 <sub>2</sub>	0.28 <sub>2</sub>	0.52 <sub>4</sub>	0.52 <sub>3</sub>	0.38 <sub>2</sub>	0.75 <sub>5</sub>	1			
PS1	0.20 <sub>4</sub>	0.20 <sub>3</sub>	0.22 <sub>2</sub>	--	0.13 <sub>1</sub>	--	0.10 <sub>1</sub>	0.28 <sub>1</sub>	0.19 <sub>1</sub>	0.33 <sub>1</sub>	0.01 <sub>1</sub>	0.32 <sub>1</sub>	0.27 <sub>5</sub>	0.56 <sub>5</sub>	1		
PS2	0.21 <sub>8</sub>	0.27 <sub>6</sub>	0.69 <sub>6</sub>	0.20 <sub>1</sub>	0.29 <sub>4</sub>	0.14 <sub>3</sub>	0.24 <sub>3</sub>	0.14 <sub>4</sub>	0.27 <sub>3</sub>	0.52 <sub>4</sub>	0.34 <sub>2</sub>	0.24 <sub>7</sub>	0.54 <sub>9</sub>	0.74 <sub>8</sub>	0.45 <sub>26</sub>	1	
PS3	0.10 <sub>3</sub>	0.09 <sub>3</sub>	0.28 <sub>2</sub>	0.17 <sub>2</sub>	0.29 <sub>2</sub>	--	0.11 <sub>2</sub>	0.24 <sub>2</sub>	0.24 <sub>2</sub>	0.24 <sub>2</sub>	0.14 <sub>1</sub>	0.11 <sub>6</sub>	0.31 <sub>8</sub>	0.59 <sub>8</sub>	0.48 <sub>8</sub>	0.41 <sub>22</sub>	1

*Anmerkung:* Die tiefgestellten Zahlen an den Korrelationskoeffizienten geben an, wie viele einzelne Korrelationen zur Berechnung dieser mittleren Korrelation berücksichtigt wurden. MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD/AA: Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch, DD/DA: Drogenabhängigkeit bzw. -missbrauch, BIPO: Bipolare Störungen, OCD: Zwangsstörungen, PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, SOM: Somatoforme Störungen, EAT: Essstörungen, PS1: Persönlichkeitsstörungen Cluster A (paranoide, schizoide und schizotypische), PS2: Persönlichkeitsstörungen Cluster B (antisoziale, borderline, histrionische und narzisstische), PS3: Persönlichkeitsstörungen Cluster C (selbstunsichere, dependente, zwanghafte).

Für diese Zusammenstellung ergeben sich zwischen einem und sechsundzwanzig einzelne Koeffizienten für die jeweiligen Störungskombinationen. Lediglich ein Koeffizient konnte z.B. für die Kombination von Major Depression und den Bipolaren Störungen gefunden werden und sechsundzwanzig Koeffizienten für die Kombination der Cluster 1 und 2 der Persönlichkeitsstörungen. Die Höhe der mittleren Korrelationen bewegt sich in dieser Matrix zwischen  $r_{m(tet)} = 0.10$  für die Major Depression und dem Cluster 3 für die Persönlichkeitsstörungen und  $r_{m(tet)} = 0.90$  für die Kombination der Somatoformen Störungen (SOM) mit der Panikstörung (PD). Für folgende Kombinationen konnten hingegen keine Korrelationskoeffizienten gefunden werden: für Agoraphobie (AGPH) und das Cluster 1 der Persönlichkeitsstörungen, für die Spezifische Phobie (SIP/SPE) und die beiden Cluster 1 und 2 der Persönlichkeitsstörungen sowie jeweils zwischen der Zwangsstörung (OCD) und der Generalisierten Angststörung (GAD) bzw. der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Für die Schlafstörungen und die Schizophrenie konnten überhaupt keine Studien und damit Korrelationen gefunden werden, so dass diese beiden Störungsgruppen ab hier nicht mehr berücksichtigt wurden.

Zur Überprüfung der Faktorenstruktur dieser Korrelationsmatrix wurde eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, Varimax Rotation und Eigenwertkriterium  $> 1$ ) gerechnet. Ausgeschlossen wurden aufgrund fehlender Werte die Zwangsstörung und die Spezifische Phobie und das Cluster 1 der Persönlichkeitsstörungen. Diese Faktorenanalyse konnte in einem ersten Schritt jedoch nicht identifiziert werden. Die Reduzierung auf die Achse I Störungen, also ohne die Cluster 2 und 3 der Persönlichkeitsstörungen und eine oblique Rotation der Faktoren brachten ebenfalls keine zu identifizierenden Faktorenlösungen.

Um der weiter möglichen Menge an potentiellen Korrelationsmatrizen und damit durchführbaren Faktorenanalysen zu begegnen, wurden für die weiteren Schritte die Störungen berücksichtigt, welche in dem Modell von Krueger angeführt sind (jedoch ohne die Antisoziale Persönlichkeitsstörung) und *nacheinander* die metaanalytischen Daten für die Bipolaren Störungen (BIPO), die Zwangsstörung (OCD), die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), die Somatoformen Störungen (SOM) und die Essstörungen (EAT) *einzel*n angefügt<sup>9</sup>. Für diese insgesamt fünf einzelnen Matrizen wurden dann jeweils explorative Faktorenanalysen berechnet. Falls diese nicht zu einem Ergebnis führten, wurden

---

<sup>9</sup> Die Cluster der Persönlichkeitsstörungen wurden aufgrund ihrer heterogenen Zusammensetzung aus den nachfolgenden Analysen ausgeschlossen.

in einem nächsten Schritt die Substanzstörungen aus den Analysen entfernt. Führte dies immer noch nicht zu einem interpretierbaren Ergebnis, so wurde auf die Originalkorrelationsmatrix von Krueger (1999) zurückgegriffen und die metaanalytischen Daten der zu untersuchenden Störung an diese Matrix *angehängt* und analysiert. Konnte auch diese Matrix nicht identifiziert bzw. eindeutig interpretiert werden, wurden als letzte Möglichkeit auch hier die Substanzstörungen entfernt und eine letzte faktorenanalytische Berechnung vorgenommen.

#### 6.1.2.1. Bipolare Störungen

Für die Bipolaren Störungen konnten 52 Korrelationskoeffizienten gefunden werden. Deskriptiv zeigt sich für diese Störungsgruppe der grösste Zusammenhang mit der Major Depression ( $r_{m(tet)} = 0.77$ ). Allerdings beruht dieser Wert auf einer einzigen Studie. Ebenfalls ausgeprägt ist der Zusammenhang mit der Generalisierten Angststörung ( $r_{m(tet)} = 0.66$ ) und dem Drogenmissbrauch bzw. der Drogenabhängigkeit ( $r_{m(tet)} = 0.77$ ). Am geringsten ist der deskriptive Zusammenhang der Bipolaren Störungen mit der Zwangsstörung ( $r_{m(tet)} = 0.45$ ) und den Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster 1 ( $r_{m(tet)} = 0.22$ ).

Die explorative Faktorenanalyse für die metaanalytischen Daten der Bipolaren Störungen und die Störungen MDE, DYS, PD, GAD, AGPH, SIP/SPE, SOP, AA/AD und DA/DD konnte in einem ersten Schritt nicht identifiziert werden. Daraufhin wurden die Substanzstörungen entfernt und eine weitere explorative Faktorenanalyse berechnet<sup>10</sup>. Diese ergab eine einfaktorielle Lösung. Die Faktorladungen sind in Tabelle 18 dargestellt.

---

<sup>10</sup> So lange im Text nicht anders definiert, wurden alle folgenden explorativen Faktorenanalysen mit Hauptkomponentenanalyse und Varimax-Rotation (Eigenwertkriterium > 1) gerechnet.



*Tabelle 18.* Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Analyse mit den Bipolaren Störungen und den metaanalytischen Daten ohne Substanzstörungen (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente
	1
BIPO	.89
MDE	.82
PD	.81
GAD	.80
AGPH	.76
DYS	.76
SIP/SPE	.70
SOP	.70

*Anmerkung:* BIPO: Bipolare Störungen, MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Zur weiteren Überprüfung wurden die gefundenen Korrelationskoeffizienten der Bipolaren Störungen an die ursprüngliche Korrelationsmatrix von Krueger (1999) angefügt. Die explorative Faktorenanalyse für diese Matrix ergab eine dreifaktorielle Faktorenlösung (Eigenwerte: 5,12; 1,34; 1,04; insgesamt 75,91% aufgeklärte Varianz). Die Faktorladungen für diese Analyse sind in Tabelle 19 dargestellt.

*Tabelle 19.* Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Bipolaren Störungen angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente		
	1	2	1
BIPO	.63	.50	.56
MDE	.79		
PD	.49	.61	
GAD	.78		
AGPH		.82	
DYS	.88		
SIP/SPE		.80	
SOP		.77	
AD			.90
DD			.88

*Anmerkung:* BIPO: Bipolare Störungen, MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Das Ergebnis zeigt eine Bestätigung des dreifaktoriellen Modells von Krueger. Allerdings lädt die Panikstörung mit .49 und .61 auf zwei Komponenten und ist somit nicht eindeutig interpretierbar. Die Bipolaren Störungen laden vergleichbar ausgeprägt auf allen drei Faktoren

(.50, .56, .63). Dieses Ergebnis spricht damit eher für einen separaten Faktor für die Bipolaren Störungen.

#### 6.1.2.2. Zwangsstörung

Für die Zwangsstörung konnten insgesamt 20 Koeffizienten, die den Kriterien genügten, aus den Studien extrahiert werden. Alle gemittelten Koeffizienten für die Zwangsstörung beruhen auf ein bis drei einzelnen Korrelationen, was die Güte der Koeffizienten entsprechend einschränkt. Deskriptiv zeigt sich für die Zwangsstörung der grösste Zusammenhang mit der Dysthymie ( $r_{m(tet)} = 0.79$ ). Der niedrigste Zusammenhang zeigt sich mit den Essstörungen ( $r_{m(tet)} = 0.20$ ) und den Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster 1 ( $r_{m(tet)} = 0.19$ ). Eine erste explorative Faktorenanalyse über die metaanalytischen Daten der Zwangsstörung führte zu keinem interpretierbaren Ergebnis (die Generalisierte Angststörung musste für alle Analysen der Zwangsstörung ausgeschlossen werden, da keine Korrelationen für die Kombination der Zwangsstörung mit dieser Störung gefunden werden konnten). Eine anschliessende Analyse ohne die Substanzstörungen brachte ebenfalls kein eindeutiges Ergebnis für diese metaanalytischen Daten. Daraufhin wurden die metaanalytischen Korrelationskoeffizienten der Zwangsstörung an die Originalmatrix von Krueger (1999) angefügt. Da in einem ersten Schritt auch dies zu einem nicht identifizierbaren Ergebnis führte, wurden die Substanzstörungen aus der nachfolgenden Analyse ausgeschlossen. In Tabelle 20 sind die Faktorladungen für die aus dieser Analyse resultierende zweifaktorielle Lösung dargestellt (Eigenwerte: 4,10; 1,05; insgesamt 74,31% aufgeklärte Varianz).

*Tabelle 20.* Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für Zwangsstörung angefügt an die Matrix von Krueger (1999) ohne Substanzstörungen und Generalisierte Angststörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente	
	1	2
OCD	.51	.80
AGPH	.82	
SIP/SPE	.81	
SOP	.77	
PD	.63	
DYS		.94
MDE		.81

*Anmerkung:* BIPO: Bipolare Störungen, MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Die beiden Faktoren lassen sich inhaltlich als die beiden Subfaktoren des Internalisierenden Faktors von Krueger (1999) erkennen. Allerdings lässt sich die Zwangsstörung keinem der beiden Faktoren eindeutig zuordnen, was an den Faktorladungen von .51 und .80 deutlich wird.

### 6.1.2.3. Posttraumatische Belastungsstörung

Für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurden insgesamt 43 Korrelationskoeffizienten aus den 40 Publikationen berechnet und für die Störungskombinationen zusammengefasst. Die höchsten Zusammenhänge für die PTSD zeigen sich mit den Somatoformen Störungen ( $r_{m(tet)} = 0.77$ ), der Dysthymen Störung ( $r_{m(tet)} = 0.67$ ) und der Major Depression ( $r_{m(tet)} = 0.65$ ). Die niedrigsten Zusammenhänge mit der Spezifischen Phobie ( $r_{m(tet)} = 0.38$ ) und den Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster 1 ( $r_{m(tet)} = 0.33$ ). Während die ersten Faktorenanalysen mittels der metaanalytischen Daten (mit und ohne Substanzstörungen) zu keinen eindeutig interpretierbaren Ergebnisse führten, brachte die Anfügung der Koeffizienten für die PTSD an die Matrix von Krueger eine dreifaktorielle Lösung (Eigenwerte: 4,93; 1,34; 1,05; insgesamt 73,32% aufgeklärte Varianz). Die Komponentenmatrix für dieses Ergebnis ist in Tabelle 21 dargestellt.

*Tabelle 21.* Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Posttraumatische Belastungsstörung angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente		
	1	2	1
PTSD	.66		
MDE	.79		
GAD	.75		
AGPH		.81	
DYS	.89		
SIP/SPE		.81	
SOP		.78	
PD	.51	.60	
AD			.89
DD			.87

*Anmerkung:* PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Wiederum ergibt sich auch für diese Reanalyse eine dreifaktorielle Lösung, die den bisherigen Analysen von Krueger (1999) entspricht. Allerdings zeigt die Panikstörung Ladungen von

über .50 auf den beiden ersten Komponenten (inhaltlich: dem *Ängstlich-Sorgender Faktor* und dem *Furchtfaktor*), so dass sie anhand dieser Analyse nicht eindeutig einem der beiden Faktoren zuzuordnen ist. Die Posttraumatische Belastungsstörung landet hingegen mit einer Faktorladung von .66 eindeutig auf der Komponente 1, was dem *Ängstlich-Sorgenden Subfaktor* des *Internalisierenden Faktor* aus dem Modell von Krueger (1999) entspricht.

#### 6.1.2.4. Somatoforme Störungen

Für die Obergruppe der Somatoformen Störungen konnten insgesamt 44 einzelne Korrelationskoeffizienten für die Gesamtmatrix berechnet werden. Die höchsten Zusammenhänge für diese Störungsgruppe zeigen sich mit der Generalisierten Angststörung ( $r_{m(tet)} = 0.88$ ) und der Panikstörung ( $r_{m(tet)} = 0.90$ ). Die geringsten mit den Clustern 1 und 3 der Persönlichkeitsstörungen ( $r_{m(tet)} = 0.01$  bzw.  $0.14$ ) sowie der Agoraphobie ( $r_{m(tet)} = 0.35$ ) und der Störung Alkoholmissbrauch/Alkoholabhängigkeit ( $r_{m(tet)} = 0.34$ ).

Die Matrix für die metaanalytischen Daten der Somatoformen Störungen und die Störungen der MDE, DYS, PD, GAD, AGPH, SIP/SPE, SOP, AA/AD und DA/DD konnte sowohl mit als auch ohne die Substanzstörungen nicht identifiziert werden. Auch das Anfügen der Korrelationen an die Matrix von Krueger (1999) führte zu dem gleichen Problem. Daher wurde die zusammengefasste Variable der Somatoformen Störungen auf die Kategorien der *undifferenzierten somatoformen Störung* und der *Schmerzstörung* beschränkt. Dies erfolgte, da für diese Kategorien die meisten vergleichbaren Korrelationskoeffizienten vorlagen und aufgrund der bisherigen empirischen Erkenntnisse zu den Somatoformen Störungen eine solche Trennung der einzelnen Störungen inhaltlich sinnvoll erscheint (z.B. Rief & Hiller, 1998; Kapfhammer, 2001). Allerdings führte diese zu einem Ausschluss der Generalisierten Angststörung für die weiteren Analysen, da die einzige Studie und der einzige Korrelationskoeffizient für diese Kombination auf der Störungdiagnose *Neurasthenie* beruhte und diese eine spezifische ICD Diagnose darstellt und nur bedingt mit den Kategorien der *undifferenzierten somatoformen Störung* oder *Schmerzstörung* vergleichbar ist (s. z.B. Rief & Hiller, 1998). Die metaanalytischen Daten und die resultierende Matrix führten jedoch auch für diese reduzierte Matrix zu keinem interpretierbaren Ergebnis.

Allerdings brachte die Anfügung dieser neuen und reduzierten SOM Variable und ihrer Korrelationen an die ursprüngliche Matrix von Krueger (1999) ein interpretierbares Ergebnis. So konnte für diese Analyse eine zweifaktorielle Lösung extrahiert werden (Eigenwerte: 4,27; 1,34; insgesamt 62,30% aufgeklärte Varianz), und die rotierte Komponentenmatrix ist in Tabelle 22 dargestellt.

*Tabelle 22.* Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Somatoformen Störungen (undiff. Somatoforme Störung und Schmerzstörung) angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente	
	1	2
SOM	.71	
MDE	.65	.37
AGPH	.78	
DYS	.53	
SIP/SPE	.86	
SOP	.75	
PD	.69	
AD		.90
DD		.84

*Anmerkung:* SOM: Somatoforme Störungen (undiff. Somatoforme Störung und Schmerzstörung), MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Diese zweifaktorielle Lösung, entspricht dem Internalisierenden und dem Externalisierenden Faktor aus den vorherigen Analysen. Die auf die *undifferenzierte somatoforme Störung* und die *Schmerzstörung* reduzierte Störungsvariable der Somatoformen Störungen landet in dieser Analyse mit einer Faktorladung von .71 eindeutig interpretierbar auf dem Internalisierenden Faktor. Lediglich die Major Depression, die der ersten Komponente zugeordnet wird, lädt mit .37 auch auf der zweiten Komponente etwas höher.

#### 6.1.2.5. Essstörungen

Für die Essstörungen konnten insgesamt 64 Korrelationskoeffizienten aus den herangezogenen Studien berechnet werden. Die höchsten Zusammenhänge für die Essstörungen zeigen sich mit dem Alkoholmissbrauch bzw. der Alkoholabhängigkeit ( $r_{m(tet)} = 0.61$ ) und den Bipolaren Störungen ( $r_{m(tet)} = 0.58$ ). Die geringsten Zusammenhänge mit den Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster 3 ( $r_{m(tet)} = 0.11$ ) und der Zwangsstörung ( $r_{m(tet)} = 0.20$ ). Die faktorenanalytische Auswertung der metaanalytischen Daten für die Essstörung erbrachte für die Gesamtmatrix und ohne die Substanzstörungen keine interpretierbaren Ergebnisse. Das Anfügen an die Korrelationsmatrix von Krueger (1999) führte dann zu einem dreifaktoriellen Ergebnis (Eigenwerte: 4,84; 1,36; 1,05; insgesamt 72,53% aufgeklärte Varianz). Die rotierte Komponentenmatrix für diese Analyse ist in Tabelle 23 dargestellt.

Table 23. Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Essstörungen angefügt an die Matrix von Krueger (1999); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente		
	1	2	3
EAT	.46	.43	.53
MDE		.78	
GAD		.77	
AGPH	.82		
DYS		.88	
SIP/SPE	.80		
SOP	.77		
PD	.62	.48	
AD			.93
DD			.83

Anmerkung: EAT: Essstörungen, MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Die Faktorenstruktur bestätigt die Unterteilung in einen Internalisierenden Faktor (mit den zwei Subfaktoren) und einen Externalisierenden Faktor. Die einzelnen Störungen lassen sich wie in dem ursprünglichen Modell von Krueger ihrem jeweiligen Faktor eindeutig zuordnen. Lediglich die Panikstörung zeigt abermals auf beiden Komponenten des Internalisierenden Faktors höhere Werte (.62 und .48). Die Essstörungen zeigen Faktorladungen von .46, .43 und .53 für die drei Komponenten, was am ehesten für einen separaten Faktor für die Gruppe der Essstörungen spricht.

Da ähnlich wie bei den Somatoformen Störungen auch die Gruppe der Essstörungen aus sehr heterogenen Einzelstörungen zusammengefasst ist, wurde in einem anschließenden Analyseschritt die Essstörungsvariable auf die *Bulimia Nervosa* beschränkt. Dies erfolgte, da nur für diese Essstörung genügend Korrelationen mit den einzelnen Störungskategorien vorlagen. Die faktorenanalytische Auswertung dieser neuen Essstörungsvariable und der metaanalytischen Matrix erbrachte kein interpretierbares Ergebnis. Allerdings zeigte sich für das Anfügen an die Originalmatrix von Krueger folgende dreifaktorielle Lösung (Eigenwerte: 4,90; 1,34; 1,18; insgesamt 74,20% aufgeklärte Varianz):

*Tabelle 24.* Rotierte Komponentenmatrix der Störungsvariablen für die Essstörungen (Bulimia Nervosa); angefügt an die Matrix von Krueger (1999), (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Störung (Variable)	Komponente		
	1	2	3
EAT	.73		.55
MDE		.76	
GAD		.76	
AGPH	.83		
DYS		.91	
SIP/SPE	.78		
SOP	.74		
PD	.66	.43	
AD			.94
DD			.81

*Anmerkung:* EAT: Essstörungen (Bulimia Nervosa), MDE: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit. Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Wiederum bestätigt sich die dreifaktorielle Faktorenstruktur von Krueger (1999). Allerdings kann die Panikstörung mit einer Faktorladung von .66 und .43 auf zwei Komponenten nicht eindeutig zugeordnet werden. Die *Bulimia Nervosa* Variable landet hingegen mit einer Faktorladung von .73 sowohl auf dem Furchtfaktor als auch mit einer Faktorladung von .53 auf dem Externalisierenden Faktor.

### *Zusammenfassung*

Insgesamt kann mit den metaanalytischen Daten die Faktorenstruktur von Krueger (1999) mit der Trennung in einen Internalisierenden Faktor (Major Depression, Dysthymie, Generalisierte Angststörung, Agoraphobie, Panikstörung, Spezifische Phobie sowie Soziale Phobie) und einen Externalisierenden Faktor (Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit sowie Antisoziale Persönlichkeitsstörung) repliziert werden. Für diese Replikation konnten insgesamt 142 einzelne Korrelationen aus 17 unterschiedlichen Publikationen zusammengefasst werden. Allerdings bestätigt sich für diese metaanalytischen Daten die hierarchische Struktur des Internalisierenden Faktors nicht. Die Faktorladungen des extrahierten Modells sind jedoch mit Werten zwischen .70 und .92 eindeutig zu interpretieren, und die einzelnen Störungen können eindeutig ihren Komponenten zugeordnet werden.

Für die Ausweitung auf weitere psychische Störungen konnten zusätzliche 341 Korrelationen berechnet werden. Damit ergeben sich für die Gesamtmatrix 483 zusammengefasste

Korrelationskoeffizienten. Die faktorenanalytische Auswertung konnte aufgrund der Heterogenität der Koeffizienten und fehlender Störungskombinationen jedoch nicht für die Gesamtmatrix identifiziert werden. Daher wurden für die Bipolaren Störungen, die Zwangsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung, die Somatoformen Störungen und die Essstörungen getrennte Analysen durchgeführt. Die Schlafstörungen und die Schizophrenie mussten aufgrund fehlender Studien gänzlich ausgeschlossen werden.

Für die Bipolaren Störungen ergeben sich Hinweise auf die Verortung auf einem eigenständigen Faktor. So laden sie in der entsprechenden Analyse mit .63, .50 und .56 auf den drei extrahierten Faktoren von Krueger (1999) und sind damit nicht eindeutig einer dieser Komponenten zuzuordnen.

Für die Zwangsstörung ergibt sich ein ähnliches Bild. So lädt sie in der durchgeführten Analyse auf beiden Subkomponenten des Internalisierenden Faktors (.51 und .80). Zu bemerken ist jedoch, dass diese Analysen ohne die Substanzstörungen und die Generalisierte Angststörung berechnet worden sind. Das Ergebnis spricht allerdings dafür, dass die Zwangsstörung auf einem eigenständigen Faktor landet.

Die Posttraumatische Belastungsstörung lädt mit einer Faktorladung von .66 eindeutig auf dem *Ängstlich-Sorgenden Subfaktor* des Internalisierenden Faktors. Allerdings ist für diese Analyse die Panikstörung mit Ladungen von .51 und .60 auf den beiden Subkomponenten nicht mehr eindeutig zu interpretieren.

Für die Somatoformen Störungen konnten aufgrund der heterogenen Zusammensetzung der Störungskategorie in den ersten Analysen keine identifizierbaren Matrizen gebildet werden. Eine Reduzierung der Störungskategorie auf die *undifferenzierte somatoforme Störung* und die *Schmerzstörung* ergab eine eindeutig interpretierbare Lösung mit einer Faktorladung von .71 auf dem Internalisierenden Faktor. Allerdings erfolgte diese Analyse ohne die Generalisierte Angststörung und die Subfaktoren der Internalisierenden Komponente konnten nicht repliziert werden.

Für die zusammengefasste Kategorie der Essstörungen ergab sich das dreifaktorielle Modell von Krueger und ausgeglichene Faktorladungen auf allen drei Komponenten für die Essstörungen (.46, .43 und .53). Dieses Ergebnis spricht ähnlich wie bei den Bipolaren



Störungen für einen separaten Faktor für die Essstörungen. Eine Analyse der reduzierten Störungskategorie der Essstörungen auf die *Bulimia Nervosa* ergab Faktorladungen für diese Störungsvariable auf dem *Phobischen Subfaktor* und dem Externalisierenden Faktor (.73 und .55). Allerdings konnte die Panikstörung anhand ihrer Ladungen in dieser Analyse nicht eindeutig einer Komponente zugewiesen werden.

## 6.2. Ergebnisse Fragebogenentwicklung

### 6.2.1. Inhaltliche Validität und Itemevaluation

Wie im Methodenteil dargestellt, wurden in einem ersten Arbeitsschritt der Fragebogenentwicklung die DSM-Kriterien der berücksichtigten Störungen in ein Itemformat übertragen. Diese Items wurden dann sowohl erfahrenen Psychotherapeuten als auch Personen der Allgemeinbevölkerung zur Evaluation vorgelegt. Die Psychotherapeuten mussten dabei die Übereinstimmung mit den jeweiligen DSM-Kriterien beurteilen und die Personen der Allgemeinbevölkerung mussten die Verständlichkeit der Items einschätzen (s. Anhang B und C für Anschreiben und Format). In Tabelle 25 sind die Responderaten und Merkmale dieser beiden Populationen deskriptiv dargestellt.

*Tabelle 25.* Merkmale der Psychotherapeuten- und Allgemeinbevölkerungsstichprobe für die erste Itemevaluation.

Stichprobe	Responderate N (%)	Frauen N (%)	Alter M (SD)	Therapieerfahrung M (SD)
Therapeuten	14 (56)	6 (43)	44,3 (8,4)	13,6 (5,4)
Allgemeinbevölkerung I	21 (84)	8 (38)	36,1 (10,6)	--

*Anmerkung:* M: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

Insgesamt konnte bei der Therapeutenstichprobe mit 56% keine so hohe Responderate wie bei der Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung erreicht werden (84%). Vergleichbare Anteile beider Stichproben sind weiblich (43 und 38%) und die Therapeuten-Stichprobe ist etwas älter (44 vs. 36 Jahre). Die mittlere Therapieerfahrung von 13,6 Jahren für die Therapeutenstichprobe kann als Güte des Expertenstatus dieser Stichprobe angesehen werden. Die nachfolgende Abbildung 11 zeigt die Verteilung der gesamten Einschätzungen der Therapeuten hinsichtlich der Übereinstimmung der konstruierten Items mit den jeweiligen Kriterien aus dem DSM.

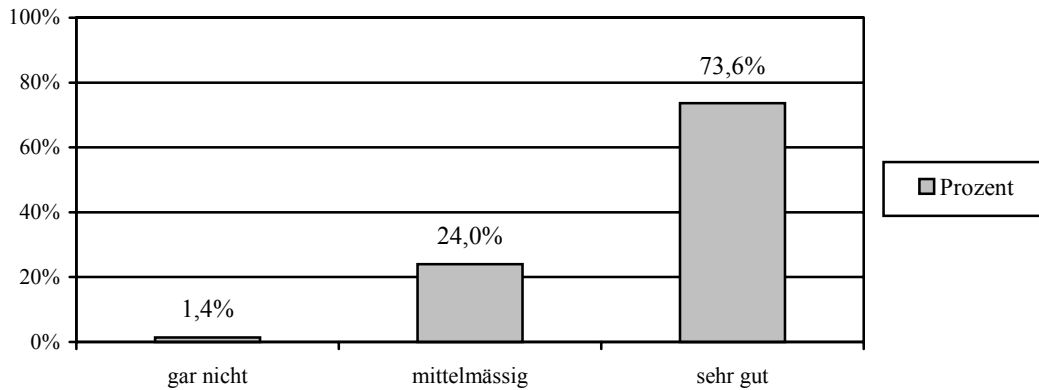


Abbildung 11. Prozentuale Verteilung der Gesamteinschätzungen der Therapeuten (N=1946) für die Übereinstimmung der Items mit den DSM-Kriterien.

Wie zu erkennen, schätzten die Therapeuten zu 73,6% die Übereinstimmung der Items mit den DSM-Kriterien als sehr gut ein (Mittelwert: 1,72; SD: 0,18). Lediglich 1,4% der abgegebenen Einschätzungen für die Übereinstimmung mit den DSM Kriterien fallen in die Kategorie „gar nicht“. Als quantitatives Mass zur Einschätzung der „inhaltlichen Merkmalssättigung“ der Items wurden die erreichten Werte zu dem maximal erreichbaren Wert in Beziehung gesetzt. Dies ergab einen Wert von 0.86 (SD: 0.09, Minimum: 0.66 und Maximum: 0.99) und damit ein ausgezeichnetes Ergebnis. In der Abbildung 12 ist die Verteilung der gesamten Einschätzungen der Verständlichkeit der einzelnen Items durch die Personen der Allgemeinbevölkerung (insgesamt 21 Personen und damit N=2919 einzelne Einschätzungen) dargestellt.

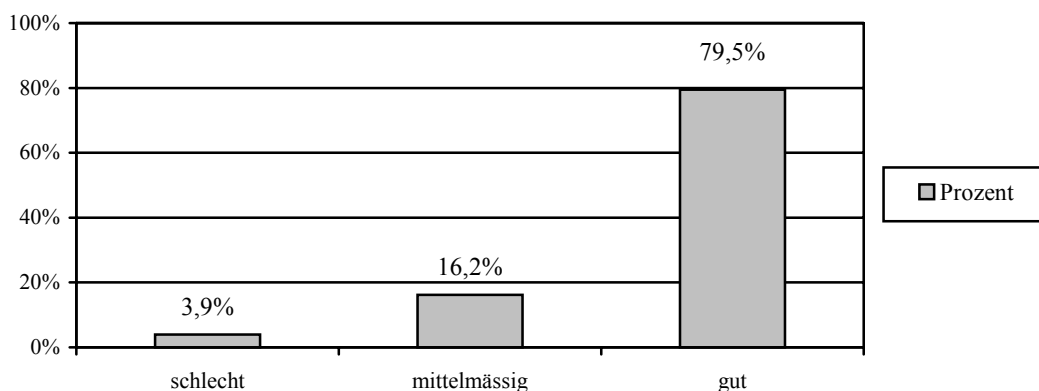


Abbildung 12. Prozentuale Verteilung der Gesamteinschätzungen der ersten Allgemeinbevölkerungstichprobe (N=2919) für die Verständlichkeit der Items.

Auch hinsichtlich der Einschätzung der Verständlichkeit der Items zeigen sich bei dieser ersten Stichprobe bereits gute Werte. Insgesamt 79,5% aller Itemeinschätzungen werden mit

„gut“ angegeben. Lediglich 3,9% der gesamten Einschätzungen zur Verständlichkeit werden als „schlecht“ eingestuft. Als quantitatives Mass zur Einschätzung wurden ebenfalls die erreichten Werte zu dem maximal erreichbaren Wert in Beziehung gesetzt. Dies ergab einen Wert von 0.85 (SD: 0.12, Minimum: 0.58 und Maximum: 0.97) und entspricht damit ebenfalls einem sehr guten Ergebnis.

Mit Hilfe dieser beiden Itemevaluationen aus den ersten Stichproben wurden nun Modifikationen an denjenigen Items durchgeführt, welche entweder 33% oder mehr „gar nicht“ oder „mittelmässige“ Einschätzungen für die Übereinstimmung mit dem DSM erhalten hatten oder bei denen 25% oder mehr „mittelmässige“ bzw. „schlechte“ Einschätzungen für die Verständlichkeit der Items bei den Personen der Allgemeinbevölkerung auftraten. Daraufhin wurden die Items wieder 25 Personen aus der Allgemeinbevölkerung vorgelegt. Tabelle 26 zeigt die Merkmale dieser neuen Stichprobe.

*Tabelle 26.* Merkmale der Allgemeinbevölkerungsstichprobe II für die zweite Itemevaluation.

Stichprobe	Responserate N (%)	Frauen N (%)	Alter M (SD)
Allgemeinbevölkerung II	24 (96)	13 (54)	44,3 (18,3)

*Anmerkung:* M: Mittelwert, SD: Standardabweichung.

Wiederum konnte auch für diese Stichprobe eine sehr gute Responserate von 96% erreicht werden. Der Frauenanteil liegt in dieser zweiten Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung etwas höher als in der ersten Stichprobe (Chi-Quadrat: 0.88; df=1, n.s.) und auch das Alter liegt mit 44,3 Jahren etwas über der ersten Stichprobe der Allgemeinbevölkerung (t-Wert: -1.86; df=38, n.s.). In der nächsten Abbildung sind die prozentualen Verteilungen der Itemevaluationen dieser zweiten Stichprobe dargestellt. Bereits integriert sind in diese Abbildung die Häufigkeiten für die Erhebung an der ersten Allgemeinbevölkerungsstichprobe, um einen deskriptiven Vergleich hinsichtlich der Einschätzungen zur Verständlichkeit zu ermöglichen.

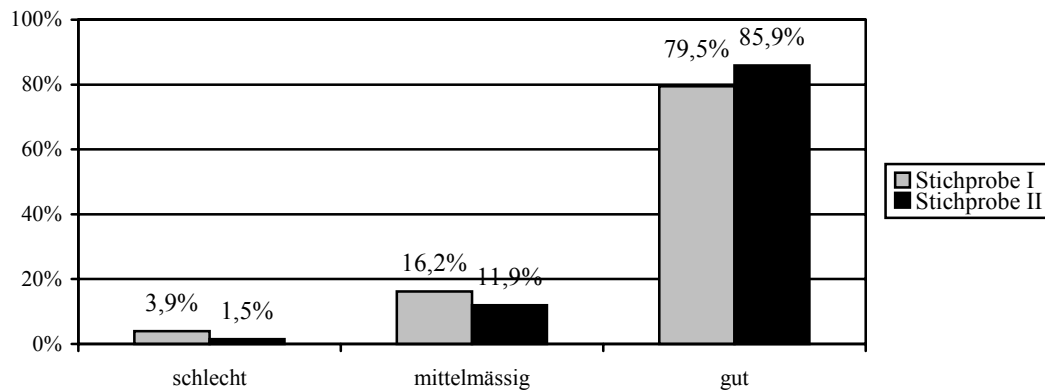


Abbildung 13. Prozentuale Verteilung der Gesamteinschätzungen der Allgemeinbevölkerungsstichprobe I (N=2919) und II (N=3336) für die Verständlichkeit der Items.

Bereits an der prozentualen Verteilung der Itemeinschätzungen ist zu erkennen, dass die Verständlichkeit der Items in der zweiten Stichprobe nochmals verbessert werden konnte. Auch der Wert für die erreichten Punkte im Verhältnis zu den erreichbaren Punkten liegt mit 0.89 (SD: 0.10, Minimum: 0.72 und Maximum: 0.97) wieder in einem sehr guten Bereich. In der folgenden Tabelle 27 sind die einzelnen mittleren Einschätzungen für die Verständlichkeit derjenigen Items aufgeführt, die nach der ersten Evaluation modifiziert wurden.

Tabelle 27. Veränderungen der Einschätzungen zur Verständlichkeit für die modifizierten Items.

Störung	Item Nr.*	M1 (SD)	M2 (SD)	t-Wert	df	deskriptiv verbessert?	Sign.
Manische Episode	14	1,60 (0,68)	2,00 (0,00)	-2,6	19	Ja	p < 0.05
	15	1,14 (0,66)	1,67 (0,48)	-3,1	36	Ja	p < 0.05
	16	1,71 (0,46)	1,96 (0,20)	-2,2	27	Ja	p < 0.05
	17	1,67 (0,58)	1,83 (0,38)	-1,1	34	Ja	--
	18	1,62 (0,67)	1,26 (0,69)	1,7	42	Nein	p < 0.10
Panikattacke	41	1,43 (0,68)	1,67 (0,57)	-1,3	43	Ja	--
Spezifische Phobie	53	1,33 (0,73)	1,71 (0,46)	-2,0	33	Ja	p < 0.10
	54	1,52 (0,75)	1,54 (0,66)	-0,1	43	Ja	--
Soziale Phobie	60	1,67 (0,58)	1,88 (0,34)	-1,5	31	Ja	--
	61	1,75 (0,44)	1,79 (0,42)	-0,3	39	Ja	--
Zwangsstörung	62-65	1,65 (0,44)	1,50 (0,59)	1,0	42	Nein	--
	66	1,52 (0,68)	1,79 (0,42)	-1,6	32	Ja	--
	69	1,57 (0,60)	1,67 (0,48)	-0,6	43	Ja	--
	70	1,52 (0,51)	1,67 (0,48)	-0,9	43	Ja	--
	71	1,67 (0,58)	1,79 (0,42)	-0,8	43	Ja	--
PTSD	74	1,52 (0,75)	1,96 (0,20)	-2,6	23	Ja	p < 0.05
	79	1,52 (0,68)	1,88 (0,34)	-2,1	28	Ja	p < 0.05
	82	1,67 (0,58)	1,88 (0,34)	-1,5	31	Ja	--
	84	1,48 (0,75)	1,88 (0,34)	-2,2	27	Ja	p < 0.05
	85	1,19 (0,68)	1,83 (0,48)	-3,6	35	Ja	p < 0.05
	86	1,43 (0,75)	2,00 (0,00)	-3,5	20	Ja	p < 0.05
Akute Belastungsstörung	92	1,57 (0,75)	1,92 (0,28)	-2,0	25	Ja	p < 0.10
	94	1,52 (0,51)	1,75 (0,44)	-1,6	40	Ja	--
	95	1,71 (0,46)	1,79 (0,51)	-0,5	43	Ja	--
	96	1,71 (0,46)	1,67 (0,48)	0,3	43	Nein	--
Somatisierungsstörung	109	1,57 (0,68)	1,76 (0,37)	-1,1	30	Ja	--
Konversionsstörung	114	1,62 (0,59)	1,92 (0,28)	-2,1	28	Ja	p < 0.05
	115	1,76 (0,54)	1,92 (0,28)	-1,2	29	Ja	--
Schmerzstörung	117	1,65 (0,67)	1,87 (0,34)	-1,3	27	Ja	--
Hypochondrie	119	1,71 (0,46)	1,83 (0,39)	-0,9	39	Ja	--
Körperdysmorphie Störung	120	1,81 (0,51)	1,88 (0,27)	-0,5	43	Ja	--
Sexuelle Störung	123	1,62 (0,59)	1,88 (0,34)	-1,8	31	Ja	p < 0.10
	125	1,67 (0,48)	1,96 (0,20)	-2,6	26	Ja	p < 0.05
Anpassungsstörung	137	1,52 (0,68)	1,50 (0,59)	0,1	43	Nein	--
	138	1,48 (0,75)	1,79 (0,51)	-1,6	35	Ja	--

Anmerkung: Für die Items 14, 16, 17, 53, 60, 62-65, 66, 74, 79, 82, 84, 85, 86, 92, 94, 109, 114, 115, 117, 123, 125, 138 wurde die Annahme der Varianzhomogenität verworfen und die t-Tests entsprechend angepasst. M: Mittelwert, SD: Standardabweichung, df: Freiheitsgrade.

\* Die Itemnummern beziehen sich auf die Nummern während der Evaluation und entsprechen nicht den letztendlichen Itemnummern. Obwohl die Manische Episode, Akute Belastungsstörung und Anpassungsstörung letztendlich nicht in den Fragebogen integriert wurden, sind sie trotzdem hier angeführt (s. Kapitel 5).

Von den 35 modifizierten Items verbesserten sich 31 deskriptiv, und für 10 konnte eine statistisch bedeutsame Verbesserung ( $p < 0.05$ ) in der Verständlichkeitseinschätzung ermittelt werden. Damit konnte für die bereits gute Verständlichkeit der Items durch die Modifikation anhand der ersten Evaluation nochmals eine Verbesserung hinsichtlich der Itemverständlichkeit erreicht werden. Zur Überprüfung, ob die zweite Stichprobe *tendenziell* eine bessere Bewertung der Verständlichkeit abgegeben hat, wurde ein t-Test über die Gesamteinschätzungen der Items gerechnet. Dieser wurde jedoch nicht signifikant ( $t = -1.22$ ;  $df = 43$ ;  $p = 0.23$ ), womit die Verbesserungen sich klar auf die modifizierten Items und ihre bessere Verständlichkeit zurückführen lassen.

### *Zusammenfassung*

Für die Itemevaluation konnten in einem ersten Arbeitsschritt 14 erfahrene Therapeuten und 21 Personen der Allgemeinbevölkerung erfolgreich kontaktiert werden. Insgesamt wurden 73,6% der Einschätzungen der Therapeuten zur Übereinstimmungen der Items mit dem DSM als „sehr gut“ angegeben und lediglich 1,4% als „gar nicht“. Die erste Evaluation der Itemverständlichkeit durch die N=21 Personen der Allgemeinbevölkerung ergab für 79,5% der Einschätzungen eine „gute“ Verständlichkeit und lediglich für 3,9% eine „schlechte“. Als quantitative Masse für diese Einschätzungen wurden die erreichten Werte zu den erreichbaren Werten über alle Items ins Verhältnis gesetzt und es resultieren mit 0.86 (SD: 0.09, Minimum: 0.66 und Maximum: 0.99) und 0.85 (SD: 0.12, Minimum: 0.58 und Maximum: 0.96) sehr gute Werte.

Nach einer Modifikation der Items aufgrund der ersten Evaluation konnte in einer zweiten Stichprobe von N=24 erfolgreich kontaktierten Personen der Allgemeinbevölkerung für die 35 modifizierten Items nochmals bei zehn Items eine statistisch bedeutsame Verbesserung der Verständlichkeit erreicht werden und lediglich 1,5% der gesamten Einschätzungen in dieser zweiten Evaluation wurden als „schlecht“ eingestuft. Das quantitative Mass des Verhältnisses von erreichten zu erreichbaren Punkten liegt mit 0.89 (SD: 0.10, Minimum: 0.72 und Maximum: 0.97) in einem sehr guten Bereich. Um die generelle Antworttendenz der beiden Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, wurde ein entsprechender t-Test gerechnet, der jedoch nicht signifikant wurde. Damit kann die Verbesserung auf die modifizierten Items zurückgeführt werden und die Anforderungen an die entwickelten Items hinsichtlich ihrer Verständlichkeit bzw. Übereinstimmung mit den DSM Kriterien können als erfüllt eingestuft werden.

### 6.2.2. Konstruktvalidierung

Nach der erfolgten Itemkonstruktion und –evaluation mussten nun der entwickelte Fragebogen und seine einzelnen Konstrukte validiert werden. Dafür wurde der Fragebogen in den diagnostischen Prozess von zwei psychotherapeutischen Ambulanzen integriert und zusätzlich als Eingangsdiagnostik in einer Privatklinik eingesetzt (s. Kapitel 5.2.).

Die Ergebnisse für diese Analysen sind in den folgenden Kapiteln dargestellt. In Kapitel 6.2.2.1. folgt eine Darstellung der demographischen Merkmale der drei untersuchten Stichproben und der resultierenden Skalenkennwerte des Fragebogens für diese Erhebungen. Ab dem Kapitel 6.2.2.2. wird die diagnostische Validität der einzelnen Skalen des Fragebogens dargestellt und in Kapitel 6.2.2.3. wird ein Mass für die konvergente bzw. diskriminante Validität der Skalen angeführt.

#### 6.2.2.1. Stichproben und Skalenkennwerte

Insgesamt konnten in dem Erhebungszeitraum 266 Fragebögen in den drei Institutionen erhoben werden. In Tabelle 28 sind die demographischen Merkmale dieser drei Stichproben und die jeweiligen Ausschöpfungsraten dargestellt.

*Tabelle 28.* Demographische Merkmale der drei untersuchten klinischen Stichproben und Ausschöpfungsraten.

Stichprobe	Ausschöpfung N (%)	Geschlecht Frauen, N (%)	Alter M (SD)
Psychotherapeutische Praxisstelle (Bern, CH)	26 (44,06)	15 (57,69)	34,08 (10,54)
Zentrum für Psychotherapie (Bochum, D)	77 (70,00)	43 (55,84)	35,55 (10,68)
Privatklinik Wyss (Münchenbuchsee, CH)	163 (90,56)	106 (65,03)	47,93 (12,79)
Gesamt	266 (68,21)	154 (59,52)	43,04 (13,50)

*Anmerkung:* Der Altersunterschied wird signifikant ( $F_{\text{ges}}:34,87$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,01$ ; signifikante Einzeleffekte: Bern vs. Wyss und Bochum vs. Wyss). Der Geschlechtsunterschied wird nicht signifikant (Chi Quadrat: 2,30;  $df = 2$ ;  $p = .32$ ).

Wie zu erkennen, liegt die Ausschöpfungsraten mit 90% in der Klinik Wyss eindeutig über den Raten für Bern und Bochum (44 und 70%). Auch der Anteil an Frauen ist für die Wyss Stichprobe leicht erhöht, wird jedoch nicht signifikant (Chi Quadrat: 2,30;  $df = 2$ ;  $p = .32$ ). Allerdings liegt die Stichprobe aus Wyss mit einem durchschnittlichem Alter von 48 Jahren



deutlich über dem Alter der anderen beiden Stichproben (34 und 36 Jahre). Diese Unterschiede werden auch bei einer entsprechenden statistischen Überprüfung signifikant ( $F_{\text{ges.}}: 34.87; df = 2; p < 0.01$ ). Die Gesamtstichprobe besteht damit aus 266 Personen, in einem mittleren Alter von 43 Jahren und 59,5% sind Frauen. In der nächsten Tabelle sind die Ausprägungen auf den einzelnen Fragebogenskalen für die drei Stichproben dargestellt.

Tabelle 29. Werte für die einzelnen Skalen des Fragebogen in Abhängigkeit von den Stichproben.

Skala	Itemanzahl	Stichprobe				Vergleich (Bern/ Bochum vs. Wyss) <sup>5</sup>
		Bern N = 26 <sup>1</sup> M (SD)	Bochum N = 77 <sup>2</sup> M (SD)	Bern/Bochum N = 103 <sup>3</sup> M (SD)	Wyss N = 163 <sup>4</sup> M (SD)	
MDE	10	2,24 (0,77)	2,84 (0,87)	2,69 (0,88)	3,33 (0,87)	p<0.01
PD/AGPH	20	1,87 (1,07)	2,05 (1,14)	2,00 (1,11)	2,15 (1,06)	--
SPE	6	1,80 (1,39)	2,34 (1,54)	2,20 (1,52)	1,42 (1,03)	p<0.01
SOP	7	2,36 (1,47)	2,90 (1,43)	2,76 (1,46)	2,64 (1,38)	--
OCD	10	1,80 (1,33)	2,22 (1,20)	2,12 (1,24)	1,97 (1,09)	--
GAD	8	2,24 (0,86)	2,95 (0,99)	2,77 (1,01)	3,23 (0,95)	p<0.01
SOM	18	1,46 (0,49)	1,99 (0,71)	1,85 (0,81)	2,00 (0,85)	--
SEXD	6	1,55 (0,73)	2,10 (1,10)	1,96 (1,04)	2,51 (1,27)	p<0.01
EAT	8	1,58 (1,02)	1,75 (1,06)	1,71 (1,05)	1,72 (0,81)	--
PTSD	18	1,05 (0,25)	1,35 (0,88)	1,28 (0,78)	1,56 (1,02)	p<0.05
AA	5	1,21 (0,36)	1,29 (0,49)	1,27 (0,46)	1,33 (0,65)	--
AD	10	1,17 (0,33)	1,26 (0,56)	1,24 (0,51)	1,40 (0,85)	--
DA/MA	5	1,18 (0,39)	1,26 (0,46)	1,24 (0,44)	1,49 (0,75)	p<0.05
DD/MD	10	1,10 (0,21)	1,29 (0,56)	1,23 (0,50)	1,62 (0,98)	p<0.01

*Anmerkungen:* MDE: Major Depression, PD/AGPH: Panikstörung und Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, OCD: Zwangsstörung, SOM: Somatoforme Störungen, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT: Essstörungen, PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/ Medikamentenmissbrauch, DD: Drogen/ Medikamentenabhängigkeit. <sup>1</sup>Aufgrund fehlender Werte N=24-26; <sup>2</sup>Aufgrund fehlender Werte N=66-77; <sup>3</sup>Aufgrund fehlender Werte N=89-103; <sup>4</sup>Aufgrund fehlender Werte N=131-163; <sup>5</sup>Wegen einer Verletzung der Normalverteilungsannahme für alle Variablen bis auf MDE und GAS wurden alle Unterschiede mittels Mann-Whitney-Test berechnet. Die Stichproben Bern und Bochum wurden zusammengefasst, da sich die Stichprobengrößen sehr unterscheiden und die gemeinsame Stichprobe die Grundlage für die weiteren Analysen bildet.

Die ambulante Stichprobe (Bern und Bochum) und die stationäre Stichprobe (Wyss) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausprägung in den Fragebogenskalen für die Major Depression, die Spezifische Phobie, die Generalisierte Angststörung, die Sexuellen

Störungen, die Posttraumatische Belastungsstörung und den Drogen-, Medikamentenmissbrauch bzw. die Skala Drogen-, Medikamentenabhängigkeit. Dabei weist die stationäre Stichprobe für alle Unterschiede bis auf den für die Spezifische Phobie stets die höheren Werte auf.

In der nächsten Tabelle sind als Reliabilitätsmasse für die einzelnen Skalen die jeweiligen internen Konsistenzen angeführt (Cronbachs Alpha). Dies erfolgt wiederum für die getrennten Stichproben als auch für die Gesamtstichprobe.

Tabelle 30. Interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha) der einzelnen Skalen in Abhängigkeit von der Stichprobe.

Skala	Itemanzahl	Stichprobe			
		Bern N = 26 <sup>1</sup>	Bochum N = 77 <sup>2</sup>	Wyss N = 163 <sup>3</sup>	Gesamt N = 266 <sup>4</sup>
		Cronbachs $\alpha$			
MDE	10	.82	.89	.88	<b>.90</b>
PD/AGPH	20	.97	.97	.97	<b>.97</b>
PD o. AGPH	17	.96	.97	.96	.96
SPE	6	.98	.96	.96	<b>.97</b>
SOP	7	.97	.96	.96	<b>.96</b>
OCD	10	.97	.93	.92	<b>.93</b>
OCD Gedanken	6	.98	.94	.96	.96
OCD Handlungen	4	.96	.93	.94	.94
GAS	8	.85	.88	.89	<b>.89</b>
SOM	18	.82	.87	.91	<b>.89</b>
SOM Schmerz	5	.81	.84	.83	.84
SOM sonstige	8	.67	.78	.85	.83
SOM Hypochondrie	2	.66	.90	.92	.91
SOM Körperdysmorphie Störung	2	.97	.96	.96	.96
SEXD	6	.64	.86	.91	<b>.90</b>
EAT	8	.94	.93	.83	<b>.88</b>
EAT Anorexia Nervosa	5	.92	.84	.87	.86
EAT Bulimia Nervosa	3	.88	.86	.81	.83
PTSD	18	.91	.98	.98	<b>.98</b>
AA	5	-- <sup>5</sup>	.39	.72	<b>.63</b>
AD	10	.68	.89	.96	<b>.94</b>
DA/MA	5	.31	.38	.72	<b>.66</b>
DD/MD	10	.38	.84	.94	<b>.93</b>

Anmerkungen: MDE: Major Depression, PD/AGPH: Panikstörung und Agoraphobie, PD o. AGPH: Panikstörung ohne Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, OCD: Zwangsstörung, SOM: Somatoforme Störungen, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT: Essstörungen, PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/Medikamentenmissbrauch, DD/MD: Drogen/Medikamentenabhängigkeit. <sup>1</sup> Aufgrund listenweisen Ausschlusses: Werte N=14-26; <sup>2</sup> Aufgrund listenweisen Ausschlusses: Werte N=43-77; <sup>3</sup> Aufgrund listenweisen Ausschlusses: Werte N=121-163; <sup>4</sup> Aufgrund listenweisen Ausschlusses: Werte N=234-258; <sup>5</sup> konnte aufgrund fehlender Varianz nicht berechnet werden.

Wie in der Tabelle zu erkennen, liegen die Werte für die Gesamtstichprobe und die jeweiligen internen Konsistenzen der Skalen zwischen 0.63 für den Alkoholmissbrauch (AA) und 0.98

für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Die zum Teil hohen Werte lassen sich zumindest durch zwei Dinge erklären: zum einen zeigten viele der untersuchten Personen keine Symptomatik hinsichtlich der erfassten Störung, was zu einer Homogenität der Itemantworten beigetragen hat. Zum anderen sprechen die hohen Werte der Skalen jedoch auch für die gute Operationalisierung der Items. Deutlich wird allerdings auch, dass bei einer Betrachtung der ambulanten Substichproben für den Alkoholmissbrauch bzw. den Drogen/Medikamentenmissbrauch und die Drogen/Medikamentenabhängigkeit nur ungenügende interne Konsistenzen resultieren (0.31 und 0.38). Dies zeigt sich auch für die Subskala *SOM sonstige* bzw. *SOM Hypochondrie* der Somatoformen Störungen und für die *Sexuellen Störungen (SEXD)* der Substichprobe Bern mit Werten von 0.67 bzw. 0.66. Insgesamt liegen die internen Konsistenzen jedoch für alle anderen Skalen und Substichproben mit Werten zwischen 0.78 und 0.98 in einem ausgezeichneten Bereich.

### *Zusammenfassung*

Insgesamt konnten in dem Erhebungszeitraum 266 Fragebögen in den drei Institutionen erhoben werden, 60% dieser Gesamtstichprobe sind Frauen und das Durchschnittsalter beträgt 43 Jahre. Die Stichprobe aus der Klinik Wyss ist dabei tendenziell etwas älter als die beiden anderen Stichproben. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung ergibt sich hingegen kein signifikanter Unterschied.

Die Stichprobe der Klinik Wyss zeigt in den Skalenwerten für die Major Depression, die Generalisierte Angststörung, die Sexuellen Störungen, die Posttraumatische Belastungsstörung und die beiden Skalen für den Drogen- bzw. Medikamentenmissbrauch und die Abhängigkeit die höheren Ausprägungen. In der Skala für die Spezifische Phobie liegt die Stichprobe aus Bern und Bochum hingegen über dem Wert für die Stichprobe aus Wyss.

Für die internen Konsistenzen können mit Werten zwischen 0.78 und 0.98 gute bis ausgezeichnete Ergebnisse für die einzelnen Skalen gefunden werden. Lediglich die Werte für die Substichproben der Skalen für die Somatoformen Störungen (*SOM sonstige*: 0.67, *SOM Hypochondrie*: 0.66), die Sexuellen Störungen (*SEXD*: 0.64), die Störungen in Bezug auf Alkohol (*AA*: 0.39, *AD*: 0.68) und die Skalen für den Drogen/Medikamentenmissbrauch (*DA/MA*: 0.31 und 0.38) und die Drogen/Medikamentenabhängigkeit (*DD/MD*: 0.38) liegen in einem unbefriedigenden Bereich.

#### 6.2.2.2. Diagnostische Validität

Für die diagnostische Validierung der einzelnen Skalen des Fragebogen müssen diese mit einem anderen diagnostischen Instrument verglichen werden. Dazu wurden in den Stichproben aus Bern und Bochum im Anschluss an das Ausfüllen der Fragebögen strukturierte Interviews zur Erfassung psychischer Störungen mit den Patienten durchgeführt (s. Kapitel 5.2.). In Tabelle 31 sind die aus diesen Interviews resultierenden DSM-Diagnosen für die beiden Stichproben getrennt und zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 31. Aus dem strukturierten Interview (SKID) abgeleitete Diagnosen der beiden ambulanten Stichproben.

DSM-IV Diagnose und Kodierung	Stichprobe		
	Bern (N <sub>ges</sub> = 26) N (%)	Bochum (N <sub>ges</sub> = 77) N (%)	Gesamt <sup>1</sup> (N <sub>ges</sub> = 103) N (%)
<b>Affektive Störungen</b>	9 (34,6)	46 (59,7)	55 (53,4)
<i>Major Depression (einzelne Episode), 296.2x</i>	1 (3,8)	15 (19,5)	16 (15,5)
<i>Major Depression (rezidivierende Episode), 296.3x</i>	3 (11,5)	20 (26,0)	23 (22,3)
<i>Dysthymie, 300.4</i>	--	9 (11,7)	9 (8,7)
<i>Depressive Störung NNB, 311</i>	5 (19,2)	1 (1,3)	6 (5,8)
<i>Bipolare Störung, 292.5x</i>	--	1 (1,3)	1 (1,0)
<b>Angststörungen</b>	10 (38,5)	63 (81,8)	73 (70,9)
<i>Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, 300.01, 300.21, 300.22</i>	2 (7,7)	23 (29,9)	25 (24,3)
<i>Spezifische Phobie, 300.29</i>	1 (3,8)	6 (7,8)	7 (6,8)
<i>Soziale Phobie, 300.23</i>	6 (23,1)	22 (28,6)	28 (27,2)
<i>Generalisierte Angststörung, 300.02</i>	--	4 (5,2)	4 (3,9)
<i>Zwangsstörung, 300.3</i>	--	5 (6,5)	5 (4,9)
<i>Posttraumatische Belastungsstörung, 309.81</i>	2 (7,7)	3 (3,9)	5 (4,9)
<b>Somatoforme Störungen</b>	2 (7,7)	1 (1,3)	3 (2,9)
<i>undifferenzierte Somatoforme Störung, 300.81</i>	1 (3,8)	--	1 (1,0)
<i>Körperdysmorphie Störung, 300.7</i>	1 (3,8)	1 (1,3)	2 (1,9)
<b>Essstörungen</b>	2 (7,7)	8 (10,4)	10 (9,7)
<i>Anorexia Nervosa, 307.1</i>	--	3 (3,9)	3 (2,9)
<i>Bulimia Nervosa, 307.51</i>	2 (7,7)	4 (5,2)	6 (5,8)
<i>Essstörung NNB, 307.50</i>	--	1 (1,3)	1 (1,0)
<b>Sexuelle Störungen</b>	--	2 (2,6)	2 (1,9)
<i>Störung mit Verminderter sexueller Appetenz, 302.71</i>	--	1 (1,3)	1 (1,0)
<i>Störung der sexuellen Erregung, 302.72</i>	--	1 (1,3)	1 (1,0)
<b>Substanzstörungen</b>	2 (7,7)	5 (6,5)	7 (6,8)
<i>Cannabismisbrauch, 305.20</i>	1 (3,8)	1 (1,3)	2 (1,9)
<i>Cannabisabhängigkeit, 304.30</i>	1 (3,8)	2 (2,6)	3 (2,9)
<i>Alkoholabhängigkeit, 303.9</i>	--	1 (1,3)	1 (1,0)
<b>Anpassungsstörungen</b>	3 (11,5)	5 (6,5)	8 (7,8)
<i>Mit depressiver Stimmung, 309.0</i>	1 (3,8)	2 (2,6)	3 (2,9)
<i>Mit Angst und depressiver Stimmung gemischt, 309.28</i>	--	3 (3,9)	3 (2,9)
<i>Unspezifisch, 309.90</i>	2 (7,7)	--	2 (1,9)
<b>Sonstige</b>	2 (7,7) <sup>2</sup>	8 (10,4) <sup>3</sup>	10 (9,7)

Anmerkungen: <sup>1</sup>die Anzahl der Diagnosen ergibt mehr als das gesamte N, da eine Person mehrere Diagnosen erfüllt haben kann. <sup>2</sup>beinhaltet: 302.20 Pädophilie (1) und 799.90 Diagnose zurückgestellt (1). <sup>3</sup>beinhaltet: 301.83 Borderline Persönlichkeitsstörung (3), 312.39 Trichotillomanie (1), 314 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (1), 293.90 Psychische Störung aufgrund eines Medizinischen Krankheitsfaktor (1), 297.10 Wahnhafte Störung (1).

Sowohl in der Stichprobe aus Bern als auch in der Stichprobe aus Bochum stellen die *Angststörungen* die am häufigsten diagnostizierte Störungsgruppe dar (38,5 und 81,8%).

Danach folgen in beiden Institutionen die *Affektiven Störungen* mit 34,6% für Bern und 59,7% für Bochum. Die am häufigsten gestellte Einzeldiagnose in Bern ist die *Soziale Phobie* mit 23,1% und in Bochum die *Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie* (29,9%) gefolgt von der *Sozialen Phobie* (28,6%). Weiterhin erfüllen insgesamt 9,7% der gesamten Stichprobe die Kriterien für irgendeine *Essstörung*, 7,8% für eine *Anpassungsstörung*, 6,8% für irgendeine *Substanzstörung*, 2,9% für eine *Somatoforme Störung* und 1,9% für eine *Sexuelle Störung*.

Vierzig Patienten (39,8%) der Gesamtstichprobe erfüllen die Kriterien für lediglich *eine* psychische Störung, 44 (42,7%) erfüllen die Kriterien für *zwei* Störungsdiagnosen, 9 (8,7%) erfüllen die Kriterien für *drei* Störungsdiagnosen und drei Patienten (2,9%) für *vier* bzw. *fünf* Diagnosen. Bei sieben Patienten (6,8%) war die Diagnose zurückgestellt bzw. fehlt.

Für die Beantwortung der Frage nach der diagnostischen Validität der Skalen aus dem Fragebogen wurden nun die Ergebnisse aus den diagnostischen Interviews mit den Ergebnissen aus dem Fragebogen verglichen. Aufgrund der geringen Häufigkeit einzelner psychischer Störungen (s. Tabelle 27) konnten diese Analysen jedoch nur für die Skalen der *Major Depression*, *Panikstörung/Agoraphobie*, *Spezifischen Phobie*, *Sozialen Phobie*, *Generalisierten Angststörung*, *Essstörungen*, *Posttraumatischen Belastungsstörung* und der *Zwangsstörung* durchgeführt werden. Alle anderen Skalen des Fragebogens können aufgrund der geringen Prävalenz dieser Störungen (ermittelt durch das diagnostische Interview) nicht analysiert werden.

In den nachfolgenden Darstellungen sind jeweils die *Receiver Operator Characteristics* als Masse für die diagnostische Validität einer Skala in der Vorhersage der entsprechenden Diagnose aus dem Interview dargestellt. Als zusätzliche Veranschaulichung der Validität einer spezifischen Skala wurde jeweils eine zufällige Skala aus dem Fragebogen für die separate Vorhersage hinzugezogen. Als Masse für die Güte der jeweiligen Skala hinsichtlich ihrer diagnostischen Validität sind die sogenannten *Area under curve* Werte und das dazugehörige 95%ige Konfidenzintervall dargestellt. Weiterhin sind jeweils in der anschliessenden Tabelle die *Sensitivität* bzw. *Spezifität* der Skala in Abhängigkeit von der Ausprägung der Skalenwerte der Fragebogenskala abgebildet. Danach folgt eine Darstellung der *Positiven* bzw. *Negativen prädiktiven Werte* der Skala in Abhängigkeit von unterschiedlichen Ausprägungen auf der Skala. Abschliessend werden für jede untersuchte Skala die *Receiver Operator Characteristics* ihrer einzelnen Items angeführt.

## 6.2.2.2.1. Major Depression (MDE)

Die folgende Abbildung zeigt die Resultate für die Vorhersage der Major Depression Diagnose aus den klinischen Interviews durch die Major Depression (MDE) Skala des Fragebogens. Als zufällige Kontrollskala zur getrennten Vorhersage dient die Zwangsstörungsskala (OCD) aus dem Fragebogen. In die Analysen gingen als *positiv definierte Fälle* 39 Patienten mit einer Major Depression (einzelne bzw. rezidivierende Episode) ein. Die restlichen 64 Patienten wurden als *negativ definierte Fälle* (MDE Diagnose nicht vorhanden). berücksichtigt.<sup>11</sup>

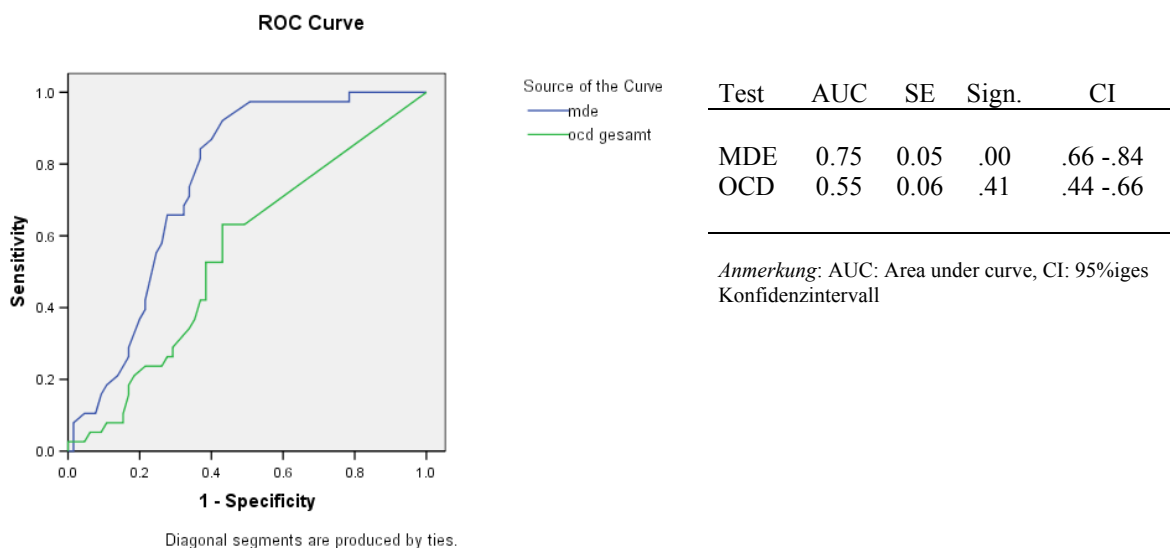


Abbildung 14. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Major Depression Diagnose (MDE einfach und rezidivierend) durch die Major Depression Skala und eine Kontrollskala (OCD).

Wie in der Abbildung zu erkennen, liegt der AUC-Wert von 0.75 (CI: 0.66 – 0.84) für die Major Depression Skala deutlich über dem Wert für die Zwangsstörungsskala (AUC: 0.55, CI: 0.44 – 0.66). Da sich die beiden 95%igen Konfidenzintervalle nicht überschneiden, kann man von einem signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Kennwerten ausgehen. Der Wert von 0.75 entspricht damit einer guten diagnostischen Validität der MDE Skala in der Vorhersage der aus den diagnostischen Interviews abgeleiteten Major Depression Diagnose. In der folgenden Tabelle 32 sind in Abhängigkeit von Werten der beiden untersuchten Skalen

<sup>11</sup> Die gleichen Analysen wurden mit verschiedenen zusammengefassten Gruppen der Affektiven Störungen berechnet (Major Depression, Dysthymie und Depressive Störung NNB) und führten zu vergleichbaren aber tendenziell schlechteren Ergebnissen.



ihre Sensitivitäten und Spezifitäten für die Vorhersage der Major Depression Diagnose gegenübergestellt.

*Tabelle 32.* Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die MDE Skala und die Kontrollskala (OCD) in der Vorhersage der Major Depression Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
MDE-Skala	1.25	1.00	0.02	OCD-Skala	1.20	0.63	0.51
	1.35	1.00	0.09		1.45	0.63	0.52
	1.75	0.97	0.21		1.80	0.63	0.57
	1.95	0.97	0.34		1.95	0.55	0.57
	2.25	0.92	0.57		2.26	0.50	0.61
	2.55	0.82	0.63		2.55	0.37	0.65
	2.84	0.68	0.68		2.85	0.26	0.71
	3.15	0.55	0.75		3.15	0.24	0.77
	3.35	0.37	0.80		3.35	0.21	0.81
	4.00	0.11	0.94		4.00	0.08	0.88

Anmerkung: MDE: Major Depression, OCD: Zwangsstörung

Entsprechend der ROC-Analysen zeigt sich bei der Gegenüberstellung der MDE Skala und der Zwangsstörungsskala zur Vorhersage der Major Depression Diagnose ein besseres Bild für die MDE Skala. So erreicht die OCD Skala keinen Wert für die Sensitivität über 0.63. Inhaltlich bedeutet dies, dass zum Beispiel bei einem Cutoff von 2.25 in der Major Depression Skala 92% der *tatsächlich* an Major Depression Erkrankten richtig von dem Fragebogen identifiziert werden (Sensitivität) und insgesamt 57% der Nicht-Erkrankten werden bei einem solchen Cutoff als gesund klassifiziert (Spezifität). In der nächsten Tabelle sind die Positiven und Negativen prädiktiven Werte für die MDE Skala zur Vorhersage der MDE Diagnose in Abhängigkeit von verschiedenen Testwerten der MDE Skala dargestellt.

*Tabelle 33.* Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die MDE Skala in der Vorhersage der Major Depression Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
MDE-Skala	1.25	37.3	100.0
	2.25	55.6	92.5
	2.55	55.6	78.6

Anmerkung: MDE: Major Depression, OCD: Zwangsstörung

Auch die prädiktiven Werte liegen gerade für den Wert 2.25 mit einem Positiv prädiktiven Wert von 55,6% und einem Negativ prädiktiven Wert von 92,5% in einem guten Bereich. Inhaltlich heisst dies, dass eine Person mit einem Skalenwert von 2.25 auf der Major Depression Skala zu 55,6% tatsächlich an einer Major Depression leidet. Bei einem Wert darunter hat die Person mit 92,5%iger Wahrscheinlichkeit keine Major Depression. In der nachfolgenden Abbildung 15 sind die ROCs für die einzelnen Items der MDE Skala bei der Vorhersage der MDE Diagnose dargestellt.

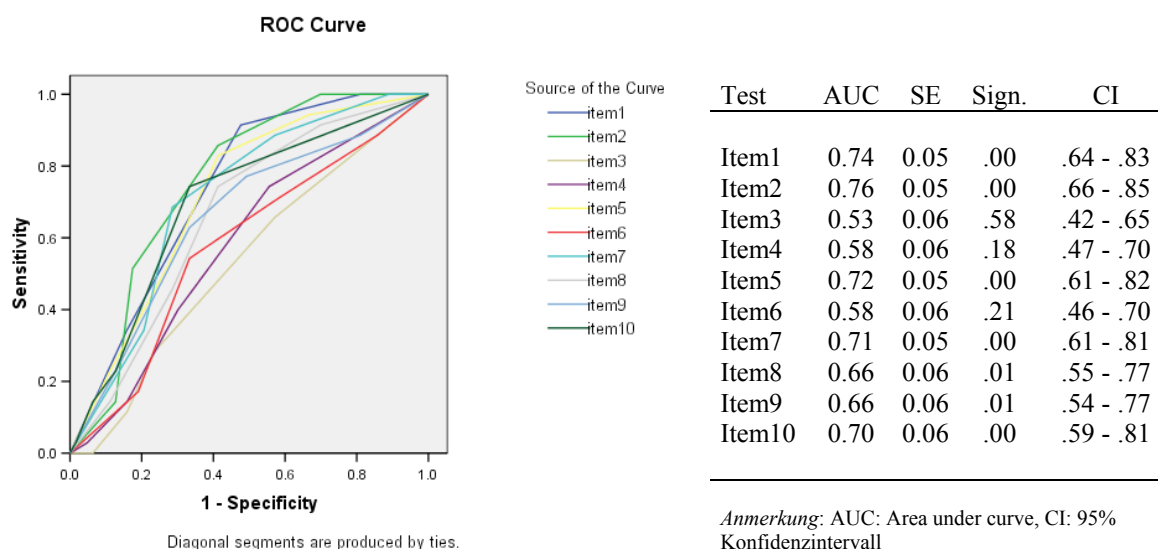


Abbildung 15. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Major Depression (MDE einfach und rezidierend, SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Major Depression Skala.

Wie zu erkennen, können sieben von zehn Items der MDE Skala die MDE Diagnose signifikant und diagnostisch valide vorhersagen. Am besten schneidet das Item 2 („...vermindertes Interesse oder verminderte Freude an fast allen Aktivitäten“) ab. Die Items 3, 4 und 6 können nach dieser Analyse hingegen nicht als diagnostisch valide bezeichnet werden. Diese beziehen sich inhaltlich auf Gewichtsverlust bzw. Appetitveränderungen (Item 3 und 4) und eine körperliche Unruhe (Item 6).

#### 6.2.2.2.2. Panikstörung/Agoraphobie (PD/A)

Die Abbildung 16 zeigt die Ergebnisse für die Vorhersage der Störungsdiagnose Panikstörung mit Agoraphobie. Als Skala zur Vorhersage wurde die Panikstörung/Agoraphobie Skala (PD/A) aus dem Fragebogen herangezogen, und als Kontrollskala dient die Essstörungsskala (EAT). In die Analysen sind alle N=23 Patienten als positiv definierte Fälle eingegangen, die

im diagnostischen Interview die Störungsdiagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie erfüllt haben. Als negativ definierte Fälle (Diagnose nicht vorhanden) gingen die restlichen 80 Patienten in die Analysen ein.

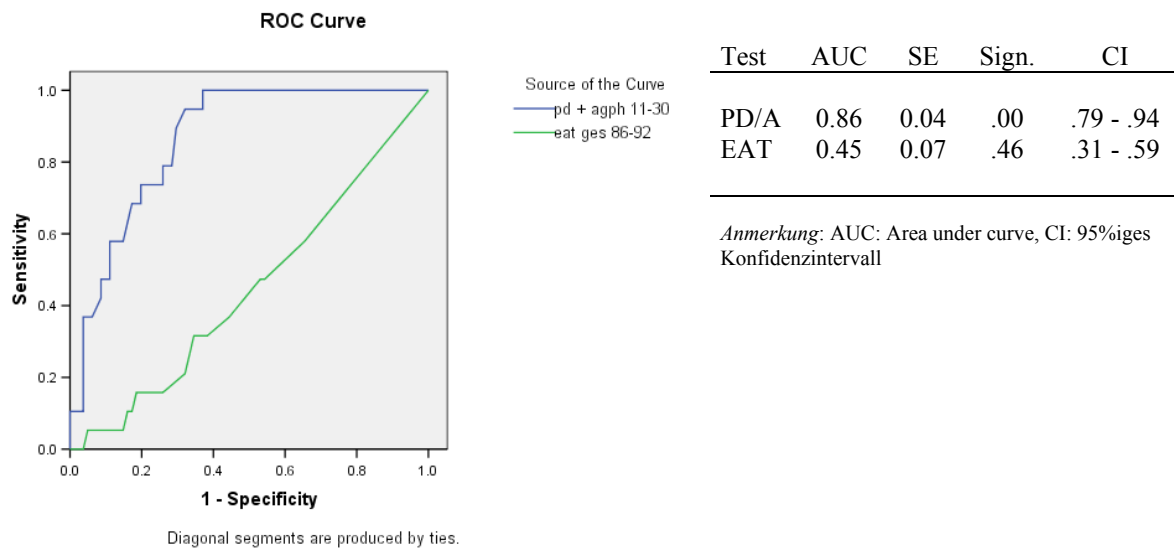


Abbildung 16. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Panikstörung mit Agoraphobie durch Panikstörung/Agoraphobie Skala und Kontrollskala (EAT).

Es wird deutlich, dass die Panikstörung/Agoraphobie Skala (PD/A) die Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie diagnostisch valide vorhersagt (AUC-Wert: 0.86, CI: 0.79 – 0.94). Die Konfidenzintervalle mit dem AUC-Wert der Kontrollskala (EAT) überschneiden sich nicht, und die Kontrollskala sagt die Diagnose nicht signifikant vorher. In der Tabelle 34 sind die aus diesen ROC-Analysen resultierenden Sensitivitäten und Spezifitäten der beiden Skalen in Abhängigkeit von unterschiedlichen Testwerten abgetragen.

Tabelle 34. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die PD/A Skala und die Kontrollskala (EAT) in der Vorhersage der Panikstörung mit Agoraphobie Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
PD/A-Skala	1.25	1.00	0.59	EAT-Skala	1.23	0.47	0.47
	1.78	0.95	0.63		1.78	0.21	0.68
	2.23	0.90	0.70		2.21	0.16	0.79
	2.43	0.74	0.74		2.50	0.16	0.81
	2.90	0.68	0.82		2.93	0.05	0.86
	3.13	0.58	0.85		3.21	0.05	0.88
	3.28	0.53	0.89		3.21	0.05	0.88
	3.50	0.42	0.91		3.50	0.05	0.91
	3.74	0.26	0.96		3.71	0.05	0.93
	4.18	0.11	1.00		4.07	0.05	0.94

Anmerkung: PD/A: Panikstörung mit Agoraphobie, EAT: Essstörung

Während die Kontrollskala hinsichtlich der Sensitivität nicht den Wert von 0.47 überschreitet, zeigen sich für die Panikstörung/Agoraphobie Skala sehr gute Werte für das Verhältnis von Sensitivität und Spezifität. So werden beispielsweise bei einem Cutoffwert von 2.43 ebenfalls 74% der tatsächlich Erkrankten durch die Skala auch so eingestuft. Von den Nicht-Erkrankten werden hingegen bei einem solchen Cutoffwert ebenfalls 74% durch die Skala als gesund klassifiziert. Tabelle 35 zeigt die Positiven bzw. Negativen prädiktiven Werte für die PD/A Skala.

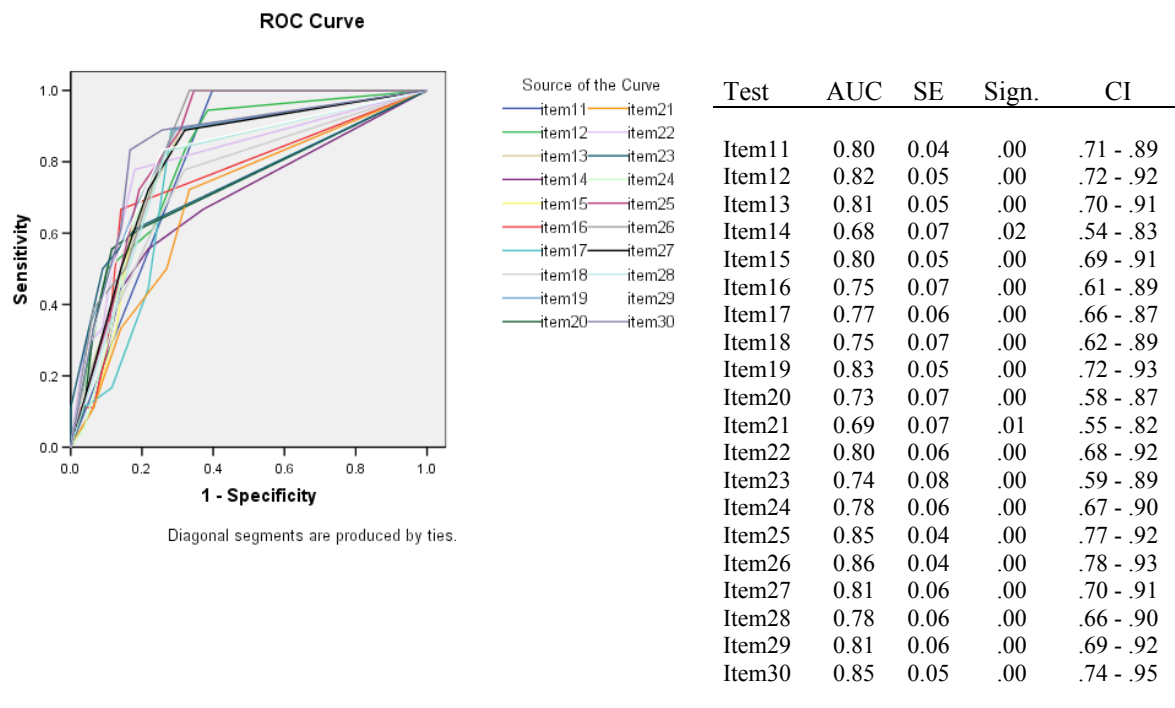
Tabelle 35. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die PD/A Skala in der Vorhersage der Panikstörung mit Agoraphobie Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
PD/A-Skala	1.25	35.8	100.0
	2.23	40.5	96.7
	2.90	46.4	91.9

Anmerkung: PD/A: Panikstörung mit Agoraphobie

Die dargestellten prädiktiven Werte für die PD/A Skala schwanken für die Positiv prädiktiven Werte zwischen 35,8 und 46,4% und für die Negativ prädiktiven Werte zwischen 91,9% und 100%. Inhaltlich wiederum bedeutet dies, dass bei einem Testwert von 2.90 oder mehr in der PD/A Skala eine Person zu 46,4% tatsächlich an einer Panikstörung leidet. Bei einem Wert

darunter mit 91,9%iger Wahrscheinlichkeit nicht. In der anschliessenden Abbildung sind die ROC Analysen für die einzelnen Items der Panikstörung/Agoraphobie Skala abgebildet.



Anmerkung: AUC: Area under curve, CI: 95%iges Konfidenzintervall

Abbildung 17. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage Panikstörung mit Agoraphobie (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Panikstörung/Agoraphobie Skala.

Für alle Items der Panikstörung/Agoraphobie Skala kann eine hohe diagnostische Validität in der Vorhersage der SKID Diagnose nachgewiesen werden. Lediglich der Wert der Items 14 (...Zittern oder Beben?) und 21 (...eine Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden?) liegt mit 0.68 bzw. 0.69 (CI: 0.54 – 0.83 bzw. 0.55 – 0.82) etwas unterhalb der restlichen Werte. Ansonsten kann man sowohl der Skala für die Panikstörung mit Agoraphobie als auch den einzelnen Items dieser Skala eine sehr gute diagnostische Validität in der Vorhersage der Panikstörung/Agoraphobie Diagnose bescheinigen.

#### 6.2.2.2.3. Spezifische Phobie (SPE)

Die nächste Abbildung zeigt die Ergebnisse für die Vorhersage der Spezifischen Phobie. Als Kontrollskala dient für diese Analysen die Skala der Generalisierten Angststörung (GAS). Als positiv definierte Fälle gingen in diese Analysen die N=7 Patienten mit einer durch das strukturierte Interview diagnostizierten Spezifischen Phobie in die Analysen ein. Die restlichen N=96 Patienten wurden als negativ definierte Fälle berücksichtigt.

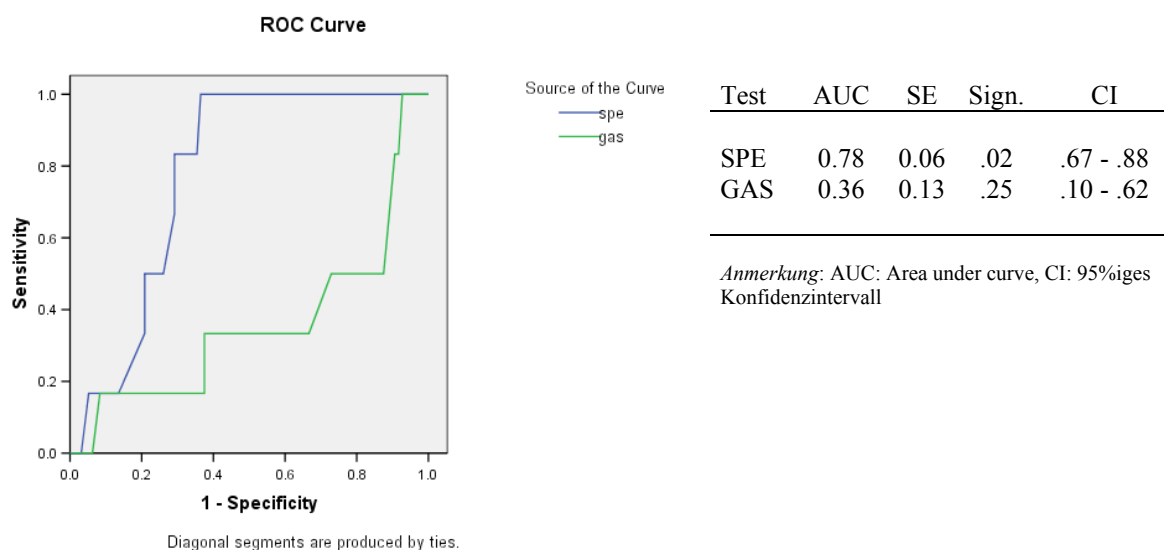


Abbildung 18. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Spezifische Phobie SKID Diagnose) durch die Spezifische Phobie Skala (SPE) und die Kontrollskala (GAS).

Wie die Abbildung zeigt, können auch für die Skala der Spezifischen Phobie sehr gute AUC-Werte in der Vorhersage der kategorialen Diagnose gefunden werden (0.78, CI: 0.67 – 0.88). Auch hier bleibt die Kontrollskala deutlich hinter diesen Kennwerten zurück (0.36, CI: 0.10 – 0.62) und wird nicht signifikant. Die Tabelle 36 zeigt die resultierenden Sensitivitäten und Spezifitäten.

Tabelle 36. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die SPE Skala und die Kontrollskala (GAS) in der Vorhersage der Spezifische Phobie Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
SPE Skala	1.67	1.00	0.62	GAS-Skala	1.69	0.50	0.13
	2.67	0.83	0.65		2.69	0.33	0.45
	3.25	0.83	0.71		3.20	0.17	0.62
	3.75	0.50	0.75		3.69	0.17	0.81
	4.08	0.33	0.79		4.06	0.17	0.85
	4.25	0.17	0.86		4.31	0.17	0.92
	4.58	0.17	0.93		4.56	0.00	0.95

Anmerkung: SPE: Spezifische Phobie, GAS: Generalisierte Angststörung.

Auch hier zeigen sich entsprechend der ROC-Analysen die deutlich besseren Werte im Verhältnis von Sensitivität und Spezifität für die eigentliche Testvariable (SPE) im Gegensatz zur Kontrollskala (GAS). So werden etwa bei einem Testwert von 3.25 oder mehr 83% der

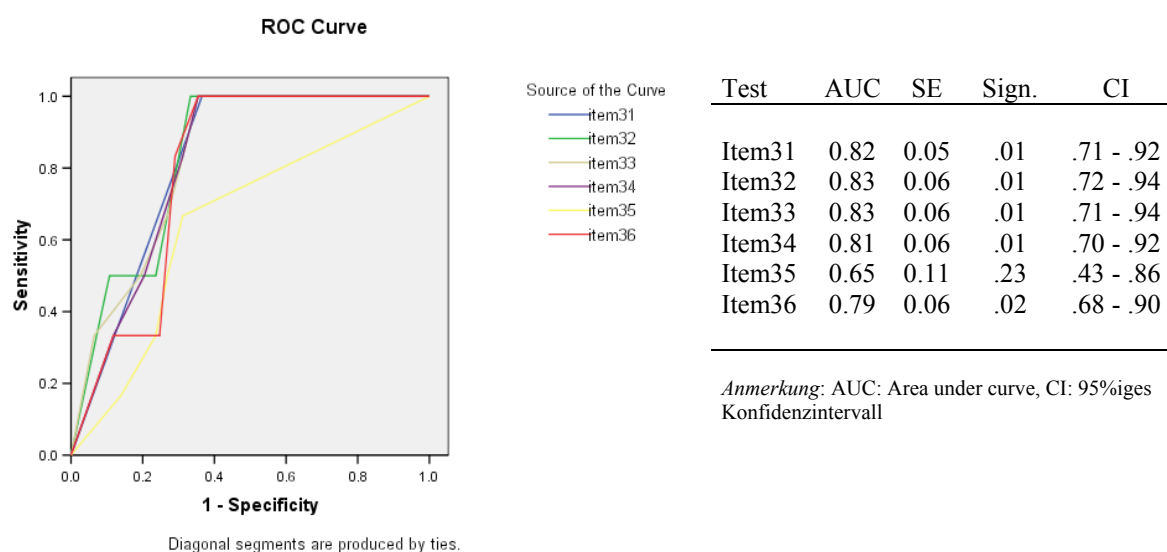
tatsächlich Erkrankten durch die Skala der Spezifischen Phobie ebenfalls als krank klassifiziert. Durch die GAS-Skala sind dies bei einem vergleichbaren Testwert von 3.69 hingegen nur 17%. Die nächste Tabelle zeigt die Werte für die Positiven bzw. Negativen prädiktiven Werte der Spezifischen Phobie Skala.

*Tabelle 37.* Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die SPE Skala in der Vorhersage der Spezifische Phobie Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
SPE-Skala	1.67	14.3	100.0
	3.25	15.2	98.6
	3.75	15.3	96.0

Anmerkung: SPE: Spezifische Phobie.

Die Positiv prädiktiven Werte fallen mit 14,3% für einen Cutoffwert von 1.67 oder grösser bzw. mit 15,3% für einen Cutoffwert von 3.75 *oder grösser* kleiner aus als für die Vorhersagen der Major Depression oder die der Panikstörung mit Agoraphobie. Dieser Effekt ist jedoch auf die zunehmend schiefen Randverteilungen bei einer Fallzahl von N=7 als positiv definierte Fälle zurückzuführen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die ROC-Analysen für die einzelnen Items der Skala der Spezifischen Phobie.



*Abbildung 19.* Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Spezifischen Phobie (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Spezifische Phobie Skala.

Es zeigen sich für alle Items bis auf das Item35 sehr gute und signifikante AUC-Werte. Interessanterweise ist das Item35 (AUC: 0.65, CI: 0.43 – 0.86) dasjenige Item, welches die Funktionsbeeinträchtigung durch die Spezifische Phobie im Fragebogen abbildet.

#### 6.2.2.2.4. Soziale Phobie (SOP)

Eingegangen in die Analysen zur Sozialen Phobie sind die N=28 Patienten, welche nach den SKID Interviews die Kriterien für diese spezifische Angststörung erfüllten. Als negativ definierte Fälle wurden die restlichen N=75 Patienten ohne Soziale Phobie berücksichtigt. Als Kontrollskala wurde die Skala für Sexuelle Störungen (SEXD) herangezogen.

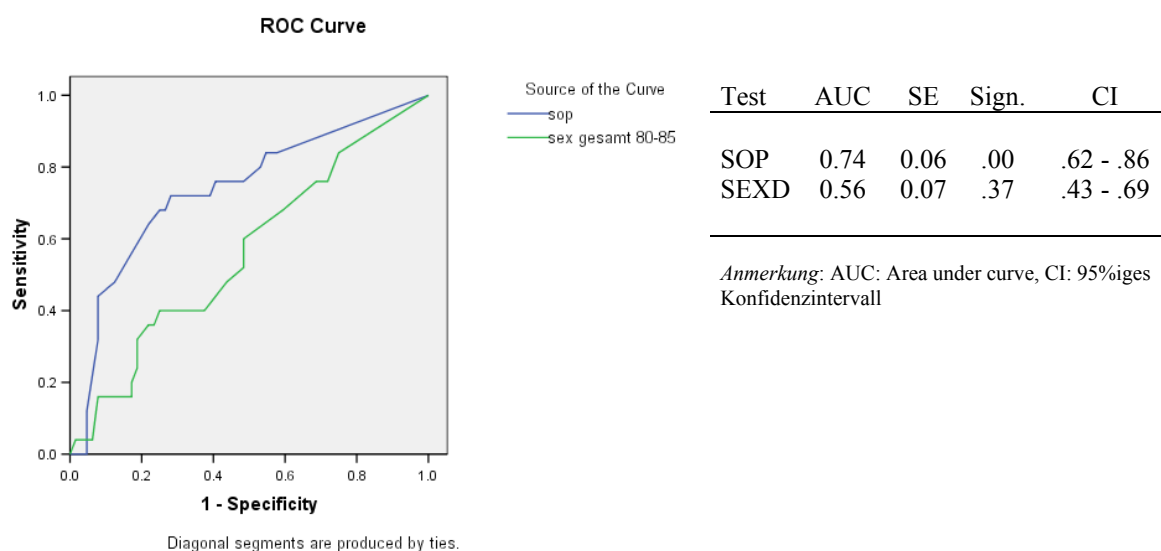


Abbildung 20. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Sozialer Phobie (SKID Diagnose) durch die Soziale Phobie Skala (SOP) und die Kontrollskala (SEXD).

Auch hier zeigt sich eine deutlich bessere diagnostische Validität für die zugehörige SOP Skala aus dem Fragebogen im Gegensatz zu der Kontrollskala (SEXD). Allerdings überschneiden sich die beiden Konfidenzintervalle der AUC-Werte, so dass für diese Vorhersage nicht von einem statistisch bedeutsamen Unterschied gesprochen werden kann (SOP AUC: 0.74, CI: 0.62 – 0.86; SEXD AUC: 0.56, CI: 0.43 – 0.69). Im Gegensatz zur Kontrollskala wird der AUC-Wert der SOP Skala allerdings signifikant. In der nächsten Tabelle sind die aus der vorherigen Analyse resultierenden Werte für die Sensitivität und Spezifität der beiden Skalen abgetragen.



*Tabelle 38.* Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die SOP Skala und die Kontrollskala (SEXD) in der Vorhersage der Diagnose Soziale Phobie aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
SOP Skala	1.29	0.84	0.42	SEXD-Skala	1.27	0.76	0.32
	1.86	0.84	0.44		1.82	0.44	0.59
	2.64	0.80	0.47		2.63	0.32	0.81
	2.93	0.76	0.59		2.92	0.20	0.83
	3.50	0.72	0.72		3.55	0.16	0.89
	3.93	0.64	0.78		3.82	0.04	0.94
	4.07	0.56	0.83		4.12	0.04	0.95
	4.21	0.48	0.87		4.50	0.04	0.97
	4.50	0.32	0.92		4.50	0.04	0.97
	4.79	0.08	0.95		4.50	0.04	0.97

Anmerkung: SOP: Soziale Phobie, SEXD: Sexuelle Störung.

Die Werte für die SOP Skala liegen bei der Sensitivität zwischen 0.84 und 0.08 und für die Spezifität zwischen 0.42 und 0.95. So werden etwa bei einem Testwert von 3.50 oder grösser 72% der tatsächlich an einer Sozialen Phobie leidenden Personen durch die Skala der Sozialen Phobie als positiv definiert und 72% der Nicht-Erkrankten als negativ. Die nächste Tabelle 39 zeigt die resultierenden prädiktiven Werte für die SOP Skala.

*Tabelle 39.* Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die SOP in der Vorhersage der Sozialen Phobie Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
SOP-Skala	1.86	35.4	89.2
	2.93	39.2	86.3
	3.50	45.2	86.2

Anmerkung: SOP: Soziale Phobie.

Die Positiv prädiktiven Werte der Sozialen Phobie Skala liegen für die ausgewählten Cutoffwerte zwischen 35,4 und 45,2%. Die Negativ prädiktiven Werte hingegen zwischen 89,2 und 86,2%. Abschliessend sind in der nächsten Abbildung die ROC-Analysen für die einzelnen Items der Sozialen Phobie Skala bei der Vorhersage der Diagnose einer Sozialen Phobie dargestellt.

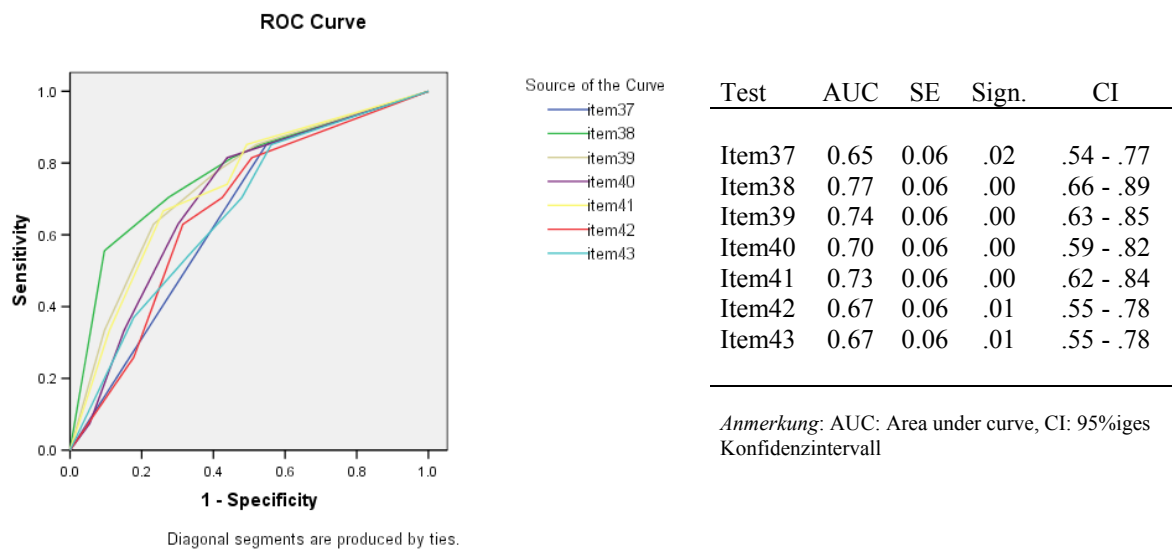


Abbildung 21. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Sozialer Phobie (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Sozialen Phobie Skala.

Insgesamt zeigen sich für die einzelnen Items der Sozialen Phobie moderate bis gute Werte. So liegt zum Beispiel der AUC Wert für das Item38 bei 0.77 (CI: 0.66 – 0.88) und der entsprechende Wert für das Item37 bei lediglich 0.65 (CI: 0.54 – 0.77). Alle AUC-Werte werden jedoch signifikant.

#### 6.2.2.2.5. Generalisierte Angststörung (GAS)

Für die Generalisierte Angststörung wurden lediglich N=4 positiv definierte Fälle und N=99 negativ definierte Fälle in die Analysen mit einbezogen. Als Kontrollskala dient hier die Alkoholmissbrauch Skala (AA) des Fragebogens.

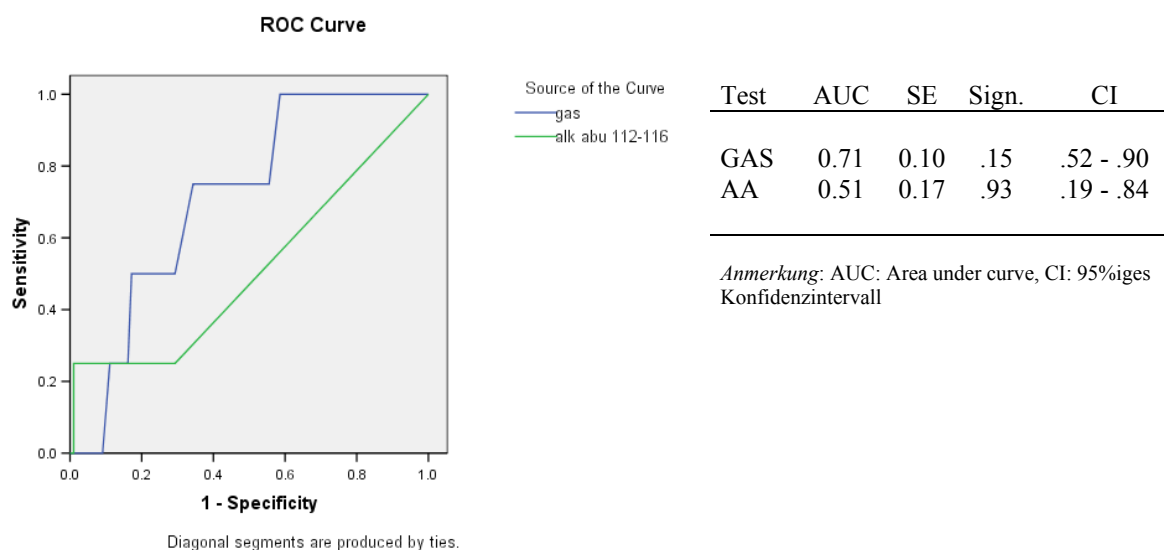


Abbildung 22. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage von Generalisierter Angststörung (SKID Diagnose) durch die Generalisierte Angststörungsskala (GAS) und die Kontrollskala (AA).

In der Abbildung ist zu erkennen, dass der AUC-Wert für die Vorhersage der Diagnose einer Generalisierten Angststörung zwar für die Skala der Generalisierten Angststörung höher ist als für die Kontrollskala (0.71 vs. 0.51), aber nicht signifikant wird. Damit kann diese Skala nicht als diagnostisch valide in der Vorhersage der Störungdiagnose angesehen werden. Zu berücksichtigen ist allerdings das kleine N von 4 für die positiv definierten Fälle. In Tabelle 40 sind die Werte für die Sensitivität und Spezifität abgetragen.

Tabelle 40. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die GAS Skala und die Kontrollskala (AA) in der Vorhersage der Diagnose Generalisierte Angststörung aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
GAS-Skala	1.56	1.00	0.15	AA-Skala	1.40	0.25	0.71
	1.94	1.00	0.25		1.90	0.25	0.96
	2.19	1.00	0.36		2.20	0.25	0.97
	2.31	1.00	0.41		2.50	0.25	0.99
	2.69	0.75	0.44		2.50	0.25	0.99
	3.13	0.75	0.65		3.00	0.00	0.99
	3.31	0.50	0.71		3.00	0.00	0.99
	3.69	0.50	0.82		3.00	0.00	0.99
	4.19	0.25	0.89		4.40	0.00	1.00
	4.31	0.00	0.91		4.40	0.00	1.00

Anmerkung: GAS: Generalisierte Angststörung, AA. Alkoholmissbrauch.

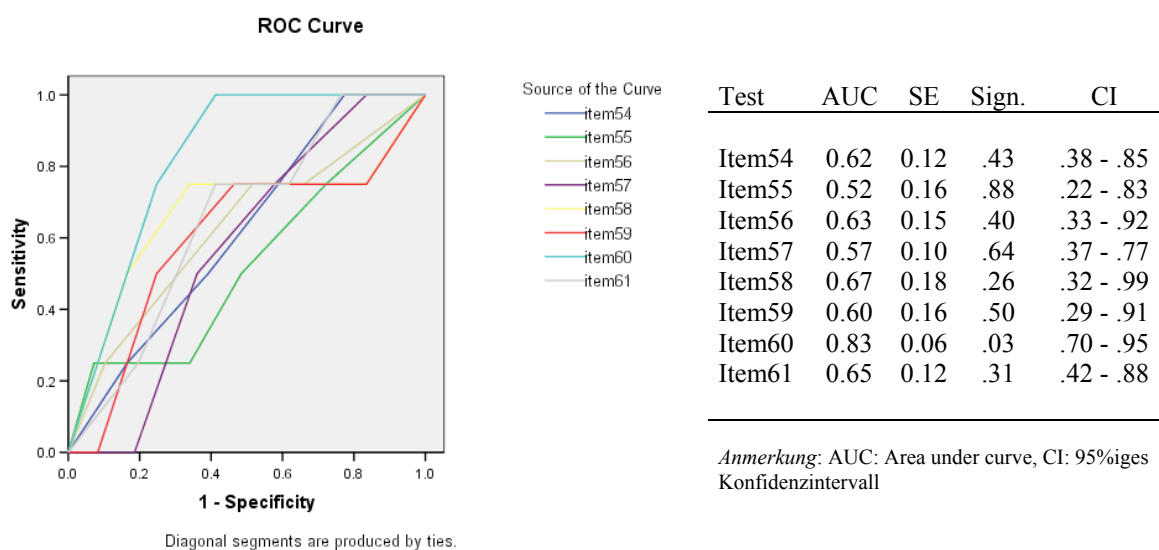
Entsprechend der ROC-Analysen zeigt sich auch bei der genaueren Betrachtung der Verläufe für die Sensitivität bzw. Spezifität ein ähnliches Bild. So liegen aufgrund der geringen Stichprobengrösse alle Werte für die Sensitivität für einen Skalenwert zwischen 1.56 und 2.31 auf der GAS Skala bei 100%. Die Spezifitäten jedoch nur zwischen 15 und 41%. In Tabelle 41 sind die prädiktiven Werte für die GAS Skala angeführt.

*Tabelle 41.* Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die GAS in der Vorhersage der Diagnose Generalisierte Angststörung aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
GAS-Skala	2.31	6.5	100.0
	2.69	7.1	97.9
	3.13	7.9	97.9

Anmerkung: GAS: Generalisierte Angststörung.

Wiederum zeigen sich sehr geringe Ausprägungen für die Positiv prädiktiven Werte, was vor allem ein Stichprobenproblem dieser Analyse darstellt. In der folgenden Abbildung sind abschliessend für die Generalisierte Angststörung die ROC-Analysen ihrer einzelnen Items abgebildet.



Anmerkung: AUC: Area under curve, CI: 95%iges Konfidenzintervall

*Abbildung 23.* Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der SKID Diagnose Generalisierte Angststörung durch die einzelnen Items der GAS-Skala.

Lediglich das Item60 (...*Muskelverspannungen?*) weist mit einem AUC-Wert von 0.83 (CI: 0.70 – 0.95) eine gute diagnostische Validität auf. Alle anderen Items und ihre dazugehörigen AUC Werte werden nicht signifikant.

#### 6.2.2.2.6. Essstörungen (EAT)

In die Analysen für die Essstörungen gingen die N=10 Patienten als positiv definierte Fälle ein, die im SKID Interview die Kriterien für eine Essstörung (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa oder Essstörung NNB) erfüllten<sup>12</sup>. Als negativ definierte Fälle wurden die restlichen N=93 Patienten berücksichtigt. Abbildung 24 zeigt die gefundenen Ergebnisse für die ROC Analysen. Als Kontrollskala zur Vorhersage der Essstörungsdiagnose diente die Major Depression Skala (MDE).

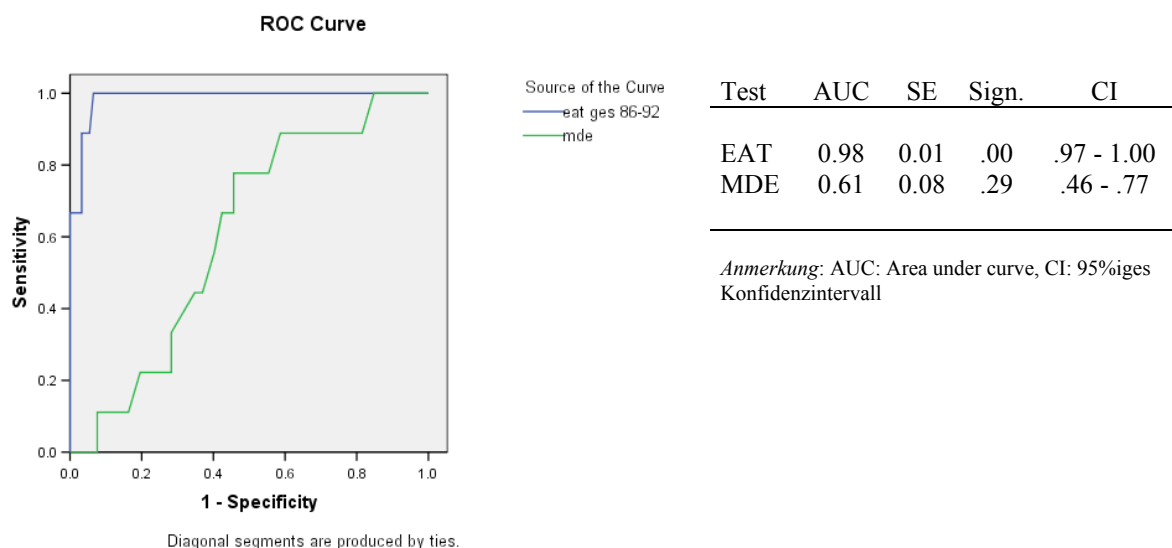


Abbildung 24. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der SKID Diagnose Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa oder Essstörung NNB durch die Essstörungsskala (EAT) und die Kontrollskala (MDE).

Der resultierende AUC-Wert für die Vorhersage der Diagnose einer Essstörung ist für die Essstörungsskala mit einem Wert von 0.98 (CI: 0.97 – 1.00) ausgezeichnet. Die diagnostische Validität der Major Depression Skala ist mit einem AUC-Wert von 0.61 (CI: 0.46 – 0.77) deutlich kleiner und unterscheidet sich signifikant von der Skala für die Essstörungen, was an

<sup>12</sup> Die einzelnen Störungen wurden zusammengefasst, um ein möglichst hohes N für die positiv definierten Fälle zu erreichen.

den sich nicht überschneidenden Konfidenzintervallen zu erkennen ist. Die Tabelle 42 zeigt die resultierenden Werte für die Sensitivitäten bzw. Spezifitäten.

*Tabelle 42.* Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die Essstörungsskala und die Kontrollskala (MDE) in der Vorhersage der Diagnose einer Essstörung (Anorexia, Bulimia Nervosa und Essstörung NNB) aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
EAT-Skala	1.07	1.00	0.40	MDE-Skala	1.25	1.00	0.01
	1.23	1.00	0.53		1.25	1.00	0.01
	1.36	1.00	0.63		1.35	1.00	0.06
	1.50	1.00	0.70		1.47	1.00	0.10
	1.79	1.00	0.77		1.75	1.00	0.15
	2.07	1.00	0.85		2.05	0.89	0.23
	2.36	1.00	0.89		2.35	0.78	0.45
	2.79	0.89	0.95		2.75	0.67	0.54
	3.71	0.68	0.99		3.75	0.11	0.88
	4.93	0.33	1.00		4.85	0.00	0.99

Anmerkung: EAT: Essstörung, MDE: Major Depression.

Die Werte für das Verhältnis von Sensitivität und Spezifität liegen für die Essstörungsskala in einem sehr guten Bereich. So werden etwa mit einem Testwert von 2.07 oder mehr insgesamt 100% der tatsächlich Erkrankten auch durch den Fragebogen als krank eingestuft und 85% der Nicht Erkrankten als gesund. Tabelle 43 zeigt die prädiktiven Werte dieser Skala für die Essstörungen.

*Tabelle 43.* Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die EAT Skala in der Vorhersage der Essstörungsdiagnose (Anorexia, Bulimia, Essstörung NNB) aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
EAT-Skala	1.79	30.0	100.0
	2.36	47.4	100.0
	3.71	85.7	96.8

Anmerkung: EAT: Essstörung.

Die Werte liegen für die Positiv prädiktiven Werte zwischen 30 und 85,7%. Dass heisst z.B. die Wahrscheinlichkeit für eine Person bei einem Testwert von 3.71 oder mehr tatsächlich krank zu sein, beträgt 85,7% (Positiv prädiktiver Wert). Die Wahrscheinlichkeit bei einem

Wert darunter tatsächlich gesund zu sein beträgt 96,8% (Negativ prädiktiver Wert). Die folgende Abbildung zeigt abschliessend für die Essstörungsskala die ROC-Analysen für ihre einzelnen Items.

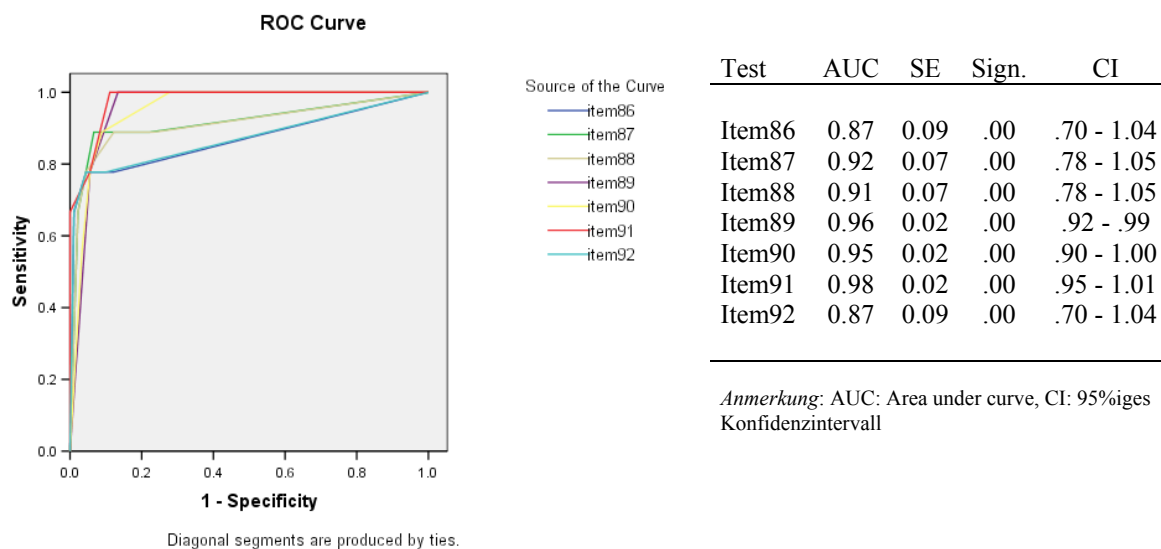
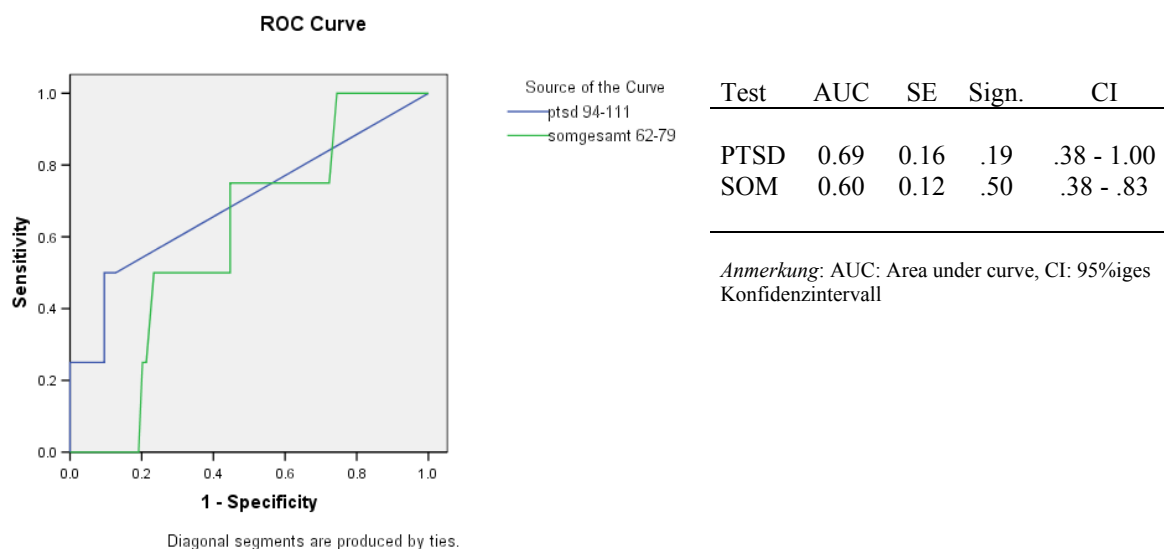


Abbildung 25. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Essstörung (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Essstörung NNB; SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Essstörungsskala.

Genau wie für die Gesamtskala der Essstörungen zeigen sich auch für die Analyse auf Itemebene ausgezeichnete Ausprägungen für die AUC-Werte zwischen 0.87 und 0.96, welche alle signifikant werden.

#### 6.2.2.2.7. Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Die Analysen für die PTSD wurden anhand der N=5 Patienten als positiv definierten Fälle durchgeführt, die die Diagnose einer PTSD im diagnostischen Interview erfüllten. Die restlichen N=98 Patienten dienten als negativ definierte Fälle. Als Kontrollskala für diese Analysen wurde die Skala für die Somatoformen Störungen (SOM) herangezogen.



*Abbildung 26.* Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Posttraumatischen Belastungsstörung (SKID Diagnose) durch die PTSD Skala und die Kontrollskala (SOM).

Die Diagnose der PTSD kann durch keine der beiden Skalen diagnostisch valide vorhergesagt werden. Dies wird deutlich an den AUC-Werten von 0.69 (CI:0.38 - 1.00) bzw. 0.60 (CI: 0.38 – 0.83). In der Tabelle 44 sind die gefundenen Werte für die Sensitivitäten bzw. Spezifitäten für die beiden Skalen angeführt.

*Tabelle 44.* Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die PTSD Skala und die Kontrollskala (SOM) in der Vorhersage der PTSD Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
PTSD-Skala	1.11	0.50	0.87	SOM-Skala	1.14	1.00	0.20
	1.58	0.50	0.89		1.58	0.75	0.41
	2.25	0.25	0.90		2.25	0.50	0.68
	2.74	0.25	0.94		2.75	0.00	0.88
	3.89	0.25	0.98		3.89	0.00	0.99

Anmerkung: PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung.

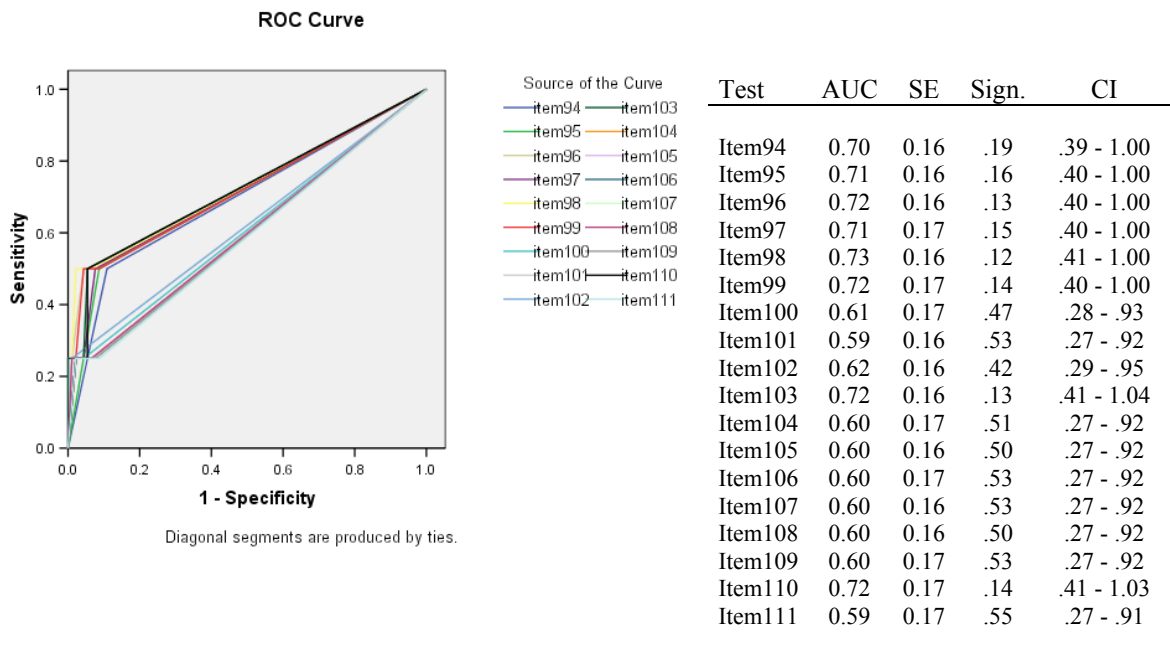
Beide Skalen zeigen in Abhängigkeit von ihren Wertausprägungen ein ungünstiges Verhältnis von Sensitivität und Spezifität. So erreicht die PTSD Skala für keinen der hier angeführten Werte einen Wert der Sensitivität über 50%. Die Tabelle 45 zeigt die Positiven und Negativen prädiktiven Werte, und in Abbildung 26 sind die einzelnen ROC-Analysen für die Items der PTSD Skala dargestellt.



Tabelle 45. Vergleich der Positiv prädiktiven Werte und der Negativ prädiktiven Werte für die PTSD Skala in der Vorhersage der PTSD Diagnose aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
PTSD-Skala	1.11	13.3	97.8
	1.58	15.4	97.8
	2.74	12.5	96.8

Anmerkung: PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung.



Anmerkung: AUC: Area under curve, CI: 95%iges Konfidenzintervall

Abbildung 27. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der PTSD (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der PTSD Skala.

Die schlechten Werte der ROC-Analysen für die Gesamtskala der PTSD werden durch die schlechten prädiktiven Werte und die schlechten ROC-Analysen für die einzelnen Items noch unterstrichen und diese Skala des Fragebogens kann damit nicht als diagnostisch valide bezeichnet werden. Allerdings bleibt zu berücksichtigen, dass diese Analysen an einer sehr kleinen Stichprobe von N=5 positiv definierten Fällen durchgeführt wurden.

## 6.2.2.2.8. Zwangsstörung (OCD)

In die Analysen der Zwangsstörung sind ebenfalls N=5 Patienten als positiv definierte Fälle eingegangen und die restlichen N=98 als negativ definierte Fälle. Als Kontrollskala zur Vorhersage der Zwangsstörungs-Diagnose dient die Skala für die Spezifische Phobie (SPE). Abbildung 28 zeigt die durch diese Analysen gefundenen Ergebnisse.

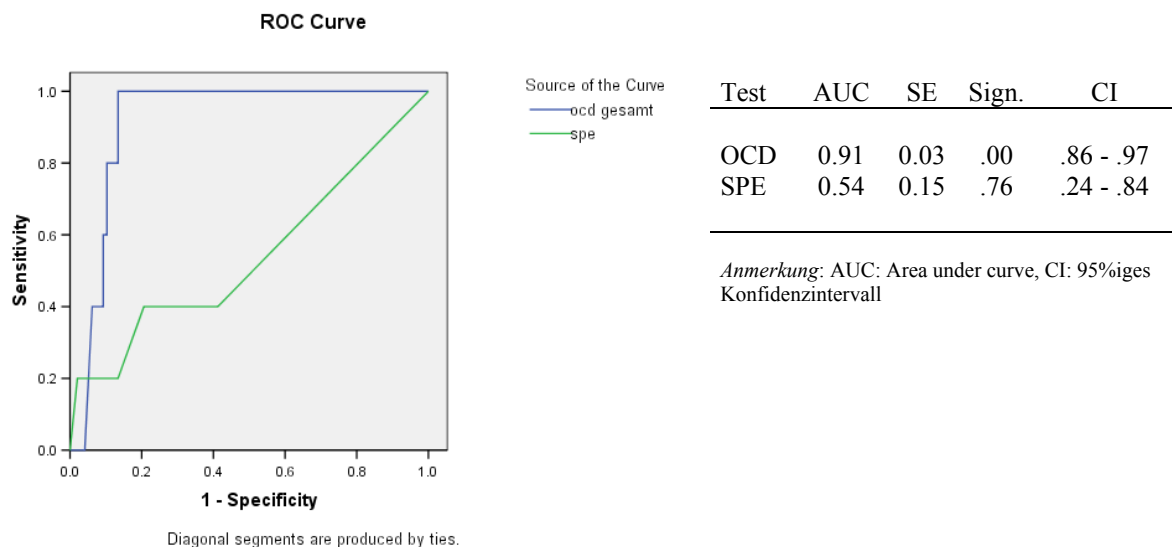


Abbildung 28. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Zwangsstörung (SKID Diagnose) durch die Zwangsstörungsskala (OCD) und die Kontrollskala (SPE).

Die Zwangsstörungsskala sagt die Diagnose der Zwangsstörung mit einem sehr guten AUC Wert von 0.91 diagnostisch valide vorher (CI: 0.86 – 0.97). Signifikant wird auch der Unterschied zum AUC-Wert der Skala der Spezifischen Phobie, die mit einem Wert von 0.54 keine signifikante Vorhersage der Diagnose einer Zwangsstörung leistet (CI: 0.24 – 0.84). Tabelle 46 zeigt die berechneten Sensitivitäten bzw. Spezifitäten.

Tabelle 46. Vergleich der Sensitivität und der Spezifität für die Zwangsstörungsskala und die Kontrollskala (SPE) in der Vorhersage der Zwangsstörung (SKID Diagnose).

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität	Testvariable (Kontroll-Skala)	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Sensitivität	Spezifität
OCD-Skala	1.20	1.00	0.48	SPE-Skala	1.67	0.40	0.59
	1.55	1.00	0.50		1.67	0.40	0.59
	2.21	1.00	0.60		2.42	0.40	0.60
	2.55	1.00	0.68		2.67	0.40	0.62
	2.95	1.00	0.76		2.91	0.40	0.63
	3.35	1.00	0.84		3.25	0.40	0.68
	3.65	0.80	0.90		3.58	0.40	0.73
	3.85	0.60	0.91		3.92	0.40	0.78
	4.25	0.40	0.94		4.25	0.20	0.87
	4.35	0.20	0.95		4.42	0.20	0.89

Anmerkung: OCD: Zwangsstörung, SPE: Spezifische Phobie.

Für die OCD-Skala zeigen sich ausgezeichnete Werte in dem Verhältnis von Sensitivität und Spezifität, während die SPE-Skala nirgends den Wert von 0.40 für die Sensitivität überschreitet. So werden beispielsweise bei einem Wert von 3.65 oder grösser in der Skala für die Zwangsstörung 80% der tatsächlich an einer Zwangsstörung leidenden Personen durch den Fragebogen ebenfalls als krank identifiziert und 90% der Nicht Erkrankten als gesund. Tabelle 47 zeigt die Positiven und Negativen prädiktiven Werte für die OCD Skala.

Tabelle 47. Positiv prädiktive Werte und der Negativ prädiktive Werte für die Skala der Zwangsstörung in der Vorhersage der Diagnose Zwangsstörung aus dem SKID.

Testvariable	Wert der Testvariable (grösser oder gleich)	Positiv prädiktiver Wert (%)	Negativ prädiktiver Wert (%)
OCD-Skala	2.95	17.9	100.0
	3.35	25.0	100.0
	3.65	28.6	98.9

Anmerkung: OCD: Zwangsstörung.

Die Werte liegen hier zwischen 17,9% und 28,6% für den Positiv prädiktiven Wert und zwischen 100% und 98,9% für den Negativen prädiktiven Wert. Die nächste Abbildung zeigt die einzelnen ROC-Analysen für die einzelnen Items der OCD-Skala.

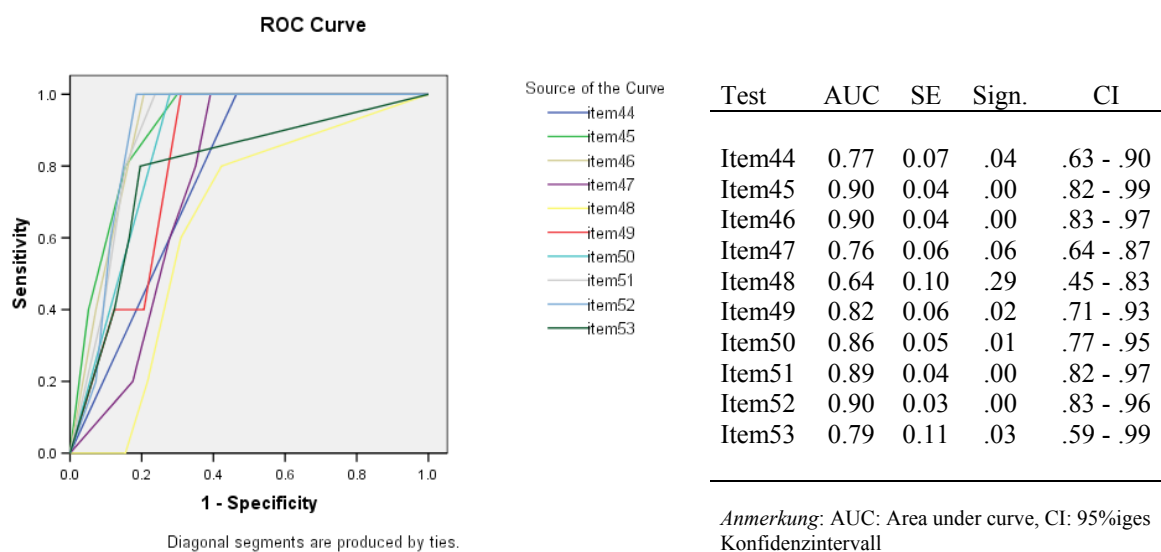


Abbildung 29. Receiver Operator Characteristics und Kennwerte für die Vorhersage der Zwangsstörung (SKID Diagnose) durch die einzelnen Items der Zwangsstörungsskala.

Die einzelnen Items der OCD Skala können bis auf das Item 47 und das Item 48 die Diagnose einer Zwangsstörung valide prognostizieren. Die AUC Werte liegen zwischen 0.77 und 0.90 und damit einem moderaten bis sehr guten Bereich. Die Items 47 und 48 zeigen hingegen AUC-Werte von 0.76 (CI: 0.64 – 0.87) und 0.64 (CI: 0.45 – 0.83).

### Zusammenfassung

Die Angststörungen stellen mit 70,9 % die am häufigsten vergebene Störungsdiagnose in den Stichproben aus Bern und Bochum dar. Gefolgt von den Affektiven Störungen (53,4 %) und den Essstörungen (9,7 %). Die am häufigsten gestellte Einzeldiagnose ist in der Stichprobe aus Bern die Soziale Phobie (23,1 %) und in der Stichprobe aus Bochum die Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie (29,9 %). Aufgrund der geringen Häufigkeit einzelner Störungsdiagnosen konnten die Analysen zur diagnostischen Validität nur für die Skalen der *Major Depression*, der *Panikstörung/Agoraphobie*, der *Spezifischen Phobie*, der *Sozialen Phobie*, der *Generalisierten Angststörung*, der *Essstörungen*, der *Posttraumatischen Belastungsstörung* und der *Zwangsstörung* durchgeführt werden. Die Skalen der Somatoformen Störungen, der Sexuellen Störungen sowie der Substanzstörungen mussten aufgrund ihrer geringen Prävalenz aus diesen Analysen ausgeschlossen werden.

Versucht man die einzelnen Ergebnisse zur diagnostischen Validität für die acht untersuchten Skalen einzuordnen. So lässt sich unter Berücksichtigung der ROC-Analysen, der prädiktiven Werte und der Stichprobengrösse Folgendes zusammenfassen:

Für die Skalen der Major Depression (MDE), die Panikstörung/Agoraphobie (PD/A), die Soziale Phobie (SOP) und die Essstörungen (EAT) resultieren *gute bis sehr gute* Werte. So zeigen z.B. die Receiver Operator Characteristics für die Major Depression (AUC: 0.75, CI: 0.66 – 0.84,  $p < 0.01$ ) ein gutes Verhältnis von Sensitivität und Spezifität dieser Skala in der Vorhersage der Diagnose einer Major Depression. Auch die Positiv und Negativ prädiktiven Werte liegen für diese Skala in einem akzeptablen und guten Bereich. Ähnliches kann für die Panikstörung/Agoraphobie (AUC: 0.86, CI: 0.79 – 0.94,  $p < 0.01$ ), die Soziale Phobie (AUC: 0.74, CI: 0.62 – 0.86,  $p < 0.01$ ) und die Essstörungsskala (EAT; AUC: 0.98, CI: 0.97 – 1.00,  $p < 0.01$ ) konstatiert werden. Auch die prädiktive Werte für diese drei Skalen liegen in einem guten bis ausgezeichneten Bereich und unterscheiden sich damit deutlich von den restlichen analysierten Skalen. Festzuhalten bleibt allerdings, dass die Analyse für die Essstörungen auf einem kleineren N von 10 positiv definierten Fällen basiert.

Für die Skalen der Spezifischen Phobie und für die Zwangsstörung sind die gefundenen Ergebnisse zur diagnostischen Validität als *mittelmässig* zu bezeichnen. Zwar liegen die AUC-Werte mit 0.78 (CI: 0.67 – 0.88,  $p < 0.05$ ) für die Spezifische Phobie und mit 0.91 (CI: 0.86 – 0.97,  $p < 0.01$ ) für die Zwangsstörung ähnlich hoch wie in der als gut bewerteten Gruppe, allerdings bleiben die prädiktiven Werte für diese drei Skalen deutlich hinter denen für die oben genannten Skalen zurück. Dies ist vor allem durch die geringen Prävalenzen dieser Diagnosen bedingt (s. Diskussion Kapitel 7.2.2.).

Als schlecht ist die diagnostische Validität der Skala für die Generalisierte Angststörung (GAS) und für die Skala zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) zu bezeichnen. So wird der AUC-Wert der GAS mit 0.71 (CI: 0.52 – 0.90,  $p = 0.15$ ) nicht signifikant und gerade die Positiv prädiktiven Werte sprechen mit einem Wertebereich zwischen 6,5 und 7,9% eine deutliche Sprache. Der AUC-Wert der PTSD mit 0.69 (CI: 0.38 – 1.00,  $p = 0.19$ ) wird ebenfalls nicht signifikant, und auch hier bleiben die prädiktiven Werte deutlich hinter den anderen Analysen zurück. Es bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass die Analysen für die PTSD und die GAS an lediglich 5 bzw. 4 positiv definierten Fällen durchgeführt wurden.

### 6.2.2.3. Konvergente und diskriminante Validität

Als Mass für die konvergente und die diskriminante Validität der Skalen des Fragebogens wurden in einem nächsten Schritt die mittleren Item-Skalen Korrelationen jeweils mit der *eigenen* Skala und *über alle anderen* Skalen berechnet. Tabelle 48 zeigt das Ergebnis dieser Analysen.

*Tabelle 48.* Mittlere Item-Skala-Korrelationen mit der eigenen Skala (konvergente Validität) und mittlere Item-Skalen-Korrelationen über alle anderen Skalen (diskriminante Validität), (N = 263).

Fragebogen Skala	Mittlere Item-Skala Korrelation	
	<i>Konvergente Validität</i> (eigene Skala)	<i>Diskriminante Validität</i> (alle anderen Skalen)
MDE	0.68	0.24
PD/AGPH	0.77	0.21
SPE	0.91	0.12
SOP	0.88	0.18
OCD	0.74	0.16
GAS	0.68	0.25
SOM	0.56	0.19
SEXD	0.74	0.17
EAT	0.68	0.15
PTSD	0.86	0.18
AA	0.52	0.11
AD	0.83	0.12
DA/MA	0.54	0.15
DD/MD	0.78	0.16

*Anmerkungen:* MDE: Major Depression, PD/AGPH: Panikstörung und Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, OCD: Zwangsstörung, SOM: Somatoforme Störungen, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT: Essstörungen, PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/Medikamentenmissbrauch, DD/MD: Drogen/Medikamentenabhängigkeit.

Wie deutlich zu erkennen, liegen alle Koeffizienten für die konvergenten Validitäten deutlich höher als die jeweiligen Werte für die diskriminanten Korrelationen. Die Werte für die konvergente Validität liegen zwischen 0.52 und 0.91 während die Werte für die diskriminante Validität zwischen 0.11 und maximal 0.25 liegen. Damit kann von einer hohen konvergenten und einer hohen diskriminanten Validität der einzelnen Skalen des Fragebogens ausgegangen werden.

### 6.2.3. Faktorenstruktur der Fragebogendaten

Die nun folgenden Ergebnisse hinsichtlich der Faktorenstruktur des Fragebogens sind in drei Abschnitte unterteilt. In Abschnitt 6.2.3.1. werden die Inter-Korrelationen der einzelnen Skalen des Fragebogens dargestellt und anschliessend das Ergebnis der faktorenanalytischen Auswertung für diese Zusammenhänge präsentiert. Dies ist eine Analyse der *rational konstruierten* Skalen, d.h. es wurden die Items pro Skala herangezogen, die per Definition und nach der Itementwicklung zu ihr gehörten. In Abschnitt 6.2.3.2. folgt dann eine Darstellung der *Binnenstruktur* der einzelnen Skalen des Fragebogens. Dazu wird für jede Skala eine faktorenanalytische Auswertung auf Itemebene dargestellt. Im Anschluss an diese Analysen werden in Abschnitt 6.2.3.3. die Ergebnisse einer erneuten faktorenanalytischen Analyse der Skalen des Fragebogens angeführt. Diese faktorenanalytische Auswertung der Skalen orientiert sich jedoch an den empirischen Ergebnissen der *Binnenstruktur* der Störungsskalen und kann somit als Faktorenanalyse an *empirisch konstruierten* Skalen betrachtet werden.

#### 6.2.3.1. Faktorenstruktur der rational konstruierten Skalen

Bevor die faktorenanalytischen Ergebnisse der Auswertung des Fragebogens für die rational konstruierten Skalen dargestellt werden, sind in Tabelle 49 die Interkorrelationen der einzelnen Skalen und Subskalen des Fragebogens für die Gesamtstichprobe (N=266) dargestellt.

Tabelle 49. Korrelationsmatrix der Fragebogenskalen für die rationale Konstruktion (Gesamtstichprobe, N=266).

Skala	MDE	PD/A	SPE	SOP	OCD 1	OCD 2	GAS	SOM 1	SOM 2	SOM 3	SEXD	EAT 1	EAT 2	PTSD	AA	AD	DA/ MA	DD/ MD
MDE	1																	
PD/A	0.31**	1																
SPE		0.29**	1															
SOP	0.35**	0.29**	0.19**	1														
OCD 1	0.24**	0.24**	0.19**	0.30**	1													
OCD 2	0.14**	0.11*	0.16**	0.13*	0.38**	1												
GAS	0.56**	0.37**		0.38**	0.32**	0.21**	1											
SOM 1	0.20**	0.22**	0.12*	0.15**	0.10		0.29**	1										
SOM 2	0.28**	0.31**	0.16*	0.15**	0.15**		0.34**	0.72**	1									
SOM 3	0.22**	0.22**	0.17**	0.26**	0.18**	0.11*	0.25**	0.22**	0.25**	1								
SEXD	0.34**	0.23**		0.21**		0.11*	0.35**	0.18**	0.28**	0.23**	1							
EAT 1	0.27**	0.13*		0.22**	0.13**	0.14**	0.28**	0.12*	0.14**	0.32**	0.32**	1						
EAT 2	0.20**			0.14**	0.11**	0.18**	0.16**			0.26**	0.20**	0.45**	1					
PTSD	0.24**	0.25**	0.15**	0.11**	0.20**	0.12*	0.20**	0.23**	0.27**	0.16**		0.13*		1				
AA															1			
AD															0.94**	1		
DA/MA	0.16**	0.14**					0.14**							0.24**			1	
DD/MD	0.17**	0.14**					0.15**					0.10*		0.25**			0.90**	1

*Anmerkungen:* Aufgrund einer Verletzung der Normalverteilungsannahme für alle Variablen ausser die MDE und die GAS wurden alle Korrelationskoeffizienten als Kendall's Tau Korrelationen berechnet; nur signifikante Korrelationen sind dargestellt; \*\* =  $p < 0.01$ , \* =  $p < 0.05$ ; MDE: Major Depression, PD/A: Panikstörung mit Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, OCD1: Zwangsstörung (Gedanken), OCD2: Zwangsstörung (Handlungen), GAS: Generalisierte Angststörung, SOM1: Somatoforme Störungen (Schmerzsymptome), SOM2: Somatoforme Störungen (pseudoneurologische Symptome, gastrointestinale Symptome, sexuelle Symptome), SOM3: Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT1: Essstörungen (Anorexia Nervosa), EAT2: Essstörungen (Bulimia Nervosa), PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/Medikamentenmissbrauch, DD/MD: Drogen/Medikamentenabhängigkeit.



Von den insgesamt 153 berechneten Korrelationen werden insgesamt 87 signifikant ( $p < 0.05$ ). Wie in der Tabelle deutlich wird, bewegen sich die gefundenen Korrelationen in einem Wertebereich zwischen  $r = 0.10$  und  $r = 0.94$ . Die nicht dargestellten Korrelationen liegen alle unter einem Wert von  $r = 0.10$  und werden nicht signifikant. Ein sehr hoher Zusammenhang zeigt sich zwischen der Skala für Alkoholmissbrauch (AA) und der Skala für Alkoholabhängigkeit (AD) mit einem Wert von  $r = 0.94$ . Ebenfalls hoch ist der Zusammenhang zwischen der Skala für Drogen-, Medikamentenmissbrauch (DA/DM) und der Skala für Drogen-, Medikamentenabhängigkeit (DD/MD;  $r = 0.90$ ) bzw. der Skala SOM1 (Schmerzsymptome) und der Skala SOM2 (pseudoneurologische, gastrointestinale und sexuelle Symptome) mit einer Korrelation von  $r = 0.72$ . Die Korrelation zwischen der Skala für die Major Depression (MDE) und die Generalisierte Angststörung (GAS) deutet mit einem Wert von  $r = 0.56$  auf einen mittleren Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen hin.

Auffallend ist, dass die beiden Skalen für die Störungen durch Alkohol (AA bzw. AD) mit keiner anderen Variablen bedeutsame Korrelationen aufweisen. Allerdings korrelieren sie sehr hoch ( $r = 0.94$ ) miteinander. Vergleichbares gilt für die Drogen/Medikamenten-Skalen, welche lediglich mit der Major Depression (MDE), der Panikstörung/Agoraphobie (PD/A), der Generalisierte Angststörung (GAS) und der Anorexia Nervosa (EAT1) kleine Zusammenhänge zeigen (Werte zwischen  $r = 0.14$  und  $r = 0.17$ ). Etwas höher liegen die Werte jedoch für den Zusammenhang mit der Posttraumatischen Belastungsstörung mit einem signifikanten Wert von  $r = 0.24$  bzw.  $r = 0.25$ .

Innerhalb der Angststörungen zeigt sich nach dieser ersten Analyse der grösste Zusammenhang für die Kombination von Generalisierter Angststörung (GAS) mit der Panikstörung/Agoraphobie (PD/A;  $r = 0.37$ ) und der Sozialen Phobie (SOP;  $r = 0.38$ ). Vergleichbar ist der Zusammenhang zwischen den beiden Subskalen der Zwangsstörung (OCD1: Gedanken und OCD2: Handlungen) mit einem Wert von  $r = 0.38$ .

Die Major Depression (MDE) zeigt nach dem bereits geschilderten Zusammenhang mit der Generalisierten Angststörung die grössten Zusammenhangsmasse mit der Sozialen Phobie (SOP,  $r = 0.35$ ) und der Skala für die Sexuellen Störungen (SEXD;  $r = 0.34$ ).

Die Subskalen für die Somatoformen Störungen (SOM1-3) zeigen vor allem Zusammenhänge mit der Major Depression (MDE;  $r = 0.20 - 0.28$ ), der Generalisierten Angststörung (GAS;  $r = 0.25 - 0.34$ ) und der Panikstörung/Agoraphobie (PD/A;  $r = 0.22 - 0.31$ ). Interessanterweise zeigt die Subskala SOM3 (Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung) jedoch einen stärkeren Zusammenhang mit den Skalen für die beiden Essstörungen (EAT1, 2;  $r = 0.32$  bzw.  $0.26$ ), welcher sich so für die beiden anderen Skalen der Somatoformen Störungen nicht finden lässt ( $r = 0.01 - 0.14$ ).

Die Skala zur Erfassung Sexueller Störungen korreliert mit  $r = 0.34$  bzw.  $r = 0.35$  am stärksten mit der Major Depression (MDE) bzw. der Generalisierten Angststörung (GAS). Auch der Zusammenhang mit der Skala SOM2 für die Somatoformen Störungen ist für die Sexuellen Störungen etwas grösser ( $r = 0.28$ ).

Die beiden Subskalen zur Erfassung der Anorexia Nervosa (EAT1) bzw. der Bulimia Nervosa (EAT2) zeigen tendenziell stärkere Zusammenhänge mit der Major Depression (MDE,  $r = 0.27$  bzw.  $r = 0.20$ ), der Sozialen Phobie (SOP;  $r = 0.22$  bzw.  $r = 0.14$ ), der Generalisierten Angststörung (GAS;  $r = 0.28$  bzw.  $r = 0.16$ ), der Skala für Hypochondrie und die Körperdysmorphie Störung (SOM3;  $r = 0.32$  bzw.  $r = 0.26$ ) und die Sexuellen Störungen (SEXD;  $r=0.32$  bzw.  $r=0.20$ ). Allerdings sind diese Zusammenhänge für die Anorexia Nervosa (EAT1) alle höher als für die Bulimia Nervosa (EAT2).

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) korreliert vor allem mit den Skalen für den Drogen/Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit ( $r = 0.24$  bzw.  $r = 0.25$ ). Daneben vergleichbar mit der Major Depression (MDE;  $r = 0.24$ ) und der Panikstörung/Agoraphobie (PD/A;  $r = 0.25$ ) bzw. der Skala SOM2 (pseudoneurologische, gastrointestinale und sexuelle somatoforme Symptome) mit einem Wert von  $r = 0.27$ .

In einem nächsten Schritt wurde eine Explorative Faktorenanalyse über diese Skalen hinweg berechnet. Dazu wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Als Kriterium für die Extraktion der Faktoren wurde das Kaiser-Guttman Kriterium (Eigenwert  $> 1$ ) angelegt. Die nachfolgende Tabelle 50 zeigt die rotierte Komponentenmatrix für diese Analyse.

Tabelle 50. Rotierte Komponentenmatrix der Skalen des Fragebogens (Stichprobe N=266); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Skala	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
MDE	.81					
SOP	.52					
GAS	.80					
SEXD	.67					
PTSD		.51				
DA/DM		.94				
DD/MD		.93				
SOM1			.83			
SOM2			.86			
PD/A				.42		
SPE				.70		
OCD1				.77		
OCD2				.63		
SOM3					.61	
EAT1					.81	
EAT2					.85	
AA						.95
AD						.95

Anmerkungen: Die Skalen wurden aufgrund ihrer Komponentenzuweisung angeordnet, um eine bessere Orientierung zu ermöglichen. MDE: Major Depression, PD/A: Panikstörung mit Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, OCD1: Zwangsstörung (Gedanken), OCD2: Zwangsstörung (Handlungen), GAS: Generalisierte Angststörung, SOM1: Somatoforme Störungen (Schmerzsymptome), SOM2: Somatoforme Störungen (pseudoneurologische Symptome, gastrointestinale Symptome, sexuelle Symptome), SOM3: Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT1: Essstörungen (Anorexia Nervosa), EAT2: Essstörungen (Bulimia Nervosa), PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/Medikamentenmissbrauch, DD/MD: Drogen/Medikamentenabhängigkeit; Faktorladungen > .35 sind dargestellt. Kaiser-Meyer-Olkin Mass: 0.71; Bartlett's Test für Sphärizität  $p < 0.01$ ; Measures of Sampling Adequacy (MSA): MDE: 0.81; PD/A: 0.84; SPE: 0.64; SOP: 0.89; OCD1: 0.78; OCD2: 0.68; GAS: 0.83; SOM1: 0.64; SOM2: 0.71; SOM3: 0.87; SEXD: 0.84; EAT1: 0.67; EAT2: 0.61; PTSD: 0.86; AA: 0.51; AD: 0.50; DA/DM: 0.53; DD/MD: 0.54.

Insgesamt ergibt sich für diese Analyse eine sechsfaktorielle Lösung, die insgesamt 71,02% der Gesamtvarianz aufklärt (Eigenwerte: 4,76; 1,95; 1,83; 1,71; 1,41; 1,12). Die einzelnen Skalen des Fragebogens können anhand ihrer Faktorladungen den sechs Faktoren eindeutig zugeordnet werden.<sup>13</sup>

Auf dem ersten Faktor landen die Major Depression, die Soziale Phobie, die Generalisierte Angststörung und die Sexuellen Störungen. Die Faktorladungen sind dabei für die Major Depression und die Generalisierte Angststörung mit 0.81 bzw. 0.80 am höchsten. Die

<sup>13</sup> Da eine Reduzierung der Stichprobe (z.B. für Männer und Frauen getrennt) nicht zu einer substantiellen Verbesserung des Kaiser-Meyer-Olkin Kriteriums und der *Measures of Sampling Adequacy (MSA)* für die einzelnen Variablen führte aber zu kleineren Substichproben geführt hätte, wurden alle folgenden faktorenanalytischen Analysen nur mit der Gesamtstichprobe berechnet (s. Kaiser, 1974; s. Diskussion).

Sexuellen Störungen liegen mit 0.67 etwas darunter, die Skala der Sozialen Phobie lädt mit 0.52 am schwächsten auf diesem Faktor.

Auf dem zweiten Faktor laden die Posttraumatische Belastungsstörung und die Störungen im Zusammenhang mit Drogen bzw. Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit. Allerdings können hier die Skalen für den Missbrauch bzw. die Abhängigkeit als inhaltliche Ankervariablen betrachtet werden (0.94 bzw. 0.93), und die PTSD Skala zeigt eine deutlich geringere Faktorladung (0.51).<sup>14</sup>

Auf dem dritten Faktor landen die beiden Skalen SOM1 und SOM2, welche inhaltlich die somatoformen Schmerzsymptome (SOM1) bzw. die pseudoneurologischen, gastrointestinalen und sexuellen Symptome (SOM2) der Somatoformen Störungen erfassen. Ihre Faktorladungen auf diesem eigenständigen Faktor betragen 0.83 und 0.86.

Ein vierter Faktor setzt sich zusammen aus der Panikstörung/Agoraphobie, der Spezifischen Phobie und den beiden Subskalen der Zwangsstörung (OCD1: Gedanken und OCD2: Handlungen). Die Faktorladungen liegen bei diesem Faktor für die OCD1, die Spezifische Phobie und die OCD2 am höchsten (0.76, 0.70 und 0.63) und für die Panikstörung/Agoraphobie mit 0.42 deutlich darunter.

Der fünfte Faktor setzt sich zusammen aus den beiden Essstörungen (EAT1: Anorexia Nervosa und EAT2: Bulimia Nervosa) und der dritten Skala der Somatoformen Störungen (SOM3: Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung). Die Faktorladungen liegen für die Essstörungen bei 0.81 für die Anorexia und bei 0.85 für die Bulimia Nervosa. Die Skala SOM3 hat eine Faktorladung von 0.61.

Den sechsten und letzten Faktor bilden die beiden Skalen für den Alkoholmissbrauch bzw. die Alkoholabhängigkeit, mit Faktorladungen von jeweils 0.95.

---

<sup>14</sup> Da die Substanzstörungen (Drogen/Medikamente und Alkohol) jeweils eigene Faktoren gebildet haben, wurden sie für eine weitere Faktorenanalyse entfernt. Es resultierten jedoch inhaltlich für die übrig gebliebenen Störungen die gleichen Komponenten und Ladungen. Die PTSD konnte allerdings keinem Faktor eindeutig zugeordnet werden.

### 6.2.3.2. Binnenstruktur der rational konstruierten Skalen

Aufgrund der Operationalisierung der Störungsskalen durch die einzelnen Items ist es möglich, sich für jede Skala die *Binnenstruktur* dieser Störung anzuschauen. Dies wurde in einem nächsten Schritt mittels Faktorenanalysen für die jeweiligen Items der einzelnen Störungsskalen umgesetzt. Eine entsprechende Auswertung über *alle* 139 Items wurde wegen der geringen Grösse der Gesamtstichprobe von N=266 nicht durchgeführt. Die Tabelle 51 zeigt das Ergebnis für die Analyse der Major Depression Skala und ihrer zehn Items<sup>15</sup>.

*Tabelle 51.* Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Major Depression; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente	
	1	2
Item1	.84	
Item2	.82	
Item3		.90
Item4		.80
Item5	.62	
Item6	.69	
Item7	.75	
Item8	.73	
Item9	.72	
Item10	.59	

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt.

Für die Items der Major Depression Skala ergibt sich eine zweifaktorielle Lösung (Eigenwerte: 5,20; 1,03; insgesamt 62,28% aufgeklärte Varianz). Die beiden Items, welche hoch auf der zweiten Komponente laden, beziehen sich beide auf Gewichts- bzw. Appetitsveränderungen (Item3: *...eine Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust?* und Item4: *...einen gesteigerten oder verminderten Appetit?*). Dies sind die beiden Items, die ebenfalls in den in Kapitel 6.2.2. dargestellten ROC-Analysen die schlechtesten Werte erzielten (s. Kapitel 6.2.2.2.1.).

In der nächsten Tabelle ist das Ergebnis für die Analyse der *Binnenstruktur* der Panikstörung/Agoraphobie Skala dargestellt.

<sup>15</sup> Die Items konnten aufgrund ihrer Länge nicht ausformuliert in die Tabellen übernommen werden und sind durch ihre Nummern gekennzeichnet. Im Text werden sie jedoch, wenn inhaltlich notwendig, erläutert (s. sonst Anhang D für Fragebogen).

Tabelle 52. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Panikstörung/Agoraphobie; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente	
	1	2
Item11	.63	.55
Item12	.73	.50
Item13	.65	.50
Item14	.70	.45
Item15	.73	.46
Item16	.63	
Item17	.77	
Item18	.66	.42
Item19	.67	.54
Item20	.68	
Item21	.74	.43
Item22		.54
Item23	.77	
Item24	.71	.43
Item25	.60	.64
Item26	.59	.63
Item27	.48	.75
Item28	.40	.84
Item29		.88
Item30		.88

Anmerkung: Faktorladungen >.35 sind dargestellt.

Für die Panikstörung/Agoraphobie ergibt sich ebenfalls eine zweifaktorielle Lösung (Eigenwerte: 12,75; 1,15; insgesamt 69,74% aufgeklärte Varianz). Zwar lässt sich ein Grossteil der Items nicht eindeutig einer der beiden Komponenten zuordnen, aber inhaltlich lässt sich erkennen, dass die Items 27, 28, 29 und 30, welche am stärksten auf der zweiten Komponente laden, dem agoraphobischen Vermeidungsverhalten zuzuordnen sind (z.B. Item30: *...dass Sie diese Orte und Situationen nur mit deutlichem Unwohlsein oder in Begleitung einer anderen Person haben aufsuchen können?*). Als inhaltlicher Marker für die erste Komponente kann hingegen das Item 17 (*...Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?*), welches mit 0.77 auf der ersten Komponente lädt, angesehen werden. Vergleichbares gilt für das Item 23 (*...ein Gefühl von Taubheit oder Kribbeln?*), welches mit einer Faktorladung von 0.77 eindeutig auf diesem ersten Faktor landet.

Die faktorenanalytischen Auswertungen für die Spezifische Phobie (Item31 bis 36) und die Soziale Phobie (Item 37 bis 43) ergaben jeweils einfaktorielle Lösungen und die Ergebnisse sind in Tabelle 53 und 54 dargestellt.

*Tabelle 53.* Komponentenmatrix der Items für die Spezifische Phobie; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente
	1
Item31	.96
Item32	.95
Item33	.86
Item34	.96
Item35	.93
Item36	.96

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt. Eigenwert: 5,25; insgesamt aufgeklärte Varianz: 87,5%.

Alle Items der Skala der Spezifischen Phobie zeigen mit Faktorladungen zwischen 0.86 und 0.96 sehr hohe und eindeutige Ladungen auf der einzigen extrahierten Komponente.

*Tabelle 54.* Komponentenmatrix der Items für die Soziale Phobie; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente
	1
Item37	.91
Item38	.92
Item39	.92
Item40	.80
Item41	.93
Item42	.94
Item43	.94

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt. Eigenwert: 5,79; insgesamt aufgeklärte Varianz: 82,6%.

Auch für die Faktorladungen der Items der Sozialen Phobie lassen sich mit Faktorladungen zwischen 0.80 und 0.94 eindeutige und sehr hohe Werte für die einfaktorielle Lösung nachweisen.

Für die Analyse der Binnenstruktur der Zwangsstörung wurden die Items 44 bis 53 berücksichtigt. Diese Analysen führten zu einer zweifaktoriellen Lösung (Eigenwerte: 6,31; 2,16; insgesamt 84,82% aufgeklärte Varianz). Die Ergebnisse der rotierten Komponentenmatrix sind in Tabelle 55 dargestellt.

*Tabelle 55.* Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Zwangsstörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente	
	1	2
Item44	.89	
Item45	.87	
Item46	.88	
Item47	.90	
Item48	.87	
Item49	.87	
Item50		.93
Item51		.92
Item52		.89
Item53		.88

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt.

Die Ergebnisse für die Analyse der Items der Zwangsstörung entsprechen exakt der Trennung der Items in solche, die in dem Fragebogen *Zwangsgedanken* erfassen (Item 44 - 49) und die restlichen Items (50 - 53), die sich auf die Erfassung von *Zwangshandlungen* beziehen.

Die faktorenanalytische Auswertung der Items der Generalisierten Angststörung führte hingegen zu einer einfaktoriellen Komponentenlösung mit insgesamt 59,21% aufgeklärter Gesamtvarianz und einem Eigenwert von 4,65. Die Faktorladungen der einzelnen Items sind in Tabelle 56 dargestellt.

*Tabelle 56.* Komponentenmatrix der Items für die Generalisierte Angststörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente
	1
Item54	.87
Item55	.86
Item56	.87
Item57	.76
Item58	.79
Item59	.64
Item60	.59
Item61	.68

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt.



Lediglich das Item60 (...*Muskelverspannungen?*) weist mit 0.59 eine etwas geringere Faktorladung als die restlichen Items der Generalisierten Angststörung für die extrahierte Komponente auf.

In die Analyse der Somatoformen Störungen gingen die Items 62 bis 72 und die Items 73 bis 79 ein. Dies führte zu einer vierfaktoriellen Lösung (Eigenwerte: 6,31; 1,89; 1,52; 1,10; insgesamt 67,61% aufgeklärte Varianz). Tabelle 57 zeigt die rotierte Komponentenmatrix.

Tabelle 57. Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Somatoformen Störungen; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente			
	1	2	3	4
Item62	.87			
Item63	.69			
Item64	.62			
Item65	.79			
Item66	.66			
Item67	.69			
Item68	.68			
Item69	.47	.64		
Item70		.82		
Item71	.57			
Item72	.46	.49		
Item73		.77		
Item76				.93
Item77				.93
Item78			.96	
Item79			.96	

Anmerkung: Faktorladungen >.35 sind dargestellt.

Die erste Komponente beinhaltet die Schmerzsymptome (Item 62 - 66). Daneben zeigen die Items 67, 68 und 71 eindeutig interpretierbare Faktorladungen auf dieser Komponente. Sie erfassen gastrointestinale (Item 67), sexuelle (Item 68) und pseudoneurologische somatoforme Symptome (Item 71). Auf der Komponente zwei laden vor allem das Item 70 (...*Lähmungserscheinungen?*) und das Item 73 (...*Sehen von Doppelbildern?*) mit einem Wert von 0.82 bzw. 0.77 eindeutig. Das Item 69 (...*Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen?*) und das Item 72 (...*Gefühle von Taubheit?*) zeigen zwar die höheren Faktorladungen auf der zweiten Komponenten, können aber aufgrund ihrer ebenso vorhandenen Ladungen von 0.47 bzw. 0.46 auf dem ersten Faktor nicht eindeutig zugeordnet werden.

Die Komponente drei und die Komponente vier erfassen inhaltlich hingegen eindeutig die Items für die Hypochondrie (Item 76 und Item 77) und die Items für die Körperdysmorphie Störung (Item 78 und Item 79).

Die Analyse der *Binnenstruktur* der Sexuellen Störungen (Item 80 bis 85) ergab eine einfaktorielle Lösung, welche insgesamt 67,8% der Gesamtvarianz aufklären konnte (Eigenwert: 4,07). Die Faktorladungen für die Items der Sexuellen Störungen sind in Tabelle 58 angeführt.

*Tabelle 58.* Komponentenmatrix der Items für die Sexuellen Störungen; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente
	1
Item80	.88
Item81	.91
Item82	.88
Item83	.80
Item84	.57
Item85	.85

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt.

Es zeigen sich durchwegs hohe Faktorladungen für die Items der Sexuellen Störungen (0.80 bis 0.91). Lediglich das Item 85 schneidet mit einem Wert von 0.57 deutlich schlechter ab. Dieses Item erfasst (...*einen vorzeitigen Samenerguss, bevor Sie es eigentlich wünschten?*) und ist damit auf die Subpopulation der Männer begrenzt. Insgesamt spricht dieses Ergebnis für eine einfaktorielle Lösung hinsichtlich der Items der Sexuellen Störungen.

In Tabelle 59 sind die Ergebnisse für die Essstörungen dargestellt. Sie führten zu einer zweifaktoriellen Lösung (Eigenwerte: 4,62; 1,35; insgesamt 74,57% aufgeklärte Varianz).

*Tabelle 59.* Rotierte Komponentenmatrix der Items für die Essstörungen; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente	
	1	2
Item86	.73	
Item87	.90	
Item88	.77	.43
Item89	.73	.42
Item90		.91
Item91		.95
Item92	.58	.56
Item93	.73	

*Anmerkung:* Faktorladungen > .35 sind dargestellt.

Die beiden extrahierten Komponenten entsprechen inhaltlich den beiden Skalen für die Anorexia Nervosa (Item 86 bis 89 und Item 93) und der Bulimia Nervosa (Item 90 bis 92). Die Faktorladungen für die erste Komponente sind eindeutig für das Item 86, 87 und 93. Diese erfassen, z.B. wie das Item 86 (*...ein Bestreben Ihr Gewicht zu halten oder abzunehmen, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?*) die Merkmale der Anorexia Nervosa. Eindeutig der Komponente zwei zuzuordnen sind die Items 90 und 91, welche beide Merkmale der Bulimia Nervosa erfassen (z.B. Item91: *...das Gefühl bei solchen „Essattacken“ die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren?*). Hingegen ist das Item 92 (*...die wiederholte Anwendung von Massnahmen gegen eine Gewichtszunahme, wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, ausgeprägtes Fasten oder Sport treiben?*) mit Faktorladungen von 0.59 bzw. 0.56 nicht eindeutig einer der beiden Komponenten für die Essstörungen zuzuordnen.

Die Analyse für die Posttraumatische Belastungsstörung ergab eine einfaktorielle Faktorlösung (Eigenwert: 13,79; insgesamt 76,61% aufgeklärte Varianz). Die Faktorladungen der Items sind in Tabelle 60 dargestellt.

*Tabelle 60.* Komponentenmatrix der Items für die Posttraumatische Belastungsstörung; (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1); (N=266).

Variable	Komponente
	1
Item94	.89
Item95	.91
Item96	.91
Item97	.86
Item98	.80
Item99	.94
Item100	.84
Item101	.90
Item102	.55
Item103	.91
Item104	.91
Item105	.95
Item106	.91
Item107	.90
Item108	.84
Item109	.92
Item110	.89
Item111	.83

*Anmerkung:* Faktorladungen >.35 sind dargestellt.

Die Items der Skala für die Posttraumatische Belastungsstörung zeigen durchwegs hohe bis sehr hohe Faktorladungen (0.80 – 0.95). Lediglich das Item 102 schneidet mit einem Wert von 0.55 etwas schlechter ab. Es erfasst inhaltlich: (*...dass sie bestimmte Aspekte des Erlebnisses vergessen haben?*).

### 6.2.3.3. Faktorenstruktur der empirisch konstruierten Skalen

Die vorherigen Analysen der Binnenstruktur der einzelnen Störungsskalen ermöglichte nun die Berechnung von empirisch konstruierten Störungsskalen. Mit den Ergebnissen konnten also empirisch fundierte Modifikationen an der Zusammensetzung der Items pro Störungsskala vorgenommen werden.<sup>16</sup> Es wurden dementsprechend nur diejenigen Items pro Skala herangezogen, welche aufgrund der Analysen zur Binnenstruktur eindeutig zu interpretieren waren. Dies wurde per Definition folgendermassen festgelegt: beim Vorliegen von mehreren Komponenten innerhalb der Binnenstruktur einer Störungsskala muss das zu beurteilende Item lediglich bei *einer* Komponente eine Faktorladung von über .40 zeigen. Ansonsten wird es für die empirisch hergeleitete Skalenberechnung nicht berücksichtigt.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Für die Skalen Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit bzw. Drogen-, Medikamentenmissbrauch bzw. –abhängigkeit konnten keine eindeutig interpretierbaren Komponentenlösungen berechnet werden, so dass für diese Skalen die rational konstruierten Skalen in die Analysen gingen.

<sup>17</sup> Für die Skala Panikstörung und Agoraphobie wurde eine Ausnahme gemacht, da bis auf 6 Items alle anderen 13 Items hohe Ladungen auf beiden Komponenten zeigten. Die Items 70 und 73 der somatoformen Symptome wurden ebenfalls nicht zu einer eigenständigen Skala zusammengefasst, sondern nur drei Skalen für die Somatoformen Störungen gebildet.

Die Tabelle 61 zeigt die Veränderungen in den Itemzuweisungen für diese neue Berechnung der einzelnen Störungsskalen und als zusätzliche Reliabilitätskontrolle dieser neuen Skalen sind die *alten* und die *neuen* Cronbachs Alpha Werte abgebildet (s.a. Kapitel 6.2.2.1.)

Tabelle 61. Neue Itemzuweisungen nach empirischer Konstruktion und resultierende Cronbachs Alpha-Werte.

Skala	Items „rationale“ Konstruktion	„ <i>altes</i> “ Cronbachs Alpha (N=266)	Berücksichtigte Items nach „empirischer“ Konstruktion	„ <i>neues</i> “ Cronbachs Alpha (N=266)
MDE	1-10	.90	Item 1,2 und 5-10	<b>.90</b>
PD/A	11-30	.96	Item 11-27 für PD Item 28-30 für AGPH	<b>.96</b> <b>.95</b>
SPE	31-36	.97	gleich	--
SOP	37-43	.96	gleich	--
OCD1	44-49	.96	gleich	--
OCD2	50-53	.94	gleich	--
GAS	54-61	.89	gleich	--
SOM1	62-66	.84	Item 62-68, Item71	<b>.88</b>
SOM2	62, 67-73	.67	Nicht berücksichtigt.	--
SOM3	76-79	.73	Item 76, 77 (Hypochondrie) Item 77,78 (Körperdysmorphie Störung)	<b>.91</b> <b>.96</b>
SEXD	80-85	.90	gleich	--
EAT1	86-89, 93	.86	Item 86, 87, 93	.73
EAT2	90-92	.83	Item 90, 91	<b>.94</b>
PTSD	94-111	.98	gleich	--
AA	112-116	.63	gleich	--
AD	112, 117-125	.94	gleich	--
DA/MA	126-130	.66	gleich	--
DD/DM	126, 127-139	.93	gleich	--

*Anmerkungen:* fettgedruckte Cronbachs Alpha haben sich durch die neue Itemkonstruktion verbessert. MDE: Major Depression, PD/A: Panikstörung mit Agoraphobie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, OCD1: Zwangsstörung (Gedanken), OCD2: Zwangsstörung (Handlungen), GAS: Generalisierte Angststörung, SOM1: Somatoforme Störungen (Schmerzsymptome), SOM2: Somatoforme Störungen (pseudoneurologische Symptome, gastrointestinale Symptome, sexuelle Symptome), SOM3: Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT1: Essstörungen (Anorexia Nervosa), EAT2: Essstörungen (Bulimia Nervosa), PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/Medikamentenmissbrauch, DD/MD: Drogen/Medikamentenabhängigkeit.

Es zeigt sich, dass durch die empirische Neukonstruktion bei insgesamt sieben von acht der Störungsskalen ein gleicher bzw. sogar verbesserter Wert für Cronbachs Alpha resultiert. Lediglich der Wert für die Skala der Anorexia Nervosa verschlechtert sich von 0.86 auf 0.73. Alle anderen zeigen deutliche Verbesserungen (z.B. Bulimia Nervosa von 0.83 auf 0.94) oder bleiben im gleichen Wertebereich. Damit bilden diese neuen Skalen nicht nur die Binnenstruktur der erfassten Störungsstrukturen anhand der faktorenanalytischen Auswertungen besser ab, sondern sie genügen darüber hinaus auch einem Anspruch an ihre Reliabilität. Weiterhin sind sie durch die Reduzierung der Itemanzahl ökonomischer als die rational konstruierten Skalen.

Mit diesen zum Teil neuen Skalen wurde nun erneut eine Faktorenanalyse über die Gesamtstichprobe berechnet. Das Ergebnis dieser Analyse ist in Tabelle 62 dargestellt.

*Tabelle 62.* Rotierte Komponentenmatrix der zum Teil neuen und empirisch konstruierten Skalen des Fragebogens (Stichprobe N=266); (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation, Eigenwertkriterium > 1).

Skala	Komponente					
	1	2	3	4	5	6
<b>MDE</b>	.82					
SOP	.49					
GAS	.82					
SEXD	.67					
<b>SOM (Schmerz)</b>	.52					
<b>PD</b>		.74				
<b>AGPH</b>		.78				
SPE		.73				
<b>SOM (Hypochondrie)</b>		.56				
PTSD			.53			
DA/MA			.93			
DD/MD			.93			
AA				.95		
AD				.94		
<b>SOM (Körperdysmorphie)</b>					.74	
<b>EAT1</b>					.69	
<b>EAT2</b>					.79	
OCD1						.78
OCD2						.82

*Anmerkungen:* Die Skalen wurden aufgrund ihrer Komponentenzuweisung angeordnet, um eine bessere Orientierung zu ermöglichen. Die fett gedruckten Skalen wurden modifiziert; MDE: Major Depression, PD: Panikstörung, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SPE: Spezifische Phobie, OCD1: Zwangsstörung (Gedanken), OCD2: Zwangsstörung (Handlungen), GAS: Generalisierte Angststörung, SOM: Somatoforme Störungen, SEXD: Sexuelle Störungen, EAT1: Essstörungen (Anorexia Nervosa), EAT2: Essstörungen (Bulimia Nervosa), PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, AA: Alkoholmissbrauch, AD: Alkoholabhängigkeit, DA/MA: Drogen/Medikamentenmissbrauch, DD/MD: Drogen/Medikamentenabhängigkeit; Faktorladungen > .35 sind dargestellt. Kaiser-Meyer-Olkin Mass: 0.69; Bartlett's Test für Sphärizität  $p < 0.01$ ; Measures of Sampling Adequacy (MSA): MDE: 0.80; PD: 0.74; AGPH: 0.72; SPE: 0.70; SOP: 0.83; OCD1: 0.77; OCD2: 0.65; GAS: 0.82; SOM: 0.82, 0.72, 0.77, 0.87; SEXD: 0.85; EAT1: 0.70; EAT2: 0.56; PTSD: 0.87; AA: 0.51; AD: 0.50; DA/DM: 0.53; DD/MD: 0.54.

Auch für diese neu konstruierten Skalen resultiert eine sechsfaktorielle Lösung (Eigenwerte: 4,59; 2,01; 1,84; 1,74; 1,38; 1,10; insgesamt 66,94 % aufgeklärte Varianz).<sup>18</sup>

Genauso wie bei den rational konstruierten Skalen laden bei den empirisch konstruierten Skalen die Posttraumatische Belastungsstörung und die Störungen in Bezug auf

<sup>18</sup> Da die Substanzstörungen (Drogen/Medikamente und Alkohol) wiederum eigene Faktoren gebildet haben, wurden sie für eine anschließende Faktorenanalyse entfernt. Es resultierten inhaltlich für die übriggebliebenen Störungen die gleichen Komponenten und Ladungen und die PTSD konnte keinem Faktor eindeutig zugeordnet werden.

Drogen/Medikamente auf einem eigenständigen Faktor (Ladungen: 0.53, 0.93, 0.93). Ebenfalls vergleichbar landen die Skalen für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit auf einem separaten Faktor (0.95 und 0.94).

Für die restlichen Skalen ergeben sich allerdings einige bedeutsame Veränderungen:

Auf dem ersten Faktor, der bei den rationalen Skalen lediglich die Major Depression, die Soziale Phobie, die Generalisierte Angststörung und die Sexuellen Störungen umfasste, landet in der neuen Analyse neben diesen Störungen auch noch die neu definierte Schmerzskala mit einer Faktorladung von 0.52.

Auf einer zweiten Komponente landen die Panikstörung, die Agoraphobie, die Spezifische Phobie und interessanterweise die neu definierte Hypochondrie Skala. Entgegen der vorherigen Analyse lädt nun also eine Komponente der Somatoformen Störungen auf diesem Faktor und dieser Zusammenhang spricht für eine Verortung der Hypochondrie unter dieser Komponente, die als *Phobischer Faktor* beschrieben werden kann. Die Zwangsstörung, welche in der ersten Analyse ebenfalls noch bei diesem Faktor zu finden war, bildet nun allerdings einen eigenständigen Faktor, der sich aus den beiden Komponenten für die *Zwangsgedanken* und die *Zwangshandlungen* zusammensetzt (OCD1: 0.78, OCD2: 0.82).

Weiterhin ergibt sich für die Essstörungen eine bedeutsame inhaltliche Veränderung: Während in der ersten Analyse die Essstörungen noch einen gemeinsamen Faktor mit der zusammengesetzten Skala aus der Hypochondrie *und* der Körperdysmorphen Störung gebildet haben, landet in dieser neuen Analyse nur noch die neu gebildete Skala für die Körperdysmorphie Störung auf der Komponente mit den Essstörungen (Faktorladungen: 0.74, 0.69 und 0.79). Die Hypochondrie hingegen auf dem oben genannten Faktor.



### *Zusammenfassung*

Die faktorenanalytische Auswertung für die *rational konstruierten Skalen* ergibt eine sechsfaktorielle Lösung (Eigenwerte: 4,76; 1,95; 1,83; 1,71; 1,41; 1,12; insgesamt 71,02 % aufgeklärte Varianz). Auf dem ersten Faktor laden die Major Depression, die Soziale Phobie, die Generalisierte Angststörung und die Sexuellen Störungen. Die Faktorladungen sind dabei für die Major Depression und die Generalisierte Angststörung mit 0.81 bzw. 0.80 am höchsten. Die Sexuellen Störungen liegen mit 0.67 etwas darunter und die Skala der Sozialen Phobie lädt mit 0.52 am schwächsten auf diesem Faktor. Inhaltlich entspricht dies am ehesten dem Ängstlich-Sorgenden Subfaktor aus dem Modell von Krueger (1999).

Auf dem zweiten Faktor sind die Posttraumatische Belastungsstörung und die Störungen im Zusammenhang mit Drogen bzw. Medikamentenmissbrauch und –abhängigkeit zu finden. Auf dem dritten Faktor die beiden Skalen SOM1 und SOM2, welche inhaltlich die somatoformen Schmerzsymptome (SOM1) bzw. die pseudoneurologischen, gastrointestinalen und sexuellen Symptome (SOM2) der Somatoformen Störungen erfassen. Ein vierter Faktor setzt sich zusammen aus der Panikstörung/Agoraphobie, der Spezifischen Phobie und den beiden Subskalen der Zwangsstörung. Der fünfte Faktor setzt sich zusammen aus den beiden Essstörungen (EAT1: Anorexia Nervosa und EAT2: Bulimia Nervosa) und der dritten Skala der Somatoformen Störungen (SOM3: Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung). Die Faktorladungen liegen für die Essstörungen bei 0.81 für die Anorexia und bei 0.85 für die Bulimia Nervosa. Die Skala SOM3 liegt mit 0.61 etwas darunter. Den sechsten und letzten Faktor der rationalen Skalen bilden die beiden Skalen für den Alkoholmissbrauch bzw. die Alkoholabhängigkeit, mit Faktorladungen von jeweils 0.95.

Die faktorenanalytische Untersuchung der *Binnenstruktur* der einzelnen Skalen ergab für die Skalen Spezifische Phobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, Sexuelle Störungen und Posttraumatische Belastungsstörung jeweils einfaktorielle Komponentenlösungen und die Items dieser Skalen liessen sich diesen Komponenten jeweils eindeutig zuordnen. Für die Zwangsstörung ergab sich eine zweifaktorielle Lösung, die der Unterscheidung in *Zwangsgedanken* und *Zwangshandlungen* entspricht.

Für die restlichen Skalen ergaben sich folgende Modifikationen: für die Major Depression Skala resultierte eine zweifaktorielle Lösung und die Items 3 und 4 wurden aus der neu gebildeten Skala ausgeschlossen. Die Skala für die Panikstörung/Agoraphobie wurde in zwei Komponenten für die Panikstörung und die Agoraphobie unterteilt, die Skalen für die Somatoformen Störungen wurden in drei Skalen umgewandelt, wobei die erste Skala die

Schmerzsymptome und je ein Item zu gastrointestinalen, pseudoneurologischen und sexuellen Symptomen erfasst und die beiden anderen Skalen jeweils die Hypochondrie und die Körperdysmorphie Störung. Die Essstörungsskalen wurden jeweils um ein Item gekürzt, so dass die neue Skala für die Anorexia nur noch die Items 86, 87 und 93 umfasst und die Skala für die Bulimia Nervosa nur noch die Items 90 und 91. Die Reliabilitätsanalysen für diese neuen Skalen zeigen bei acht von sieben Skalen eine Verbesserung oder einen vergleichbaren Wert hinsichtlich des Cronbachs Alpha.

Die faktorenanalytische Auswertung dieser zum Teil neuen und *empirisch gebildeten Skalen* ergibt ebenfalls eine sechsfaktorielle Lösung (Eigenwerte: 4,59; 2,01; 1,84; 1,74; 1,38; 1,10; insgesamt 66,94 % aufgeklärte Varianz). Auf dem ersten Faktor, der bei den rationalen Skalen lediglich die Major Depression, die Soziale Phobie, die Generalisierte Angststörung und die Sexuellen Störungen umfasste, lädt in dieser neuen Analyse auch noch die neu definierte *Schmerzskala* mit einer Faktorladung von 0.52. Auf einer zweiten Komponente sind neben der Panikstörung, die Agoraphobie, die Spezifische Phobie und die neu gebildete Hypochondrie Skala verortet. Die Zwangsstörung, welche in der ersten Analyse ebenfalls noch auf diesem Faktor landete, bildet nun allerdings einen eigenständigen Faktor, der sich aus den beiden Komponenten für die *Zwangsgedanken* und die *Zwangshandlungen* zusammensetzt (OCD1: 0.78, OCD2: 0.82). Auch für die Essstörungen ergibt sich eine bedeutsame inhaltliche Veränderung: Während in der ersten Analyse die Essstörungen noch einen gemeinsamen Faktor mit der zusammengesetzten Skala aus der Hypochondrie *und* der Körperdysmorphen Störung gebildet haben, landet in dieser neuen Analyse nur noch die neu gebildete Skala für die Körperdysmorphie Störung auf der Komponente mit den Essstörungen (Faktorladungen: 0.74, 0.69 und 0.79). Die Hypochondrie hingegen auf dem oben genannten Faktor. Die Faktoren mit den Störungen aufgrund von Alkohol (AA und AD) sowie mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und der Drogen/Medikamentenabhängigkeit bzw. dem Missbrauch (DA/MA und DD/MD) bleiben als separate Faktoren auch in dieser Analyse mit den empirisch konstruierten Skalen bestehen.

## 7. Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der Komorbidität psychischer Störungen. Dies erfolgte anhand einer metaanalytischen Fragestellung und der Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen (FRESKO). In den nachfolgenden Kapiteln werden die gefundenen Ergebnisse sowohl für die Metaanalyse als auch die Fragebogenentwicklung und -evaluation diskutiert. Dies erfolgt in Kapitel 7.1. für die Metaanalyse und in Kapitel 7.2. für die gefundenen Ergebnisse der Fragebogenentwicklung und -evaluation sowie die Erhebungen mit dem Fragebogen. In Kapitel 7.3 folgt ein Ausblick auf Forschungsfragen für nachfolgende Untersuchungen, die sich durch die vorliegenden Ergebnisse ergeben haben.

### 7.1. Generelle Probleme und Einschränkungen (Metaanalyse)

Wie in Kapitel 4.1. angeführt, ist das Extrahieren einer repräsentativen Stichprobe ein Grundproblem metaanalytischer Arbeiten (Rustenbach, 2003). Die konkrete Suche nach relevanten Arbeiten lässt sich als ein Oszillieren zwischen den beiden Polen des *Recall*, dem Identifizieren möglichst aller relevanten Arbeiten und der *Precision*, der möglichst präzisen Eingrenzung der relevanten Ergebnisse, beschreiben. Die vorliegende metaanalytische Fragestellung war von diesem Phänomen besonders betroffen, da die Befunde zur Komorbidität psychischer Störungen als Resultate in sehr heterogenen Studien dargestellt werden (z.B. in Psychotherapiestudien oder epidemiologischen Studien). Weiterhin ist die grosse Anzahl an unterscheidbaren psychischen Störungen und Störungsgruppen ein von Beginn an vorliegendes Problem dieser Untersuchung gewesen. Zwar wurde versucht, durch die Anwendung und explizite Dokumentation zweier getrennter Suchprozeduren diesem Problem zu begegnen, aber es bleibt nicht auszuschliessen, dass relevante Arbeiten übersehen wurden und die gefundenen Daten damit den Realbestand an publizierten Daten verfehlen bzw. nicht repräsentativ abbilden. Eine Dokumentation mit Hilfe von sogenannten *Kodierhandbüchern* bzw. *-schemata*, wie sie vermehrt in metaanalytischen Untersuchungen angewandt werden, wäre eine Möglichkeit gewesen ein quantitatives Mass zur Kodierungsgüte (Interraterreliabilität) über zwei unabhängige Personen zu berechnen (Rustenbach, 2003). Die Kodierung erfolgte in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der Menge an zu berücksichtigenden Arbeiten jedoch nur vom Autor und birgt die Gefahr von Selektionsfehlern und stellt damit eindeutig einen Kritikpunkt an der vorliegenden Arbeit dar.

Ebenso musste der Zeitraum der zu untersuchenden Studien begrenzt werden und wurde pragmatisch für die Zeit von 1994 bis 2004 festgelegt. Die Festlegung auf 1994 erfolgte aufgrund der Publikation des DSM-IV im englischsprachigen Raum und das Jahr 2004 ergab sich durch den Beginn des Projekts zu diesem Zeitpunkt. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass vor 1994 bzw. nach 2004 relevante Studien erschienen sind, die die vorliegenden Ergebnisse verändert hätten. Gerade das Problem, dass seit 2004 neue Arbeiten erschienen sein können, zeigt die schnelle Vergänglichkeit von empirischen Einzelbefunden und ihrer metaanalytischen Zusammenfassung auf. Die Grenze mit 1994 wurde jedoch gewählt, um die Studienanzahl zu begrenzen und eine Einschränkung auf eine einheitliche Klassifikation (DSM-III-R und DSM-IV, ICD-10) zu ermöglichen.

Eine weitere potentielle Kritik an den hier präsentierten Ergebnisse ist die fehlende Ausreisseranalyse (*Outlier-Analyse*, s. Rustenbach, 2003). Diese erfolgte aufgrund fehlender Angaben aus den Primärstudien nicht mittels statistischer Prozeduren sondern es wurde versucht, die einzelnen Ergebnisse aufgrund inhaltlicher Kriterien (z.B. genauere Definition und Einschränkung der Störungskategorien) zu spezifizieren. Damit wurden die Merkmale der Studien als potentielle Kovariaten berücksichtigt. Dies kann jedoch ein grundlegendes Problem der selektierten Korrelationen nicht gänzlich beheben: So wurden für alle Korrelationen sogenannte Vierfelderhäufigkeiten angelegt und aus diesen tetrachorische Korrelationskoeffizienten berechnet. Gerade bei ungleichen Randverteilungen, wie sie in den hier untersuchten Stichproben jedoch zumeist vorliegen, kommt es zu einer Überschätzung des Zusammenhangs zwischen den Variablen (so wurden entsprechend für 33 der 45 Störungskombinationen wie sie von Krueger berechnet wurden, in den hier vorliegenden Ergebnisse höhere Koeffizienten berechnet). Berücksichtigt man weiterhin, dass die oft geringen Einzelkorrelationen für eine Störungskombination eine zufällige Auswahl für den angenommenen und tatsächlichem Zusammenhang darstellen, wird deutlich wie fehleranfällig diese Selektions- und Berechnungsprozedur ist (Rustenbach, 2003). Ebenso muss die Annahme einer bivariaten Normalverteilung für die jeweiligen beiden Störungsvariablen in Frage gestellt werden. Diesen Problemen konnte aufgrund der Vielzahl an berücksichtigten Kodierungsvariablen in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht anders begegnet werden, so dass sie eine weitere potentielle und zu berücksichtigende Fehlerquelle ausmachen. Eine Unterstützung der These der dadurch entstehenden schlechten Güte der extrahierten Korrelationen wurde vor allem bei der Ausweitung auf weitere psychische Störungen deutlich (Kapitel 6.1.2.), wo ein Grossteil der gebildeten metaanalytisch gebildeten Matrizen faktorenanalytisch nicht identifiziert werden konnte. Die Persönlichkeitsstörungen mussten

sogar aufgrund der inhaltlich heterogenen Zusammensetzung der Gruppen ausgeschlossen werden und die zum Teil zusammengefassten Störungsgruppen, wie etwa die Somatoformen Störungen auf Subkategorien reduziert werden, um zu interpretierbaren Ergebnissen zu gelangen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in dem zweiten Teil der metaanalytischen Fragestellung Angaben aus klinischen und epidemiologischen Stichproben gemeinsam untersucht wurden, da bei einer weiteren Begrenzung auf epidemiologische Populationen, die Ausweitung auf andere psychische Störungen (wie zum Beispiel die Essstörungen) nicht möglich gewesen wäre. Der Unterschied in der Komorbidität psychischer Störungen für klinische Stichproben und Populationen aus der Allgemeinbevölkerung (s. Kapitel 2.3.3. bzw. 2.3.4.) kann daher mit den hier untersuchten metaanalytischen Daten nicht abgebildet werden und stellt eine weitere zu berücksichtigende Einschränkung dar.

### 7.1.2. Replikation der Ergebnisse von Krueger (1999)

Mit den insgesamt 142 extrahierten Korrelationskoeffizienten konnte auch in der vorliegenden Arbeit die Unterscheidung von Krueger (1999) in einen *Internalisierenden Faktor* und einen *Externalisierenden Faktor* eindeutig repliziert werden. Die Störungsvariablen liessen sich alle eindeutig diesen beiden Komponenten zuordnen und liegen zwischen 0.70 und 0.92. Allerdings kann die von Krueger (1999) gefundene *Binnenstruktur* des Internalisierenden Faktors mit den hier vorliegenden metaanalytischen Daten nicht bestätigt werden. Es bleibt jedoch anzumerken, dass in verschiedenen Untersuchungen die Binnenstruktur des Internalisierenden Faktors ebenfalls nicht gefunden werden konnte und damit der Befund in der vorliegenden Arbeit durchaus konsistent mit vorherigen in der Literatur angeführten Ergebnissen ist (Krueger et al. 1998; Krueger et al. 2001; Krueger et al. 2003).

Der Internalisierende Faktor setzt sich auch in den hier präsentierten Ergebnissen zusammen aus der *Major Depression*, der *Dysthymie*, der *Agoraphobie*, der *Sozialen* und der *Spezifischen Phobie* sowie der *Generalisierten Angststörung* und der *Panikstörung*. Der Externalisierende Faktor hingegen beinhaltet die *Alkoholabhängigkeit*, die *Drogenabhängigkeit* und die *Antisoziale Persönlichkeitsstörung*. Somit lässt sich Psychopathologie, definiert in Form von diesen Störungskategorien, *phänomenologisch* mindestens zwei latenten Faktoren zuordnen. Die Betonung der rein phänomenologischen Zuordnung ist in den Augen des Autors deshalb von besonderer Bedeutung, da über das Zustandekommen dieser beiden Faktoren aufgrund der hier vorliegenden Analysen keine Aussage gemacht werden kann. Der Autor stimmt daher Wittchen & Höfler (1999) zu, die direkt im Anschluss an die Publikation von Krueger (1999), seinen Verweis auf zugrundeliegende psychopathologische „*Kernprozesse*“ kritisierten und als zu weit gegriffen bezeichnet haben. So kann auch aufgrund der hier bestätigten latenten Faktoren keine Aussage über das Zustandekommen dieser beiden Faktoren gemacht werden, und das Ergebnis beschränkt sich auf das „Universum“ der berücksichtigten zehn psychischen Störungen.

Die Ausweitung auf weitere psychische Störungen erfolgte in den anschliessenden metaanalytischen Berechnungen.

### 7.1.3. Ausweitung auf weitere psychische Störungen

Betrachtet man die bisherigen Befunde zu anderen psychischen Störungen und ihrer Verortung in dem Modell von Krueger (1999) so lässt sich konstatieren, dass die empirische Grundlage für eine Aussage zu den meisten psychischen Störungen recht unbefriedigend ist. Die hier diskutierten Ergebnisse beziehen sich auf die gefundenen Ergebnisse zu den Bipolaren Störungen, der Zwangsstörung, der Posttraumatischen Belastungsstörung, den Somatoformen Störungen und den Essstörungen.

Die bislang vorliegenden Befunde zu den Bipolaren Störungen sprechen für einen eigenständigen Faktor für diese Störungsgruppe (Watson, 2005). Wie in Kapitel 2.4. dargestellt, beziehen sich diese Hinweise jedoch vor allem auf eine Reanalyse der Daten des *National Comorbidity Survey*, welche von Watson (2005) durchgeführt wurde. Als Ergebnis dieser Analyse wurde das dreifaktorielle Modell von Krueger repliziert und die Bipolaren Störungen konnten mit ausgeglichenen Faktorladungen (0.29 – 0.33) keinem der postulierten Faktoren eindeutig zugeordnet werden. Zum gleichen Ergebnis führte auch die hier durchgeführte Analyse der Daten zu den Bipolaren Störungen. Allerdings landeten die Bipolaren Störungen in einem ersten Analyseschritt mit einer reduzierten Korrelationsmatrix auf dem Internalisierenden Faktor (Ladung: 0.89). In einer anschließenden Analyse mit der Originalmatrix von Krueger zeigte sich jedoch die gleiche Struktur wie in der Analyse von Watson (2005) und der nicht klaren Zuordnung der Bipolaren Störungen (Ladungen: 0.63, 0.50, 0.56) zu einem der drei Faktoren. Fasst man die hier gefundenen Ergebnisse und die Resultate von Watson (2005) allerdings zusammen, so muss festgestellt werden, dass die Analysen vor allem aus Angaben zu dem National Comorbidity Survey resultieren. So stammen 19 von den 33 Korrelationen für die hier durchgeführten Analysen der Bipolaren Störungen ebenfalls aus Studienangaben zum National Comorbidity Survey. Somit ist eine Ausweitung der bisherigen Befundlage anhand der hier gefundenen Ergebnisse zu dieser Störungsgruppe nicht möglich. Allerdings unterstützen Befunde zur Phänomenologie und Nosologie der Bipolaren Störungen eher die Verortung auf einem eigenständigen Faktor (Marneros, 2004).

Die hier präsentierten metaanalytischen Analysen zur Zwangsstörung unterstützen ebenfalls am ehesten die Verortung dieser Störung auf einem eigenständigen Faktor. So lädt die Zwangsstörung mit 0.51 und 0.80 auf den beiden Subfaktoren des Internalisierenden Faktors. Allerdings wurden diese Analysen ohne die Substanzstörungen und die Generalisierte

Angststörung durchgeführt. Wie in Kapitel 2.4. dargestellt, sind die empirischen Befunde zur Zwangsstörung bislang uneinheitlich. Während Daten aus dem *Australian National Survey of Mental Health and Well-Being* und an ehemaligen Soldaten des ersten Golfkrieges am ehesten für eine Zuordnung der Zwangsstörung bzw. ihrer zwei Komponenten der *Zwangsgedanken* und der *Zwangshandlungen* zu dem *Phobischen Faktor* sprechen, konnte dies für die *Netherlands Mental Health Survey and Incidence* Studie nicht bestätigt werden (Watson, 2005). Die Zuweisung zu dem *Phobischen Faktor* kann aufgrund der hier gefundenen Ergebnisse nicht unterstützt werden und inwiefern eventuell die Binnenstruktur der Zwangsstörung (mit den Komponenten der Zwangshandlungen und der Zwangsgedanken) dafür verantwortlich ist, kann aufgrund der metaanalytischen Daten nicht entschieden werden. Weiter beruhen die hier ausgewerteten metaanalytischen Korrelationen der Zwangsstörung zum grossen Teil auf einer einzigen Studie (Douglass et al. 1995), die an einer Kohorte von 18jährigen (N=930) und mit berechneten 12 Monats-Prävalenzen durchgeführt wurde, was die Verallgemeinerung dieses Ergebnisses weiter einschränkt.

Für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) kann eine Bestätigung der bisherigen Ergebnisse für diese Störung gefunden werden. So landet sie in den hier berichteten Ergebnissen mit einer Faktorladung von 0.66 ebenfalls eindeutig auf dem *Ängstlich-Sorgenden Subfaktor* der internalisierenden Komponente von Krueger (1999). Allerdings konnte dieses Ergebnis nur aufgrund des Anfügens der PTSD an die Originalmatrix von Krueger (1999) erreicht werden. Weiterhin bleibt einschränkend festzuhalten, dass ein Grossteil der metaanalytischen Korrelationen lediglich aus zwei epidemiologischen Studien gewonnen wurde (dem *National Comorbidity Survey* und der *Early Developmental Stages of Psychopathology Studie*) und die Resultate somit schwer zu generalisieren sind (Kessler et al. 1994; Nelson & Wittchen, 1998). Berücksichtigt man, dass der bisher einzige Befund zur PTSD ebenfalls auf Daten aus dem National Comorbidity Survey resultierte (Cox et al. 2002), wird die geringe empirische Evidenz für diese Störung deutlich. Erschwerend kommt hinzu, dass die beiden Studien des National Comorbidity Survey und der Early Developmental Stages of Psychopathology-Studie (EDSP) zwar hinsichtlich der Klassifikation und der diagnostischen Erfassung psychischer Störungen vergleichbar sind (jeweils standardisiertes Interview und DSM-III-R bzw. DSM-IV-Kriterien), das Alter der untersuchten Population sich aber deutlich voneinander unterscheidet (15 bis 54 Jahre im NCS und 14 bis 24 Jahre in der EDSP-Studie). Weiterhin wurden in der EDSP Studie zum Teil auch subklinische Falldefinitionen für die Komorbiditäten herangezogen, was eine weitere Schwierigkeit der



Generalisierbarkeit darstellt (Wittchen et al. 1998). Ob die Binnenstruktur der psychopathologischen Symptomatik einer PTSD, mit den Komponenten der *Intrusionen*, der *Vermeidung*, der *Dysphorie* und des *Hyperarousals*, eventuell für die Zusammenhänge der PTSD mit anderen psychischen Störungen verantwortlich gemacht werden kann (s. Simms et al. 2002), kann aufgrund der kategorialen Definition und Auswertung der metaanalytischen Daten ebenfalls nicht entschieden werden.

Die Analyse der Somatoformen Störungen führte für die zusammengefasste Gruppe der Somatoformen Störungen zu keinem identifizierbaren Ergebnis. Die Gründe hierfür dürften in der Heterogenität der berücksichtigten Störungen und Studien zu dieser Gruppe liegen. Erst die Reduzierung der Störungsgruppe der Somatoformen Störungen auf die *undifferenzierte Somatoforme Störung* und die *Schmerzstörung* erbrachte ein interpretierbares Ergebnis. So landete diese Gruppe für die Somatoformen Störungen auf dem *Internalisierenden Faktor* (Faktorladung: 0.71). Allerdings konnte die Binnenstruktur des Internalisierenden Faktors nicht aufrechterhalten werden und die Generalisierte Angststörung wurde aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen. Einschränkend ist anzumerken, dass die Befunde für diese Gruppe der Somatoformen Störungen vor allem auf zwei epidemiologischen Studien beruhen: zum einen auf der bereits oben erwähnten EDSP-Studie und zum anderen auf der Bremer Jugendstudie (Essau et al. 2000). Beide Studien bilden jedoch mit einem Alter der untersuchten Populationen von 14 bis 24 für die EDSP bzw. 14 bis 17 für die Bremer Jugendstudie sehr junge Altersbereiche ab. Es ist davon auszugehen, dass bei einer Berücksichtigung von älteren Populationen sich die Zusammenhänge von Somatoformen Störungen mit anderen psychischen Störungen deutlich verändern würden (Neumer et al. 1998; Kapfhammer, 2001; Hessel et al. 2005). Ebenfalls ist anzunehmen, dass eine genauere Aufteilung der Somatoformen Störungen in die im DSM angeführten Kategorien (Somatisierungstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, Schmerzstörung, Konversionsstörung, Hypochondrie und Körperdysmorphie Störung) die Ergebnisse nochmals verändert hätte. Dies ist jedoch aufgrund fehlender Studien und Angaben in der vorliegenden Arbeit nicht möglich gewesen. Die inhaltliche Interpretation der Verortung der untersuchten Subgruppe der Somatoformen Störungen auf dem Internalisierenden Faktor kann jedoch als Unterstützung der bisherigen Befunde zur Komorbidität bei *Schmerzstörungen* und *undifferenzierten somatoformen Störungen* vor allem mit den Angststörungen und den Depressiven Störungen angesehen werden (s. Rief et al. 1992; Leibbrand & Hiller, 1998; Henningsen et al. 2003).

Für die Analysen der Essstörungen ergibt sich ein ähnliches Bild wie für die Bipolaren Störungen. So zeigt sich in der Analyse der zusammengefassten Variable der Essstörungen (*Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* und *Essstörung NNB*) eine dreifaktorielle Lösung, die dem Modell von Krueger entspricht. Die Essstörungsvariable konnte mit Faktorladungen zwischen 0.43 und 0.53 jedoch keinem dieser Faktoren eindeutig zugeordnet werden. Damit spricht dieses Ergebnis am ehesten für einen separaten Faktor für die Essstörungen. Die separate Analyse der Korrelationen für die *Bulimia Nervosa* brachte zwar ein leicht modifiziertes Ergebnis mit Ladungen lediglich auf der externalisierenden Komponente und dem *Phobischen Subfaktor*. Allerdings kann keine Aussage zu der *Anorexia Nervosa* gemacht werden, da für diese alleinige Diagnose nicht genügend Koeffizienten berechnet werden konnten. Das Ergebnis zur *Bulimia Nervosa* kann jedoch als Hinweis darauf gewertet werden, dass die einzelnen Essstörungen eventuell unterschiedliche Zusammenhänge aufweisen, welche jedoch mit den hier extrahierten Daten nicht abgebildet werden können (Gleaves et al. 2000). Kritisch anzumerken bleibt weiterhin, dass ein Grossteil der Befunde zu den Essstörungen vor allem aus weiblichen Populationen stammt. Eine Analyse, welche sich auf die Subpopulation der Männer bzw. Frauen beschränkt hätte, konnte jedoch aufgrund der Datenlage nicht durchgeführt werden. Inhaltlich zusammenfassend spricht das hier gefundene metaanalytische Ergebnis am ehesten für einen eigenständigen Faktor der Essstörungen.

Für die Schizophrenie und die Schlafstörungen konnten keine Studien und damit Korrelationen für die metaanalytische Auswertung berechnet werden, die den Einschlusskriterien genügten. Somit kann zu diesen beiden Störungsgruppen hier keine Diskussion der Ergebnisse angeführt werden.

## 7.2. Generelle Probleme und Einschränkungen (Fragebogenentwicklung)

Bevor die einzelnen Ergebnisse zu der Fragebogenentwicklung dargestellt werden, sollen auch für diesen Teil der Arbeit einige grundlegende Probleme und Einschränkungen der gefundenen Ergebnisse angeführt werden.

Die Itemevaluation erfolgte an insgesamt zwei Stichproben der Allgemeinbevölkerung und einer Stichprobe von Experten (Psychotherapeuten). Dies entspricht einem gängigen Vorgehen bei der Inhaltsvalidierung eines neu zu entwickelnden Instruments (Fisseni, 1997). Kritisch anzumerken bleibt allerdings, dass die gewonnenen Stichproben von N=14 für die Psychotherapeuten und N=21 bzw. 24 für die Personen aus der Allgemeinbevölkerung relativ klein ausgefallen sind. Weiterhin wurde die Einschätzung der Übereinstimmung mit den DSM-Kriterien durch die Experten lediglich in der ersten Evaluation durchgeführt und es hätten für eine erneute Evaluation nach der Itemmodifikation durchaus schlechtere Werte resultieren können, welche durch das gewählte Vorgehen nicht untersucht werden konnten. Ebenfalls kritisch anzumerken bleibt, dass die Stichproben aus der Allgemeinbevölkerung zwar keinen klinisch-psychologischen oder psychiatrischen Berufshintergrund aufweisen durften, dass aber eine Evaluation an einer *klinischen* Stichproben von Patienten eventuell schlechtere Ergebnisse für die Verständlichkeit der Items aufgezeigt hätte. Dies bleibt unklar und damit ein potentieller Kritikpunkt der Itemevaluation.

Für die Bewertung der diagnostischen Validität der einzelnen Skalen des Fragebogens wurden in Kapitel 6.2.2. die aus den diagnostischen Interviews abgeleiteten Diagnosen mit den Werten des Fragebogens verglichen. Diese Analysen konnten aufgrund der geringen Prävalenzen einiger Störungen in den beiden Stichproben nicht für alle Skalen durchgeführt werden. Zum einen ist dies auf die geringe Ausschöpfungsrate vor allem in der Einrichtung in Bern (44 %) zurückzuführen. Zum anderen aber auch auf eine Fehlplanung im Studiendesign. So hätten durch vorherige Analysen der beiden Einrichtungen in Bern und Bochum durchaus Schätzungen hinsichtlich der Häufigkeit der gestellten Diagnosen angestellt werden können und aufgrund dieser Ergebnisse wären dann nur diejenigen Störungen in den Fragebogen als Skalen integriert worden, für die eine genügend hohe Prävalenz in dem Erhebungszeitraum zu erwarten gewesen wäre. Dies stellt einen weiteren kritischen Punkt der Fragebogenentwicklung dar.

Ebenfalls anzumerken ist, dass die Faktorenanalysen der im Kapitel 6.2.3. dargestellten Ergebnisse zur Faktorenstruktur des Fragebogens trotz der Verletzung von Voraussetzungen

für eine entsprechende Analyse durchgeführt wurden. So musste für alle untersuchten Skalen bis auf die Major Depression und die Generalisierte Angststörung eine Verletzung der Normalverteilungsannahme konstatiert werden. Der Test auf Sphärizität nach Bartlett wird hingegen für alle Analysen signifikant, so dass die Hypothese, dass alle untersuchten Variablen in der Grundgesamtheit mit Null korrelieren, zurückgewiesen werden kann und diese Voraussetzung für die untersuchten Skalen gegeben ist. Allerdings sind wiederum die resultierenden Kaiser-Meyer-Olkin Werte von 0.71 für die Analyse der *rational konstruierten Skalen* und mit 0.69 für die Analyse der *empirisch konstruierten Skalen* als mässig zu bezeichnen (Kaiser, 1974). Das Kaiser-Meyer-Olkin Kriterium kann dabei höchstens einen Wert von 1 annehmen und beschreibt ein zusammengefasstes Mass über alle partiellen Korrelationen der untersuchten Variablen hinweg. Es zeigt weiter an, ob überhaupt von gemeinsamen Faktoren der Variablen in der Population auszugehen ist, und ob sie für eine entsprechende Analyse geeignet sind. Weiterhin sind die sogenannten *Measures of Sampling Adequacy (MAS)* für die beiden angeführten Faktorenanalysen für einige der Variablen in einem kritischen Bereich. So werden in der Literatur Werte von unter 0.60 als schlecht bezeichnet (Kaiser, 1974) und dies ist für die Skalen Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit sowie Drogen-, Medikamentenmissbrauch bzw. abhängigkeit in beiden Analysen der Fall. Für die anderen Skalen konnten jedoch mittlere bis gute MAS-Werte ermittelt werden. Weiterhin konnten aufgrund der geringen Stichprobengrösse der untersuchten Population keine faktorenanalytischen Analysen für Substichproben durchgeführt werden, so dass die Replikation der gefundenen Zusammenhänge des Fragebogens aussteht und die Generalisierbarkeit der Befunde dadurch entsprechend eingeschränkt wird.

Trotz dieser Einschränkungen liefern die Fragebogendaten erste empirische Hinweise auf die Komorbiditätsstruktur psychischer Störungen, die weit über die von Krueger (1999) untersuchten Kategorien hinausgehen, und durch die dimensionale Betrachtung der Störungskategorien nicht mit dem Problem zu kleiner Prävalenzen konfrontiert sind, wie es für die metaanalytischen Befunde noch zu konstatieren war. Dies stellt eine herausragende Stärke der Arbeit dar und die gefundenen Ergebnisse werden im Folgenden diskutiert.

### 7.2.1. Inhaltliche Validität und Itemevaluation

Für die Bewertung der Verständlichkeit bzw. der Übereinstimmung mit bestimmten Zielkriterien gibt es in der Literatur unterschiedliche Vorgehensweisen (Beckham et al. 1997; Fisseni, 1997; Zimmermann & Mattia, 2001). In der vorliegenden Arbeit wurde anhand prozentualer Verteilungen eine Modifikation von einzelnen Items nach der ersten Evaluation vorgenommen und als quantitatives Mass das Verhältnis von erreichten Punkten zu erreichbaren Punkten berechnet. Dies ist inhaltlich zu interpretieren als „Merkmalsättigung“ (Fisseni, 1997) und stellt ein analoges Verfahren zur Berechnung des Schwierigkeitsindex dar. Die Wahl der Grenze für die Modifikation unterlag einer pragmatischen Entscheidung und wurde bewusst streng angelegt. Insgesamt kann für die durch diesen Prozess entstandene Itemevaluation eine gute Bewertung der Verständlichkeit der Items und ihrer Übereinstimmung mit den DSM-Kriterien konstatiert werden. So gaben die 14 erfolgreich kontaktierten Therapeuten insgesamt 73,6% *sehr gute* Einschätzungen für die Übereinstimmung zwischen den konstruierten Items und den DSM-Kriterien ab. Lediglich 1,4% der Übereinstimmungen mit den DSM-Kriterien wurden als *gar nicht* übereinstimmend eingestuft. Der Wert von 0.86 (SD: 0.09, Minimum: 0.66 und Maximum: 0.99) für das Verhältnis von erreichten zu erreichbaren Punkten ist für diese Expertenevaluation als sehr gut einzustufen. Ebenfalls konnten bereits in der ersten Evaluation zur Verständlichkeit der Items bei den 21 erfolgreich kontaktierten Personen der Allgemeinbevölkerung gute Werte erzielt werden. Mit insgesamt 79,5% abgegebenen Einschätzungen, die die Verständlichkeit als *gut* und lediglich 3,9% die die Einschätzung als *schlecht* bezeichneten. Der Wert von 0.85 (SD: 0.12, Minimum: 0.58 und Maximum: 0.97) für das Verhältnis von erreichten zu erreichbaren Punkten liegt auch für diese Stichprobe in einem sehr guten Bereich.

Weiterhin konnten durch die aus dieser ersten Evaluation abgeleiteten Modifikationen nochmals Verbesserungen der Verständlichkeit dieser Items erzielt werden. So zeigte sich bei 10 von 35 modifizierten Items eine statistisch bedeutsame Verbesserung und bei weiteren 21 eine deskriptive Tendenz in diese Richtung. Der Wert von 0.89 (SD: 0.10, Minimum: 0.72 und Maximum: 0.97) für das Verhältnis von erreichten und erreichbaren Punkten unterstreicht abermals die gute Verständlichkeit der nun modifizierten Items. Mit diesen Ergebnissen und dem gewählten Vorgehen konnte also bereits in einem ersten Schritt der Itemkonstruktion die inhaltliche Validität des Fragebogens nachgewiesen werden. Gerade im Bereich der Erfassung psychopathologischer Symptome erscheint dem Autor die Angleichung zwischen einer *wissenschaftlichen Sprache* und der *Alltagssprache* eine besonders zu berücksichtigende und potentielle Fehlerquelle für Selbtsauskünfte in Fragebögen. Diesem wurde durch das gewählte

Vorgehen und durch die Abgleichung der Itemformulierungen sowohl an einer Expertengruppe als auch an zwei Stichproben der Allgemeinbevölkerung Rechnung getragen. Damit kann insgesamt die Itemkonstruktion und –evaluation als gelungen bezeichnet werden.

### 7.2.2. Konstruktvalidierung

Für die Konstruktvalidierung konnten 266 Fragebögen erfolgreich in den drei untersuchten Stichproben erhoben werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsrate von 68% und ist als mittelmässig bis gut zu bezeichnen. Allerdings unterscheiden sich die Ausschöpfungsraten sehr in Abhängigkeit von der Institution. So liegt sie mit 44% in der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität in Bern am niedrigsten und mit 90% in der Privatklinik Wyss am höchsten. Dies lag womöglich an der schlechteren Implementierung in der Einrichtung in Bern, welche mit einem räumlichen Umzug der Einrichtung zusammengefallen ist. So hätte jedoch eine bessere Nachkontrolle der abgegebenen Fragebögen wahrscheinlich zu einer höheren Responserate geführt. Dies konnte in hervorragender Weise lediglich für die Stichprobe Wyss erreicht werden. Die Ausschöpfungsrate im Zentrum für Psychotherapie in Bochum liegt mit einem Wert von 70% zwischen den beiden anderen Einrichtungen.

Die Ausprägungen in den einzelnen Skalen des Fragebogens liegen für die stationäre Einrichtung Wyss bei insgesamt 6 von 14 Skalen höher als bei der zusammengefassten ambulanten Stichprobe (Bern und Bochum). Damit werden bisherige Befunde aus der Literatur unterstützt, die nachhaltig zeigen konnten, dass Personen in stationären Einrichtungen tendenziell stärker belastet sind als Personen in ambulanten Einrichtungen (z.B. Wetzler & Sanderson, 1997; Franke, 2000). Allerdings fällt der Unterschied für die hier untersuchten Stichproben nicht so deutlich aus und interessanterweise ist die Belastung für die Skala der Spezifischen Phobie in der ambulanten Stichprobe sogar grösser (2.20 vs. 1.42;  $p < 0.01$ ). Dies könnte auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen sein. Zum einen sind sowohl die Einrichtungen in Bern als auch in Bochum von ihrer Ausrichtung eher als die Einrichtung in Wyss auf die Behandlung von Angststörungen spezialisiert, so dass die Symptomatik einer Spezifischen Phobie in beiden Einrichtungen primär oder als komorbide Störung tendenziell eher auftreten kann. Allerdings sollte dies eigentlich auch eine stärkere Ausprägung in den restlichen Angststörungsskalen zur Folge haben, was jedoch nicht der Fall ist. Daher könnte ein weiterer Grund sein, dass das Aufsuchen von Hilfe bei Personen mit Spezifischer Phobie generell weniger ausgeprägt ist und der Leidensdruck, welcher durch eine solche Problematik entsteht, nicht ausreicht eine stationäre Einrichtung aufzusuchen, aber

durchaus ausschlaggebend sein kann, den Weg in eine ambulante Einrichtung zu finden (Hamm, 2006).

Die internen Konsistenzen der Skalen des Fragebogens können mit Werten zwischen 0.78 und 0.98 als gut bis sehr gut bezeichnet werden und genügen damit dem Kriterium der Homogenität. Lediglich für einige der Substichproben resultierten geringe und unbefriedigende Werte. So zeigt die Skala für die Hypochondrie in der Stichprobe Bern lediglich einen Wert für das Cronbachs Alpha von 0.66. Allerdings beruht diese Skala lediglich auf zwei Items und die Stichprobe auf einem N von 26. Als schlecht ist ebenfalls die interne Konsistenz für die Skalen der Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit und den Missbrauch mit 0.31 und 0.38 anzusehen. Für die Skala Drogen- bzw. Medikamentenmissbrauch gilt dies auch für die Substichprobe aus Bochum (0.38). Vergleicht man jedoch den Grossteil der hier gefundenen Werte für die internen Konsistenzen mit vergleichbaren Instrumenten aus der Literatur so sind die hier gefundenen Ergebnisse als sehr gut zu bewerten. So berichten etwa Zimmermann & Mattia (1999), die ein vergleichbares Instrument im englischsprachigen Raum entwickelt haben, von internen Konsistenzen ihrer Störungsskalen zwischen 0.66 für eine Psychose-Skala und 0.94 für eine Skala zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Die diagnostische Validität der Skalen des Fragebogens wurde durch den Vergleich mit Diagnosen aus einem strukturierten Interview untersucht. Aufgrund der Ausschöpfungsraten und der gewählten Stichproben konnte dies jedoch nur für insgesamt acht Störungsskalen durchgeführt werden. Die für diese Analysen herangezogenen Populationen aus Bochum und Bern können hinsichtlich ihrer Alters- und Geschlechterverteilung sowie der diagnostizierten psychischen Störungen als repräsentativ für diese Einrichtungen angesehen werden. So resultiert etwa für die Berner Stichprobe eine Häufigkeit der Depressiven Störungen von 34,6% und der Angststörungen von 38,5%. Das Alter beträgt im Durchschnitt 34 Jahre und der Anteil an Frauen 58%. Damit entspricht die in der vorliegenden Arbeit untersuchte Stichprobe vorherigen in der Literatur berichteten Merkmalen dieser Population (Lutz, Grawe & Tholen, 2003). Vergleichbares gilt für die Stichprobe aus Bochum mit einer Häufigkeit der Angststörungen von 82% und der Depressiven Störungen mit 60% sowie einem mittleren Alter von 35 Jahren und einem Frauenanteil von 55% (Lutz, Tholen, Kosfelder, Grawe & Schulte, 2005). Für die Analyse der diagnostischen Validität der Störungsskalen wurden *Receiver Operator Characteristic-Analysen* durchgeführt, Sensitivitäten und Spezifitäten für

die jeweilige Gesamtskala und die einzelnen Items zusammengestellt und sogenannte prädiktive Werte berechnet. Dies entspricht dem gängigen Vorgehen bei der Untersuchung hinsichtlich der Aussagekraft eines Instruments zur Ableitung von kategorialen diagnostischen Entscheidungen (Beaglehole et al. 1997; Kreienbrock & Schach, 2000). Bevor jedoch die einzelnen Ergebnisse dieser Analysen diskutiert werden, sollen diese Kennwerte und ihr Zusammenspiel noch kurz erläutert werden:

In sogenannten Receiver Operator Characteristics Analysen werden die mit zunehmenden Grenzwerten zugeordneten Paare von Sensitivität und *Unspezifität* (1-Spezifität) für eine Testvariable grafisch gegeneinander aufgetragen. Die ROC-Kurve ist dabei ursprünglich ein Begriff aus der Nachrichtentechnik und heisst soviel wie die Kennlinie eines Sender-Empfänger-Systems. Als Mass für die diagnostische Güte eines Tests werden die sogenannten *Area under curve* berechnet, welche zwischen 0.5 und 1 liegen können. Sie werden durch die Berechnung der Sensitivitäts- und Spezifitäts-Werte aller möglichen Kennwerte der Testvariable berechnet. Bauchige Kurven haben viele Testwerte, die sowohl eine hohe Sensitivität als auch Spezifität besitzen. Sowohl die Sensitivität als auch die Spezifität und die prädiktiven Werte eines Tests sind eine Funktion des gewählten Cutoffs, welcher die Merkmalsträger von den Nicht-Merkmalsträgern in einer Stichprobe trennt. Weiterhin sind diese Werte von der Prävalenz des Merkmals in der untersuchten Population abhängig. Senkt man den Cutoffwert, so resultiert ein Anstieg der Sensitivität, das heisst der Anteil von allen Merkmalsträgern welcher durch das Instrument identifiziert wird, steigt (*richtig Positive*). Allerdings führt eine Senkung des Cutoffwerts auch zu einem Anstieg der irrtümlich als Merkmalsträger identifizierten Mitglieder einer Population (*falsch Positive*) und das bedeutet, die Spezifität des Instruments wird geringer. Umgekehrtes gilt, wenn man den Cutoffwert anhebt und damit ein strengeres Kriterium anlegt. Inhaltlich heisst dies: ein sensibler Test wird kaum Personen mit dem untersuchten Merkmal in der Population übersehen. Ein spezifischer Test wird Menschen ohne das Merkmal hingegen kaum als *Erkrankte* identifizieren. Während Sensitivität und Spezifität eines Tests als Kennziffern seiner Testgüte bezeichnet werden können, ist die für den klinischen Alltag wichtigere Angabe die der prädiktiven Werte. Der Positiv prädiktive Wert beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, welche durch einen Cutoffwert als Merkmalsträger identifiziert wurde, *tatsächlich* Merkmalsträger ist. Der Negativ prädiktive Wert hingegen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person, welche anhand ihres Cutoffwerts als Nicht-Merkmalsträger (gesund) eingestuft wurde, *tatsächlich* kein Merkmalsträger ist. Aufgrund dieser Zusammenhänge werden die



prädiktiven Werte auch a-posteriori-Wahrscheinlichkeiten genannt, da sie die Wahrscheinlichkeit des Merkmals nach dem Testergebnis beschreiben. Bei konstanter Sensitivität und Spezifität ist nun der Positiv prädiktive Wert grösser in Populationen in denen die Prävalenz des untersuchten Merkmals grösser ist. Das gleiche gilt für den Negativ prädiktiven Wert, welcher umso grösser ist, je geringer die Prävalenz des Merkmals in der untersuchten Stichprobe ist. Das Verständnis des Zusammenspiels dieser Kennwerte ist wichtig, da in der vorgelegten Untersuchung an einer relativ kleinen Stichprobe (N=103) Merkmale mit kleiner bis mittlerer Prävalenz untersucht wurden. Um einen Vergleich mit bisherigen Angaben in der Literatur zum Vergleich von Fragebogenverfahren und diagnostischen Interviews zu ermöglichen, werden die nachfolgenden Ergebnisse vor allem im Vergleich zu den Arbeiten von Zimmermann & Mattia (2001), Henkel et al. (2003) und Gräfe et al. (2004) dargestellt, da sie in einem vergleichbaren Vorgehen Fragebogendaten mit Ergebnissen aus diagnostischen Interviews für psychische Störungen an Patientenstichproben verglichen haben.

Für insgesamt vier der untersuchten acht Skalen konnten in der vorliegenden Arbeit gute bis sehr gute Werte gefunden und ermittelt werden. Dies war für die Major Depression, die Panikstörung/Agoraphobie, die Soziale Phobie und die Essstörungen der Fall.

So liegt der AUC Wert für die *Major Depression-Skala* mit 0.75 (CI: 0.66 – 0.84;  $p < 0.01$ ) in einem guten Bereich und die prädiktiven Werte liegen in einem vergleichbaren Bereich wie für andere Instrumente, die das Auftreten von depressiven Störungen mit Hilfe von Fragebögen untersucht haben. So fanden Henkel et al. (2003) in einer Studie zur Früherkennung depressiver Störungen in der Primärversorgung bei drei etablierten Instrumenten vergleichbare AUC-Werte von 0.83, 0.84 und 0.85. Berücksichtigt man weiterhin, dass die Studie von Henkel an über 400 Patienten durchgeführt wurde, so wertet dies die hier gefundenen Ergebnisse weiter auf. Weiter resultierte bei einem Cutoff-Wert von 2.55 in der vorliegenden Analyse eine Sensitivität von 82% und eine Spezifität von 63%. Die prädiktiven Werte mit 55,6% für den Positiven und 78,6% für den Negativen prädiktiven Wert können ebenfalls im Vergleich zu anderen Studien als sehr gut bezeichnet werden (Gräfe et al. 2004). So fanden etwa Gräfe et al. (2004) an einer Stichprobe von über 500 Patienten lediglich Positiv prädiktive Werte zwischen 26 und 63% bei vergleichbarer Sensitivität und Spezifität.

Die gefundenen Werte für die *Panikstörung/Agoraphobie-Skala* mit einem AUC-Wert von 0.86 (CI: 0.79 – 0.94;  $p < 0.01$ ) liegen ebenfalls in einem ausgezeichneten Bereich. Bei einem Cutoff-Wert von 2.23 resultiert eine Sensitivität von 90% und eine Spezifität von 70%. Die prädiktiven Werte liegen mit 40,5% und 96,7% ebenfalls sehr gut. Zimmermann & Mattia (2001) berichten bei einem Cutoff mit einer vergleichbaren Sensitivität von 91% und Spezifität von 69% einen Positiv prädiktiven Wert mit 38% und einen Negativ prädiktiven Wert von 97%. Damit erfasst auch diese Skala des hier entwickelten Fragebogens die Störungsdiagnose ausreichend valide.

Die Ergebnisse für die *Skala der Sozialen Phobie* mit einem AUC-Wert von 0.74 (CI: 0.62 – 0.86) sind ebenfalls als gut zu bezeichnen. Bei einer Cutoff-Grenze von 2.93 resultiert eine Sensitivität von 76% und eine Spezifität von 60%. Die Prädiktiven Werte liegen bei 40% bzw. 87%. Zimmermann & Mattia (2001) berichten für ihre Soziale Phobie-Skala und einen vergleichbaren Cutoff-Wert eine Sensitivität von 77% und eine Spezifität von 80% sowie prädiktive Werte von 59 bzw. 90%. Damit schneidet die von ihnen entwickelte Skala gerade hinsichtlich der Spezifität und des Positiv prädiktiven Werts etwas besser ab. Ihre Analysen beruhen jedoch auf einem N von 630 Patienten, so dass die hier gefundenen Ergebnisse für die Skala der Sozialen Phobie als sehr gut bezeichnet werden können.

Die *Essstörungsskala* schneidet mit einem AUC-Wert von 0.98 (CI: 0.97 – 1.00) in den hier vorliegenden Analysen ausgezeichnet ab. Weiter resultiert bei einem Cutoff-Wert von 2.36 eine Sensitivität von 100% und eine Spezifität von 89%. Die prädiktiven Werte liegen bei einem solchen Grenzwert bei 48% für den Positiven und 100% für den Negativen prädiktiven Wert. Vergleicht man diese Angaben wiederum mit der Studie von Gräfe et al. (2004) so zeigt sich eine deutliche Überlegenheit der hier entwickelten Skala zur Erfassung einer Essstörung. So berichten Gräfe et al. (2003) von einer Sensitivität ihrer kategorialen Essstörungsskala von 58 bzw. 68% bei entsprechenden Spezifitäten von 94 bzw. 89%. Die prädiktiven Werte liegen mit 24 bzw. 49% für die Positiven und 98 bzw. 95% für die Negativen auch etwas unter den hier gefundenen Resultaten.

Für die Skalen der Spezifischen Phobie und der Zwangsstörung resultierten zwar bei der alleinigen Betrachtung der Sensitivität und der Spezifität annehmbare bis sehr gute Werte (Spezifische Phobie AUC: 0.78, CI: 0.67 – 0.88;  $p < 0.01$  und Zwangsstörung AUC: 0.91, CI: 0.86 – 0.97;  $p < 0.01$ ), allerdings liegen die Positiv prädiktiven Werte für die Spezifische

Phobie in einem sehr niedrigen Bereich. Zu bemerken ist, dass diese Analysen auf niedrigen Prävalenzen der Spezifischen Phobie (N=7) und der Zwangsstörung (N=5) beruhen, was die kleinen Prädiktiven Werte erklären kann. Vergleichbares gilt für die Skalen der Generalisierten Angststörung und der Posttraumatischen Belastungsstörung. So wird auch der AUC-Wert für die Posttraumatische Belastungsstörung mit 0.69 (CI: 0.38 – 1.00; n.s.) nicht signifikant. Der AUC-Wert der Generalisierten Angststörung liegt zwar mit 0.71 (CI: 0.52 – 0.90;  $p < 0.01$ ) in einem signifikanten Bereich aber die Positiv prädiktiven Werte liegen für eine noch akzeptable Sensitivität (75%) in einem unbefriedigendem Bereich (7%).

Insgesamt kann nach den oben dargestellten und diskutierten Ergebnissen eine valide Störungsdiagnose durch die Skalen der *Major Depression*, der *Panikstörung/Agoraphobie*, der *Sozialen Phobie* und der *Essstörungen* mit dem Fragebogen gestellt werden. Die *Spezifische Phobie* und die *Zwangsstörung* können unter Vorbehalt ebenfalls weiter berücksichtigt werden, müssten allerdings noch weiter validiert werden. Ohne eine zusätzliche Validierung können hingegen die Skalen der *Generalisierten Angststörung* und der *Posttraumatischen Belastungsstörung* nicht eingesetzt werden. Gleiches gilt natürlich für die hier nicht diskutierten Skalen der *Somatoformen Störungen*, der *Sexuellen Störungen* und der *Substanzstörungen*, da ihre geringe Prävalenz in der Stichprobe eine Untersuchung der diagnostischen Validität verhindert hat.

Die konvergente und die diskriminante Validität der Skalen wurde mittels mittlerer Item-Skalenkorrelationen für die eigene Skala und über alle anderen Skalen hinweg untersucht. Die Werte für die konvergenten Validitäten liegen zwischen 0.52 und 0.91. Die für die diskriminanten Validitäten zwischen 0.11 und maximal 0.25. Damit kann ein weiterer Hinweis auf die Konstruktvalidität der einzelnen Skalen konstatiert werden und dass sie trotz ihrer Interkorrelationen hinreichend unterscheidbare Konstrukte erfassen. Zimmermann & Mattia (2001) kommen in vergleichbaren Analysen auf Werte zwischen 0.41 und 0.72 für die so berechneten konvergenten Validitäten ihrer Skalen bzw. 0.03 und 0.23 für die diskriminanten Validitäten.

Ein Anspruch mit dem hier entwickelten Fragebogen war, eine Lücke in der deutschsprachigen (psycho-)therapeutischen Versorgungslandschaft hinsichtlich der Erfassung psychischer Störungen zu schliessen. So beruhen viele der in der Primärversorgung gestellten Diagnosen für psychische Störungen, z.B. bei niedergelassenen Psychotherapeuten oder in Fachkliniken, auf einem klinischen Urteil durch die behandelnde Fachperson, werden aus Aktenangaben übernommen oder anhand von Fragebögen gestellt, die zwar einzelne

psychopathologische Bereiche abbilden (s. z.B. Hautzinger et al. 1994; Franke, 2000; Brähler et al. 2003) jedoch ursprünglich nicht für eine kategoriale Diagnosestellung entwickelt wurden. Da dieser Prozess zum Teil fehleranfällig ist und komorbide Störungen oft übersehen werden können, wurde in entsprechenden Studien belegt (z.B. Zimmermann & Mattia, 1999; Saile et al. 2000). Der Anspruch diese Lücke zu schliessen, kann jedoch mit den vorgelegten Ergebnissen nicht ausreichend umgesetzt werden, da lediglich für einen Teil der Skalen des Fragebogens sowohl eine genügend hohe Testgüte als auch befriedigende prädiktive Werte zur Ableitung einer Diagnose im Einzelfall ermittelt werden konnten. Eine Anwendung der entsprechend auf diese Skalen gekürzten Fragebogenversion erscheint zwar möglich, ist jedoch mit Vorsicht zu geniessen, da die Veränderung von Instrumenten eine erneute Validierung benötigt. Allerdings würde es sich bei einer solchen Kürzung lediglich um eine Kürzung der Gesamtversion handeln und nicht um eine Kürzung der Itemanzahl für die erfassten Konstrukte, so dass ein solches Vorgehen durchaus legitim erscheint.

### 7.2.3. Faktorenstruktur der Fragebogendaten

Die Untersuchung der Faktorenstruktur der Fragebogendaten wurde in drei Schritte unterteilt. In einem ersten Schritt wurden die *rational konstruierten Skalen* faktorenanalytisch untersucht, danach die *Binnenstruktur* der einzelnen Störungsskalen (anhand ihrer Items) und schliesslich eine faktorenanalytische Auswertung der zum Teil neuen und *empirisch konstruierten Skalen*. Das so gewählte Vorgehen stellt eine besondere Stärke der vorliegenden Untersuchung dar. So konnten die Konstrukte für die psychischen Störungen (Skalen) hinsichtlich ihrer einzelnen Komponenten (Items) untersucht werden und somit der Anspruch einer psychometrisch-orientierten und dimensional Betrachtungsweise für die Konzeptualisierung von Psychopathologie umgesetzt werden (Krueger & Piasecki 2002).

Die folgende Diskussion versucht die Ergebnisse dieser drei Analyseschritte für die einzelnen Störungskategorien zu integrieren.

Die faktorenanalytische Auswertung der Fragebogen-Daten ergab sowohl mit den *rational konstruierten Skalen* als auch den *empirisch konstruierten Skalen* eine sechsfaktorielle Komponentenlösung. Damit konnte zum ersten Mal für eine so grosse Menge an unterscheidbaren psychischen Störungen eine Untersuchung im Rahmen des Ansatzes von Krueger (1999) durchgeführt werden. Dies stellt eine weitere Besonderheit dar.

In beiden Analysen landen die Störungen aufgrund von Alkohol (Missbrauch oder Abhängigkeit) auf einem separaten Faktor. Daneben landen die Störungen aufgrund von Drogen bzw. Medikamenten (Missbrauch und Abhängigkeit) gemeinsam mit der Posttraumatischen Belastungsstörung ebenfalls auf einem separaten Faktor und können somit für die rational und die empirisch gebildeten Skalen gemeinsam diskutiert werden. Dieser gefundene Zusammenhang in beiden Analysen spricht inhaltlich dafür, dass die Substanzstörungen ähnlich wie bei Krueger (1999) auf einem separaten Faktor landen (Externalisierender Faktor ohne Antisoziale Persönlichkeitsstörung). Allerdings landen sie in der Analyse der Fragebogendaten auf getrennten Faktoren. Anders im Vergleich zu dem Externalisierenden Faktor von Krueger ist weiterhin die Verortung der PTSD-Skala auf dem Faktor mit den Drogen bzw. Medikamenten. Damit scheint sie oder das was die Skala des Fragebogens misst, doch eher mit Medikamenten bzw. Drogenmissbrauch zu tun zu haben, als mit den restlichen Störungen. Eine zwar gewagte aber mögliche Spekulation könnte sein, dass das Auftreten einer PTSD-Symptomatik so belastend für die betroffenen Personen ist,

dass sie eher zu bestimmten Medikamenten greifen bzw. aufgrund ihres Leidensdruck eher bestimmte Arzneimittel verschrieben bekommen. So werden entsprechend für Störungen mit starker Störung der körperlichen oder psychischen Befindlichkeit, zu denen die PTSD aufgrund ihrer schwerwiegenden Symptomatik zweifelsohne zu zählen ist (Ehlers, 1999), vermehrt Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit in der Literatur berichtet, was für eine solche Interpretation sprechen könnte (Elsesser & Sartory, 2001). Aufgrund der unzureichenden diagnostischen Validität der Skalen für die Substanzstörungen und die PTSD-Skala sowie des querschnittlichen Designs der Untersuchung kann dies jedoch nur eine gewagte Vermutung bleiben. Die Analyse der Binnenstruktur führte für diese Skalen zu keiner interpretierbaren Lösung, so dass hier keine Aussage zur eventuellen Binnenstruktur der Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung (Simms et al. 2002) oder der Substanzstörungen gemacht werden kann. Das Laden der Störungen durch Alkohol auf einem separaten Faktor spricht jedoch für den besonderen nosologischen Status dieser Störungen (Lindenmeyer, 1999).

In beiden faktorenanalytischen Auswertungen der Skalen des Fragebogens landen die Major Depression, die Generalisierte Angststörung, die Soziale Phobie und die Sexuellen Störungen auf einem gemeinsamen Faktor. Dies würde in dem Modell von Krueger (1999) aufgrund der Major Depression und der Generalisierten Angststörung am ehesten dem *Ängstlich-Sorgenden Subfaktor* der internalisierenden Komponente entsprechen. Allerdings kommen mit der Sozialen Phobie und den Sexuellen Störungen noch zwei Skalen dazu, welche eher Symptome abbilden, die den Kontakt mit den Mitmenschen stärker fokussieren (Stangier & Fydrich, 2002; Kockott & Fahrner, 2004). Zwar spielen auch bei der Sozialen Phobie und den Sexuellen Störungen eine ängstlich-sorgende Komponente in der Symptomatik eine Rolle aber der Fokus auf dem Zwischenmenschlichen ist eine neue Facette dieses Faktors. Weiterhin könnte dieser Befund ein Hinweis darauf sein, dass die Soziale Phobie mit einem stärkeren Rückzugsverhalten in Verbindung steht, was langfristig eher zur Ausbildung einer komorbiden depressiven Störung führen kann. Dies wird deutlich an den in der Literatur berichteten hohen Komorbiditäten zwischen Sozialer Phobie und Depression (Chartier et al. 2003).

Die Analysen der Binnenstruktur der Skalen dieses Faktors ergaben jeweils eindimensionale Lösungen. Interessanterweise sind jedoch vor allem die kognitiv-emotionalen Items zur Major Depression die aussagekräftigsten (depressive Stimmung bzw. verminderte Freude) und die Items zur Appetit- bzw. Gewichtsveränderung am wenigsten aussagekräftig. Dies

könnte ein Hinweis darauf sein, dass vor allem einige der körperlichen Symptome depressiver Störungen nicht so trennscharf sind, und es eventuell Subgruppen depressiver Störungen und Personen gibt, bei denen diese jedoch ausschlaggebend wären (Hautzinger, 1998). Die restlichen Analysen der Binnenstruktur der Skalen für die Generalisierte Angststörung, die Soziale Phobie und die Sexuellen Störungen sprechen für die adäquate Zusammenfassung dieser Items zu solchen nosologischen Einheiten (Stangier & Fydrich 2002; Becker & Hoyer, 2005). Wichtig erscheint jedoch darauf hinzuweisen, dass die Skala für Sexuelle Störungen sexuelle Funktionstörungen erfasst und nicht andere Konzepte wie etwa die Paraphilien oder ähnliches (Kockott & Fahrner, 2004).

Die Somatoformen Störungen zeigen je nach ihrer Konzeptualisierung bei den rational und den empirisch konstruierten Skalen eine unterschiedliche Zuweisung zu den extrahierten Komponenten. Eine *eigene separate* Komponente bilden bei der Analyse der rationalen Skalen die somatoformen Schmerzsymptome und die Restkategorie für somatoforme Symptome, welche gastrointestinale, pseudoneurologische und sexuelle Symptome umfasst. Dies spricht für eine klare Abgrenzung dieser Störungskategorien von den restlichen Störungen und damit für den Status einer eigenständigen *nosologischen Einheit* dieser Störungsgruppe. Ein Befund der, wenn man die Literatur zu den somatoformen Störungen und Symptomen heranzieht, jenen Ansätzen widerspricht, die diese Symptome eher als Folge- bzw. Begleiterscheinungen der eigentlich vorliegenden Störung oder Krankheit ansehen (Rief & Hiller, 1998). Kritisch anzumerken bleibt jedoch, dass die Einschätzung des Symptoms als tatsächlich somatoformes Symptom über ein Item im Fragebogen und damit die Angabe des Patienten erfolgte und damit nicht auszuschliessen ist, dass zum Beispiel ein medizinischer Krankheitsfaktor oder eine andere psychische Störung für das Symptom verantwortlich zu machen ist. Die Skala für die zusammengefasste Hypochondrie und die Körperdysmorphie Störung landete in der ersten Analyse entgegen der anderen Somatoformen Störungs-Skalen auf einem separaten Faktor mit den Essstörungen. Dies spricht für die Besonderheit dieser beiden Störungen in der Gruppe der Somatoformen Störungen und dass sie eventuell entgegen der bisherigen Anordnung im DSM bzw. der ICD nicht zu dieser Kategorie gehören. Eine multidimensionale Aufteilung der somatoformen Symptome in sogenannte monosymptomatische, polysymptomatische und hypochondrische Facetten wird mit diesen Ergebnissen ebenfalls unterstützt (Kapfhammer, 2001). Dies wird vor allem deutlich, wenn man die Ergebnisse der empirisch konstruierten Skalen hinzuzieht. Dort wurden nämlich die Hypochondrie und die Körperdysmorphie Störung aufgrund ihrer Binnenstruktur getrennt und

landeten entsprechend *separat* bei den Phobischen Störungen bzw. den Essstörungen. Gerade der Befund, dass die Hypochondrie eher dieser phobischen Komponente zuzuordnen ist, spricht für einen nosologischen Status, welcher mehr dem einer Angststörung zu entsprechen scheint (Hiller et al. 2005).

Die Nähe der Körperdysmorphen Störung zu den Essstörungen kann zum einen inhaltlich über das Beschäftigen mit dem Äusseren, welches ein Merkmal beider Störungen darstellt, erklärt werden oder aber ein Artefakt des Fragebogens darstellen, da bei Vorliegen einer Anorexia Nervosa eine Körperdysmorphie Störung nicht vergeben wird, und diese Ausschlussregel für den Fragebogen nicht umgesetzt wurde (Stangier, 2002; Jacobi et al. 2004). Allerdings zeigt sie auch, dass über die Angemessenheit der eigenständigen Diagnose einer Körperdysmorphen Störung und ihrer nosologischen Verortung weiter geforscht werden muss (Stangier, 2002).

Die aufgrund der Analyse der Binnenstruktur neu gebildete Skala mit den Schmerzsymptomen und einem Teil der restlichen somatoformen Symptome landete bei der Analyse der empirisch konstruierten Skalen hingegen auf der Komponente, welche oben als *Ängstlich-Sorgender Subfaktor* beschrieben wurde. Ob dies durch die überlappenden körperlichen Symptome vor allem mit der Major Depression oder der Generalisierten Angststörung zu erklären ist, bleibt nach den Analysen unklar.

Zieht man die Ergebnisse aus der Metaanalyse zu den hier für den Fragebogen diskutierten Ergebnisse zu den Somatoformen Störungen allerdings abschliessend hinzu, so wird evident, dass eine Verortung der Somatoformen Störungen in das Denkmodell von Krueger nur für die *getrennten* Störungskategorien dieser Gruppe von Störungen sinnvoll erscheint. Eine Betrachtung der zusammengefassten Gruppe führt hingegen zu einer Verdeckung differentieller Zusammenhänge.

Die Panikstörung und Agoraphobie-Skala sowie die Skala für die Spezifische Phobie und die Zwangsstörungen landen in der ersten Analyse auf einem gemeinsamen Faktor, der am ehesten als *Phobischer Subfaktor* der internalisierenden Komponente in der Terminologie von Krueger (1999) zu bezeichnen ist. Allerdings verändert sich dieser Subfaktor bei der Analyse mit den empirisch konstruierten Skalen. So bildet nun die Zwangsstörung mit ihren beiden Subkomponenten einen eigenständigen Faktor, und die Hypochondrie landet wie bereits angeführt auf dem Phobischen Subfaktor. Die unterschiedliche Verortung der Zwangsstörung entspricht den heterogenen empirischen Befunden wie sie von Watson (2005) für diese Störung angeführt wurden. Allerdings spricht vor allem der hier dargestellte Befund der



Binnenstruktur der Zwangsstörung in eine Zweiteilung der Symptomatik dieser Störung in *Zwangsgedanken* und *Zwangshandlungen* dafür, bisherige Ergebnisse die diese Trennung nicht berücksichtigen eher zu vernachlässigen oder mit Skepsis zu betrachten. Die Trennung der Zwangsstörung in diese beiden Komponenten entspricht auch am ehesten der Unterscheidung wie sie vor allem in der ICD gemacht wird (Emmelkamp & van Oppen, 2000) und kann mit den hier präsentierten Ergebnissen unterstützt werden. Zieht man wiederum die Ergebnisse der Metaanalyse für die Zwangsstörung hinzu, so spricht die empirische Evidenz für die Zwangsstörung am ehesten für eine Verortung auf dem Phobischen oder einem separaten Faktor.

Insgesamt konnten mit diesen Analysen und den diskutierten Ergebnissen aus dem Fragebogen die *ersten empirischen* Hinweise auf die Verortung der Sexuellen Störungen, der Somatoformen Störungen und der Essstörungen in das bestehende Denkmodell von Krueger (1999) ermittelt werden. Die Daten für die Zwangsstörung ergänzen die bisherigen Befunde zu dieser Störung (Watson, 2005). Damit erfüllt die vorliegende Arbeit die Forderung nach einer psychometrisch-orientierten und empirisch fundierten Untersuchung der Komorbidität psychischer Störungen und sollte neben vergleichbaren Untersuchungen und Befunden die Basis für die Konzeptualisierung von Störungsdiagnosen in der zukünftigen Forschung und Praxis bilden (Krueger & Piasecki 2002; Kupfer et al. 2005).

In dem anschliessenden Ausblick sollen nun noch einige mögliche Richtungen für Fragestellungen skizziert werden, welche sich aus Sicht des Autors für nachfolgende Untersuchungen aus den Ergebnissen ergeben haben.

### 7.3. Ausblick

Die Auswertungen der metaanalytischen Daten haben gezeigt, dass aufgrund der heterogenen Studien und der Menge an zu berücksichtigenden Arbeiten eine Spezifizierung auf einzelne Störungen und Populationen angezeigt erscheint. Diese konnten aufgrund der Grösse und Breite der hier durchgeführten Literatursuche wahrscheinlich nicht gefunden werden und wären eine potentielle Möglichkeit für anschliessende Fragestellungen. So würden beispielsweise eine Beschränkung auf ausgewählte Persönlichkeitsstörungen (wie z.B. die Borderline Persönlichkeitsstörung) und bestimmte klinische Populationen eventuell interessante Hinweise auf die Einordnung der Persönlichkeitsstörungen in die gefundenen Zusammenhänge aufzeigen. Vergleichbares gilt für die Untergruppen der einzelnen Störungskategorien wie zum Beispiel die Essstörungen oder die Somatoformen Störungen. Aufschlussreich wäre ebenfalls wenn man solche Analysen für Kovariaten wie zum Beispiel das Geschlecht genauer untersuchen könnte, da es eindeutige Hinweise gibt, dass die resultierende Faktorenstruktur in der Komorbidität psychischer Störungen für Männer und Frauen durchaus zu unterscheidbaren Ergebnissen führt (Krueger et al. 1998).

Nachfolgende Untersuchungen mit dem hier entwickelten Fragebogen sollten sich nach Ansicht des Autors vor allem auf zwei Bereiche beziehen:

Zum einen sollte die *diagnostische Validität* des Fragebogens und damit seine Aussagekraft vor allem für die nicht befriedigend untersuchten Skalen in einer grösseren Stichprobe durch den erneuten Vergleich mit einem diagnostischen Interview repliziert werden. Damit würde, wenn sich auch für die restlichen Skalen des Fragebogens gute Kennwerte ermitteln lassen, ein *umfassendes* Instrument zur Erfassung von psychischen Störungen zur Verfügung stehen. Dieses wäre sowohl in der psychotherapeutischen Grundversorgung als auch in spezifischen Projekten der Versorgungsforschung einfacher zu implementieren als beispielsweise diagnostische Interviews, welche zeitaufwendiger sind und eines Trainings für die Interviewer bedürfen (Fydrich et al. 2003; Lutz et al. 2005). An eine Anwendung eines solchen Instruments, welches sowohl kategoriale als auch dimensionale Informationen der Psychopathologie abbilden kann, im Rahmen von Wirksamkeitsuntersuchungen zur Psychotherapie wäre ebenfalls zu denken, da bisherige Studien meist durch die Fokussierung auf monosymptomatische Patientenpopulationen und die Vernachlässigung von komorbiden Störungen Probleme hinsichtlich der externen Validität also der Übertragbarkeit auf den

klinischen Alltag aufweisen (Brown & Barlow, 1992; Chambless & Hollon, 1992; DeRubeis & Crits-Christoph, 1998).

Zum anderen sollten nachfolgende Fragestellungen sich der *Konstruktvalidierung* der gefundenen Komponenten widmen. So könnten durch anschliessende Untersuchungen die gefundenen Zusammenhänge der Skalen und ihrer *Struktur* repliziert oder modifiziert und die Zusammenhänge für Substichproben (z.B. Männer/Frauen oder ambulante/stationäre Patienten) analysiert werden. Weiterhin könnte man den bisherigen Untersuchungen wie sie auch von Krueger und Mitarbeitern durchgeführt wurden, folgen und diese übergeordneten Konstrukte für Psychopathologie z.B. mit verschiedenen Persönlichkeitsdimensionen, bestimmten motivationalen Bereitschaften aber auch bestimmten biologischen Parametern, die als prädisponierende, auslösende bzw. aufrechterhaltende Faktoren eine grosse Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen spielen, vergleichen (Grawe, 2004). In entsprechenden Studien (quer- und längsschnittlich) würden damit sowohl Beiträge zur Nosologie als auch zur Ätiologie und Pathogenese psychischer Störungen unter *besonderer und dimensionaler Berücksichtigung* des komorbiden Auftretens psychischer Störungen geliefert werden, wie sie bislang eher die Ausnahme darstellen (Petermann & Reinecker, 2005).

Insgesamt könnten solche Untersuchungen weitere Beiträge zum Verständnis psychischer Störungen im Allgemeinen als auch der Komorbidität psychischer Störungen im Besonderen liefern, wie dies hoffentlich auch die vorliegende Arbeit für den Leser getan hat.

## 8. Literatur

- Amelang, M., & Zielinski, W. (1997). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (2. ed.). Berlin: Springer.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity and the general neurotic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, *168*(suppl. 30), 76-84.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*(1), 57-87.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition* (3rd ed.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition, revisited*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: APA.
- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*, *70*(6), 1224-1239.
- Baumann, U., & Stieglitz, R. D. (1998). Klassifikation. In U. Baumann & M. Perrez (Eds.), *Lehrbuch: Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bern: Hans Huber.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström, T. (1997). *Einführung in die Epidemiologie*. Bern: Hans Huber.
- Becker, E. S., & Hoyer, J. (2005). *Generalisierte Angststörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Beckham, H. T., & Lueger, R. J. (1997). Readability of self-report clinical outcome measures. *Journal Of Clinical Psychology*, *53*, 785-789.
- Berrios, G. E. (1984). Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, *14*, 303-313.
- Berrios, G. E. (1999). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *33*, 145-160.

- Bertelsen, A. (1998). Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 166-173.
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (Eds.). (2002). *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bland, R. C. (1994). Introduction. Symptoms, diagnoses and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 376, 5-6.
- Blashfield, R. K. (1984). *The classification of psychopathology. Neo-Kraepelinian and quantitative approaches*. New York: Plenum Press.
- Blashfield, R. K. (1990). Comorbidity and classification. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 479-483.
- Brähler, E., Schumacher, J., & Strauss, B. (Eds.). (2003). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Brieger, P., & Marneros, A. (2000). Komorbidität bei psychiatrischen Krankheiten. Einige theoretische Überlegungen. *Nervenarzt*, 71, 525-534.
- Brown, T. A. (2001). Taxometric methods and the classification and comorbidity of mental disorders: methodological and conceptual considerations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 534-541.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 408-418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 551-556.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehmann, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.

- Chartier, M. J., Walker, J. R., & Stein, M. B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 505-521.
- Clarkin, J. F., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity and treatment planning: summary and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 904-908.
- Cooper, H., & Hedges, L. V. (Eds.). (1994). *The handbook of research synthesis*. New York: Russell Sage.
- Cox, B. J., Clara, I. P., & Enns, M. W. (2002). Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety*, 15, 168-171.
- Cuthbert, B. N. (2005). Dimensional models of psychopathology: Research agenda and clinical utility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 565-569.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52.
- DeZwaan, M. (2000). Die Komorbidität von Essstörungen. In M. Gastpar & H. Remschmidt & W. Senf (Eds.), *Essstörungen. Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Markwort, E. S. (Eds.). (1993). *WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Markwort, E. S. (Eds.). (1994). *WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Bern: Hans Huber.
- Dilling, H., Schulte-Markwort, E., & Freyberger, H. J. (Eds.). (1994). *Von der ICD-9 zur ICD-10. Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Hans Huber.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Elsesser, K., & Sartory, G. (2001). *Medikamentenabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Emmelkamp, P. M. G., & Oppen, P. v. (2000). *Zwangsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Häufigkeit und Komorbidität Somatoformer Störungen bei Jugendlichen. Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 29(2), 97-108.

- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23, 455-468.
- First, M. B. (2005). Clinical utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 560-564.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structuerd clinical interview for the DSM-IV axis I disorder*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1120-1132.
- Foucault, M. (1974). *Die Ordnung der Dinge*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Frances, A., Widiger, T., & Fyer, M. R. (1990). The influence of classification methods on comorbidity. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Frances, A. J., & Egger, H. L. (1999). Whither psychiatric diagnosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 161-165.
- Franke, G. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W., & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie*, 13, 291-295.
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Green, B. A., Cororve, M. B., & Williams, T. L. (2000). Do Anorexia and Bulimia Nervosa occur on a continuum? A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 31, 195-219.
- Goldberg, D. (1996). A dimensional model for common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (suppl.30), 44-49.
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W., & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). *Diagnostica*, 50(4), 171-181.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hamm, A. (2006). *Spezifische Phobien*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

- Helzer, J. E., & Hudziak, J. J. (Eds.). (2002). *Defining psychopathology in the 21st century. DSM-V and beyond*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Henkel, V., Mergl, R., Schütze, M., Allgaier, A. K., Kohlen, R., & Hegerl, U. (2003). Früherkennung depressiver Störungen in der Primärversorgung. *PsychoNeuro*, 29(1), 35-39.
- Henningsen, P., Zimmermann, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 528-533.
- Hessel, A., Geyer, M., & Brähler, E. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 367-381.
- Hiller, W. (2000). Klassifikation und kategoriale Diagnostik in der Psychotherapie: Klassifikation nach ICD und DSM. In A. R. Laird (Ed.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Wien: Springer.
- Hiller, W., Leibbrand, R., Rief, W., & Fichter, M. M. (2005). Differentiating hypochondriasis from panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 29-49.
- Hoff, P. H. (1994). Psychiatrische Diagnostik: Emil Kraepelin und die ICD-10. *Psychiatrische Praxis*, 21, 190-195.
- Houts, A. C. (2002). Discovery, invention and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM. A psychological perspective*. Washington DC: American Psychological Association.
- Jablensky, A. (1999). The nature of psychiatric classification: issues beyond ICD-10 and DSM-IV. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 137-144.
- Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jaspers, K. (1965). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer Verlag.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kapfhammer, H. P. (2001). Somatisierung- somatoforme Störungen - Ätiopathogenetische Modelle. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 69, 58-77.
- Kaplan, M. H., & Feinstein, A. R. (1974). The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *Journal of Chronic Diseases*, 27, 387-404.
- Kendall, P. C., & Clarkin, J. F. (1992). Introduction to special section: Comorbidity and treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 833-834.



- Kessler, R., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kessler, R. C. (1994). The national comorbidity survey of the United States. *International Review of Psychiatry*, *6*, 365-376.
- Klerman, G. L. (1990). Approaches to the phenomena of comorbidity. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Kockott, G., & Fahrner, E. M. (Eds.). (2004). *Sexualstörungen*. Stuttgart: Thieme.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 337-343.
- Krampen, G. (1998). Diagnostik nach der ICD-10. *Report Psychologie*, *23*(1), 44-63.
- Kreienbrock, L., & Schach, S. (2000). *Epidemiologische Methoden*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A., McGee, R. (1996). Personality traits are differentially linked to mental disorders: A multitrait-multidiagnosis study of an adolescent birth cohort. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*(3), 299-312.
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(2), 216-227.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 921-926.
- Krueger, R. F., McGue, M. & Iacono, W.G. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1245-1259.
- Krueger, R. F. (2002). Personality from a realist's perspective: Personality traits, criminal behaviors, and the externalizing spectrum. *Journal of Research in Personality*, *36*, 564-572.
- Krueger, R. F., Chentsova-Dutton, Y.E., Markon, K.E. & Goldberg, D. (2003). A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *Journal of Abnormal Psychology*, *112*(3), 437-447.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 537-550.
- Krueger, R. F., & Piasecki, T. M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 485-499.

- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 491-493.
- Kuhn, T. S. (1967). *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kupfer, D. J. (2005). Dimensional models for research and diagnosis: A current dilemma. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 557-559.
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (Eds.). (2005). *A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Leckmann, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougale, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(911-917).
- Leibbrand, R., & Hiller, W. (1998). Komorbidität somatoformer Störungen. In J. Margraf (Ed.), *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer.
- Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D., & Israel, A. C. (1994). A critical examination of the use of the term and concept of *comorbidity* in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 71-83.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, W., Grawe, K., & Tholen, S. (2003). Prognose des individuellen Behandlungsverlaufs für unterschiedliche klinisch-therapeutische Behandlungsmodalitäten in der Verhaltenstherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 51*(1), 51-70.
- Lutz, W., Tholen, S., Kosfelder, J., Grawe, K., & Schulte, D. (2005). Zur Entwicklung von Entscheidungsregeln in der Psychotherapie. Die Validierung von Vorhersagemodellen mit einer sequenzanalytischen Methode. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34*(3), 165-175.
- Mack, A. H., Forman, L., Brown, R., & Frances, A. (1994). A brief history of psychiatric classification-from the ancients to DSM-IV. *Psychiatric Clinics of North America, 17*(3), 515-523.
- Marneros, A. (2004). *Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme.
- Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (Eds.). (1990). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., & Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand, 102*(4), 256-264.

- Menninger, K. (1963). *The vital balance. The life process in mental health and illness*. USA: Viking Press.
- Meyer, A. H., & Margraf, J. (2005). Forschung in der Klinischen Psychologie. In F. Petermann & H. Reinecker (Eds.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Mishara, A. L., & Schwartz, M. A. (1995). Conceptual analysis of psychiatric approaches: phenomenology, psychopathology, and classification. *Current Opinion in Psychiatry*, 8(5), 312-316.
- Nelson, C., & Wittchen, H. U. (1998). Editorial. The EDSP. Setting the stage! *European Addiction Research*, 4(1-2), 5-7.
- Neumer, S., Lieb, R., & Margraf, J. (1998). Epidemiologie. In J. Margraf (Ed.), *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie*. Berlin: Springer.
- Petermann, F., & Reinecker, H. (Eds.). (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Porter, R. (2005). *Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte*. Zürich: Dörlemann.
- Prisciandaro, J. J., & Roberts, J. E. (2005). A taxometric investigation of unipolar depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 718-728.
- Rachman, S. (1991). A psychological approach to the study of comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 11, 461-464.
- Rief, W., & Hiller, W. (1998). *Somatisierungsstörung und Hypochondrie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Schäfer, S., Hiller, W., & Fichter, M. M. (1992). Lifetime diagnosis in patients with somatoform disorders: Which came first? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 241, 236-241.
- Rivas-Vazquez, R. A., Saffa-Biller, D., Ruiz, I., Blais, M. A., & Rivas-Vazquez, A. (2004). Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed, and subthreshold disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 74-83.
- Robins, L. N., & Regier, D. A. (Eds.). (1991). *Psychiatric disorders in America. The epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Machan, J. T., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Frequency and patterns of psychiatric comorbidity in a sample of primary care patients with anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(2), 129-137.
- Rustenbach, S. J. (2003). *Metaanalyse. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Saile, H., Weilandt-Heil, K., & Schwenkmezger, P. (2000). Lassen sich in klinischen Erstgesprächen valide Diagnosen stellen? Vergleich von klinischem Erstgespräch, strukturiertem Interview und Symptom-Checkliste. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 214-220.
- Sartorius, N., Üstun, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. U. (1996). depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry*, 168(suppl.30), 38-43.
- Sass, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (Eds.). (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S., & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schott, H., & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C.H. Beck.
- Sheeran, T., & Zimmermann, M. (2004). Factor structure of the psychiatric diagnostic screening questionnaire for DSM-IV axis I disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 49-55.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (1996). Methodological issues in psychopathology research. *Annual Review of Psychology*, 47, 371-400.
- Siebel, U., Michels, R., Hoff, P., Droste, R., Freyberger, H. J., & Dilling, H. (1997). Das Multiaxiale System des Kapitels V (F) der ICD-10. Erste Ergebnisse der multizentrischen Praktikabilitäts- und Reliabilitätsstudie. *Nervenarzt*, 68, 231-238.
- Simms, L. J., Watson, D., & Doebbeling, B. N. (2002). Confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the gulf war. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 637-647.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Dyck, I. R., & Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*, 10(4), 175-182.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria. Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Stangier, U. (2002). *Hautkrankheiten und Körperdysmorphie Störung*. Göttingen: Hogrefe.
- Stieglitz, R. D. (1996). Psychodiagnostik in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 51-59.
- Stieglitz, R. D. (2000). *Diagnostik und Klassifikation psychischer Störungen. Konzeptuelle und methodische Beiträge zur Evaluierung psychiatrischer Diagnostikansätze*. Göttingen: Hogrefe.
- Sturt, E. (1981). Hierarchical patterns in the distribution of psychiatric symptoms. *Psychological Medicine*, 11, 783-794.

- Tellegen, A. (2000). *Manual for the multidimensional personality questionnaire*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Tohen, M., Bromet, E., Murphy, J. M., & Tsuang, M. T. (2000). Psychiatric Epidemiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 111-125.
- Tracie-Shea, M., Widiger, T. A., & Klein, M. H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 857-868.
- Tsuang, M. T., & Tohen, M. (Eds.). (2002). *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: Wiley-Liss.
- Vollebergh, W. A. M., Iedema, J., Bijl, R.V., de Graaf, R., Smit, F. & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 597-603.
- Walach, H. (2005). *Psychologie. Wissenschaftstheorie, philosophische Grundlagen und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-536.
- Wetzler, S., & Sanderson, W. C. (Eds.). (1997). *Treatment strategies for patients with psychiatric comorbidity*. New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946-963.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504.
- Wittchen, H. U. (1996). What is comorbidity - Fact or artefact? *British Journal of Psychiatry*, 168(suppl.30), 7-8.
- Wittchen, H. U. (1996). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168(suppl.30), 9-16.
- Wittchen, H. U., & Hoefler, M. (1999). Toward the identification of core psychopathological processes? *Archives of General Psychiatry*, 56, 929-931.
- Wittchen, H. U., & Lachner, G. (1996). Klassifikation. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Eds.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D. Praxisgebiete, Serie 2. Klinische Psychologie, Band 1. Grundlagen der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

- Wittchen, H. U., Lieb, R., Wunderlich, U., & Schuster, P. (1999). Comorbidity in primary care: Presentation and consequences. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(suppl.7), 29-36.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med*, 28(1), 109-126.
- Wittchen, H. U., & Vossen, A. (1996). Komorbiditätsstrukturen bei Angststörungen. Häufigkeit und mögliche Implikationen. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen-Diagnostik-Verfahren-Rahmenbedingungen*. Berlin: Springer.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jovic, Z., Dansky, B., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1107-1115.
- World Health Organization (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International consortium in psychiatric epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413-426.
- Zimmermann, M., & Mattia, J. I. (1999). Psychiatric diagnosis in clinical practice: Is comorbidity being missed? *Comprehensive Psychiatry*, 40(3), 182-191.
- Zimmermann, M., & Mattia, J. I. (1999). The reliability and validity of a screening questionnaire for 13 DSM-IV axis I disorders in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 677-683.
- Zimmermann, M., & Mattia, J. I. (2001). A self-report scale to help make psychiatric diagnoses. *Archives of General Psychiatry*, 58, 787-794.
- Zimmermann, M., & Mattia, J. I. (2001). The psychiatric diagnostic screening questionnaire: Development, reliability and validity. *Comprehensive Psychiatry*, 42(3), 175-189.

## 9. Literatur (Metaanalyse)

- Aalto Setaelae, T., Marttunen, M., Tuulio Henriksson, A., Poikolainen, K., & Loennqvist, J. (2001). One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychological Medicine*, 31(5), 791-801.
- Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., & Dulcan, M. K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*, 60(11), 1097-1108.<sup>19</sup>
- Agosti, V., Nunes, E., & Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among U.S. residents with lifetime cannabis dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 28(4), 643-652.
- Alpert, J. E., Fava, M., Uebelacker, L. A., Nierenberg, A. A., Pava, J. A., Worthington, J. J., 3rd, & Rosenbaum, J. F. (1999). Patterns of axis I comorbidity in early-onset versus late-onset major depressive disorder. *Biol Psychiatry*, 46(2), 202-211.
- Altamura, A. C., Carta, M. G., Carpiello, B., Piras, A., & et al. (1995). Lifetime prevalence of brief recurrent depression (results from a community survey). *European Neuropsychopharmacology*, 5(Suppl), 99-102.
- Andrade, L., Eaton, W. W., & Chilcoat, H. (1994). Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study. Symptom profiles. *Br J Psychiatry*, 165(3), 363-369.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*, 178, 145-153.
- Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. *Br J Psychiatry Suppl*, 30, 31-37.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*, 50(2-3), 143-151.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., & Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord*, 73(1-2), 133-146.
- Anthony, J. C., Warner, L. A., & Kessler, R. C. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2(3), 244-268.

---

<sup>19</sup> Die Abkürzungen der Zeitschriften in diesem Literaturteil sind zum Teil in abgekürzter Form, da die Referenzen direkt in eine Endnote-Datei nach der Literatursuche transferiert wurden.

- Armstrong, T. D., & Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol*, 70(6), 1224-1239.
- Aseltine, R. H., Jr., Gore, S., & Colten, M. E. (1998). The co-occurrence of depression and substance abuse in late adolescence. *Dev Psychopathol*, 10(3), 549-570.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., Sierra, M., Lambert, M. V., Phillips, M. L., & David, A. S. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry*, 182, 428-433.
- Bao, Y., Sturm, R., & Croghan, T. W. (2003). A national study of the effect of chronic pain on the use of health care by depressed persons. *Psychiatr Serv*, 54(5), 693-697.
- Barbato, N., & Hafner, R. J. (1998). Comorbidity of bipolar and personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 32(2), 276-280.
- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res*, 39(4), 403-427.
- Becker, E. S., Tuerke, V., Neumer, S., Soeder, U., & Margraf, J. (2002). Komorbiditaet psychischer Stoerungen bei jungen Frauen. Ergebnisse der Dresdner Studie  
Comorbidity of mental disorders in young women: Results of the Dresden Study. *Psychotherapeutische Praxis*, 2(1), 26-34.
- Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Beitchman, J. H., Adlaf, E. M., Douglas, L., Atkinson, L., Young, A., Johnson, C. J., Escobar, M., & Wilson, B. (2001). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in late adolescence: a cluster analytic approach. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27(3), 421-440.
- Bejerot, S., Ekselius, L., & von Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 97(6), 398-402.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(12), 587-595.
- Birmaher, B., Kennah, A., Brent, D., Ehmann, M., Bridge, J., & Axelson, D. (2002). Is bipolar disorder specifically associated with panic disorder in youths? *J Clin Psychiatry*, 63(5), 414-419.
- Black, D. W., Zimmerman, M., & Coryell, W. H. (1999). Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry*, 11(3), 129-136.



- Bland, R. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: phenomenology and comorbidity. Introduction. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 376, 5-6.
- Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A., & Swartz, M. S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151(7), 979-986.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Post-traumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *Br J Psychiatry*, 170, 479-482.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*, 9, 12-15.
- Brady, K. T. (2001). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Psychiatric Annals*, 31(5), 313-319.
- Brawman Mintzer, O., Lydiard, R. B., Crawford, M. M., Emmanuel, N., & et al. (1994). Somatic symptoms in generalized anxiety disorder with and without comorbid psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 930-932.
- Brawman Mintzer, O., Lydiard, R. B., Phillips, K. A., Morton, A., & et al. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: A comorbidity study. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1665-1667.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 57(5), 494-500.
- Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet*, 25(2), 95-101.
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Herzog, D. B., Brotman, A. W., & et al. (1995). Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(2), 77-80.
- Bridge, J. A., Brent, D. A., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1997). Familial aggregation of psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 628-636.
- Brown, R. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Wagner, E. F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(12), 1602-1610.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addict Behav*, 22(4), 437-446.
- Burns, L., & Teesson, M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*, 68(3), 299-307.

- Bushnell, J. A., Wells, J. E., McKenzie, J. M., Hornblow, A. R., & et al. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. *Psychological Medicine*, 24(3), 605-611.
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M. A., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck, P. E., Jr., Lewis, L., McElroy, S. L., McNulty, J. P., & Wagner, K. D. (2003). Impact of bipolar disorder on a U.S community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(4), 425-432.
- Canals, J., Domenech, E., Carbajo, G., & Blade, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand*, 96(4), 287-294.
- Carta, M. G., Altamura, A. C., Hardoy, M. C., Pinna, F., Medda, S., Dell'Osso, L., Carpiniello, B., & Angst, J. (2003). Is recurrent brief depression an expression of mood spectrum disorders in young people? Results of a large community sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253(3), 149-153.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students. *Can J Psychiatry*, 46(9), 847-849.
- Chen, C. Y., Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). Marijuana use and the risk of Major Depressive Episode. Epidemiological evidence from the United States National Comorbidity Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37(5), 199-206.
- Chen, L. S., Eaton, W. W., Gallo, J. J., Nestadt, G., & Crum, R. M. (2000). Empirical examination of current depression categories in a population-based study: symptoms, course, and risk factors. *Am J Psychiatry*, 157(4), 573-580.
- Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity of panic disorder in bipolar illness: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Am J Psychiatry*, 152(2), 280-282.
- Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Res*, 59(1-2), 57-64.
- Cheng, A. T. A., Gau, S. F., Chen, T. H. H., Chang, J. C., & Chang, Y. T. (2004). A 4-Year longitudinal study on risk factors for alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 61(2), 184-191.
- Chong, M. Y., Chan, K. W., & Cheng, A. T. A. (1999). Substance use disorders among adolescents in Taiwan: Prevalence, sociodemographic correlates and psychiatric comorbidity. *Psychological Medicine*, 29(6), 1387-1396.
- Cohen, B. J., Nestadt, G., Samuels, J. F., Romanoski, A. J., & et al. (1994). Personality disorder in later life: A community study. *British Journal of Psychiatry*, 165(4), 493-499.
- Compton, W. M., III, Cottler, L. B., Phelps, D. L., Abdallah, A. B., & Spitznagel, E. L. (2000). Psychiatric disorders among drug dependent subjects: Are they primary or secondary? *American Journal on Addictions*, 9(2), 126-134.

- Connor, K. M., Davidson, J. R., Hughes, D. C., Swartz, M. S., Blazer, D. G., & George, L. K. (2002). The impact of borderline personality disorder on post-traumatic stress in the community: a study of health status, health utilization, and functioning. *Compr Psychiatry*, 43(1), 41-48.
- Cosoff, S. J., & Hafner, R. J. (1998). The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 32(1), 67-72.
- Costello, E. J., Farmer, E. M. Z., Angold, A., Burns, B. J., & Erkanli, A. (1997). Psychiatric disorders among American Indian and White youth in Appalachia: The great Smoky Mountains study. *American Journal of Public Health*, 87(5), 827-832.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Cox, B. J., Clara, I. P., & Enns, M. W. (2002). Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety*, 15, 168-171.
- Craig, T., & Hwang, M. Y. (2000). Comorbidity in schizophrenia: Epidemiology and clinical implications. *Psychiatric Annals*, 30(1), 76-78.
- Dansky, B. S., Brewerton, T. D., & Kilpatrick, D. G. (2000). Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: results from the National Women's Study. *Int J Eat Disord*, 27(2), 180-190.
- Dawson, D. A., & Grant, B. F. (1998). Family history of alcoholism and gender: their combined effects on DSM-IV alcohol dependence and major depression. *J Stud Alcohol*, 59(1), 97-106.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A. M., & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 620-629.
- Deas Nesmith, D., Brady, K. T., & Campbell, S. (1998). Comorbid substance use and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(2), 139-148.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). The relationship between cannabis use and other substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(3), 319-327.
- Dolan, B., Evans, C., & Norton, K. (1995). Multiple axis-II diagnoses of personality disorder. *Br J Psychiatry*, 166(1), 107-112.
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(11), 1424-1431.

- Ekselius, L., Lindstroem, E., von Knorring, L., Bodlund, O., & et al. (1994). Comorbidity among the personality disorders in DMS-III--R. *Personality and Individual Differences, 17*(2), 155-160.
- Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences, 30*(2), 311-320.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behav Res Ther, 40*(1), 19-35.
- Escamilla, M. A., Batki, S., Reus, V. I., Spesny, M., Molina, J., Service, S., Vinogradov, S., Neylan, T., Mathews, C., Meza, L., Gallegos, A., Montero, A. P., Cruz, M. L., Neuhaus, J., Roche, E., Smith, L., Leon, P., & Freimer, N. B. (2002). Comorbidity of bipolar disorder and substance abuse in Costa Rica: pedigree- and population-based studies. *J Affect Disord, 71*(1-3), 71-83.
- Essau, C. A. (2003). Comorbidity of anxiety disorders in adolescents. *Depress Anxiety, 18*(1), 1-6.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1998). Haeufigkeit und Komorbiditaet sozialer Aengste und sozialer Phobie bei Jugendlichen Ergebnisse der Bremer Jugendstudie Frequency and comorbidity of social fears and social phobia in adolescents. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 66*(11), 524-530.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behav Res Ther, 37*(9), 831-843.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Prevalence, comorbidity and psychosocial impairment of somatoform disorders in adolescents. *Psychology, Health and Medicine, 4*(2), 169-180.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Haufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstorung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. [Incidence of post-traumatic stress disorder in adolescents: results of the Bremen Adolescent Study]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 27*(1), 37-45.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord, 14*(3), 263-279.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Haeufigkeit und Komorbiditaet Somatoformer Stoerungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. / Frequency and comorbidity of somatoform disorders in adolescents: Results of a study of adolescents in Bremen. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 29*(2), 97-108.

- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F., & Conradt, J. (1998). Haeufigkeit und Komorbiditaet von Angststoerungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. / Frequency and comorbidity of anxiety disorders in adolescents: Results of the "Bremer Jugendstudie." *Verhaltenstherapie*, 8(3), 180-187.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F., & Conradt, J. (1998). Haeufigkeit, Komorbiditaet und psychosoziale Beeintraechtigung von Depressiven Stoerungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. / Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents: Results from the Bremen Adolescent Study. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46(4), 316-329.
- Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F., & Conradt, J. (1998). Haeufigkeit und Komorbiditaet psychischer Stoerungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. / Frequency and comorbidity of psychological disorders in adolescents. Results of the Bremen Adolescent Study. *Zeitschrift fuer Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46(2), 105-124.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*, 57(7), 659-665.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., & Aiazzi, L. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24-29.
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., & Meltzer, H. (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*, 179, 432-437.
- Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Taylor, C., & Meltzer, H. (2003). Nicotine, alcohol and drug dependence, and psychiatric comorbidity-results of a national household survey. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 50-56.
- Farrell, M., Howes, S., Taylor, C., Lewis, G., Jenkins, R., Bebbington, P., Jarvis, M., Brugha, T., Gill, B., & Meltzer, H. (2003). Substance misuse and psychiatric comorbidity: An overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 43-49.
- Fava, M., Alpert, J. E., Borus, J. S., Nierenberg, A. A., & et al. (1996). Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(10), 1308-1312.
- Fischer, E. P., Owen, R. R., Jr., & Cuffel, B. J. (1996). Substance abuse, community service use, and symptom severity of urban and rural residents with schizoprhemia. *Psychiatr Serv*, 47(9), 980-984.
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry*, 151(5), 640-649.

- Flint, A. J. (1997). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in later life: implications for treatment. *Clin Neurosci*, 4(1), 31-36.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Exp Clin Psychopharmacol*, 10(4), 425-434.
- Frise, S., Steingart, A., Sloan, M., Cotterchio, M., & Kreiger, N. (2002). Psychiatric disorders and use of mental health services by Ontario women. *Can J Psychiatry*, 47(9), 849-856.
- Frye, M. A., Altshuler, L. L., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Denicoff, K., Nolen, W. A., Kupka, R., Leverich, G. S., Pollio, C., Grunze, H., Walden, J., & Post, R. M. (2003). Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 160(5), 883-889.
- Galletly, C. (1997). Borderline-dissociation comorbidity. *Am J Psychiatry*, 154(11).
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., & et al. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., & et al. (1996). Purging and nonpurging forms of bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 20(3), 231-238.
- Garyfallos, G., Adamopoulou, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Ikonomidis, N., Donias, S., Giouzevas, J., & Dimitriou, E. (1999). Somatoform disorders: comorbidity with other DSM-III-R psychiatric diagnoses in Greece. *Compr Psychiatry*, 40(4), 299-307.
- George, E. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Taylor, D. O. (2003). The comorbidity of bipolar disorders and axis II personality disorders: Prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders*, 5(2), 115-122.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Hauf, A. C., Paradis, A. D., Wasserman, M. S., & Langhammer, D. M. (2000). Comorbidity of substance use and post-traumatic stress disorders in a community sample of adolescents. *Am J Orthopsychiatry*, 70(2), 253-262.
- Giovanni Carta, M., Carlo Altamura, A., Carolina Hardoy, M., Pinna, F., Medda, S., Dell'Osso, L., Carpiniello, B., & Angst, J. (2003). Is recurrent brief depression an expression of mood spectrum disorders in young people? Results of a large community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(3), 149-153.
- Goering, P., Lin, E., Campbell, D., Boyle, M. H., & et al. (1996). Psychiatric disability in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(9), 564-571.
- Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Compr Psychiatry*, 36(4), 303-311.

- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2004). Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study. *J Psychiatr Res*, *38*(3), 295-304.
- Goodwin, R. D., & Hamilton, S. P. (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Res*, *117*(2), 159-166.
- Goodwin, R. D., Hamilton, S. P., Milne, B. J., & Pine, D. S. (2002). Generalizability and correlates of clinically derived panic subtypes in the population. *Depress Anxiety*, *15*(2), 69-74.
- Goodwin, R. D., & Hoven, C. W. (2002). Bipolar-panic comorbidity in the general population: prevalence and associated morbidity. *J Affect Disord*, *70*(1), 27-33.
- Gorman, J. M., & Coplan, J. D. (1996). Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, *10*, 34-41.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., & John, U. (2003). Specific somatoform disorder in the general population. *Psychosomatics*, *44*(4), 304-311.
- Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., & Ulrich, J. (2001). Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *251*(3), 130-135.
- Grant, B. F. (1995). Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. *J Subst Abuse*, *7*(4), 481-497.
- Grant, B. F. (1997). Convergent validity of DSM-III-R and DSM-IV alcohol dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*, *9*, 89-102.
- Grant, B. F., & Harford, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend*, *39*(3), 197-206.
- Grant, B. F., & Pickering, R. P. (1996). Comorbidity between DSM-IV alcohol and drug use disorders: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Alcohol Health and Research World*, *20*(1), 67-72.
- Grant, B. F., & Pickering, R. P. (1997). Familial aggregation of DSM-IV alcohol use disorders: examination of the primary-secondary distinction in a general population sample. *J Nerv Ment Dis*, *185*(5), 335-343.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, *61*(4), 361-368.

- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., & McGlashan, T. H. (2002). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*, 190(8), 552-554.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Hall, W., & Farrell, M. (1997). Comorbidity of mental disorders with substance misuse. *Br J Psychiatry*, 171, 4-5.
- Hambrecht, M., & Haefner, H. (1996). Substance abuse and the onset of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 40(11), 1155-1163.
- Hambrecht, M., & Haefner, H. (2000). Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: An epidemiological perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 468-475.
- Hanna, E. Z., & Grant, B. F. (1997). Gender differences in DSM-IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: clinical implications. *Compr Psychiatry*, 38(4), 202-212.
- Hansen, P. E., Wang, A. G., Stage, K. B., Kragh Sorensen, P., & Danish University Antidepressant, G. (2003). Comorbid personality disorder predicts suicide after major depression: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 107(6), 436-440.
- Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1864-1870.
- Herpertz, S., Steinmeyer, E. M., & Sass, H. (1994). "Patterns of comorbidity" among DSM-III-R and ICD-10 personality disorders as observed with a new inventory for the assessment of personality disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(3), 161-169.
- Hickie, I., Davenport, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Neurasthenia: prevalence, disability and health care characteristics in the Australian community. *Br J Psychiatry*, 181, 56-61.
- Hirschfeld, R. M. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depress Anxiety*, 10(4), 142-146.
- Hochstrasser, B., & Angst, J. (1996). The Zurich Study: XXII. Epidemiology of gastrointestinal complaints and comorbidity with anxiety and depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 246(5), 261-272.
- Holdcraft, L. C., Iacono, W. G., & McGue, M. K. (1998). Antisocial Personality Disorder and depression in relation to alcoholism: a community-based sample. *J Stud Alcohol*, 59(2), 222-226.



- Hollander, E., Greenwald, S., Neville, D., Johnson, J., Hornig, C. D., & Weissman, M. M. (1996). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample. *Depress Anxiety*, 4(3), 111-119.
- Horwath, E., & Weissman, M. M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 493-507.
- Hunt, C., Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32(4), 649-659.
- Hwu, H. G., Chang, I. H., Yeh, E. K., Chang, C. J., & Yeh, L. L. (1996). Major depressive disorder in Taiwan defined by the Chinese diagnostic Interview Schedule. *J Nerv Ment Dis*, 184(8), 497-502.
- Ialongo, N., McCreary, B. K., Pearson, J. L., Koenig, A. L., Schmidt, N. B., Poduska, J., & Kellam, S. G. (2004). Major depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *J Affect Disord*, 79(1-3), 127-136.
- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. / Epidemiology of mental disorders in childhood and adolescence: Prevalence, course, comorbidity and gender differences. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Irwin, C., Falsetti, S. A., Lydiard, R. B., & Ballenger, J. C. (1996). Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(12), 576-578.
- Iwasaki, Y., Matsunaga, H., Kiriike, N., Tanaka, H., & Matsui, T. (2000). Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan. *Compr Psychiatry*, 41(6), 454-460.
- Jackson, K. M., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2000). Prospective analysis of comorbidity: tobacco and alcohol use disorders. *J Abnorm Psychol*, 109(4), 679-694.
- Johnson, M. R., & Lydiard, R. B. (1998). Comorbidity of major depression and panic disorder. *J Clin Psychol*, 54(2), 201-210.
- Jorgensen, P., Bennedsen, B., Christensen, J., & Hyllested, A. (1996). Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 94(6), 460-464.
- Judd, L. L., Kessler, R. C., Paulus, M. P., Zeller, P. V., Wittchen, H. U., & Kunovac, J. L. (1998). Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS) Komorbidität als ein grundlegendes Merkmal der Allgemeinen Angststörung: Ergebnisse aus der "National Comorbidity Study" (NCS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(Suppl. 393), 6-11.

- Katerndahl, D. A., & Realini, J. P. (1997). Comorbid psychiatric disorders in subjects with panic attacks. *J Nerv Ment Dis*, 185(11), 669-674.
- Kavanagh, D. J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D. C., Carr, V., Evans, M., Herrman, H., Jablensky, A., & McGrath, J. J. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: Multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, 66(2-3), 115-124.
- Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., & Kitamura, T. (2004). Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Res*, 121(3), 293-301.
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 179-183.
- Kendler, K. S., Gallagher, T. J., Abelson, J. M., & Kessler, R. C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 53(11), 1022-1031.
- Kendler, K. S., McGuire, M., Gruenberg, A. M., & Walsh, D. (1995). Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry*, 152(5), 755-764.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., & et al. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 374-383.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 417, 19-27.
- Kessler, R. C., Andrade, L. H., Bijl, R. V., Offord, D. R., Demler, O. V., & Stein, D. J. (2002). The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Psychological Medicine*, 32(7), 1213-1225.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S., & National Comorbidity Survey, R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, 289(23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Dewit, D. J., Ustun, T. B., Wang, P. S., & Wittchen, H. U. (2002). Distinguishing generalized anxiety disorder from major depression: prevalence and impairment from current pure and comorbid disorders in the US and Ontario. *Int J Methods Psychiatr Res*, 11(3), 99-111.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., & et al. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321.

- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Beeinträchtigung bei alleiniger und komorbider generalisierter Angststörung und Depression ueber 12 Monate in zwei landesweiten Umfragen. American Journal of Psychiatry, 156*(12), 1915-1923.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., & et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III--R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry, 51*(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., & et al. (1996). Comorbidity of DSM-III--R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 168*(Suppl 30), 17-30.
- Kessler, R. C., Rubinow, D. R., Holmes, C., Abelson, J. M., & Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med, 27*(5), 1079-1089.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*(12), 1048-1060.
- Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H. U., Stein, M., & Walters, E. E. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med, 29*(3), 555-567.
- Kessler, R. C., Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustun, T. B., Roy Burne, P. P., & Walters, E. E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 55*(9), 801-808.
- Kessler, R. C., Stein, M. B., & Berglund, P. (1998). Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry, 155*(5), 613-619.
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety, 7*(1), 3-14.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord, 45*(1-2), 19-30.
- Killeen, M. (2000). Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA study. *J Child Fam Nurs, 3*(1), 45-46.
- Kirchner, J. E., Curran, G. M., Thrush, C. R., Owen, R. R., Fortney, J. C., & Booth, B. M. (2002). Depressive disorders and alcohol dependence in a community population. *Community Ment Health J, 38*(5), 361-373.
- Kranzler, H. R., Del Boca, F. K., & Rounsaville, B. J. (1996). Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. *J Stud Alcohol, 57*(6), 619-626.

- Krausz, M., Degkwitz, P., Kuehne, A., & Verthein, U. (1998). Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addictive Behaviors, 23*(6), 767-783.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry, 158*(7), 1091-1098.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry, 56*, 921-926.
- Kua, E. H., Ko, S. M., Fones, C. S. L., & Tan, S. L. (1996). Comorbidity of depression in the elderly: An epidemiological study in a Chinese community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 11*(8), 699-704.
- Kumano, H., Kaiya, H., Yoshiuchi, K., Yamanaka, G., Sasaki, T., & Kuboki, T. (2004). Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol, 99*(2), 370-376.
- Kupfer, D. J., & Frank, E. (2003). Comorbidity in depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl, 418*, 57-60.
- Labbate, L. A., Young, P. C., & Arana, G. W. (1999). Panic disorder in schizophrenia. *Can J Psychiatry, 44*(5), 488-490.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., & Kunovac, J. J. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry, 169*(1), 101-107.
- Lenze, E. J. (2003). Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Curr Psychiatry Rep, 5*(1), 62-67.
- Lepine, J. P., & Pelissolo, A. (1996). Comorbidity and social phobia: clinical and epidemiological issues. *Int Clin Psychopharmacol, 3*, 35-41.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (1995). Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34*(4), 454-463.
- Lewinsohn, P. M., Klein, D. N., & Seeley, J. R. (2000). Bipolar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. *Bipolar Disord, 2*(3 Pt 2), 281-293.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. N., & Gotlib, I. H. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry, 157*(10), 1584-1591.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Klein, D. N. (2003). Bipolar disorders during adolescence. *Acta Psychiatr Scand Suppl, 418*, 47-50.
- Lewinsohn, P. M., Striegel Moore, R. H., & Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39*(10), 1284-1292.

- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M., & Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *J Anxiety Disord, 11*(4), 377-394.
- Lewis, C. E., Bucholz, K. K., Spitznagel, E., & Shayka, J. J. (1996). Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample. *Alcohol Clin Exp Res, 20*(3), 466-476.
- Lieb, R., Mastaler, M., & Wittchen, H. (1998). Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. / Do somatoform disorders affect adolescents and young adults? First epidemiological findings based on a representative population sample. *Verhaltenstherapie, 8*(2), 81-93.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments Somatoforme Syndrome und Störungen bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Prävalenz, Komorbidität und Beeinträchtigungen. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 194-208.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M., & Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry, 55*(7), 603-610.
- Linzer, M., Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. B., Hahn, S., Brody, D., & deGruy, F. (1996). Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med, 101*(5), 526-533.
- Lopes, F. L., Nascimento, I., Zin, W. A., Valenca, A. M., Mezzasalma, M. A., Figueira, I., & Nardi, A. E. (2002). Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res, 35*(8), 961-967.
- MacKinnon, D. F., Zandi, P. P., Cooper, J., Potash, J. B., Simpson, S. G., Gershon, E., Nurnberger, J., Reich, T., & DePaulo, J. R. (2002). Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am J Psychiatry, 159*(1), 30-35.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 53*(2), 159-168.
- Malis, R. W., Hartz, A. J., Doebbeling, C. C., & Noyes, R., Jr. (2002). Specific phobia of illness in the community. *Gen Hosp Psychiatry, 24*(3), 135-139.
- Marinangeli, M. G., Butti, G., Scinto, A., Di Cicco, L., Petruzzi, C., Daneluzzo, E., & Rossi, A. (2000). Patterns of comorbidity among DSM-III-R personality disorders. *Psychopathology, 33*(2), 69-74.

- Martin, C. S., Clifford, P. R., Maisto, S. A., Earleywine, M., Kirisci, L., & Longabaugh, R. (1996). Polydrug use in an inpatient treatment sample of problem drinkers. *Alcohol Clin Exp Res*, 20(3), 413-417.
- Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Compr Psychiatry*, 40(3), 210-215.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., & Stout, R. L. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*, 102(4), 256-264.
- McPhillips, M. A., Kelly, F. J., Barnes, T. R., Duke, P. J., Gene Cos, N., & Clark, K. (1997). Detecting comorbid substance misuse among people with schizophrenia in the community: a study comparing the results of questionnaires with analysis of hair and urine. *Schizophr Res*, 25(2), 141-148.
- Meltzer, H., & Jenkins, R. (1994). The National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 6(4), 349-356.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Jack, M. S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment, and treatment response. *J Anxiety Disord*, 14(4), 325-343.
- Merikangas, K., & Angst, J. (1994). Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults. *Psychol Med*, 24(4), 1013-1024.
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Auilar Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo Anduaga, J. J., Dewit, D. J., Kolody, B., Vega, W., Wittchen, H. U., & Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23(6), 893-908.
- Merikangas, K. R., Stevens, D. E., Fenton, B., Stolar, M., O'Malley, S., Woods, S. W., & Risch, N. (1998). Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychol Med*, 28(4), 773-788.
- Milne, J. M., Garrison, C. Z., Addy, C. L., McKeown, R. E., Jackson, K. L., Cuffe, S. P., & Waller, J. L. (1995). Frequency of phobic disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(9), 1202-1211.
- Mitchell, J. E., & Mussell, M. P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav*, 20(6), 725-732.
- Murphy, J. M., Horton, N. J., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2004). Anxiety and depression: a 40-year perspective on relationships regarding prevalence, distribution, and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 109(5), 355-375.

- Nechmad, A., Ratzoni, G., Poyurovsky, M., Meged, S., Avidan, G., Fuchs, C., Bloch, Y., & Weizman, R. (2003). Obsessive-compulsive disorder in adolescent schizophrenia patients. *Am J Psychiatry*, *160*(5), 1002-1004.
- Nelson, E., & Rice, J. (1997). Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry*, *154*(6), 826-831.
- Neria, Y., & Bromet, E. J. (2000). Comorbidity of PTSD and depression: linked or separate incidence. *Biol Psychiatry*, *48*(9), 878-880.
- Nestadt, G., Addington, A., Samuels, J., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Riddle, M., Grados, M., Hoehn Saric, R., & Cullen, B. (2003). The identification of OCD-related subgroups based on comorbidity. *Biol Psychiatry*, *53*(10), 914-920.
- Newcomb, M. D., Galaif, E. R., & Locke, T. F. (2001). Substance use diagnosis within a community sample of adults: Distinction, comorbidity, and progression over time. *Professional Psychology: Research and Practice*, *32*(3), 239-247.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *J Consult Clin Psychol*, *64*(3), 552-562.
- Newman, S. C., & Bland, R. C. (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*, *35*(1), 76-82.
- Noyes, R., Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatr Clin North Am*, *24*(1), 41-55.
- Noyes, R., Jr., Happel, R. L., & Yagla, S. J. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, *40*(6), 461-469.
- Ohayon, M. M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psychiatry*, *39*(4), 185-197.
- Ohayon, M. M., Shapiro, C. M., & Kennedy, S. H. (2000). Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Can J Psychiatry*, *45*(2), 166-172.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., & et al. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, *152*(4), 571-578.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Mangweth, B., & Hudson, J. I. (1995). Eating disorders in college men. *Am J Psychiatry*, *152*(9), 1279-1285.
- Onchev, G., & Ganev, K. (2000). Borderline personality disorder in Bulgaria: Period prevalence, syndrome validity, and comorbidity. *European Journal of Psychiatry*, *14*(1), 26-31.

- Oulis, P., Lykouras, L., Hatzimanolis, J., & Tomaras, V. (1997). Comorbidity of DSM-III-R personality disorders in schizophrenic and unipolar mood disorders: A comparative study. *European Psychiatry, 12*(6), 316-318.
- Pakriev, S., Shlik, J., & Vasar, V. (2001). Course of depression: Findings from a cross-sectional survey in rural Udmurtia. *Nordic Journal of Psychiatry, 55*(3), 185-189.
- Pakriev, S., Vasar, V., Aluoja, A., Saarma, M., & Shlik, J. (1998). Prevalence of mood disorders in the rural population of Udmurtia. *Acta Psychiatr Scand, 97*(3), 169-174.
- Pakriev, S., Vasar, V., Aluoja, A., & Shlik, J. (1998). Prevalence of ICD-10 harmful use of alcohol and alcohol dependence among the rural population in Udmurtia. *Alcohol Alcohol, 33*(3), 255-264.
- Pakriev, S., Vasar, V., Aluoja, A., & Shlik, J. (2000). Prevalence of social phobia in the rural population of Udmurtia. *Nordic Journal of Psychiatry, 54*(2), 109-112.
- Pepper, C. M., Klein, D. N., Anderson, R. L., Riso, L. P., & et al. (1995). DSM-III--R Axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry, 152*(2), 239-247.
- Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity  
Traumatische Ereignisse und Posttraumatische Belastungsstoerung in der Allgemeinbevoelkerung: Praevalenz, Risikofaktoren und Komorbiditaet. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 46-59.
- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis, 185*(9), 570-577.
- Pla, C., & Toro, J. (1999). Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand, 100*(6), 441-446.
- Preisig, M., Merikangas, K. R., & Angst, J. (2001). Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatr Scand, 104*(2), 96-103.
- Prescott, C. A., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2000). Sex-specific genetic influences on the comorbidity of alcoholism and major depression in a population-based sample of US twins. *Arch Gen Psychiatry, 57*(8), 803-811.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Bucholz, K. K., Hesselbrock, M. N., Hesselbrock, V., & Kramer, J. R. (2003). Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry, 160*(1), 56-63.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., & Nayak, S. (2004). Comorbidity of fibromyalgia and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Med, 5*(1), 33-41.



- Regier, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kaelber, C. T., & Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl*, 34, 24-28.
- Rihmer, Z., Szadoczky, E., Furedi, J., Kiss, K., & Papp, Z. (2001). Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *J Affect Disord*, 67(1-3), 175-179.
- Riso, L. P., Klein, D. N., Ferro, T., Kasch, K. L., & et al. (1996). Understanding the comorbidity between early-onset dysthymia and cluster B personality disorders: A family study. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 900-906.
- Rodney, J., Prior, N., Cooper, B., Theodoros, M., Browning, J., Steinberg, B., & Evans, L. (1997). The comorbidity of anxiety and depression. *Aust N Z J Psychiatry*, 31(5), 700-703.
- Rodrigues Torres, A., & Del Porto, J. A. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and personality disorders. A Brazilian controlled study. *Psychopathology*, 28(6), 322-329.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(1), 101-109.
- Ross, H. E., & Tisdall, G. W. (1994). Alcohol use and abuse in a university psychiatric health service: Prevalence and patterns of comorbidity with other psychiatric problems. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 39(3), 63-74.
- Rosse, H. E. (1995). DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: Results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(2), 111-128.
- Roth, R. M., & Baribeau, J. (2000). The relationship between schizotypal and obsessive-compulsive features in university students. *Personality and Individual Differences*, 29(6), 1083-1093.
- Roy Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H. U., Ustun, B., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Br J Psychiatry*, 176, 229-235.
- Ruppert, S., Zaudig, M., Hauke, W., Thora, C., & Reinecker, H. S. (2001). Komorbiditaet und Zwangsstoerung. Teil I: Achse-I-Komorbiditaet. / Comorbidity and obsessive-compulsive disorders. Part I: Axis I comorbidity. *Verhaltenstherapie*, 11(2), 104-111.
- Ruppert, S., Zaudig, M., Reinecker, H. S., Thora, C., & Hauke, W. (2001). Komorbiditaet und Zwangsstoerung. Teil II: Achse-II-Komorbiditaet Comorbidity and obsessive-compulsive disorder. Part II: Axis II comorbidity. *Verhaltenstherapie*, 11(2), 112-118.

- Sareen, J., Chartier, M., Kjernisted, K. D., & Stein, M. B. (2001). Comorbidity of phobic disorders with alcoholism in a Canadian community sample. *Can J Psychiatry*, *46*(8), 733-740.
- Sato, T., Sakado, K., Uehara, T., Narita, T., & Hirano, S. (1999). Personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression in Japan. *J Nerv Ment Dis*, *187*(4), 237-242.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord*, *59*(2), 127-137.
- Shankman, S. A., & Klein, D. N. (2002). The impact of comorbid anxiety disorders on the course of dysthymic disorder: a 5-year prospective longitudinal study. *J Affect Disord*, *70*(2), 211-217.
- Sim, K., Swapna, V., Mythily, S., Mahendran, R., Kua, E. H., McGorry, P., & Chong, S. A. (2004). Psychiatric comorbidity in first episode psychosis: the Early Psychosis Intervention Program (EPIP) experience. *Acta Psychiatr Scand*, *109*(1), 23-29.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D. J., Cohen, L., & et al. (1995). Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*(8), 1207-1209.
- Simkin, D. R. (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatr Clin North Am*, *49*(2), 463-477.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*, *51*(12), 936-950.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., & et al. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatric Research*, *29*(5), 361-374.
- Skodol, A. E., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., Dyck, I. R., & Oldham, J. M. (1999). Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*, *10*(4), 175-182.
- Slade, T., & Andrews, G. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: discrepant diagnoses and associated disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *36*(1), 45-51.
- Sonne, S. C., & Brady, K. T. (1999). Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*, *22*(3), 609-627.
- Spaner, D., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*(376, Suppl), 7-15.

- Spicer, P., Beals, J., Croy, C. D., Mitchell, C. M., Novins, D. K., Moore, L., Manson, S. M., & The American Indian Service Utilization, P. E. R. a. P. F. P. T. (2003). The prevalence of DSM-III-R alcohol dependence in two American Indian populations. *Alcohol Clin Exp Res*, 27(11), 1785-1797.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry*, 181, 208-213.
- Srinath, S., Janardhan Reddy, Y. C., Girimaji, S. R., Seshadri, S. P., & Subbakrishna, D. K. (1998). A prospective study of bipolar disorder in children and adolescents from India. *Acta Psychiatr Scand*, 98(6), 437-442.
- Stein, M. B., & Chavira, D. A. (1998). Subtypes of social phobia and comorbidity with depression and other anxiety disorders. *J Affect Disord*, 50(1), S11-16.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 58(3), 251-256.
- Stein, M. B., & Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *J Affect Disord*, 79(1-3), 161-166.
- Strober, M., Freeman, R., Bower, S., & Rigali, J. (1996). Binge eating in anorexia nervosa predicts later onset of substance use disorder: A ten-year prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 519-532.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W., & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *J Personal Disord*, 12(4), 302-315.
- Swanson, J., Estroff, S., Swartz, M., Borum, R., & et al. (1997). Violence and severe mental disorder in clinical and community populations: The effects of psychotic symptoms, comorbidity, and lack of treatment. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 60(1), 1-22.
- Swendsen, J. D., Merikangas, K. R., Canino, G. J., Kessler, R. C., Rubio Stipeck, M., & Angst, J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities Komorbiditaet von Alkoholismus und Angststoerungen sowie depressiven Stoerungen bei Personen aus vier geografischen Einheiten. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 176-184.
- Telch, C. F., & Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *J Consult Clin Psychol*, 66(5), 768-776.
- Tohen, M., Hennen, J., Zarate, C. M., Jr., Baldessarini, R. J., Strakowski, S. M., Stoll, A. L., Faedda, G. L., Suppes, T., Gebre Medhin, P., & Cohen, B. M. (2000). Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, 157(2), 220-228.

- Trautmann Sponzel, R. D., & Zaudig, M. (1997). Diagnostik, Differentialdiagnostik und Komorbiditaet der Persoenlichkeitsstoerungen nach ICD-10 und DSM-IV Diagnosis, differential diagnosis, and comorbidity of personality disorders according to ICD-10 and DSM-IV. *Persoenlichkeitsstoerungen Theorie und Therapie*, 1(2), 51-62.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *J Anxiety Disord*, 12(3), 209-223.
- Uecok, A., Karaveli, D., Kundakci, T., & Yazici, O. (1998). Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 39(2), 72-74.
- Valleni Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Cuffe, S. P. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33(6), 782-791.
- van Balkom, A. J. L. M., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 37-45.
- van Dulmen, M. H., Grotevant, H. D., Dunbar, N., Miller, B. C., Bayley, B., Christensen, M., & Fan, X. (2002). Connecting national survey data with DSM-IV criteria. *J Adolesc Health*, 31(6), 475-481.
- Verheul, R., Kranzler, H. R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., & Rounsaville, B. J. (2000). Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers. *Acta Psychiatr Scand*, 101(2), 110-118.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 329-336.
- Vollebergh, W. A. M., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS Study. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 597-603.
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2004). Sex influences on shared risk factors for bulimia nervosa and other psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 61(3), 251-256.
- Walters, E. E., & Kendler, K. S. (1995). Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. *Am J Psychiatry*, 152(1), 64-71.
- Wang, J., & El Guebaly, N. (2004). Sociodemographic factors associated with comorbid major depressive episodes and alcohol dependence in the general population. *Can J Psychiatry*, 49(1), 37-44.
- Warner, L. A., Canino, G., & Colon, H. M. (2001). Prevalence and correlates of substance use disorders among older adolescents in Puerto Rico and the United States: a cross-cultural comparison. *Drug Alcohol Depend*, 63(3), 229-243.

- Warner, L. A., Kessler, R. C., Hughes, M., Anthony, J. C., & et al. (1995). Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(3), 219-229.
- Watson, D. C., & Sinha, B. K. (1998). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *J Clin Psychol*, 54(6), 773-780.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., Ford, C., Comorbidity of Substance, M., & Mental Illness Collaborative study team, U. K. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio Stipek, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H., & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., & et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3, Suppl), 5-10.
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br J Psychiatry*, 169(4), 451-458.
- Welkowitz, J., Welkowitz, L. A., Struening, E., Hellman, F., & Guardino, M. (2004). Panic and Comorbid Anxiety Symptoms in a National Anxiety Screening Sample: Implications for Clinical Interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(1), 69-75.
- Welkowitz, L. A., Struening, E. L., Pittman, J., Guardino, M., & Welkowitz, J. (2000). Obsessive-compulsive disorder and comorbid anxiety problems in a national anxiety screening sample. *J Anxiety Disord*, 14(5), 471-482.
- Westermeyer, J., & Eames, S. E. (1997). Clinical epidemiology of comorbid dysthymia and substance disorder. *Am J Addict*, 6(1), 48-53.
- Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *Int Clin Psychopharmacol*, 15(6), 319-328.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia Epidemiologie, Komorbiditaetsmuster und einhergehende Einschränkungen der Sozialen Phobie. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 617-641.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 417, 4-18.

- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., & Liebowitz, M. (1999). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia--findings from a controlled study. *Eur Psychiatry, 14*(3), 118-131.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry, 15*(1), 46-58.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry, 11*, 15-19.
- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl, 406*, 14-23.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med, 28*(1), 109-126.
- Wittchen, H. U., Perkonigg, A., & Reed, V. (1996). Comorbidity of mental disorders and substance use disorders Komorbiditaet bei psychischen Stoerungen und Stoerungen durch Gebrauch von Drogen. *European Addiction Research, 2*, 36-47.
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine, 29*(2), 309-323.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III--R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*(5), 355-364.
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry, 158*(4), 570-574.
- Wu, L. T., Kouzis, A. C., & Leaf, P. J. (1999). Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilization of mental health services in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry, 156*(8), 1230-1236.
- Zaider, T. I., Johnson, J. G., & Cockell, S. J. (2000). Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int J Eat Disord, 28*(1), 58-67.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry, 155*(12), 1733-1739.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry, 40*(4), 245-252.

## Anhang

Anhang A: Suchbegriffe für Literatursuche.

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

Anhang C: Anschreiben an Personen der Allgemeinbevölkerung und Formular zur Itembewertung.

Anhang D: Fragebogen zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen nach DSM-IV/ICD-10 (FRESKO-IV).

Anhang E: *Tabelle 16*. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Anhang A: Suchbegriffe für Literatursuche.



Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

Anhang C: Anschreiben an Personen der Allgemeinbevölkerung und Formular zur Itembewertung.

Anhang D: Fragebogen zur Erfassung der strukturellen Komorbidität  
psychischer Störungen nach DSM-IV/ICD-10 (FRESKO-IV).

Anhang E: *Tabelle 16*. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

## **Literaturrecherche-Stichworte:**

### **Allgemein psychische Störungen:**

(comorbid\* or co-occuren\* or cooccuren\*)  
and (mental disord\* or psychiatric disord\* or mental ill\*)

(Komorbid\*)  
and (psychische Stör\* or psychiatrische Stör\* or psychische Krankh\*)

### **- Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen:**

(comorbid\* or co-occuren\* or cooccuren\*) and (Substance-Related Disorde\* or Substance Abu\* or Substance Depend\* or Alcohol dependen\* or Alcohol abu\* or Alcoholi\* or Acute intoxicat\* or Harmful use or Dependence syndrom\*)

(Komorbid\*) and (Störun\* im Zusammenhang mi\* psychotropen Substanzen or Substanzstörun\* or Substanzmi\* or Alkoholabhängig\* or Alkoholmi\* or Alkoholism\* or Akute Intoxikati\* or schädlicher Gebrauch or Abhängigkeitssynd\*)

### **- Schizophrenie etc.:**

(comorbid\* or co-occuren\* or cooccuren\*) and (Brief Psychotic Disord\* or Delusional Disord\* or Schizoaffective Disord\* or Schizophreniform Disord\* or Schizophrenia or Shared Psychotic Disord\* or Schizophren\* or Schizophrenia or Schizotypal disord\* or Persistent delusional disord\* or Acute transient psychotic disord\* or Induced delusional disord\* or Schizoaffective disord\*)

(Komorbid\*) and (Schizophren\* or schizophreniforme Stör\* or schizoaffective Störu\* or wahnhaftige Störu\* or kurze psychotische Stör\* or schizotype Störu\* or anhaltende wahnhaftige Störun\* or schizoaffective Störun\*)

### **- Affektive Störungen:**

(comorbid\* or co-occuren\* or cooccuren\*) and (Bipolar Dis\* or Bipolar I Disord\* or Bipolar II Disord\* or Cyclothymic Disord\* or Dysthymic Disord\* or Major Depressive Disord\* or Manic Episo\* or Bipolar affective disord\* or Depressive epis\* or Recurrent depressive disor\* or Cyclothymia or Dysthymia)

(Komorbid\*) and (Depressive Störung\* or Bipolare Störun\* or Major Depressi\* or Zyklodyme Stör\* or Dysthyme Stör\* or manische Episo\* or bipolare affektive Störu\* or depressive Episo\* or rezidivierende depressive Stör\* or Zyklodymia or Dysthymia)

### **- Angststörungen:**

(comorbid\* or co-occuren\* or cooccuren\*) and (Acute Stress Disord\* or Agoraphob\* or Generalized Anxiety Disord\* or Obsessive-Compulsive Disor\* or Obsessive Compulsive Dis\* or Panic Disor\* or Posttraumatic Stress Disor\* or PTSD or Social Phob\* or Specific Phob\* or

Phobic anxiety disord\* or Agoraphob\* or Social phob\* or Panic disord\* or Generalized anxiety disord\* or GAD or Mixed anxiety and depressive disord\* or Obsessive-compulsive disord\* or Obsessive compulsive disord\* )

(Komorbid\*) and (Panikstöru\* or Agoraphob\* or spezifische Phob\* or Soziale Phob\* or Zwangsstöru\* or Posttraumatische Belastungsstöru\* or PTSD or akute Belastungsstöru\* or Generalisierte Angststöru\* or GAD or phobische Störu\* or Agoraphob\* or Soziale Phob\* or Spezifische Phob\* or isolierte Phob\* or Panikstörung or Generalisierte Angststörung or GAD or Zwangsstöru\* or akute Belastungsreakt\* or posttraumatische Belastungsstöru\* or PTSD or Anpassungsstöru\* )

- **Somatoforme Störungen:**

(comorbid\* or co-occurren\* or cooccurren\*) and (Body Dysmorphic Disord\* or Conversion Disord\* or Hypochondria\* Disord\* or Pain Disord\* or Somatization Disord\* or Undifferentiated Somatoform Disord\* or Somatoform Disord\* or Dissociative Disord\* or Dissociative Amnesia or Dissociative Fugue or Dissociative Identity Multiple Personality Disord\* or Dissociative Identity Disord\* or Depersonalization Disord\* or Neurasthenia)

(Komorbid\*) and (Somatoforme Störun\* or Somatisierungsstörun\* or undifferenzierte somatoforme Störun\* or Konversionsstöru\* or Schmerzstörun\* or Hypochondrie or Körperdysmorphie Störun\* or Dissoziative Störu\* or Dissoziative Amnesie or Dissoziative Fugue or Dissoziative Identitätsstöru\* or Depersonalisationsstöru\* or Somatisierungsstörun\* or undifferenzierte Somatisierungsstörun\* or hypochondrische Störun\* or somatoforme autonome Funktionsstöru\* or anhaltende somatoforme Schmerzstörun\* or Dissoziative Amnesie or dissoziative Fugue or dissoziativer Stupor or Neurasthenia)

- **Essstörungen:**

(comorbid\* or co-occurren\* or cooccurren\*) and (Anorexia Nervosa or Bulimia Nervosa or Eating disord\* or Anorexia nervosa or Atypical anorexia nervosa or Bulimia nervosa or Atypical bulimia nervosa or Binge Eating diso\*)

(Komorbid\*) and (Essstörun\* or Magersucht or Bulimie or atypische Essstörungen or Anorexia nervosa or bulimia nervosa or Binge Eating Disord\*)

- **Schlafstörungen:**

(comorbid\* or co-occurren\* or cooccurren\*) and (Sleep Disord\* or Dyssomni\* or Breathing-Related Sleep Disord\* or Circadian Rhythm Sleep Disord\* or Hypersomn\* or Hypersomnia Related to Another Mental Disorder or Insomn\* or Insomnia Related to Another Mental Disorder or Narcolepsy or Dyssomnia or Parasomni\* or Nightmare Disord\* or Sleep Terror Disord\* or Sleepwalking Disord\* or Nonorganic sleep disorde\* or Nonorganic insomnia or Nonorganic hypersomnia)

(Komorbid\*) and (Parasomni\* or primäre Schlafstörun\* or Dyssomni\* or Parasomni\* or Schlafstörun\* or nichtorganische Schlafstörung\* or Insomn\* or Hypersomn\*)

- **Anpassungsstörungen (ohne PTSD!):**

(comorbid\* or co-occurren\* or coocurren\*) and (Adjustment Disord\* or Acute stress reaction or adjustment disord\*)

(Komorbid\*) and (Anpassungsstöru\* or akute Belastungsreaktio\* or posttraumatische Belastungsstöru\* or Anpassungsstör\*)

- **Persönlichkeitsstörungen:**

(comorbid\* or co-occurren\* or coocurren\*) and (Antisocial Personality Disorde\* or Avoidant Personality Disorde\* or Borderline Personality Disorde\* or Dependent Personality Disorde\* or Histrionic Personality Disorde\* or Narcissistic Personality Disorde\* or Obsessive-Compulsive Personality Disord\* or Paranoid Personality Disorde\* or Schizoid Personality Disord\* or Schizotypal Personality Disorder or Personality Disord\* or Specific personality disorder\* or Paranoid personality disorde\* or Schizoid personality disorde\* or Dissocial personality disorde\* or Emotionally unstable personality disord\* or Histrionic personality disord\* or Anankastic personality disord\* or Anxious personality disorde\* or Avoidant personality disorde\* or Dependent personality disord\* or Mixed personality disord\*)

(Komorbid\*) and (Persönlichkeitsstörung\* or paranoide Persönlichkeitsstörun\* or schizoide Persönlichkeitsstörun\* or schizotypis\* Persönlichkeitsstörun\* or antisoziale Persönlichkeitsstörun\* or borderline Persönlichkeitsstörun\* or histrionische Persönlichkeitsstörun\* or narzisstische Persönlichkeitsstörun\* or vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörun\* or dependente Persönlichkeitsstörun\* or zwanghafte Persönlichkeitsstörun\* or paranoide Persönlichkeitsstörun\* or schizoide Persönlichkeitsstörun\* or dissoziale Persönlichkeitsstörun\* or emotional instabile Persönlichkeitsstörun\* or histrionische Persönlichkeitsstörun\* or anankastische Persönlichkeitsstörun\* or ängstliche Persönlichkeitsstörun\* or vermeidende Persönlichkeitsstörun\* or abhängige Persönlichkeitsstörun\*)





Institut für Psychologie, Muesmattstr.45, 3000 Bern 9

---

<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

**Institut für Psychologie,  
Lehrstuhl für Klinische Psychologie  
und Psychotherapie/  
Psychotherapeutische Praxisstelle**

**Leitung: Prof. Dr. Klaus Grawe**

Bern, 16.02.2005

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser **Expertenbefragung** teilzunehmen.

In meinem Dissertationsprojekt an der Universität Bern untersuche ich in Zusammenarbeit mit Professor Dr. K. Grawe das komorbide Auftreten von psychischen Störungen. In einem Teil dieses Projekts geht es um die Entwicklung eines diagnostischen Selbstbeurteilungsverfahrens für die psychotherapeutische Praxis. Dieser Fragebogen soll sich explizit an den Kriterien aus dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV) orientieren und spezifische Aspekte der Komorbidität für die spätere Behandlung abbilden können.

Für die Entwicklung dieses Fragebogens brauche ich nun Ihre Hilfe und möchte Ihnen bereits im voraus herzlich für das Ausfüllen der nachfolgenden Fragen danken.

Das Ausfüllen dieser Befragung wird wahrscheinlich einige Zeit in Anspruch nehmen und ich möchte Sie bitten, sich die nötige Zeit dafür zu nehmen.

Bei eventuellen Fragen oder Interesse an dem Projekt stehe ich Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüssen,

## Anleitung

Auf den folgenden Seiten sind verschiedene Störungen und Störungskriterien aus dem DSM-IV aufgeführt. Daneben finden Sie jeweils die Items, welche diese Störungen in dem Fragebogen für die Patientinnen und Patienten repräsentieren sollen.

Die Seiten sind dabei folgendermaßen aufgebaut:  
in der jeweils **linken Spalte** finden Sie die **Störungsbezeichnung** und die entsprechenden **Kriterien** für diese Störung. In der gegenüberliegenden **rechten Spalte** sind die **Items** ausformuliert (Seiten im Querformat).

Die Items werden für jede Störungskategorie mit einem Satz eingeleitet (z.B. „**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Tagen mit...**“) und folgen dann nacheinander.

Bitte gehen Sie so vor, dass sie zuerst die Kriterien für eine Störungskategorie vollständig durchlesen, dann sich Patienten mit einer solchen Störung aus Ihrer Erfahrung vergegenwärtigen und anschließend die beiden Einschätzungen auf der rechten Seite zu jedem Item ausfüllen.

Bitte entscheiden Sie dabei für *jedes einzelne* Item,

1. ob es hinsichtlich seiner Formulierung dem entsprechenden Kriterium aus dem DSM entspricht

und

2. ob das Item, mit Rückblick auf ihre klinischen Erfahrungen, die zentralen Erlebens- und Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten mit solchen Diagnosen erfasst.

Für die Einschätzungen stehen Ihnen dann jeweils folgende Antworten zur Verfügung:

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

Wichtig ist, dass Sie für jedes Item 2 Einschätzungen abgeben. Bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit „keine Erfahrung“ nur dann, wenn Sie sich sehr unsicher sind.



**Expertenbefragung zur Entwicklung eines Komorbiditätsfragebogen**

**Geschlecht:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Therapieerfahrung (in Jahren):** \_\_\_\_\_

**Major Depression**

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.
1. depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z.B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe).
  
  2. deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages.
  
  3. deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen.

**Major Depression Items:**

**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Tagen mit...**

**...einer depressiven Stimmung in Form von Traurigkeit oder einem Gefühl der Leere?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...einem verminderten Interesse oder verminderter Freude an fast allen Aktivitäten?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...einer Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust, ohne eine Diät durchzuführen?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.

**...einem gesteigerten oder verminderten Appetit?**

Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen.

**...Schlaflosigkeit oder vermehrtem Schlaf?**

Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.

**...körperlicher Unruhe oder Verlangsamung?**

Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...Müdigkeit oder Energieverlust?**

Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle an fast allen Tagen.</p> <p>8. verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen.</p> <p>9. wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.</p>	<p><b>...Gefühlen von Wertlosigkeit oder starken Schuldgefühlen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einer geringeren Fähigkeit sich zu konzentrieren oder zu entscheiden?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...wiederkehrenden Gedanken an den Tod oder sich das Leben zu nehmen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Manische Episode</b></p> <p>A. Eine mindestens einwöchige, abgegrenzte Periode mit abnorm und anhaltend gehobener, expansiver oder reizbarer Stimmung.</p>	<p><b>Manische Episode Items:</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Tagen mit...</b></p> <p><b>...einer ungewöhnlich gehobenen oder reizbaren Stimmung?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>B. Während der Periode der Stimmungsveränderung bestehen mindestens drei der folgenden Symptome in einem deutlichen Ausmaß:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. übersteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen</li>   <li>2. vermindertes Schlafbedürfnis</li>   <li>3. vermehrte Gesprächigkeit oder Rededrang</li>   <li>4. Ideenflucht oder subjektives Gefühl des Gedankenrasens</li>   <li>5. erhöhte Ablenkbarkeit</li> </ol>	<p><b>...einem übersteigerten Selbstwertgefühl?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einem verminderten Schlafbedürfnis?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einer vermehrten Gesprächigkeit oder Rededrang?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einem Gefühl von Ideenflucht oder des Gedankenrasens?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einer erhöhten Ablenkbarkeit?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
--	---

<p>6. gesteigerte Betriebsamkeit oder psychomotorische Unruhe</p> <p>7. übermäßige Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen (z.B. ungezügelt einkaufen, sexuelle Eskapaden).</p>	<p><b>...einer gesteigerten Betriebsamkeit oder körperlichen Unruhe?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einer übermäßigen Beschäftigung mit angenehmen Tätigkeiten wie z.B. ungezügelt einkaufen oder sexuellen Eskapaden, die unangenehme Konsequenzen nach sich gezogen haben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Substanzmissbrauch</b></p> <p>A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens eines der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraum manifestiert:</p> <p>1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt.</p> <p>2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.</p>	<p><b>Substanzmissbrauch Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten ein wiederholtes Einnehmen von Substanzen wie z.B. Alkohol, Cannabis, Kokain oder anderen Drogen, welches...</b></p> <p><b>... zu Schwierigkeiten zum Beispiel bei der Arbeit oder zu Hause geführt hat?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>... zu einer körperlichen Gefährdung hätte führen können (z.B. angetrunken Autofahren)?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>



Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>3. Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch.</p> <p>4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.</p>	<p><b>...zu Problemen mit dem Gesetz geführt hat?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...zu wiederholten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten geführt hat (z.B. mit Partner/in oder Freunden)?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Substanzabhängigkeit</b></p> <p>A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toleranzentwicklung             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen,</li> <li>b. Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Substanzabhängigkeit Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten in Bezug auf bestimmte Substanzen wie z.B. Alkohol, Cannabis, Kokain oder anderen Drogen...</b></p> <p><b>...ein starkes Verlangen mehr von diesen einzunehmen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie mehr von ihnen konsumieren mussten, um einen Effekt zu spüren?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p>2. Entzugssymptome</p> <p>a. charakteristisches Entzugssyndrom der jeweiligen Substanz</p>     <p>b. dieselbe Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.</p>     <p>3. Die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen.</p>     <p>4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.</p>	<p><b>...dass Sie bestimmte Symptome wie z.B. Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches erlebt, wenn Sie diese Substanz nicht konsumierten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie sie eingenommen haben, um bestimmte Symptome wie z.B. Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches zu lindern oder zu vermeiden?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie sie in größeren Mengen eingenommen haben, als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie den Wunsch hatten, sie eigentlich weniger zu konsumieren?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
--	---

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihrer Wirkung zu erholen.</p> <p>6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.</p> <p>7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch die Substanz verursacht oder verstärkt wurde.</p>	<p><b>...dass Sie viel Zeit investiert haben, um sie sich zu beschaffen, sie zu konsumieren oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie Ihre sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten aufgrund ihres Konsums aufgegeben oder eingeschränkt haben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>... dass körperliche oder psychische Probleme aufgrund des regelmäßigen Konsums aufgetreten sind?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
--	---

**Panikattacke**

A. Eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagens, bei der mindestens 4 der nachfolgend genannten Symptome abrupt auftreten und innerhalb von 10 Minuten einen Höhepunkt erreichen:

1. Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag

2. Schwitzen

3. Zittern oder Beben

**Panikattacke Items**

**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...**

**...eine oder mehrere Episoden von panikartiger und intensiver Angst?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**Erlebten Sie bei diesen Episoden oder Panikattacken...**

**...Beschwerden wie Herzklopfen oder einen beschleunigten Herzschlag?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...vermehrtes Schwitzen?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...ein Zittern oder Beben?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

<p>4. Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot</p>	<p><b>...Gefühle der Kurzatmigkeit oder Atemnot?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>5. Erstickungsgefühle</p>	<p><b>...Erstickungsgefühle?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>6. Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust</p>	<p><b>...Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>7. Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden</p>	<p><b>...Übelkeit oder Magen- und Darm-Beschwerden?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>8. Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein</p>	<p><b>...Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder das Gefühl einer Ohnmacht nahe zu sein?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p>9. Derealisation oder Depersonalisation</p>	<p><b>...Gefühle von Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen von der eigenen Person?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>10. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden</p>	<p><b>...eine Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>11. Angst zu sterben</p>	<p><b>...Angst zu sterben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>12. Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)</p>	<p><b>...ein Gefühl von Taubheit oder Kribbeln?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>13. Hitzewallungen oder Kälteschauer</p>	<p><b>...Hitzewallungen oder Kälteschauer?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

**Panikstörung**

A. Sowohl (1) als auch (2):

1. wiederkehrende unerwartete Panikattacken
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome:
  - a. anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  - b. Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  - c. Deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken

**Panikstörung Items**

**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...**

**...dass wiederholte und unerwartete Auftreten von solchen Episoden oder Panikattacken?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie sich Sorgen machten über ein weiteres Auftreten solcher Panikattacken?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie sich Sorgen machten über die Bedeutung und Konsequenzen solcher Panikattacken?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie angefangen haben, sich anders zu verhalten aufgrund solcher Panikattacken?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

### Agoraphobie

- A. Angst, an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder wo im Falle einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte. Agoraphobische Ängste beziehen sich typischerweise auf charakteristische Muster von Situationen: z.B. alleine außer Haus zu sein, in einer Menschenmenge zu sein, in einer Schlange zu stehen, auf einer Brücke zu sein, Reisen im Bus, Zug oder Auto.
- B. Die Situationen werden vermieden oder sie werden nur mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome durchgestanden bzw. können nur in Begleitung aufgesucht werden.

### Agoraphobie Items

#### Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...

**...dass Sie Angst hatten an bestimmten Orten zu sein, wo das Auftreten von solchen Panikattacken Ihnen Schwierigkeiten bereitet hätte wie z.B. alleine außer Haus zu gehen, in einer Menschenmenge zu sein oder ähnliches?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie angefangen haben, diese bestimmten Orte und Situationen zu vermeiden?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie diese bestimmten Orte und Situationen nur mit deutlichem Unbehagen oder in Begleitung anderer haben aufsuchen können?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung



Spezifische Phobie	Spezifische Phobie Items
<p>A. Ausgeprägte und anhaltende Angst, die übertrieben oder unbegründet ist und die durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird (z.B. Fliegen, Höhen, Tiere, eine Spritze bekommen, Blut sehen).</p>	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine ausgeprägte Angst, die durch bestimmte Objekte/Situationen oder Ihre Vorstellung davon ausgelöst wird wie z.B. Fliegen, große Höhen, bestimmte Tiere oder eine Spritze bekommen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>B. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.</p>	<p><b>...dass die Konfrontation mit diesem Objekt oder dieser Situation fast immer eine Angstreaktion hervorgerufen hat?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>C. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.</p>	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Angst eigentlich übertrieben oder unbegründet ist?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>D. Die phobischen Situationen werden gemieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen.</p>	<p><b>...dass Sie angefangen haben, diese Objekte oder Situationen zu vermeiden oder nur unter starker Angst auszuhalten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>E. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen schränkt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen ein, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person.</p>	<p><b>...dass das Vermeiden dieser Objekte und Situationen oder Ihre Angst davor Sie in Ihrer Lebensführung eingeschränkt hat (z.B. im Beruf, in der Freizeit oder in ihren Beziehungen)?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Soziale Phobie</b></p> <p>A. Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Der Betroffenen befürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.</p> <p>B. Die Konfrontation mit der gefürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.</p> <p>C. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.</p>	<p><b>Soziale Phobie Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>... eine ausgeprägte Angst vor sozialen Anlässen oder Leistungssituationen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...eine Angst in solchen Situationen von anderen beurteilt zu werden und ein Verhalten zu zeigen, welches peinlich sein könnte?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Angst vor solchen sozialen Situationen eigentlich übertrieben oder unbegründet ist?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p>D. Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen.</p>	<p><b>...dass Sie angefangen haben solche sozialen Situationen zu vermeiden oder nur unter starker Angst auszuhalten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Zwangsstörung</b></p> <p>A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen:</p> <p><i>Zwangsgedanken, wie durch 1,2,3 und 4 definiert</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. wiederkehrende und anhaltende Gedanken, Impulse oder Vorstellungen, die zeitweise während der Störung als aufdringlich und unangemessen empfunden werden und die ausgeprägte Angst und großes Unbehagen hervorrufen,</li></ol>	<p><b>Zwangsstörung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen wie z.B. sich anzustecken oder verschmutzt zu werden, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen wie z.B. eine Tür nicht geschlossen zu haben oder ähnliches, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p>2. die Gedanken, Impulse oder Vorstellungen sind nicht nur übertriebene Sorgen über reale Lebensprobleme,</p> <p>3. die Person versucht, diese Gedanken, Impulse oder Vorstellungen zu ignorieren oder zu unterdrücken oder sie mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeit zu neutralisieren,</p>	<p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen von Ordnung und Unordnung, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen aggressiver oder sexueller Art, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass diese Gedanken oder Vorstellungen mehr als Sorgen über reale Lebensprobleme sind?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie versuchten diese Gedanken oder Vorstellungen zu ignorieren, zu unterdrücken oder mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten abzuschwächen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
---	--

4. die Person erkennt, dass die Zwangsgedanken, -impulse oder -vorstellungen ein Produkt des eigenen Geistes sind (nicht von außen auferlegt wie bei Gedankeneingebung)

*Zwangshandlungen, wie durch 1 und 2 definiert*

1. wiederholte Verhaltensweisen (z.B. Händewaschen, Ordnen, Kontrollieren) oder gedankliche Handlungen (z.B. Beten, Zählen, Wörter leise Wiederholen) zu denen sich die Person als Reaktion auf einen Zwangsgedanken oder aufgrund von streng zu befolgenden Regeln gezwungen fühlt,

2. die Verhaltensweisen oder die gedanklichen Handlungen dienen dazu, Unwohlsein zu verhindern oder zu reduzieren oder gefürchteten Ereignissen oder Situationen vorzubeugen; diese Verhaltensweisen oder gedanklichen Handlungen stehen jedoch in keinem realistischen Bezug zu dem, was sie zu neutralisieren oder zu verhindern versuchen.

**...dass Sie erkannten, dass diese Gedanken oder Vorstellungen ein Produkt Ihrer eigenen Gedanken sind?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie sich zu wiederholten Handlungen wie z.B. Händewaschen, Ordnen oder Kontrollieren von Dingen durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie sich zu wiederholten gedanklichen Handlungen wie z.B. Beten, Zählen oder Wörter leise wiederholen durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie diese Verhaltensweisen durchführten, um ein Unwohlsein zu verhindern, zu reduzieren oder gefürchteten Situationen vorzubeugen?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>B. Zu irgendeinem Zeitpunkt im Verlauf der Störung hat die Person erkannt, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unbegründet sind.</p> <p>C. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen verursachen erhebliche Belastung, sind zeitaufwendig (benötigen mehr als 1 Stunde pro Tag) oder beeinträchtigen deutlich die normale Tagesroutine der Person, ihre beruflichen Funktionen oder die üblichen Aktivitäten und Beziehungen.</p>	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Verhaltensweisen eigentlich übertrieben oder unbegründet sind?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>... dass diese Gedanken und Verhaltensweisen eine erhebliche Belastung verursachten, zeitaufwendig sind und Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigt haben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Posttraumatische Belastungsstörung</b></p> <p>A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.</li> <li>2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.</li> </ol>	<p><b>Posttraumatische Belastungsstörung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie irgendwann in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...ein oder mehrere Ereignisse bei denen Sie oder das Leben anderer gefährdet war oder eine Gefahr für ihre körperliche Gesundheit bestand?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei einem solchen Ereignis?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

1. wiederkehrenden und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

2. wiederkehrende belastende Träume von dem Ereignis

3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt

4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

**...wiederkehrende und belastende Erinnerungen an das Ereignis?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...wiederkehrende und belastende Träume von dem Ereignis?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie handelten oder sich fühlten, als ob das Ereignis wiederkehren würde?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...dass Sie sich belastet fühlten bei der Konfrontation mit den Dingen, Situationen oder Gedanken, die Sie an das Ereignis erinnerten?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität.

1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,

**...dass Sie Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das Ereignis vermieden haben?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,

**...dass Sie bewusst Aktivitäten, Orte oder Menschen vermieden haben, welche Sie an das Ereignis hätten erinnern können?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,

**...dass Sie wichtige Aspekte des Ereignisses vergessen haben?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,

**...dass Sie seit dem Ereignis deutlich weniger Interesse und Teilnahme an Aktivitäten gezeigt haben?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung



5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,

**...ein Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen seit dem Ereignis?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts,

**...eine eingeschränkere Breite Ihrer sonstigen Gefühle seit dem Ereignis?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

7. Gefühl der eingeschränkten Zukunft,

**...ein Gefühl einer eingeschränkten Zukunft seit dem Ereignis?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal

**Erlebten Sie folgende Schwierigkeiten und Verhaltensweisen seit dem Ereignis?:**

1. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,

**...Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

<p>2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche</p>	<p><b>...Reizbarkeit oder Wutausbrüche?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>3. Konzentrationsschwierigkeiten</p>	<p><b>...Konzentrationsschwierigkeiten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>4. übermäßige Wachsamkeit</p>	<p><b>...übermäßige Wachsamkeit?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>5. übertriebene Schreckreaktion</p>	<p><b>...ausgeprägte Schreckreaktionen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

**Akute Belastungsstörung**

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren:
1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einer oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
  
  2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome:
1. subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit
  
  2. Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt

**Akute Belastungsstörung Items**

**Erlebten Sie in den letzten 4 Wochen...**

**...ein oder mehrere Ereignisse bei denen Sie oder das Leben anderer gefährdet war oder eine Gefahr für ihre körperliche Gesundheit bestand?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**... intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei diesem Ereignis?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**Erlebten Sie seit diesem Ereignis...**

**...eine gefühlsmäßige Taubheit oder ein Gefühl von Losgelöstheit zu der Welt um Sie herum?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...eine Beeinträchtigung Ihrer bewussten Wahrnehmung der Umwelt?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

<p>3. Derealisationserleben 4. Depersonalisationserleben</p> <p>5. dissoziative Amnesie.</p> <p>C. Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden, oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.</p> <p>D. Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z.B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).</p>	<p><b>...Gefühle von Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen von der eigenen Person?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie wichtige Aspekte des Ereignisses vergessen haben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie das Ereignis durch wiederkehrende Bilder, Gedanken oder Träume ständig wiedererlebt haben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...dass Sie Gedanken, Gefühle, Gespräche oder Aktivitäten vermieden haben, welche Sie an das Ereignis hätten erinnern können?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
--	---

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>E. Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).</p>	<p><b>...deutliche Anzeichen von Angst oder einer erhöhten Erregbarkeit (wie z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder motorische Unruhe)</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Generalisierte Angststörung</b></p> <p>A. Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (wie etwa der Arbeit oder Schulleistungen), die während mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten.</p> <p>B. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.</p> <p>C. Die Angst und Sorge sind mit mindestens drei der folgenden 6 Symptome verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage vorlagen):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruhelosigkeit oder ständiges „auf dem Spring sein“</li> </ol>	<p><b>Generalisierte Angststörung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten <u>an der Mehrzahl der Tage...</u></b></p> <p><b>...eine übermäßige Angst und Sorge bezüglich verschiedener Ereignisse oder Tätigkeiten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...Schwierigkeiten diese Sorgen zu kontrollieren?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...ein ständiges Gefühl von Ruhelosigkeit?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p>2. leichte Ermüdbarkeit</p>	<p><b>...eine leichte Ermüdbarkeit?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf</p>	<p><b>...Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>4. Reizbarkeit</p>	<p><b>...Reizbarkeit?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>5. Muskelspannung</p>	<p><b>...Muskelspannung?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p>6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf)</p>	<p><b>...Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten oder unruhigen und nicht erholsamen Schlaf?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

**Somatisierungsstörung**

- A. Eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden, die vor dem 30. Lebensjahr begannen, über mehrere Jahre auftraten und zum Aufsuchen einer Behandlung oder zu deutlichen Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führten.
- B. Jedes der folgenden Kriterien muss erfüllt gewesen sein, wobei die einzelnen Symptome irgendwann im Verlauf der Störung aufgetreten sein müssen:
1. *vier Schmerzsymptome*: eine Vorgeschichte von Schmerzsymptomen, die mindestens vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen (z.B. Kopf, Abdomen, Rücken, Gelenke, Extremitäten, Brust, Rektum, während der Menstruation, während des Geschlechtsverkehrs oder während des Wasserlassens),
  2. *zwei gastrointestinale Symptome*: eine Vorgeschichte von mindestens zwei gastrointestinalen Symptomen außer Schmerzen (z.B. Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen außer während einer Schwangerschaft, Durchfall, Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen),
  3. *ein sexuelles Symptom*: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom im Bereich Sexualität oder Fortpflanzung außer Schmerzen (z.B. sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions- oder Ejakulationsstörungen, unregelmäßige Menstruationen, sehr starke Menstruationsblutungen, Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft),

**Somatisierungsstörung Items**

**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten, dass folgende Probleme und Beschwerden seit längerer Zeit bestehen und bereits oft zum Aufsuchen einer Behandlung geführt haben, ohne für Sie ausreichend aufgeklärt zu werden...**

**...eine Vielzahl von unterschiedlichen körperlichen Beschwerden?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen wie z.B. Kopf, Bauch, Rücken oder Gelenken?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**...Beschwerden wie Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen oder Durchfall?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

**....Probleme wie sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions-, oder Ejakulationsprobleme oder Menstruationsprobleme (bei Frauen)?**

*Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut

*Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?*

- gar nicht       mittelmäßig       sehr gut       keine Erfahrung

<p>4. <i>ein pseudoneurologisches Symptom</i>: eine Vorgeschichte von mindestens einem Symptom oder Defizit (nicht begrenzt auf Schmerz), das einen neurologischen Krankheitsfaktor nahelegt (Konversionssymptome wie z.B. Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen oder lokalisierte Muskelschwäche, Schluckschwierigkeiten oder Kloßgefühl im Hals, Aphonie, Harnverhaltung, Halluzinationen, Verlust der Berührungs- oder Schmerzempfindung, Sehen von Doppelbildern, Blindheit, Taubheit, (Krampf-)Anfälle; dissoziative Symptome wie z.B. Amnesie oder Bewußtseinsverluste, jedoch nicht einfache Ohnmacht).</p>	<p><b>....Beschwerden wie Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Kloßgefühle im Hals, Gefühle von Taubheit oder Sehen von Doppelbildern?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Konversionsstörung</b></p> <p>A. Ein oder mehrere Symptome oder Ausfälle der willkürlichen motorischen oder sensorischen Funktionen, die einen neurologischen oder sonstigen medizinischen Krankheitsfaktor nahe legen.</p> <p>B. Ein Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und dem Symptom oder Ausfall wird angenommen, da Konflikte oder andere Belastungsfaktoren dem Beginn oder der Exazerbation des Symptoms oder des Ausfalls vorausgehen.</p>	<p><b>Konversionsstörung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>....Beschwerden wie Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Kloßgefühle im Hals, Gefühle von Taubheit oder Sehen von Doppelbildern, welche bisher für Sie nicht ausreichend aufgeklärt werden konnten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einen für Sie deutlichen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und anderen Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>



<p><b>Schmerzstörung</b></p> <p>A. Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Region(en) stehen im Vordergrund des klinischen Bildes und sind von ausreichendem Schweregrad, um klinische Beachtung zu rechtfertigen.</p> <p>B. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen.</p>	<p><b>Schmerzstörung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen wie Kopf, Bauch, Rücken oder Gelenken, welche bisher für Sie nicht ausreichend aufgeklärt werden konnten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einen für Sie deutlichen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und anderen Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Hypochondrie</b></p> <p>A. Übermäßige Beschäftigung mit der Angst oder der Überzeugung, eine ernsthafte Krankheit zu haben, was auf einer Fehlinterpretation körperlicher Symptome durch die betroffene Person beruht.</p>	<p><b>Hypochondrie Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine Angst oder Überzeugung an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, obwohl kein entsprechender medizinischer Befund vorlag?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>B. Die Beschäftigung mit den Krankheitsängsten bleibt trotz angemessener medizinischer Abklärung und Rückversicherung durch den Arzt bestehen.</p>	<p><b>...eine anhaltende Beschäftigung mit dieser Angst oder Überzeugung, obwohl Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen versichert hat, nicht an einer Krankheit zu leiden?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Körperdysmorphie Störung</b></p> <p>A. Übermäßige Beschäftigung mit einem eingebildeten Mangel oder einer Entstellung in der äußeren Erscheinung. Wenn eine leichte körperliche Anomalie vorliegt, so ist die Besorgnis der betroffenen Person stark übertrieben.</p>	<p><b>Körperdysmorphie Störung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine übermäßige Beschäftigung mit einem Makel Ihrer äußeren Erscheinung?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Störung mit verminderter Sexueller Appetenz</b></p> <p>A. Anhaltender oder wiederkehrender Mangel an (oder Fehlen von) sexuellen Phantasien und des Verlangens nach sexueller Aktivität.</p>	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...einen anhaltenden oder wiederkehrenden Mangel an sexuellem Interesse?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p><b>Störung mit Sexueller Aversion</b></p> <p>A. Anhaltende oder wiederkehrende extreme Aversion gegenüber und Vermeidung von jeglichem (oder fast jeglichem) genitalem Kontakt mit einem Sexualpartner.</p> <p><b>Störung der sexuellen Erregung bei der Frau</b></p> <p>A. Anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, Lubrikation und Anschwellung der äußeren Genitale als Zeichen genitaler Erregung zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.</p> <p><b>Erektionsstörung beim Mann</b></p> <p>A. Anhaltende oder wiederkehrende Unfähigkeit, eine adäquate Erektion zu erlangen oder bis zur Beendigung der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten.</p> <p><b>Weibliche/Männliche Orgasmusstörung</b></p> <p>A. Eine anhaltende oder wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach einer normalen sexuellen Erregungsphase.</p> <p><b>Ejaculatio Praecox</b></p> <p>A. Anhaltendes oder wiederkehrendes Auftreten einer Ejakulation bei minimaler sexueller Stimulation vor, bei oder kurz nach der Penetration und bevor die Person es wünscht.</p>	<p><b>...eine anhaltende oder wiederkehrende Abneigung oder Vermeidung von sexuellen Aktivitäten mit einem Partner/einer Partnerin?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...eine anhaltende oder immer wiederkehrende Schwierigkeit Ihre geschlechtliche Erregung zu erlangen oder bis zum Ende der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...eine anhaltende oder immer wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach eigentlich normaler sexueller Aktivität?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...(bei Männern) einen anhaltenden oder immer wiederkehrenden frühzeitigen Samenerguss, bevor Sie es eigentlich wünschten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
---	---

<p><b>Allen Störungsbildern folgt im DSM das Kriterium:</b></p> <p>B. Das Störungsbild verursacht deutliches Leiden oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten.</p>	<p><b>Hat Ihnen das Auftreten von diesen Schwierigkeiten Mühe bereitet oder führten diese zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Anorexia Nervosa</b></p> <p>A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten.</p> <p>B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.</p>	<p><b>Anorexia Nervosa Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...ein Bestreben Ihr Gewicht zu halten oder abzunehmen, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p>C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.</p> <p>D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.</p>	<p><b>...oder hatten Sie das Gefühl, dass Sie eine andere Wahrnehmung Ihrer eigenen Figur haben, als Ihre Mitmenschen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...einen starken Einfluss Ihres Körpergewichts oder Ihrer Figur auf Ihre Selbstbewertung?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...(nur Frauen!) das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Monatsblutungen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Bulimia Nervosa</b></p> <p>A. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“ Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.</li> </ol>	<p><b>Bulimia Nervosa Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...wiederkehrende Episoden von „Fressattacken“, in denen Sie große Mengen von Nahrung in relativ kurzer Zeit zu sich genommen haben?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i>  <input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

Anhang B: Anschreiben an Experten und Formular zur Itembewertung.

<p>2. Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).</p> <p>B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.</p>	<p><b>...das Gefühl bei solchen Episoden die Kontrolle über Ihr Essverhalten zu verlieren?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...die wiederholte Anwendung von Maßnahmen gegen eine Gewichtszunahme wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, anderen Arzneimitteln oder Fasten?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
<p><b>Primäre Insomnie</b></p> <p>A. Die im Vordergrund stehende Beschwerde besteht in Ein- und Durchschlafschwierigkeiten oder in nicht erholsamem Schlaf seit mindestens einem Monat.</p> <p><b>Primäre Hypersomnie</b></p> <p>A. Die vorherrschende Beschwerde ist übermäßige Schläfrigkeit seit mindestens einem Monat, die sich entweder durch verlängerte Schlafepisoden oder durch fast täglich auftretende Schlafepisoden am Tage äußert.</p>	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Wochen,...</b></p> <p><b>...in denen Sie Schwierigkeiten hatten ein- bzw. durchzuschlafen oder nicht erholsam schliefen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Wochen,...</b></p> <p><b>... in denen Sie sich übermäßig schläfrig fühlten, länger schliefen als sonst oder am Tag öfters schliefen?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>

<p><b>Anpassungsstörung</b></p> <p>A. Die Entwicklung von emotionalen oder verhaltensmäßigen Symptomen als Reaktion auf einen identifizierbaren Belastungsfaktor, die innerhalb von 6 Monaten nach Beginn der Belastung auftreten.</p> <p>B. Diese Symptome oder Verhaltensweisen sind insofern klinisch bedeutsam, als sie,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. zu deutlichem Leiden führen, welches über das hinausgeht, was man bei Konfrontation mit diesem Belastungsfaktor erwarten würde,</li><li>2. zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen führen.</li></ol>	<p><b>Anpassungsstörung Items</b></p> <p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten, dass Sie als Reaktion auf eine Belastung wie z.B. das Ende einer Beziehung, Arbeitsplatzwechsel, den Tod einer nahestehenden Person oder ähnliches, folgende Gefühle oder Verhaltensweisen zeigten:</b></p> <p><b>...ein für Sie ausgeprägtes Leiden unter dieser Belastung?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p> <p><b>...eine Beeinträchtigung in Ihren alltäglichen Anforderungen (z.B. Freunde, Familie oder Beruf)?</b></p> <p><i>Übereinstimmung mit DSM-Kriterium ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut</p> <p><i>Übereinstimmung mit klinischer Erfahrung ?</i></p> <p><input type="radio"/> gar nicht      <input type="radio"/> mittelmäßig      <input type="radio"/> sehr gut      <input type="radio"/> keine Erfahrung</p>
--	--

Vielen Dank für das Ausfüllen der Einschätzungen und überprüfen Sie bitte nochmals, ob Sie am Beginn der Expertenbefragung ihr Geschlecht, Alter und Therapieerfahrung eingetragen haben.

Herzlichen Dank,  
S. Tholen



Institut für Psychologie, Muesmattstr.45, 3000 Bern 9

---

<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

**Institut für Psychologie,  
Lehrstuhl für Klinische Psychologie  
und Psychotherapie**

**Leitung: Prof. Dr. Klaus Grawe**

Bern, 18.04.2005

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an dieser Befragung teilzunehmen.

In einem Projekt an der Universität Bern entwickle ich mit Prof. Dr. K. Grawe einen Fragebogen, welcher bestimmte Probleme und Verhaltensweisen bei Patientinnen und Patienten erfassen soll.

Um diesen Fragebogen zu entwickeln, brauche ich nun Ihre Hilfe. Sie finden auf den nächsten Seiten Fragen, welche sich auf das Auftreten bestimmter Probleme und Verhaltensweisen beziehen. Bitte entscheiden Sie für jede einzelne Frage, wie verständlich die Frage für Sie formuliert ist.

Es geht hier also nicht darum, ob Sie solche Verhaltensweisen schon erlebt haben, sondern lediglich darum, ob die gewählten Formulierungen und damit der Inhalt der Fragen für Sie verständlich sind. Ihre Antworten dienen uns später als erste Auswahl und Bewertung der bisherigen Formulierungen.



Die Fragen sind dabei so aufgebaut, dass zunächst ein Einleitungssatz angeführt ist, wie z.B.:

**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Tagen mit...**

und dann einige Fragen folgen wie z.B.:

**...einer depressiven Stimmung in Form von Traurigkeit oder einem Gefühl der Leere?**

Bitte beziehen Sie Ihre Einschätzung zur Verständlichkeit immer auf den zweiten Teil und nicht auf den Einleitungssatz. Es stehen Ihnen dann jeweils drei mögliche Antwortkategorien zur Verfügung und Sie können einfach an der für Sie zutreffenden Stelle ein Kreuz machen:

z.B.

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht       mittelmäßig       gut

Bitte füllen Sie auch die Fragen zu ihrem Alter, Geschlecht und Beruf auf der ersten Seite aus und senden Sie den ausgefüllten Bogen einfach mit dem beigelegten Antwortkuvert an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und bei eventuellen Fragen oder Interesse an dem Projekt stehe ich Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

## Befragung zur Entwicklung eines Fragebogen

**Geschlecht:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Tagen mit...**

1 **...einer depressiven Stimmung in Form von Traurigkeit oder einem Gefühl der Leere?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

2 **...einem verminderten Interesse oder verminderter Freude an fast allen Aktivitäten?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

3 **...einer Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust, ohne eine Diät durchzuführen?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

4 **...einem gesteigerten oder verminderten Appetit?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

5 **...Schlaflosigkeit oder vermehrtem Schlaf?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

6 **...körperlicher Unruhe oder Verlangsamung?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

7	<b>...Müdigkeit oder Energieverlust?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
8	<b>...Gefühlen von Wertlosigkeit oder starken Schuldgefühlen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
9	<b>...einer geringeren Fähigkeit sich zu konzentrieren oder zu entscheiden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
10	<b>...wiederkehrenden Gedanken an den Tod oder sich das Leben zu nehmen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Tagen mit...</b>	
11	<b>...einer ungewöhnlich gehobenen oder reizbaren Stimmung?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
12	<b>...einem übersteigerten Selbstwertgefühl?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
13	<b>...einem verminderten Schlafbedürfnis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
14	<b>...einer vermehrten Gesprächigkeit oder Rededrang?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

15	<b>...einem Gefühl von Ideenflucht oder des Gedankenrasens?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
16	<b>...einer erhöhten Ablenkbarkeit?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
17	<b>...einer gesteigerten Betriebsamkeit oder körperlichen Unruhe?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
18	<b>...einer übermäßigen Beschäftigung mit angenehmen Tätigkeiten wie z.B. ungezügelt einkaufen oder sexuellen Eskapaden, die unangenehme Konsequenzen nach sich gezogen haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten ein wiederholtes Einnehmen von Substanzen wie z.B. Alkohol, Cannabis, Kokain oder anderen Drogen, welches...</b>	
19	<b>... zu Schwierigkeiten zum Beispiel bei der Arbeit oder zu Hause geführt hat?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
20	<b>... zu einer körperlichen Gefährdung hätte führen können (z.B. angetrunken Autofahren)?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
21	<b>...zu Problemen mit dem Gesetz geführt hat?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
22	<b>...zu wiederholten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten geführt hat (z.B. mit Partner/in oder Freunden)?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

	<b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten in Bezug auf bestimmte Substanzen wie z.B. Alkohol, Cannabis, Kokain oder anderen Drogen...</b>
23	<b>...ein starkes Verlangen mehr von diesen einzunehmen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
24	<b>...dass Sie mehr von ihnen konsumieren mussten, um einen Effekt zu spüren?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
25	<b>...dass Sie bestimmte Symptome wie z.B. Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches erlebten, wenn Sie diese Substanz nicht konsumierten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
26	<b>...dass Sie sie eingenommen haben, um bestimmte Symptome wie z.B. Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches zu lindern oder zu vermeiden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
27	<b>...dass Sie sie in größeren Mengen eingenommen haben, als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
28	<b>...dass Sie den Wunsch hatten, sie eigentlich weniger zu konsumieren?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
29	<b>...dass Sie viel Zeit investiert haben, um sie sich zu beschaffen, sie zu konsumieren oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
30	<b>...dass Sie Ihre sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten aufgrund ihres Konsums aufgegeben oder eingeschränkt haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

31	<p><b>... dass körperliche oder psychische Probleme aufgrund des regelmäßigen Konsums aufgetreten sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
32	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine oder mehrere Episoden von panikartiger und intensiver Angst?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p> <p><b>Erlebten Sie bei diesen Episoden oder Panikattacken...</b></p>
33	<p><b>...Beschwerden wie Herzklopfen oder einen beschleunigten Herzschlag?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
34	<p><b>...vermehrtes Schwitzen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
35	<p><b>...ein Zittern oder Beben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
36	<p><b>...Gefühle der Kurzatmigkeit oder Atemnot?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
37	<p><b>...Erstickungsgefühle?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

38	<b>...Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
39	<b>...Übelkeit oder Magen- und Darm-Beschwerden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
40	<b>...Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder das Gefühl einer Ohnmacht nahe zu sein?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
41	<b>...Gefühle von Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen von der eigenen Person?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
42	<b>...eine Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
43	<b>...Angst zu sterben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
44	<b>...ein Gefühl von Taubheit oder Kribbeln?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
45	<b>...Hitzewallungen oder Kälteschauer?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

46	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...dass wiederholte und unerwartete Auftreten von solchen Episoden oder Panikattacken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
47	<p><b>...dass Sie sich Sorgen machten über ein weiteres Auftreten solcher Panikattacken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
48	<p><b>...dass Sie sich Sorgen machten über die Bedeutung und Konsequenzen solcher Panikattacken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
49	<p><b>...dass Sie angefangen haben, sich anders zu verhalten aufgrund solcher Panikattacken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
50	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...dass Sie Angst hatten an bestimmten Orten zu sein, wo das Auftreten von solchen Panikattacken Ihnen Schwierigkeiten bereitet hätte wie z.B. alleine außer Haus zu gehen, in einer Menschenmenge zu sein oder ähnliches?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
51	<p><b>...dass Sie angefangen haben, diese bestimmten Orte und Situationen zu vermeiden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
52	<p><b>...dass Sie diese bestimmten Orte und Situationen nur mit deutlichem Unbehagen oder in Begleitung anderer haben aufsuchen können?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>



53	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine ausgeprägte Angst, die durch bestimmte Objekte/Situationen oder Ihre Vorstellung davon ausgelöst wird wie z.B. Fliegen, große Höhen, bestimmte Tiere oder eine Spritze bekommen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
54	<p><b>...dass die Konfrontation mit diesem Objekt oder dieser Situation fast immer eine Angstreaktion hervorgerufen hat?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
55	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Angst eigentlich übertrieben oder unbegründet ist?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
56	<p><b>...dass Sie angefangen haben, diese Objekte oder Situationen zu vermeiden oder nur unter starker Angst auszuhalten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
57	<p><b>...dass das Vermeiden dieser Objekte und Situationen oder Ihre Angst davor Sie in Ihrer Lebensführung eingeschränkt hat (z.B. im Beruf, in der Freizeit oder in ihren Beziehungen)?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
58	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>... eine ausgeprägte Angst vor sozialen Anlässen oder Leistungssituationen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
59	<p><b>...eine Angst in solchen Situationen von anderen beurteilt zu werden und ein Verhalten zu zeigen, welches peinlich sein könnte?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

60	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Angst vor solchen sozialen Situationen eigentlich übertrieben oder unbegründet ist?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
61	<p><b>...dass Sie angefangen haben solche sozialen Situationen zu vermeiden oder nur unter starker Angst auszuhalten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p>	
62	<p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen wie z.B. sich anzustecken oder verschmutzt zu werden, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
63	<p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen wie z.B. eine Tür nicht geschlossen zu haben oder ähnliches, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
64	<p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen von Ordnung und Unordnung, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
65	<p><b>...aufdringliche und wiederkehrende Gedanken oder Vorstellungen aggressiver oder sexueller Art, welche eine ausgeprägte Angst und Unbehagen bei Ihnen hervorriefen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
66	<p><b>...dass diese Gedanken oder Vorstellungen mehr als Sorgen über reale Lebensprobleme sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

67	<p><b>...dass Sie versuchten diese Gedanken oder Vorstellungen zu ignorieren, zu unterdrücken oder mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten abzuschwächen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
68	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Gedanken oder Vorstellungen ein Produkt Ihrer eigenen Gedanken sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
69	<p><b>...dass Sie sich zu wiederholten Handlungen wie z.B. Händewaschen, Ordnen oder Kontrollieren von Dingen durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
70	<p><b>...dass Sie sich zu wiederholten gedanklichen Handlungen wie z.B. Beten, Zählen oder Wörter leise wiederholen durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
71	<p><b>...dass Sie diese Verhaltensweisen durchführten, um ein Unwohlsein zu verhindern, zu reduzieren oder gefürchteten Situationen vorzubeugen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
72	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Verhaltensweisen eigentlich übertrieben oder unbegründet sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
73	<p><b>... dass diese Gedanken und Verhaltensweisen eine erhebliche Belastung verursachten, zeitaufwendig sind und Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigt haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

	<b>Erlebten Sie irgendwann in den letzten 6 Monaten...</b>
74	<b>...ein oder mehrere Ereignisse bei denen Sie oder das Leben anderer gefährdet war oder eine Gefahr für ihre körperliche Gesundheit bestand?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
75	<b>...eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei einem solchen Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
76	<b>...wiederkehrende und belastende Erinnerungen an das Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
77	<b>...wiederkehrende und belastende Träume von dem Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
78	<b>...dass Sie handelten oder sich fühlten, als ob das Ereignis wiederkehren würde?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
79	<b>...dass Sie sich belastet fühlten bei der Konfrontation mit den Dingen, Situationen oder Gedanken, die Sie an das Ereignis erinnerten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
80	<b>...dass Sie Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das Ereignis vermieden haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
81	<b>...dass Sie bewusst Aktivitäten, Orte oder Menschen vermieden haben, welche Sie an das Ereignis hätten erinnern können?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

82	<b>...dass Sie wichtige Aspekte des Ereignisses vergessen haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
83	<b>...dass Sie seit dem Ereignis deutlich weniger Interesse und Teilnahme an Aktivitäten gezeigt haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
84	<b>...ein Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen seit dem Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
85	<b>...eine eingeschränkere Breite Ihrer sonstigen Gefühle seit dem Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
86	<b>...ein Gefühl einer eingeschränkten Zukunft seit dem Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
	<b>Erlebten Sie folgende Schwierigkeiten und Verhaltensweisen seit dem Ereignis?:</b>
87	<b>...Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
88	<b>...Reizbarkeit oder Wutausbrüche?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
89	<b>...Konzentrationsschwierigkeiten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

90	<b>...übermäßige Wachsamkeit?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut
91	<b>...ausgeprägte Schreckreaktionen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut
<b>Erlebten Sie in den letzten 4 Wochen...</b>	
92	<b>...ein oder mehrere Ereignisse bei denen Sie oder das Leben anderer gefährdet war oder eine Gefahr für ihre körperliche Gesundheit bestand?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut
93	<b>... intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei diesem Ereignis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut
<b>Erlebten Sie seit diesem Ereignis...</b>	
94	<b>...eine gefühlsmäßige Taubheit oder ein Gefühl von Losgelöstheit zu der Welt um Sie herum?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut
95	<b>...eine Beeinträchtigung Ihrer bewussten Wahrnehmung der Umwelt?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut
96	<b>...Gefühle von Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen von der eigenen Person?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> schlecht      mittelmäßig      gut

97	<p><b>...dass Sie wichtige Aspekte des Ereignisses vergessen haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
98	<p><b>...dass Sie das Ereignis durch wiederkehrende Bilder, Gedanken oder Träume ständig wiedererlebt haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
99	<p><b>...dass Sie Gedanken, Gefühle, Gespräche oder Aktivitäten vermieden haben, welche Sie an das Ereignis hätten erinnern können?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
100	<p><b>...deutliche Anzeichen von Angst oder einer erhöhten Erregbarkeit (wie z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder motorische Unruhe)</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten <u>an der Mehrzahl der Tage...</u></b></p>	
101	<p><b>...eine übermäßige Angst und Sorge bezüglich verschiedener Ereignisse oder Tätigkeiten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
102	<p><b>...Schwierigkeiten diese Sorgen zu kontrollieren?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
103	<p><b>...ein ständiges Gefühl von Ruhelosigkeit?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

104	<b>...eine leichte Ermüdbarkeit?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
105	<b>...Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
106	<b>...Reizbarkeit?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
107	<b>...Muskelspannung?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
108	<b>...Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten oder unruhigen und nicht erholsamen Schlaf?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten, dass folgende Probleme und Beschwerden seit längerer Zeit bestehen und bereits oft zum Aufsuchen einer Behandlung geführt haben, ohne für Sie ausreichend aufgeklärt zu werden...</b>	
109	<b>...eine Vielzahl von unterschiedlichen körperlichen Beschwerden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
110	<b>...Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen wie z.B. Kopf, Bauch, Rücken oder Gelenken?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
111	<b>...Beschwerden wie Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen oder Durchfall?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut



<p>112</p>	<p><b>....Probleme wie sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions-, oder Ejakulationsprobleme oder Menstruationsprobleme (bei Frauen)?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p>113</p>	<p><b>....Beschwerden wie Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Kloßgefühle im Hals, Gefühle von Taubheit oder Sehen von Doppelbildern?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p>114</p>	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>....Beschwerden wie Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Kloßgefühle im Hals, Gefühle von Taubheit oder Sehen von Doppelbildern, welche bisher für Sie nicht ausreichend aufgeklärt werden konnten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p>115</p>	<p><b>...einen für Sie deutlichen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und anderen Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p>116</p>	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen wie Kopf, Bauch, Rücken oder Gelenken, welche bisher für Sie nicht ausreichend aufgeklärt werden konnten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p>117</p>	<p><b>...einen für Sie deutlichen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und anderen Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

118	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine Angst oder Überzeugung an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, obwohl kein entsprechender medizinischer Befund vorlag?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
119	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine anhaltende Beschäftigung mit dieser Angst oder Überzeugung, obwohl Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen versichert hat, nicht an einer Krankheit zu leiden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
120	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine übermäßige Beschäftigung mit einem Makel Ihrer äußeren Erscheinung?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
121	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...einen anhaltenden oder wiederkehrenden Mangel an sexuellem Interesse?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
122	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine anhaltende oder wiederkehrende Abneigung oder Vermeidung von sexuellen Aktivitäten mit einem Partner/einer Partnerin?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
123	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...eine anhaltende oder immer wiederkehrende Schwierigkeit Ihre geschlechtliche Erregung zu erlangen oder bis zum Ende der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

124	<b>...eine anhaltende oder immer wiederkehrende Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach eigentlich normaler sexueller Aktivität?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
125	<b>...einen anhaltenden oder immer wiederkehrenden frühzeitigen Samenerguss, bevor Sie es eigentlich wünschten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
126	<b>Hat Ihnen das Auftreten von diesen Schwierigkeiten Mühe bereitet oder führten diese zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b>	
127	<b>...ein Bestreben Ihr Gewicht zu halten oder abzunehmen, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
128	<b>...eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
129	<b>...oder hatten Sie das Gefühl, dass Sie eine andere Wahrnehmung Ihrer eigenen Figur haben, als Ihre Mitmenschen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
130	<b>...einen starken Einfluss Ihres Körpergewichts oder Ihrer Figur auf Ihre Selbstbewertung?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
131	<b>...das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Monatsblutungen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

132	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten...</b></p> <p><b>...wiederkehrende Episoden von „Fressattacken“, in denen Sie große Mengen von Nahrung in relativ kurzer Zeit zu sich genommen haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
133	<p><b>...das Gefühl bei solchen Episoden die Kontrolle über Ihr Essverhalten zu verlieren?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
134	<p><b>...die wiederholte Anwendung von Maßnahmen gegen eine Gewichtszunahme wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, anderen Arzneimitteln oder Fasten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
135	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Wochen,...</b></p> <p><b>...in denen Sie Schwierigkeiten hatten ein- bzw. durchzuschlafen oder nicht erholsam schliefen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
136	<p><b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren Wochen,...</b></p> <p><b>... in denen Sie sich übermäßig schläfrig fühlten, länger schliefen als sonst oder am Tag öfters schliefen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

	<b>Erlebten Sie in den letzten 6 Monaten, dass Sie als Reaktion auf eine Belastung wie z.B. das Ende einer Beziehung, Arbeitsplatzwechsel, den Tod einer nahestehenden Person oder ähnliches, folgende Gefühle oder Verhaltensweisen zeigten:</b>
137	<b>...ein für Sie ausgeprägtes Leiden unter dieser Belastung?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
138	<b>...eine Beeinträchtigung in Ihren alltäglichen Anforderungen (z.B. Freunde, Familie oder Beruf)?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut



Institut für Psychologie, Muesmattstr.45, 3000 Bern 9

---

<sup>b</sup>  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

**Institut für Psychologie,  
Lehrstuhl für Klinische Psychologie  
und Psychotherapie**

**Leitung: Prof. Dr. Klaus Grawe**

Bern, 31.05.2005

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen.

In einem Projekt an der Universität Bern entwickle ich mit Prof. Dr. K. Grawe einen Fragebogen, welcher bestimmte Probleme und Verhaltensweisen bei Patientinnen und Patienten erfassen soll.

Um diesen Fragebogen zu entwickeln, brauche ich nun Ihre Hilfe. Sie finden auf den nächsten Seiten Fragen, welche sich auf das Auftreten bestimmter Probleme und Verhaltensweisen beziehen. Bitte entscheiden Sie für jede einzelne Frage, wie verständlich die Frage für Sie formuliert ist.

Es geht hier also nicht darum, ob Sie solche Verhaltensweisen schon erlebt haben, sondern lediglich darum, ob die gewählten Formulierungen und damit der Inhalt der Fragen für Sie verständlich sind. Ihre Antworten dienen uns später als Auswahl und Bewertung der gewählten Formulierungen.

Die Fragen sind dabei so aufgebaut, dass zunächst ein Einleitungssatz angeführt ist, wie z.B.:

**Hatten Sie irgendwann in den letzten 6 Monaten eine Phase von ca. 2 Wochen, in der Sie fast täglich, folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt haben:**

und dann einige Fragen folgen wie z.B.:

**...eine depressiven Stimmung in Form von Traurigkeit oder einem Gefühl der Leere?**

Bitte beziehen Sie Ihre Einschätzung zur Verständlichkeit immer auf den zweiten Teil und nicht auf den Einleitungssatz. Es stehen Ihnen dann jeweils drei mögliche Antwortkategorien zur Verfügung und Sie können einfach an der für Sie zutreffenden Stelle ein Kreuz machen:  
z.B.

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht       mittelmäßig       gut

Bitte füllen Sie auch die Fragen zu ihrem Alter, Geschlecht und Beruf auf der ersten Seite aus und senden Sie den ausgefüllten Bogen einfach mit dem beigelegten Antwortkuvert an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und bei eventuellen Fragen oder Interesse an dem Projekt stehe ich Ihnen natürlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

## Befragung zur Entwicklung eines Fragebogen

**Geschlecht:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Hatten Sie irgendwann in den letzten 6 Monaten eine Phase von ca. 2 Wochen, in der Sie fast täglich, folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt haben:...**

1 **...eine depressive Stimmung in Form von Traurigkeit oder einem Gefühl der Leere?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

2 **...ein vermindertes Interesse oder verminderte Freude an fast allen Aktivitäten?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

3 **...insgesamt eine Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust, ohne eine Diät durchzuführen?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

4 **...einen gesteigerten oder verminderten Appetit?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

5 **...Schlaflosigkeit oder vermehrten Schlaf?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut

6 **...eine körperliche Unruhe oder Verlangsamung?**

*Wie verständlich ist die Frage ?*

schlecht     mittelmäßig     gut



7	<b>...Müdigkeit oder Energieverlust?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
8	<b>...Gefühle von Wertlosigkeit oder starke Schuldgefühle?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
9	<b>...eine geringere Fähigkeit sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
10	<b>...wiederkehrende Gedanken an den Tod, oder sich das Leben zu nehmen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Hatten Sie irgendwann in den letzten 6 Monaten eine Phase von mehreren aufeinanderfolgenden Tagen, in der Sie folgende Beschwerden und Verhaltensweisen erlebt haben:...</b>	
11	<b>...eine ungewöhnlich gehobene oder reizbare Stimmung?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
12	<b>...ein übersteigertes Selbstwertgefühl?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
13	<b>...ein vermindertes Schlafbedürfnis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
14	<b>...einen starken Drang, viel zu sprechen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

15	<p><b>...ein Gefühl von Gedankenrasen oder dem schnellen Wechseln von Gedanken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
16	<p><b>...dass Sie sich, zum Beispiel bei Gesprächen, leicht abgelenkt fühlten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
17	<p><b>...dass Sie deutlich mehr unternommen haben als sonst, oder eine körperliche Unruhe empfunden haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
18	<p><b>...dass Sie viele eigentlich angenehme Tätigkeiten (wie z.B. viel einzukaufen oder sexuell sehr aktiv zu sein) ausführten, die jedoch unangenehme Konsequenzen nach sich gezogen haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p><b>Haben Sie irgendwann in den letzten <u>12 Monaten</u> 5 oder mehr Gläser Alkohol (Bier, Wein oder Likör) auf einmal konsumiert und hat dieser Konsum...</b></p>	
19	<p><b>...zu Schwierigkeiten zum Beispiel bei der Arbeit oder zu Hause geführt?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
20	<p><b>...zu einer körperlichen Gefährdung führen können (weil Sie z.B. angetrunken Auto gefahren sind oder ähnliches)?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
21	<p><b>...zu Problemen mit dem Gesetz geführt?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
22	<p><b>...zu wiederholten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten geführt (z.B. mit dem Partner oder Freunden)?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

	<b>Hatten Sie irgendwann in den letzten <u>12 Monaten</u> in Bezug auf Alkohol oder andere Drogen...</b>
23	<b>...ein starkes Verlangen mehr von diesen einzunehmen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
24	<b>...dass Sie mehr von ihnen konsumieren mussten, um einen Effekt zu spüren?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
25	<b>...dass Sie bestimmte Symptome wie z.B. Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches erlebten, wenn Sie diese Substanzen nicht konsumierten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
26	<b>...dass Sie sie eingenommen haben, um bestimmte Symptome wie z.B. Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches zu reduzieren oder zu vermeiden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
27	<b>...dass Sie sie in größeren Mengen eingenommen haben, als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
28	<b>...dass Sie den Wunsch hatten, sie eigentlich weniger zu konsumieren?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
29	<b>...dass Sie insgesamt viel Zeit investiert haben, um sie sich zu beschaffen, sie zu konsumieren oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
30	<b>...dass Sie Ihre sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten aufgrund ihres Konsums aufgegeben oder eingeschränkt haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

31	<p><b>...dass körperliche oder psychische Probleme aufgrund Ihres regelmäßigen Konsums aufgetreten sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
32	<p><b>Haben Sie irgendwann in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...eine oder mehrere Episoden von plötzlicher panikartiger und intensiver Angst?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p> <p><b>Haben Sie während dieser Angstanfälle oder Panikattacken folgendes erlebt:...</b></p>
33	<p><b>...Herzklopfen oder einen beschleunigten Herzschlag?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
34	<p><b>...ein vermehrtes Schwitzen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
35	<p><b>...ein Zittern oder Beben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
36	<p><b>...Gefühle der Kurzatmigkeit oder Atemnot?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
37	<p><b>...Erstickungsgefühle?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
38	<p><b>...Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

39	<b>...Übelkeit oder Magen- und Darm-Beschwerden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
40	<b>...Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder das Gefühl einer Ohnmacht nahe zu sein?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
41	<b>...Gefühle von Unwirklichkeit, oder dass Teile ihres Körpers sich wie abgetrennt oder losgelöst anfühlten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
42	<b>...eine Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
43	<b>...Angst zu sterben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
44	<b>...ein Gefühl von Taubheit oder Kribbeln?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
45	<b>...Hitzewallungen oder Kälteschauer?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden und Verhaltensweisen erlebt:...</b>	
46	<b>...ein wiederholtes Auftreten von solchen Angstanfällen oder Panikattacken?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

47	<p><b>...dass Sie sich über mehrere Wochen Sorgen machten, dass solche Angstanfälle oder Panikattacken wieder hätten auftreten können?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
48	<p><b>...dass Sie sich Sorgen machten, über die Bedeutung und Konsequenzen der Angstanfälle oder Panikattacken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
49	<p><b>...dass Sie angefangen haben, sich anders zu verhalten aufgrund der Angstanfälle oder Panikattacken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p>	
50	<p><b>...dass Sie Angst hatten an bestimmten Orten zu sein (wie z.B. in einer grossen Menschenmenge, im Kaufhaus, im Zug oder ähnlichen Situationen), da das Auftreten solcher Angstanfälle oder Panikattacken für Sie dort sehr unangenehm oder peinlich gewesen wäre?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
51	<p><b>...dass Sie angefangen haben, diese bestimmten Orte und Situationen deshalb zu vermeiden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
52	<p><b>...dass Sie diese bestimmten Orte und Situationen, nur mit deutlichem Unwohlsein oder in Begleitung einer anderen Person, haben aufsuchen können?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p>	
53	<p><b>...eine ausgeprägte Angst, die durch bestimmte Situationen oder Objekte ausgelöst wird, wie z.B. im Flugzeug fliegen, große Höhen, bestimmte Tiere, Blut zu sehen oder eine Spritze zu bekommen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
54	<p><b>...dass die Konfrontation mit dieser Situation oder diesem Objekt fast immer eine starke Angstreaktion bei Ihnen hervorgerufen hat?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

55	<b>...dass Sie erkannten, dass diese Angst eigentlich übertrieben oder unbegründet ist?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
56	<b>...dass Sie angefangen haben, diese Situationen oder Objekte zu vermeiden, oder nur unter starker Angst auszuhalten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
57(1)	<b>...dass diese Problematik Sie in Ihrer Lebensführung eingeschränkt hat (konnten Sie z.B. weniger im Beruf leisten, oder unternahmen weniger in Ihrer Freizeit)?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
57(2)	<b>...dass Sie sehr unter dieser Angst gelitten haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
<b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b>	
58	<b>... eine ausgeprägte Angst vor sozialen Anlässen oder Leistungssituationen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
59(1)	<b>...eine Angst in solchen sozialen Situationen von anderen beurteilt zu werden oder ein Verhalten zu zeigen, welches peinlich sein könnte?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
59(2)	<b>...dass Sie diese ausgeprägte Angst fast immer in solchen sozialen Situationen empfunden haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
60	<b>...Sie erkannten, dass Ihre Angst vor solchen sozialen Situationen eigentlich übertrieben ist?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

61	<p><b>...dass Sie angefangen haben, solche sozialen Situationen zu vermeiden oder nur mit starkem Unwohlsein auszuhalten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
62-65	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...dass bestimmte Gedanken oder Vorstellungen (wie z.B. sich angesteckt zu haben, Türen nicht geschlossen zu haben, Gedanken an Ordnung und Unordnung oder aggressive bzw. sexuelle Vorstellungen) immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten und diese Gedanken Angst oder Unbehagen bei Ihnen ausgelöst haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
66	<p><b>...dass diese Gedanken oder Vorstellungen mehr sind, als normale Sorgen über reale Lebensprobleme?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
67	<p><b>...dass Sie versuchten, diese Gedanken oder Vorstellungen zu ignorieren, zu unterdrücken oder mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten abzuschwächen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
68	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Gedanken oder Vorstellungen ein Produkt Ihrer eigenen Gedanken sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
69	<p><b>...dass Sie sich zu bestimmten Handlungen (wie z.B. Händewaschen, Ordnen oder Kontrollieren von Dingen) durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
70	<p><b>...dass Sie sich zu bestimmten Tätigkeiten (wie z.B. Beten, Zählen oder Wörter leise wiederholen) durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
71	<p><b>...dass Sie diese Handlungen oder Tätigkeiten immer wieder durchführten, um ein Unwohlsein zu verhindern, zu reduzieren oder gefürchteten Situationen vorzubeugen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>



72	<p><b>...dass Sie erkannten, dass diese Handlungen oder Tätigkeiten eigentlich übertrieben sind?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
73	<p><b>... dass diese Handlungen oder Tätigkeiten eine erhebliche Belastung verursachen, zeitaufwendig sind und Sie in Ihrem normalen Alltag beeinträchtigt haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
74	<p><b>Hatten Sie irgendwann in den letzten <u>6 Monaten</u> ein extrem traumatisches Erlebnis, oder wurde sie direkt Zeuge eines solchen Ereignisses (wie z.B. einem Überfall, einer Kriegserfahrung, einem Unfall, einer Naturkatastrophe oder ähnlichem)?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
75	<p><b>Haben Sie eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei diesem Ereignis erlebt?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
76	<p><b>Erlebten Sie seit diesem traumatischen Ereignis... ...wiederkehrende und belastende Erinnerungen daran in Form von Bildern, Gedanken oder anderen Wahrnehmungen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
77	<p><b>...wiederkehrende und belastende Träume davon?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
78	<p><b>...dass Sie handelten oder sich fühlten, als ob das Erlebnis wiederkehren würde?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
79	<p><b>...dass Sie sich belastet fühlten, wenn Sie in irgendeiner Weise daran erinnert wurden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

80	<b>...dass Sie Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das Erlebnis vermieden haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
81	<b>...dass Sie bewusst Aktivitäten, Orte oder Menschen vermieden haben, welche Sie an das Erlebnis hätten erinnern können?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
82	<b>...dass Sie bestimmte Aspekte des Erlebnis vergessen haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
83	<b>...dass Sie seit dem Erlebnis deutlich weniger Interesse und Teilnahme an Aktivitäten gezeigt haben?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
84	<b>...ein Gefühl von Entfremdung und Isolierung gegenüber anderen Personen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
85	<b>...eine deutlich reduzierte Fähigkeit, vor allem positive Gefühle zu empfinden?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
86	<b>...das Gefühl, dass Sie ihre Zukunft (z.B. privat oder beruflich) anders sehen als vor dem Erlebnis?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
87	<b>...Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
88	<b>...Reizbarkeit oder Wutausbrüche?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

89	<b>...Konzentrationschwierigkeiten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
90	<b>...übermäßige Wachsamkeit?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
91	<b>...übertriebene Schreckreaktionen (z.B. bei lauten Geräuschen)?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
92	<b>Hatten Sie irgendwann in den letzten 4 Wochen ein extrem traumatisches Erlebnis, oder wurde sie direkt Zeuge eines solchen Ereignisses (wie z.B. einem Überfall, einer Kriegserfahrung, einem Unfall, einer Naturkatastrophe oder ähnlichem)?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
93	<b>Haben Sie eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei diesem Ereignis erlebt?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut  <b>Erlebten Sie seit diesem traumatischen Ereignis...</b>
94	<b>...ein Gefühl von Entfremdung zu der Welt um Sie herum, oder dass Sie sich weniger über Dinge freuen konnten?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
95	<b>...ein Gefühl „wie betäubt zu sein“, oder einer Veränderung der Wahrnehmung Ihrer Umwelt?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut
96	<b>...Gefühle von Unwirklichkeit oder sich losgelöst fühlen von der eigenen Person?</b>  <i>Wie verständlich ist die Frage ?</i> <input type="radio"/> schlecht <input type="radio"/> mittelmäßig <input type="radio"/> gut

97	<p><b>...dass Sie wichtige Aspekte des Erlebnisses nicht mehr erinnern konnten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
98	<p><b>...dass Sie das Gefühl hatten, das Erlebnis durch ständig wiederkehrende Bilder, Gedanken oder Träume erneut zu erleben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
99	<p><b>...dass Sie versucht haben Gedanken, Gefühle, Gespräche oder Aktivitäten zu vermeiden, welche Sie an das Erlebnis hätten erinnern können?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
100	<p><b>...deutliche Anzeichen von Angst oder einer erhöhten Erregbarkeit (wie z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder einem Gefühl körperlicher Unruhe)?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten an der Mehrzahl der Tage</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:</b></p>	
101	<p><b>...eine übermäßige Angst und Sorge oder ein Gefühl von ständiger Nervosität?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
102	<p><b>...Schwierigkeiten diese Sorgen zu kontrollieren?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
103	<p><b>...ein ständiges Gefühl von Ruhelosigkeit?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
104	<p><b>...eine leichte Ermüdbarkeit?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

105	<p><b>...Konzentrationschwierigkeiten oder eine Leere im Kopf?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
106	<p><b>...Reizbarkeit?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
107	<p><b>...Muskelverspannungen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
108	<p><b>...Ein- bzw. Durchschlafschwierigkeiten oder unruhigen und nicht erholsamen Schlaf?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
109(1)	<p><b>Hatten Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> unterschiedliche körperliche Beschwerden und mussten wegen diesen mehrmals irgendeine Art von Behandlung aufsuchen oder litten Sie sehr unter diesen körperlichen Beschwerden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
109(2)	<p><b>Wurden medizinische Untersuchungen durchgeführt, <u>ohne</u> dass eine körperliche Ursache für die Beschwerden gefunden werden konnte?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
110	<p><b>Gehörten zu diesen Beschwerden:</b></p> <p><b>...Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen wie z.B. dem Kopf, dem Bauch, Rücken oder den Gelenken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
111	<p><b>...Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen oder Durchfall?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
112	<p><b>....sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions-, oder Ejakulationsprobleme oder Menstruationsprobleme?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

113	<p><b>....Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Kloßgefühle im Hals, Gefühle von Taubheit oder Sehen von Doppelbildern?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
114	<p><b>Hatten Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden und mussten wegen diesen Beschwerden irgendeine Art von Behandlung aufsuchen oder litten Sie sehr unter diesen Beschwerden:</b></p> <p><b>....Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen, Lähmungen, Kloßgefühle im Hals, Gefühle von Taubheit oder Sehen von Doppelbildern?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
115	<p><b>Erkannten Sie einen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und bestimmten Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
116	<p><b>Hatten Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden und mussten wegen diesen Beschwerden irgendeine Art von Behandlung aufsuchen oder litten Sie sehr unter diesen Beschwerden:</b></p> <p><b>...Schmerzen in verschiedenen Körperbereichen wie Kopf, Bauch, Rücken oder Gelenken?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
117	<p><b>Erkannten Sie einen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und bestimmten Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
118	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...eine Angst oder Überzeugung an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, obwohl kein entsprechender medizinischer Befund vorlag?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
119	<p><b>...eine starke Beschäftigung mit dieser Angst oder Überzeugung, obwohl Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen versichert hat, nicht an einer Krankheit zu leiden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

120 (1)	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...eine starke Beschäftigung mit irgendeinem „Makel“ oder „Fehler“ in Ihrer äußeren Erscheinung?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
120(2)	<p><b>...dass Sie sehr unter dieser starken Beschäftigung mit diesem „Makel“ oder „Fehler“ gelitten haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
121	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...einen Mangel an sexuellem Interesse?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
122	<p><b>...eine Abneigung oder Vermeidung von sexuellen Aktivitäten mit einem Partner?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
123	<p><b>...eine Schwierigkeit eine körperliche Erregung beim Geschlechtsverkehr zu erlangen oder bis zum Ende der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
124	<p><b>...eine Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach eigentlich normaler sexueller Aktivität?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
125	<p><b>...einen frühzeitigen Samenerguss, bevor Sie es eigentlich wünschten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
126	<p><b>Haben Sie unter dem Auftreten von diesen sexuellen Schwierigkeiten gelitten oder führten diese zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>

127	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...ein Bestreben Ihr Gewicht zu halten oder abzunehmen, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
128	<p><b>...eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien nicht dick?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
129	<p><b>...dass Sie, obwohl Ihnen andere Menschen sagten Sie seien dünn, sich dick fühlten oder Teile Ihres Körpers als zu dick empfanden?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
130	<p><b>...einen starken Einfluss Ihres Körpergewichts auf Ihre Selbstbewertung?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
131	<p><b>...das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Monatsblutungen?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
132	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...</b></p> <p><b>...wiederkehrende Episoden von „Fressattacken“, in denen Sie große Mengen von Nahrung in relativ kurzer Zeit zu sich genommen haben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
133	<p><b>...das Gefühl bei solchen Episoden, die Kontrolle über Ihr Essverhalten zu verlieren?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>
134	<p><b>...die wiederholte Anwendung von Maßnahmen gegen eine Gewichtszunahme wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder ausgeprägtem Sport treiben?</b></p> <p><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p><input type="radio"/> schlecht    <input type="radio"/> mittelmäßig    <input type="radio"/> gut</p>



<p>135</p> <p>136</p>	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>6 Monaten</u> eine Phase <u>von mindestens 4 Wochen</u> erlebt,...</b></p> <p><b>...in denen Sie Schwierigkeiten hatten ein- bzw. durchzuschlafen oder nicht erholsam schliefen?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p> <p><b>... in denen Sie sich übermäßig schläfrig fühlten, länger schliefen als sonst oder am Tag öfters schliefen?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p>
<p>137</p> <p>138</p>	<p><b>Haben Sie in den letzten <u>3 Monaten</u> erlebt, dass Sie als Reaktion auf eine Belastung wie z.B. das Ende einer Beziehung, einen Arbeitsplatzwechsel, den Tod einer nahestehenden Person oder ähnliches, folgende Gefühle oder Verhaltensweisen zeigten:</b></p> <p><b>...ein für Sie ausgeprägtes Leiden unter dieser Belastung?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p> <p><b>...Sie fühlten sich weniger leistungsfähig (z.B. im Beruf, in der Schule oder im Haushalt) oder Sie bemerkten negative Veränderungen in Ihren Beziehungen?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p>
<p>139</p> <p>140</p> <p>141</p>	<p><b>Wie haben Sie sich in der letzten Woche gefühlt:</b></p> <p><b>...angeregt?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p> <p><b>...inspiriert?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p> <p><b>...motiviert?</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Wie verständlich ist die Frage ?</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/>            <input type="radio"/>            <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">schlecht      mittelmäßig      gut</p>

**FRESKO-IV<sup>©</sup>**

**Fragebogen zur Erfassung der strukturellen Komorbidität nach DSM-IV/ICD-10**

Datum: ..... Name: ..... Geschlecht: ..... Alter: .....

In den folgenden Fragen geht es um verschiedene Beschwerden und Verhaltensweisen, die bei jedem Menschen auftreten können. Wir bitten Sie, die einzelnen Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten, um Ihre persönlichen Beschwerden genau einordnen und verstehen zu können.

Die Fragen beziehen sich immer auf die zurückliegenden 6 oder 12 Monate. Bitte überspringen Sie einzelne Fragen nur, wenn Sie im Text dazu aufgefordert werden. Sollten Sie bei einer Einschätzung unsicher sein, weil Sie bessere und schlechtere Phasen mit den Beschwerden erlebt haben, beziehen Sie sich bitte immer auf die Zeit in den letzten 6 oder 12 Monaten, in der Sie sich am stärksten durch die Beschwerden beeinträchtigt gefühlt haben.



	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
1) ...eine depressive Stimmung in Form von Traurigkeit oder einem Gefühl der Leere?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
2) ...ein vermindertes Interesse oder verminderte Freude an fast allen Aktivitäten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
3) ...eine Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
4) ...einen gesteigerten oder verminderten Appetit?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
5) ...Schlaflosigkeit oder vermehrten Schlaf?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
6) ...eine körperliche Unruhe?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
7) ...Müdigkeit oder Energieverlust?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
8) ...Gefühle von Wertlosigkeit oder starke Schuldgefühle?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
9) ...eine reduzierte Fähigkeit, sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
10) ...wiederkehrende Gedanken an den Tod oder sich das Leben zu nehmen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

→ 11) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine oder mehrere Episoden von **starker, panikartiger und intensiver Angst?**

Nein

O<sub>1</sub>

Ja

O<sub>5</sub>

Wenn Sie die Frage 11 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 31.

Haben Sie während dieser Angstanfälle oder Panikattacken folgendes erlebt:

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
12) ...Herzklopfen oder einen beschleunigten Herzschlag?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
13) ... ein vermehrtes Schwitzen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
14) ...ein Zittern oder Beben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
15) ...Gefühle der Kurzatmigkeit oder Atemnot?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
16) ...Erstickungsgefühle?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
17) ...Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
18) ...Übelkeit oder Magen- und Darm-Beschwerden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
19) ...Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder das Gefühl, einer Ohnmacht nahe zu sein?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
20) ...Gefühle von Unwirklichkeit oder dass Teile Ihres Körpers sich wie abgetrennt oder losgelöst angefühlt haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
21) ...eine Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
22) ...Angst zu sterben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
23) ...ein Gefühl von Taubheit oder Kribbeln?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
24) ...Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

**Haben Sie in Bezug auf diese Angstanfälle oder Panikattacken erlebt,...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
25) ...dass sie mehrmals aufgetreten sind und Sie sich Sorgen gemacht haben, dass sie wieder hätten auftreten können?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
26) ...dass Sie sich Sorgen gemacht haben, über die Bedeutung und Konsequenzen dieser Angstanfälle?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
27) ...dass Sie angefangen haben, sich irgendwie anders zu verhalten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
28) ...dass Sie Angst hatten, an bestimmten Orten zu sein, wo das Auftreten solcher Angstanfälle für Sie sehr unangenehm oder peinlich gewesen wäre (wie z.B. in Menschenmengen, im Kaufhaus, im Zug oder ähnlichen Orten)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
29) ...dass Sie angefangen haben, diese Orte und Situationen deshalb zu vermeiden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
30) ...dass Sie diese Orte und Situationen nur mit deutlichem Unwohlsein oder in Begleitung einer anderen Person haben aufsuchen können?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>



**1) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine ausgeprägte Angst, die durch bestimmte Situationen oder Objekte ausgelöst wird (wie z.B. im Flugzeug fliegen, in grossen Höhen sein, vor bestimmten Tieren, Blut zu sehen oder eine Spritze zu bekommen)?**

Nein

 O<sub>1</sub>

Ja

 O<sub>5</sub>

**Wenn Sie die Frage 31 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 37.**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
32) ...dass eine Konfrontation mit diesen Situationen oder Objekten fast immer eine starke Angstreaktion bei Ihnen hervorgerufen hat?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
33) ...dass Sie erkannten, dass diese Angst eigentlich übertrieben oder unbegründet ist?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
34) ...dass Sie angefangen haben, diese Situationen oder Objekte zu vermeiden oder nur unter starker Angst auszuhalten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
35) ...dass diese Angst Sie in Ihrer Lebensführung eingeschränkt hat (Sie konnten z.B. weniger im Beruf leisten oder unternahmen weniger in Ihrer Freizeit)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
36) ...dass Sie sehr unter dieser Angst gelitten haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

→ 37) **Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine ausgeprägte Angst vor sozial Anlässen oder Leistungssituationen?**

Nein	Ja
<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

**Wenn Sie die Frage 37 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 44.**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
38) ...dass Sie Angst hatten in diesen Situationen von anderen beurteilt zu werden oder ein Verhalten zu zeigen, welches peinlich sein könnte?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
39) ...dass Sie diese Angst fast immer in solchen Situationen empfunden haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
40) ...dass Sie erkannten, dass Ihre Angst eigentlich übertrieben ist?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
41) ...dass Sie angefangen haben, solche Situationen zu vermeiden oder nur mit starkem Unwohlsein auszuhalten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
42) ...dass diese Angst Sie in Ihrer Lebensführung eingeschränkt hat (Sie konnten z.B. weniger im Beruf leisten oder unternahmen weniger in Ihrer Freizeit)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
43) ...dass Sie sehr unter dieser Angst gelitten haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

→ 4) **Haben Sie in den letzten 6 Monaten erlebt, dass bestimmte Gedanken oder Vorstellungen immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten und diese Gedanken Angst oder Unbehagen bei Ihnen ausgelöst haben (z.B. Gedanken wie: sich angesteckt zu haben, Türen nicht geschlossen zu haben, Gedanken an Ordnung und Unordnung oder aggressive bzw. sexuelle Vorstellungen)?**

Nein	Ja
<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

Wenn Sie die Frage 44 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 50.

Haben Sie in Bezug auf diese immer wiederkehrenden Gedanken und Vorstelt

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
45) ...dass sie mehr sind, als „normale“ Sorgen über reale Lebensprobleme?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
46) ...dass Sie versuchten, sie zu ignorieren, zu unterdrücken oder mit Hilfe anderer Gedanken oder Tätigkeiten abzuschwächen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
47) ...dass Sie erkannten, dass diese Gedanken und Vorstellungen Ihre eigenen Gedanken sind und Ihnen nicht von „ausen“ auferlegt werden (z.B. von einer „fremden Macht“)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
48) ...dass Sie erkannten, dass diese Gedanken und Vorstellungen eigentlich übertrieben sind?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
49) ...dass diese Gedanken und Vorstellungen eine erhebliche Belastung für Sie verursacht haben und zeitaufwendig waren (mehr als 1 Stunde pro Tag)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

0) Haben Sie in den letzten **6 Monaten** erlebt, dass Sie sich zu bestimmten Handlungen oder Tätigkeiten durch eigene Gedanken oder Regeln gezwungen fühlten (wie z.B. ausgeprägtes Händewaschen, Ordnen und Kontrollieren von Dingen, Beten, Zählen oder Wörter leise zu wiederholen)?

Nein

O<sub>1</sub>

Ja

O<sub>5</sub>

Wenn Sie die Frage 50 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 54a.

Haben Sie in Bezug auf diese immer wiederkehrenden Handlungen und Täti n t

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
51) ...dass Sie diese Handlungen oder Tätigkeiten immer wieder durchgeführt haben, um ein Unwohlsein zu verhindern, zu reduzieren oder gefürchteten Situationen vorzubeugen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
52) ...dass Sie erkannten, dass diese Handlungen oder Tätigkeiten eigentlich übertrieben sind?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
53) ...dass diese Gedanken und Vorstellungen eine erhebliche Belastung für Sie verursacht haben und zeitaufwendig waren (mehr als 1 Stunde pro Tag)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>



**54a) Haben Sie in den letzten 6 Monaten an den meisten Tagen folgende Beschwerden und Verhaltensweisen erlebt:...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
54) ...eine übermässige Angst und Sorge oder ein Gefühl von ständiger Nervosität?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
55) ...Schwierigkeiten, diese Sorgen oder Nervosität zu kontrollieren?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
56) ...ein ständiges Gefühl von Ruhelosigkeit?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
57) ...eine leichte Ermüdbarkeit?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
58) ...Konzentrationsschwierigkeiten oder eine Leere im Kopf?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
59) ...Reizbarkeit?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
60) ...Muskelverspannungen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
61) ...Schwierigkeiten ein- bzw. durchzuschlafen oder unruhigen und nicht erholsamen Schlaf?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

**62) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten körperliche Beschwerden und mussten wegen diesen irgendeine Art von Behandlung aufsuchen oder haben Sie sich durch das Auftre rperlicher Beschwerde beeinträchtigt gefühlt?**

Nein  
 O<sub>1</sub>

Ja  
 O<sub>5</sub>

**Wenn Sie die Frage 62 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 76a.**

**Gehörten zu diesen Beschwerden:...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
63) ...Kopfschmerzen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
64) ...Bauchschmerzen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
65) ...Rückenschmerzen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
66) ...Gelenkschmerzen oder andere Schmerzen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
67) ...Übelkeit, Völlegefühl, Erbrechen oder Durchfall?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
68) ...sexuelle Gleichgültigkeit, Erektions- oder Ejakulationsprobleme bzw. Menstruationsprobleme?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
69) ...Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
70) ...Lähmungserscheinungen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
71) ...Klossgefühle im Hals?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
72) ...Gefühle von Taubheit im Körper?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
73) ...Sehen von Doppelbildern?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
74) Erkannten Sie einen Zusammenhang zwischen diesen Beschwerden und bestimmten Konflikten oder Belastungen in Ihrem Leben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
75) Wurden in Bezug auf diese Beschwerden medizinische Untersuchungen durchgeführt, <u>ohne</u> dass eine klare körperliche Ursache für die körperlichen Beschwerden gefunden werden konnte?	Nein <input type="radio"/> O <sub>1</sub>				Ja <input type="radio"/> O <sub>5</sub>



**76a) Haben Sie in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
76) ...eine Angst oder Überzeugung an einer ernsthaften Krankheit zu leiden, obwohl kein entsprechender medizinischer Befund vorlag?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
77) ...eine starke Beschäftigung mit dieser Angst oder Überzeugung, obwohl Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihnen versichert hat, nicht an einer Krankheit zu leiden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
78) ...eine starke Beschäftigung mit irgendeinem „Makel“ oder „Fehler“ in Ihrer äusseren Erscheinung?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
79) ...dass Sie sehr unter dieser Beschäftigung mit diesem „Makel“ oder „Fehler“ gelitten haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

**Haben Sie in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
80) ...einen Mangel an sexuellem Interesse?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
81) ...eine Abneigung oder Vermeidung von sexuellen Aktivitäten mit einem Partner?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
82) ...eine Schwierigkeit, eine körperliche Erregung beim Geschlechtsverkehr zu erlangen oder bis zum Ende der sexuellen Aktivität aufrecht zu erhalten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
83) ...eine Verzögerung oder ein Fehlen des Orgasmus nach eigentlich normaler sexueller Aktivität?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
84) ...einen frühzeitigen Samenerguss, bevor Sie es eigentlich wünschten? <b>(Diese Frage bitte nur Männer beantworten!)</b>	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
85) Haben Sie sich insgesamt durch das Auftreten von sexuellen Schwierigkeiten beeinträchtigt gefühlt, (Fragen 80-84) oder führten diese zu zwischenmenschlichen Schwierigkeiten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

**Haben Sie in den letzten 6 Monaten folgende Beschwerden oder Verhaltensweisen erlebt:...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
86) ...ein Bestreben Ihr Gewicht zu halten oder abzunehmen, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien zu dünn?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
87) ...eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, obwohl Ihnen andere Personen sagten, Sie seien nicht dick?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
88) ...dass Sie, obwohl Ihnen andere Menschen sagten Sie seien dünn, sich dick fühlten oder Teile Ihres Körpers als zu dick empfanden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
89) ...einen starken Einfluss Ihres Körpergewichts auf Ihre Selbstbewertung?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
90) ...wiederkehrende „Essattacken“, in denen Sie grosse Mengen von Nahrung in relativ kurzer Zeit zu sich genommen haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
91) ...das Gefühl bei solchen „Essattacken“ die Kontrolle über Ihr Essverhalten zu verlieren?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
92) ...die wiederholte Anwendung von Massnahmen gegen eine Gewichtszunahme (wie z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, ausgeprägtes Fasten oder ausgeprägt Sport zu treiben)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
93) ...das Ausbleiben von drei aufeinanderfolgenden Monatsblutungen? (Diese Frage bitte nur Frauen beantworten!)	Nein <input type="radio"/> O <sub>1</sub>				Ja <input type="radio"/> O <sub>5</sub>

94) Hatten Sie irgendwann in den letzten **12 Monaten** ein für Sie extrem t matisches Erlebnis, oder wurden Sie direkt Zeuge eines solchen Ereignisses (wie z.B. ein Überfall, eine Vergewaltigung, eine Kriegserfahrung, ein Unfall, eine Naturkatastrophe oder ein ähnliches für Sie traumatischen

Nein

O<sub>1</sub>

Ja

O<sub>5</sub>

Wenn Sie die Frage 94 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 112.

95) Haben Sie eine intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen bei diesem Ereignis erlebt?

Nein

O<sub>1</sub>

Ja

O<sub>5</sub>

Wenn Sie die Frage 95 mit „Nein“ beantwortet haben, gehen Sie bitte weiter zu Frage 112.

**Erlebten Sie seit diesem traumatischen Ereignis:...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
96) ...wiederkehrende und belastende Erinnerungen daran in Form von Bildern, Gedanken oder anderen Wahrnehmungen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
97) ...wiederkehrende und belastende Träume davon?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
98) ...dass Sie so handelten oder sich fühlten, als ob das Erlebnis wiederkehren würde?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
99) ...dass Sie sich belastet fühlten, wenn Sie in irgendeiner Weise daran erinnert wurden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
100) ...dass Sie Gedanken, Gefühle oder Gespräche über das Erlebnis vermieden haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
101) ...dass Sie bewusst Aktivitäten, Orte oder Menschen vermieden haben, welche Sie an das Erlebnis hätten erinnern können?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
102) ...dass Sie bestimmte Aspekte des Erlebnisses vergessen haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
103) ...dass Sie seit dem Erlebnis deutlich weniger Interesse und Teilnahme an Aktivitäten gezeigt haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
104) ...ein Gefühl von Entfremdung und Isolierung gegenüber anderen Personen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
105) ...eine deutlich reduzierte Fähigkeit, vor allem positive Gefühle zu empfinden?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
106) ...ein Gefühl, dass Sie Ihre Zukunft (z.B. privat oder beruflich) anders sehen als vor dem Erlebnis?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
107) ...Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
108) ...Reizbarkeit oder Wutausbrüche?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
109) ...Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
110) ...eine übermässige Wachsamkeit?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
111) ...übertriebene Schreckreaktionen (z.B. bei lauten Geräuschen)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>



112) Haben Sie in den letzten **12 Monaten** grössere Mengen **Alkohol** auf einmal getrunken (z.B. 5 Gläser

Nein

<sub>1</sub>

Ja

<sub>5</sub>

Hat Ihr Konsum von Alkohol in den letzten **12 Monaten**...

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
113) ...zu Schwierigkeiten bei der Arbeit oder zu Hause geführt?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
114) ...zu einer körperlichen Gefährdung führen können (weil Sie z.B. angetrunken Auto gefahren sind oder ähnliches)?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
115) ...zu Problemen mit dem Gesetz geführt?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
116) ...zu wiederholten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten geführt (z.B. mit dem Partner oder Freunden)?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>

Haben Sie in den letzten **12 Monaten** in Bezug auf Alkohol folgende Erfahrungen gemacht...

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
117) ...ein starkes Verlangen, mehr davon zu konsumieren?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
118) ...dass Sie mehr konsumieren mussten, um einen Effekt zu spüren?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
119) ...dass Sie bestimmte Symptome wie Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches erlebten, wenn Sie ihn nicht konsumierten?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
120) ...dass Sie ihn konsumierten, um bestimmte Symptome wie Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches zu reduzieren oder zu vermeiden?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
121) ...dass Sie ihn in grösseren Mengen eingenommen haben, als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>
122) ...dass Sie den Wunsch hatten, ihn eigentlich weniger zu konsumieren?	<input type="radio"/> <sub>1</sub>	<input type="radio"/> <sub>2</sub>	<input type="radio"/> <sub>3</sub>	<input type="radio"/> <sub>4</sub>	<input type="radio"/> <sub>5</sub>

123) ...dass Sie viel Zeit investiert haben, um ihn sich zu beschaffen, ihn zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
124) ...dass Sie Ihre sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten aufgrund Ihres Konsums aufgegeben oder eingeschränkt haben?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
125) ...dass körperliche oder psychische Probleme aufgrund Ihres Konsums aufgetreten sind?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>



**126) Haben Sie in den letzten 12 Monaten Drogen, wie z.B. Cannabis („Haschisch“), Amphetamine (z.B. „Speed“), Halluzinogene (z.B. „LSD“), Opiate (z.B. „Heroin“) oder Medikamente wie Schlaf- oder Beruhigungsmittel konsumiert?**

Nein

 O<sub>1</sub>

Ja

 O<sub>5</sub>

Wenn Sie die Frage 126 mit „Nein“ beantwortet haben, ist der Fragebogen hier für Sie zu Ende und wir danken Ihnen für das Ausfüllen der Fragen. Wenn Sie die Frage 126 mit „Ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie auch die restlichen Fragen noch auszufüllen.

**Hat Ihr Konsum von diesen Drogen/Medikamenten in den letzten 12 Monaten...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
127) ...zu Schwierigkeiten bei der Arbeit oder zu Hause geführt?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
128) ...zu einer körperlichen Gefährdung führen können (weil Sie z.B. unter Drogen/Medikamenten Auto gefahren sind oder ähnliches)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
129) ...zu Problemen mit dem Gesetz geführt?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
130) ...zu wiederholten zwischenmenschlichen Schwierigkeiten geführt (z.B. mit dem Partner oder Freunden)?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

**Haben Sie in den letzten 12 Monaten in Bezug auf diese Drogen/Medikamente folgende Erfahrungen gemacht...**

	Nein, gar nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	Ja, sehr stark
131) ...ein starkes Verlangen, mehr von ihnen zu konsumieren?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>
132) ...dass Sie mehr von ihnen konsumieren mussten, um einen Effekt zu spüren?	<input type="radio"/> O <sub>1</sub>	<input type="radio"/> O <sub>2</sub>	<input type="radio"/> O <sub>3</sub>	<input type="radio"/> O <sub>4</sub>	<input type="radio"/> O <sub>5</sub>

	<b>Nein, gar nicht</b>	<b>ein wenig</b>	<b>ziem- lich</b>	<b>stark</b>	<b>Ja, sehr stark</b>
133) ...dass Sie bestimmte Symptome wie Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches erlebten, wenn Sie sie nicht konsumierten?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
134) ...dass Sie sie konsumierten, um bestimmte Symptome wie Schwitzen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder ähnliches zu reduzieren oder zu vermeiden?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
135) ...dass Sie sie in grösseren Mengen eingenommen haben, als Sie sich eigentlich vorgenommen hatten?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
136) ...dass Sie den Wunsch hatten, sie eigentlich weniger zu konsumieren?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
137) ...dass Sie viel Zeit investiert haben, um sie sich zu beschaffen, sie zu konsumieren oder sich von ihrer Wirkung zu erholen?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
138) ...dass Sie Ihre sozialen, beruflichen oder Freizeitaktivitäten aufgrund Ihres Konsums aufgegeben oder eingeschränkt haben?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>
139) ...dass körperliche oder psychische Probleme aufgrund Ihres Konsums aufgetreten sind?	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>

Sie sind am Ende des Fragebogens angekommen und wir bedanken uns bei Ihnen für das Ausfüllen der einzelnen Fragen!

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Störungen Referenzen	Klassifikation, Instrument	Bemerkung	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz a % (N)	b % (N)	Anzahl von a in b	nicht b	Anzahl von b in a	nicht a	weder a noch b	r <sub>tot</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>meta</sub>	
<b>a = MDE/MDD; b = BIPO</b>																			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N	8098	15-54	Lebenszeit	17,10% (1384,76)	0,36% (29)	21,00	1363,76	21,00	8,00	6705,24	0,77	1,02	ja				
Spaner et al. (1994)	DSM-III, DIS	DSM-III Manie	3258	18-65+	Lebenszeit	10,56% (344)	0,60% (19,59)	13,76	330,24	13,76	5,83	2908,17	0,83	1,19	nein	1	1,02	0,77	
<b>a = MDE/MDD; b = OCD</b>																			
Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte	930	18	12 Monate	16,87% (156,89)	3,98% (37)	22,94	133,95	22,94	14,06	759,05	0,71	0,89	ja				
Spaner et al. (1994)	DSM-III, DIS	DSM-III	3258	18-65+	Lebenszeit	10,56% (344)	3,13% (102,11)	35,09	308,91	35,09	67,02	2811,89	0,55	0,62	nein	1	0,89	0,71	
<b>a = MDE/MDD; b = PTSD</b>																			
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,24	0,24	nein				
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	13,55% (381)	4,94% (139)	67,00	314,00	67,00	72,00	2359,00	0,65	0,78	ja				
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	21,89% (671)	10,44% (320)	155,00	516,00	155,00	165,00	2229,00	0,50	0,55	ja				
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	MDE/MDD = einfach und rezidivierend	3021	14-24	Lebenszeit	11,8% (356,48)	1,3% (39,27)	23,00	333,48	23,00	16,27	2648,25	0,75	0,97	ja	3	0,77	0,65	
<b>a = MDE/MDD; b = SOM</b>																			
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen MDE/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	13,4% (251)	3,2% (61)	16,00	235,00	16,00	45,00	1581,00	0,34	0,35	ja				
Essau et al. (2000) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	MDE/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1035	14-17	Lebenszeit	17,9% (185)	13,1% (136)	52,00	133,00	52,00	84,00	766,00	0,46	0,50	nein				
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	14,0% (145)	12,37% (132)	39,00	106,00	39,00	93,00	801,00	0,43	0,46	ja				
Faravelli et al. (1997)	DSM-III-R, SADS-L	Hausarztstudie SOM = undiff. Somat., Hypochondrie	673	14+	12 Monate	4,16% (28)	17,83% (120)	7,00	21,00	7,00	113,00	894,00	0,36	0,38	ja				
Hwu et al. (1996)	DSM-III, DIS-CM	DSM-III SOM = Somatisierungsstörung	10934	29-65	Lebenszeit	1,24% (136)	0,12% (12,84)	2,04	133,96	2,04	10,80	10787,20	-	-	nein				
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	6,7% (712,95)	1,5% (159,62)	80,45	632,50	80,45	79,17	9848,88	0,81	1,13	ja				
Lieb et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = Schmerzst., SS14,6	3021	14-24	Lebenszeit	11,8% (356,48)	3,21% (97)	26,96	329,52	26,96	70,04	2594,48	0,42	0,45	ja				
Pakriev et al. (1998)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	MDE/MDD = MDE/DYS ICD-10 SOM = Schmerzstörung ICD-10	855	18-65	Lebenszeit	42,8% (365,94)	10,4% (88,92)	14,05	351,89	14,05	74,87	414,19	0,54	0,60	ja	6	0,84	0,69	
<b>a = MDE/MDD; b = EAT</b>																			
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen MDE/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	13,4% (251)	7,2 (3,8%)	25,00	226,00	25,00	47,00	1579,00	0,48	0,52	ja				
Bushnell et al. (1994)	DSM-III, DIS	DSM-III, Frauen EAT = Bulimia Nervosa	779	18-64	Lebenszeit	17,33% (138,09)	2,51% (20)	6,00	132,09	6,00	14,00	644,91	0,28	0,29	nein				
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	Frauen EAT = Bulimia Nervosa	4263	18-65	Lebenszeit	10,46% (446)	1,29% (55)	21,00	425,00	21,00	34,00	3783,00	0,59	0,68	ja				
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	46,20% (79)	57,31% (98)	38,00	41,00	38,00	60,00	32,00	0,27	0,28	ja				
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	46,20% (79)	42,69% (73)	41,00	38,00	41,00	32,00	60,00	0,27	0,28	ja				
Kendler et al. (1995)	DSM-III-R, SKID, DIS	Frauen, Zwillingstudie EAT = Bulimia Nervosa	1030	30,1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,23	0,23	ja				





**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte	930	18	12 Monate	2,30% (26)	3,98% (37)	8,14	17,86	8,14	28,86	875,14	0,79	1,07	ja	1	1,07	0,79
<b>a = DYS; b = PTSD</b> Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,19	0,19	nein			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	5,22% (147)	4,94% (139)	30,00	117,00	30,00	109,00	2556,00	0,61	0,71	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	8,55% (262)	10,44% (320)	75,00	1877,00	75,00	245,00	2558,00	0,51	0,56	ja			
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI		3021	14-24	Lebenszeit	3,0% (90,63)	1,3% (39,27)	12,00	78,63	12,00	27,27	2903,10	0,81	1,13	ja	3	0,81	0,67
<b>a = DYS; b = SOM</b> Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen DYS/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	13,4% (251)	3,2% (61)	16,00	235,00	16,00	45,00	1581,00	0,34	0,35	ja			
Essau et al. (2000) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	DYS/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1035	14-17	Lebenszeit	17,9% (185)	13,1% (136)	52,00	133,00	52,00	84,00	766,00	0,46	0,50	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	5,6% (58)	12,37% (132)	17,00	41,00	17,00	115,00	862,00	0,42	0,45	ja			
Faravelli et al. (1997)	DSM-III-R, SADS-L	Hausarztstudie SOM = undiff. Somat., Hypochondrie	673	14+	12 Monate	6,83% (46)	17,83% (120)	19,00	27,00	19,00	101,00	888,00	0,62	0,73	ja			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	1,3% (138,33)	1,5% (159,62)	23,30	115,03	23,30	136,32	10366,35	0,81	1,13	ja			
Lieb et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = Schmerzst., SSI4,6	3021	14-24	Lebenszeit	3,0% (90,63)	3,21% (97)	11,31	79,32	11,31	85,69	2844,68	0,55	0,62	ja			
Pakriev et al. (1998)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Schmerzstörung ICD-10 DYS = MDE und DYS ICD-10	855	18-65	Lebenszeit	42,8% (365,94)	10,4% (88,92)	14,05	351,89	14,05	74,87	414,19	0,54	0,60	ja	6	0,89	0,71
<b>a = DYS; b = EAT</b> Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen DYS/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	13,4% (251)	72 (3,8%)	25,00	226,00	25,00	47,00	1579,00	0,48	0,52	ja			
Bushnell et al. (1994)	DSM-III, DIS	DSM-III, Frauen EAT = Bulimia Nervosa	779	18-64	Lebenszeit	6,15% (49,02)	2,51% (20)	2,40	46,62	2,40	17,60	730,38	-	-	nein			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	11,7% (20)	57,31% (98)	9,00	11,00	9,00	89,00	62,00	0,21	0,21	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	11,7% (20)	42,69% (73)	11,00	9,00	11,00	62,00	89,00	0,22	0,22	ja			
Lewinsohn et al. (2000)	DSM-III-R, K-SADS	Frauen, High-School Population EAT = Anorexia/Bulimia Nervosa subklinisch	810	< 24	Lebenszeit	4,07% (33)	5,19% (42)	9,00	24,00	9,00	33,00	744,00	0,70	0,87	ja			
Zaider et al. (2000)	DSM-IV, PRIME-MD, SKID	EAT = Bulimia Nervosa, Binge Eating	403	15-18	Lebenszeit	5,21% (21)	2,98% (12)	4,00	17,00	4,00	8,00	374,00	-	-	nein	4	0,60	0,54
<b>a = DYS; b = PS1</b> McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten, PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	15,06% (86)	18,00	90,00	18,00	77,00	395,00	0,01	0,01	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPP-IV	Patienten, PS1 = paranoide	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	14,19% (81)	12,10	95,90	12,10	68,90	394,10	0,13	0,13	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPP-IV	Patienten, PS1 = schizoide	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	3,15% (18)	7,34	100,66	7,34	10,66	452,34	0,42	0,45	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPP-IV	Patienten, PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	16,81% (96)	11,12	96,88	11,12	84,88	378,12	0,26	0,27	nein	3	0,20	0,20
<b>a = DYS; b = PS2</b> McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten, PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	30,65% (175)	30,00	78,00	30,00	145,00	348,00	0,03	0,03	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPP-IV	Patienten, PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	42,03% (240)	17,28	90,72	17,28	222,72	240,28	0,56	0,63	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPP-IV	Patienten, PS2 = histrionische	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	2,28% (13)	2,81	105,19	2,81	10,19	452,81	-	-	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPP-IV	Patienten, PS2 = narzisstische	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	6,30% (36)	6,37	101,63	6,37	29,63	433,37	0,03	0,03	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	35,12% (177)	75,20% (379)	146,00	31,00	146,00	233,00	706,00	0,80	1,10	ja			

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38.5	Lebenszeit	8,31% (34)	14,43% (59)	7,00	27,00	7,00	52,00	323,00	0,18	0,18	ja	4+2	0,28	0,27
<b>a = DYS; b = PS3</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten, PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	27,50% (157)	34,00	74,00	34,00	123,00	340,00	0,09	0,09	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	26,80% (153)	26,00	82,00	26,00	127,00	336,00	0,07	0,07	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	56,74% (324)	22,68	85,32	22,68	301,32	161,68	0,65	0,78	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, PS3 = dependente	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	8,58% (49)	11,45	96,55	11,45	37,55	425,45	0,12	0,12	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	18,91% (108)	45,71% (261)	19,76	88,24	19,76	241,24	221,76	0,56	0,63	nein	3	0,09	0,09
<b>a = DYS; b = SCHI</b>																		
<b>a = BIPO; b = AGPH</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie AGPH = DSM-III	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	6,27% (17,94)	3,00	38,00	3,00	14,94	230,06	-	-	nein			
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	5,3% (311,48)	34,01	65,99	34,01	277,47	5499,53	0,74	0,95	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	5,3% (429,19)	14,00	15,00	14,00	415,19	7653,81	0,82	1,16	ja			
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	Hausarzt-Studie BIPO = Bipolare I und II	2953	18-64	Lebenszeit	4,03% (119)	15,3% (451)	30,00	89,00	30,00	421,00	2413,00	0,25	0,26	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	AGPH = Phobien gesamt BIPO = subklinisch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	3,86% (66)	6,00	109,00	6,00	60,00	1534,00	0,14	0,14	ja	4	0,86	0,70
<b>a = BIPO; b = SOP</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie SOP = DSM-III	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	9,46% (27,05)	4,02	36,98	4,02	23,03	221,97	-	-	nein			
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	13,30% (781,64)	40,48	59,52	40,48	741,16	5035,84	0,54	0,60	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	13,30% (1077,03)	13,00	16,00	13,00	1064,03	7004,97	0,59	0,68	ja			
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	Hausarzt-Studie BIPO = Bipolare I und II	2953	18-64	Lebenszeit	4,03% (119)	6,4% (189)	7,00	112,00	7,00	182,00	2652,00	0,04	0,04	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	SOP = Phobien gesamt BIPO = subklinisch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	3,86% (66)	6,00	109,00	6,00	60,00	1534,00	0,14	0,14	ja	4	0,50	0,46
<b>a = BIPO; b = SIP</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie SIP = DSM-III	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	11,50% (32,89)	4,22	36,78	4,22	28,67	216,33	-	-	nein			
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	11,30% (664,10)	53,77	46,23	53,77	610,33	5166,67	0,72	0,91	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	11,30% (915,07)	12,00	17,00	12,00	903,07	7165,93	0,60	0,69	ja			
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	Hausarzt-Studie BIPO = Bipolare I und II	2953	18-64	Lebenszeit	4,03% (119)	6,3% (187)	13,00	106,00	13,00	174,00	2660,00	0,24	0,24	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	SIP = Phobien gesamt BIPO = subklinisch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	3,86% (66)	6,00	109,00	6,00	60,00	1534,00	0,14	0,14	ja	4	0,64	0,56
<b>a = BIPO; b = GAD</b>																		
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	5,10% (299,73)	33,44	66,56	33,44	266,29	5510,71	0,75	0,97	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	5,10% (413,00)	9,00	20,00	9,00	404,00	7665,00	0,70	0,87	ja			

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	Hausarzt-Studie BIPO = Bipolare I und II	2953	18-64	Lebenszeit	4,03% (119)	4,3% (128)	15,00	104,00	15,00	113,00	2721,00	0,45	0,48	ja	3	0,84	0,69
<b>a = BIPO; b = PD</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie PD = DSM-III	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	2,78% (7,94)	5,00	36,00	5,00	2,94	242,06	-	-	nein			
Chen & Dilsaver (1995)	DSM-III, DIS	DSM-III	17311	18-65	Lebenszeit	0,97% (168)	1,0% (173)	35,00	133,00	35,00	138,00	17005,00	0,89	1,42	nein			
Goodwin & Hoven (2002)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R PD = Panikattacken	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	7,33% (431)	35,00	65,00	35,00	396,00	5381,00	0,66	0,79	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungewichtete N BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	3,50% (283,43)	8,00	21,00	8,00	275,43	7793,66	0,75	0,97	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	PD = Panikattacken BIPO = subklinisch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	1,11% (14)	5,00	110,00	5,00	14,00	1580,00	0,57	0,65	ja			
MacKinnon et al. (2002)	RDC, DSM-III-R, DI for Genetic Studies	BIPO = Bipolare I	1169	18+	Lebenszeit?	19,08% (223)	10,61% (124)	35,00	188,00	35,00	89,00	857,00	0,22	0,22	ja	4	0,82	0,68
<b>a = BIPO; b = OCD</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie OCD = DSM-III	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	1,76% (5,03)	2,09	38,91	2,09	2,94	242,06	-	-	nein			
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie OCD = OCD-Syndrom, DSM-III	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	7,34% (20,98)	7,01	33,99	7,01	13,97	231,03	0,45	0,48	ja			
Chen & Dilsaver (1995)	DSM-III, DIS	DSM-III	6622	18-65	Lebenszeit	2,52% (167)	2,70% (178,79)	35,07	131,93	35,07	143,72	6311,28	0,76	1,00	nein			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	BIPO = subklinisch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	0,53% (9)	3,00	112,00	3,00	6,00	1588,00	-	-	nein	1	0,48	0,45
<b>a = BIPO; b = PTSD</b>																		
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	7,80% (458,41)	33,01	66,99	33,01	425,40	5351,60	0,62	0,73	nein			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R BIPO = Manische Episode	3065, Männer 2812, Frauen	15-54 15-54	Lebenszeit Lebenszeit	1,78% (50) 1,79% (55)	4,94% (139) 10,44% (320)	16,00 18,00	34,00 37,00	16,00 18,00	123,00 302,00	2639,00 2708,00	0,72 0,51	0,91 0,56	ja ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungewichtete N BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	7,80% (631,64)	9,00	20,00	9,00	622,46	7446,36	0,59	0,68	ja			
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	BIPO = alle Bipolaren Störungen	3021	14-24	Lebenszeit	3,4% (102,71)	1,3% (39,27)	5,00	97,71	5,00	34,27	2884,02	0,58	0,66	ja	4	0,69	0,60
<b>a = BIPO; b = SOM</b>																		
Faravelli et al. (1997)	DSM-III-R, SADS-L	Hausarztstudie SOM = undiff. Somat., Hypochondrie BIPO = Zyklithymie	673	14+	12 Monate	1,34% (9)	17,83% (120)	5,00	4,00	5,00	115,00	911,00	0,72	0,91	ja	1	0,91	0,72
<b>a = BIPO; b = EAT</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie EAT = Binge Eating	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	5,86% (16,77)	5,25	35,75	5,25	11,25	233,48	0,41	0,44	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	BIPO = subklinisch EAT = Essstörungen	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	1,23% (21)	5,00	110,00	5,00	16,00	1578,00	0,54	0,60	ja			
Lewinsohn et al. (2000)	DSM-III-R, K-SADS	Frauen, High-School Population EAT = Anorexia/Bulimia Nervosa, subklinisch BIPO = subklinisch	810	< 24	Lebenszeit	4,81% (39)	5,19% (42)	10,00	29,00	10,00	32,00	739,00	0,69	0,85	ja	3	0,66	0,58
<b>a = BIPO; b = AD/AA</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	Hypomanie AA	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	9,8% (28,09)	9,47	31,53	9,47	18,62	226,58	0,48	0,52	ja			
Escamilla et al. (2002)	DSM-III-R, RDC, SADS, DIGS	AD/AA = 5 % DD genet. Studie	110	m 51	Lebenszeit	26,36% (29)	32,73% (36)	9,00	20,00	9,00	27,00	54,00	0,04	0,04	ja			
Goodwin & Hoven (2002)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	23,5% (1381,10)	52,99	47,01	52,99	1328,11	4448,90	0,49	0,54	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Kessler (1994)		AA/AD																
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I, AD/AA=AA	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	9,4% (761,21)	17,00	12,00	17,00	744,21	7324,79	0,79	1,07	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I, AD/AA=AD	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	14,1% (1141,82)	15,00	14,00	15,00	1126,82	6942,18	0,64	0,76	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	BIPO = subklinisch AD/AA = A-Gebrauch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	6,32% (108)	14,00	101,00	14,00	94,00	1500,00	0,31	0,32	ja			
Ross & Tidall (1994)	DSM-III, C-DIS	DSM-III BIPO = Manie, AA/AD	109 Studenten	18-48	Lebenszeit	13,76% (15)	25,69% (28)	14,00	1,00	14,00	14,00	80,00	-	-	nein			
Ross (1995), MHS-OHS	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	Manie AA/AD	8116	15-64	Lebenszeit	0,92% (74,34)	12,00% (973,92)	24,35	49,99	24,35	949,57	7092,09	0,48	0,52	ja	6	0,71	0,61
<b>a = BIPO; b = DD/DA</b>																		
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie DD/DA = nur Tranquil.	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	5,6% (16)	2,00	39,00	2,00	14,00	231,00	-	-	nein			
Angst (1998)	DSM-IV, III-R, III SPIKE	BIPO = Hypomanie DD/DA = Cannabis	286	20-30	12 Monate	14,3% (41)	9,5% (27,1)	8,00	33,00	8,00	19,10	225,90	0,39	0,41	ja			
Black et al. (1999)	DSM-III, DIS, SIDP	DA/DD = Rauchen täglich > 1 Mon. BIPO = Manie	1057	41,7	Lebenszeit	1,62% (17,14)	47,40% (501)	11,02	6,12	11,02	489,98	549,88	0,27	0,28	nein			
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R DD/DA	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	11,9% (699,36)	36,02	63,98	36,02	663,34	5113,66	0,52	0,58	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I, DA	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	4,4% (356,31)	14,00	15,00	14,00	342,31	7726,69	0,84	1,22	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N BIPO = Bipolare I, DD	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	7,5% (607,35)	11,00	18,00	11,00	596,35	7472,65	0,67	0,81	ja			
Lewinsohn et al. (1995)	DSM-III-R, K-SADS	BIPO = subklinisch DD/DA = D-Gebrauch	1709	14-18	Lebenszeit	6,73% (115)	1,99% (34)	7,00	108,00	7,00	27,00	1567,00	0,48	0,52	ja	5	0,87	0,70
<b>a = BIPO; b = PS1</b>																		
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	BIPO = Bipolare I und II PS1 = paranoide	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	14,19% (81)	3,42	64,58	3,42	77,58	425,42	-	-	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS1 = schizoide	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	3,15% (18)	1,00	67,00	1,00	17,00	486,00	-	-	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	16,81% (96)	5,00	63,00	5,00	91,00	412,00	0,38	0,40	ja			
Ücok et al. (1998)	DSM-III-R, SKID I,II	Patienten u. Kontrolle BIPO = Bipolare I PS1 = alle PS1	148	ca. 30	aktuell und Lebenszeit	60,81% (90)	10,14% (15)	14,00	76,00	14,00	1,00	57,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische BIPO = Bipolare I und II	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	15,06% (86)	11,00	57,00	11,00	75,00	428,00	0,04	0,04	ja	2	0,22	0,22
<b>a = BIPO; b = PS2</b>																		
Goodwin & Hoven (2002) Kessler (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R PS2 = antisoziale	5877	15-54	Lebenszeit	1,7% (100)	3,5% (205,70)	14,02	85,98	14,02	191,68	5585,33	0,55	0,62	ja			
Kessler et al. (1997), (1994)	DSM-III-R, CIDI	NCS ungegewichtete N PS2 = antisoziale, BIPO = Bipolare I	8098	15-54	Lebenszeit	0,36% (29)	3,5% (283,43)	10,00	19,00	10,00	273,43	7795,57	0,80	1,10	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS2 = antisoziale	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	8,58% (49)	7,00	61,00	7,00	42,00	461,00	0,09	0,09	ja			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	42,03% (240)	6,00	62,00	6,00	234,00	269,00	0,71	0,89	ja			

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS2 = histrionische	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	2,28% (13)	4,00	64,00	4,00	9,00	494,00	-	-	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS2 = narzisstische	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	6,30% (36)	3,00	65,00	3,00	33,00	470,00	-	-	nein			
Üçok et al. (1998)	DSM-III-R, SKID I,II	Patienten u. Kontrolle BIPO = Bipolare I PS2 = alle PS2	148	ca. 30	aktuell und Lebenszeit	60,81% (90)	17,57% (26)	22,00	68,00	22,00	4,00	54,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline BIPO = Bipolare I und II	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	30,65% (175)	35,00	33,00	35,00	140,00	363,00	0,38	0,40	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS BIPO = Bipolare II, PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	7,54% (38)	75,20% (379)	36,00	2,00	36,00	343,00	123,00	-	-	nein			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline BIPO = Bipolare I und II	409	38.5	Lebenszeit	10,02% (41)	14,43% (59)	14,00	27,00	14,00	45,00	323,00	0,48	0,52	ja	6	0,84	0,69
<b>a = BIPO; b = PS3</b>																		
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	BIPO = Bipolare I und II PS3 = selbstunsichere	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	56,74% (324)	4,00	64,00	4,00	320,00	183,00	-	-	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS3 = dependente	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	8,58% (49)	3,00	65,00	3,00	46,00	457,00	-	-	nein			
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Patienten, BIPO = Bipolare I und II PS3 = zwanghafte PS	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	45,71% (261)	3,00	65,00	3,00	258,00	245,00	-	-	nein			
Üçok et al. (1998)	DSM-III-R, SKID I,II	Patienten u. Kontrolle BIPO = Bipolare I PS3 = alle PS3	148	ca. 30	aktuell und Lebenszeit	60,81% (90)	22,97% (34)	29,00	61,00	29,00	5,00	53,00	0,56	0,63	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	27,50% (157)	13,00	55,00	13,00	144,00	359,00	0,20	0,20	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	11,91% (68)	26,80% (153)	9,00	59,00	9,00	144,00	359,00	0,36	0,38	ja	2	0,29	0,28
<b>a = BIPO; b = SCHI</b>																		
<b>a = AGPH; b = OCD</b>																		
Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte	930	18	12 Monate	3,52% (32,71)	3,98% (37)	5,92	26,79	5,92	31,08	866,21	0,62	0,73	ja	1	0,73	0,62
<b>a = AGPH; b = PTSD</b>																		
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,15	0,15	nein			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	4,66% (131)	4,94% (139)	22,00	109,00	22,00	117,00	2564,00	0,52	0,58	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	9,33% (286)	10,44% (320)	72,00	214,00	72,00	248,00	2531,00	0,45	0,48	ja			
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI		3021	14-24	Lebenszeit	2,6% (78,55)	1,3% (39,27)	8,00	70,55	8,00	31,27	2911,18	0,74	0,95	ja	3	0,67	0,58
<b>a = AGPH; b = SOM</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen AGPH/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,2% (61)	29,00	488,00	29,00	32,00	1328,00	0,34	0,35	ja			
Essau et al. (2000) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	AGPH/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1035	14-17	Lebenszeit	18,6% (192)	13,1% (136)	51,00	141,00	51,00	85,00	758,00	0,43	0,46	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	4,1% (42)	12,37% (132)	8,00	34,00	8,00	124,00	869,00	0,19	0,19	ja			
Lieb et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = Schmerzst., SS14,6	3021	14-24	Lebenszeit	2,6% (78,55)	3,21% (97)	7,04	71,51	7,04	89,96	2852,49	0,42	0,45	ja	3	0,37	0,35
<b>a = AGPH; b = EAT</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,8% (72)	32,00	485,00	32,00	40,00	1302,00	0,29	0,30	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

		AGPH/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen																
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	Frauen EAT = Bulimia Nervosa	4263	18-65	Lebenszeit	7,86% (335)	1,29% (55)	19,00	316,00	19,00	36,00	3892,00	0,64	0,76	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22.3	Lebenszeit	4,09% (7)	57,31% (98)	4,00	3,00	4,00	94,00	70,00	-	-	nein			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22.3	Lebenszeit	4,09% (7)	42,69% (73)	3,00	4,00	3,00	70,00	94,00	-	-	nein			
Woodside et al. (2001)	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MHS-OHS, Männer, EAT = Bulimia/Anorexia subklinisch	3831	15+	Lebenszeit	3,92% (150)	1,62% (62)	7,00	143,00	7,00	55,00	3626,00	0,43	0,46	ja	3	0,56	0,51
<b>a = AGPH; b = PS1</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	2,63% (15)	15,06% (86)	3,00	12,00	3,00	83,00	101,00	-	-	nein			
<b>a = AGPH; b = PS2</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	2,63% (15)	30,65% (175)	1,00	14,00	1,00	174,00	383,00	-	-	nein			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	9,92% (50)	75,20% (379)	46,00	4,00	46,00	333,00	121,00	-	-	nein			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38.5	Lebenszeit	1,47% (6)	14,43% (59)	1,00	5,00	1,00	58,00	345,00	-	-	nein	+1	0,20	0,20
<b>a = AGPH; b = PS3</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	2,63% (15)	27,50% (157)	6,00	9,00	6,00	151,00	405,00	0,22	0,22	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	2,63% (15)	26,80% (153)	5,00	10,00	5,00	148,00	402,00	0,12	0,12	ja	2	0,17	0,17
<b>a = AGPH; b = SCHI</b>																		
<b>a = SOP; b = OCD</b>																		
Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte	930	18	12 Monate	11,11% (103,36)	3,98% (37)	14,06	89,30	14,06	22,94	803,70	0,59	0,68	ja	1	0,68	0,59
<b>a = SOP; b = PTSD</b>																		
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,13	0,13	nein			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	12,09% (340)	4,94% (139)	38,00	302,00	38,00	101,00	2371,00	0,41	0,44	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	15,60% (478)	10,44% (320)	91,00	387,00	91,00	229,00	2358,00	0,34	0,35	ja			
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOP = subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	7,3% (220,53)	1,3% (39,27)	12,00	208,53	12,00	27,27	2773,20	0,61	0,71	ja	3	0,50	0,46
<b>a = SOP; b = SOM</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen SOP/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,2% (61)	29,00	488,00	29,00	32,00	1328,00	0,34	0,35	ja			
Essau et al. (2000) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOP/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1035	14-17	Lebenszeit	18,6% (192)	13,1% (136)	51,00	141,00	51,00	85,00	758,00	0,43	0,46	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	1,6% (17)	12,37% (132)	6,00	11,00	6,00	126,00	892,00	0,49	0,54	ja			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	2,7% (287,31)	1,5% (159,62)	30,33	256,98	30,33	129,29	10224,40	0,71	0,89	ja			
Lieb et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = Schmerzst., SSI4,6	3021	14-24	Lebenszeit	3,5% (105,74)	3,21% (97)	15,75	89,99	15,75	81,25	2834,01	0,62	0,73	ja			
Brawmann-Mintzer et al. (1995)	DSM-IV, III-R, SKID	Patienten und Kontrolle SOM = Körperdysmorphie Störung	261	16-77	Lebenszeit	20,69% (54)	4,21% (11)	6,00	48,00	6,00	5,00	202,00	0,57	0,65	ja	5	0,78	0,65
<b>a = SOP; b = EAT</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,8% (72)	32,00	485,00	32,00	40,00	1302,00	0,29	0,30	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Studie	Diagnose	Studienmerkmale	n	Alter	Zeitraum	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit	Lebenszeit
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	SOP/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen Frauen EAT = Bulimia Nervosa	4263	18-65	Lebenszeit	15,60% (665)	1,29% (55)	25,00	640,00	25,00	30,00	3568,00	0,55	0,62	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	18,13% (31)	57,31% (98)	12,00	19,00	12,00	86,00	54,00	0,35	0,37	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	18,13% (31)	42,69% (73)	19,00	12,00	19,00	54,00	86,00	0,35	0,37	ja			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa	70	25,3	Lebenszeit	14,66% (10,26)	37,14% (26)	8,06	2,20	8,06	17,94	41,80	-	-	nein			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa	91	25,3	Lebenszeit	10,16% (9,25)	51,65% (47)	7,05	2,20	7,05	39,95	41,80	-	-	nein			
Telch & Stice (1998)	DSM-III-R, DSM-IV, SKID	Frauen, Kontrolle, EAT = Binge Eating	121	44,3	Lebenszeit	4,96% (6)	50,41% (61)	3,00	3,00	3,00	58,00	57,00	-	-	nein			
Woodside et al. (2001)	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MHS-OHS, Männer, EAT = Bulimia/Anorexia subklinisch	3831	15+	Lebenszeit	11,46% (439)	1,62% (62)	13,00	426,00	13,00	49,00	3343,00	0,28	0,29	ja	5	0,43	0,41
<b>a = SOP; b = PS1</b> McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	25,74% (147)	15,06% (86)	27,00	120,00	27,00	59,00	365,00	0,13	0,13	ja	1	0,13	0,13
<b>a = SOP; b = PS2</b> McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	25,74% (147)	30,65% (175)	34,00	113,00	34,00	141,00	283,00	0,20	0,20	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	39,29% (198)	75,20% (379)	174,00	24,00	174,00	205,00	101,00	0,46	0,50	ja			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38,5	Lebenszeit	33,00% (135)	14,43% (59)	28,00	107,00	28,00	31,00	243,00	0,27	0,28	ja	3+1	0,30	0,29
<b>a = SOP; b = PS3</b> McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	25,74% (147)	27,50% (157)	60,00	87,00	60,00	97,00	327,00	0,32	0,33	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	25,74% (147)	26,80% (153)	26,00	121,00	26,00	127,00	297,00	0,26	0,27	ja	2	0,30	0,29
<b>a = SOP; b = SCHI</b>																		
<b>a = SIP; b = OCD</b> Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte	930	18	12 Monate	6,52% (60,61)	3,98% (37)	7,03	53,58	7,03	29,97	839,42	0,48	0,52	ja	1	0,52	0,48
<b>a = SIP; b = PTSD</b> Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,17	0,17	nein			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	7,28% (205)	4,94% (139)	44,00	161,00	44,00	95,00	2512,00	0,66	0,79	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	15,99% (490)	10,44% (320)	93,00	397,00	93,00	227,00	2348,00	0,34	0,35	ja			
Perkonig et al. (2000) Witchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SIP = subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	16,0% (483,36)	1,3% (39,27)	7,00	476,36	7,00	32,27	2505,37	0,05	0,05	ja	3	0,40	0,38
<b>a = SIP; b = SOM</b> Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen SIP/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,2% (61)	29,00	488,00	29,00	32,00	1328,00	0,34	0,35	ja			
Essau et al. (2000) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SIP/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1035	14-17	Lebenszeit	18,6% (192)	13,1% (136)	51,00	141,00	51,00	85,00	758,00	0,43	0,46	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	3,5% (36)	12,37% (132)	12,00	24,00	12,00	120,00	879,00	0,48	0,52	ja			
Lieb et al. (2000) Witchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = Schmerzst., SSI4,6	3021	14-24	Lebenszeit	2,3% (69,48)	3,21% (97)	27,68	41,80	27,68	69,32	2882,20	0,88	1,38	ja	3	0,90	0,72

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

<b>a = SIP; b = EAT</b>																
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen SIP/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,8% (72)	32,00	485,00	32,00	40,00	1302,00	0,29	0,30	ja	
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	Frauen EAT = Bulimia Nervosa	4263	18-65	Lebenszeit	11,78% (502)	1,29% (55)	22,00	480,00	22,00	33,00	3728,00	0,57	0,65	ja	
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	4,68% (8)	57,31% (98)	5,00	3,00	5,00	93,00	70,00	-	-	nein	
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	4,68% (8)	42,69% (73)	3,00	5,00	3,00	70,00	93,00	-	-	nein	
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa	70	25,3	Lebenszeit	14,43% (10,1)	37,14% (26)	7,02	3,08	7,02	18,98	40,92	-	-	nein	
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa	91	25,3	Lebenszeit	13,2% (12,01)	51,65% (47)	8,93	3,08	8,93	38,07	40,92	-	-	nein	
Woodside et al. (2001)	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MHS-OHS, Männer, EAT = Bulimia/Anorexia subklinisch	3831	15+	Lebenszeit	5,69% (218)	1,62% (62)	14,00	204,00	14,00	48,00	3565,00	0,57	0,65	ja	3 0,58 0,52
<b>a = SIP; b = PS1</b>																
<b>a = SIP; b = PS2</b>																
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	27,58% (139)	75,20% (379)	120,00	19,00	120,00	259,00	106,00	0,36	0,38	ja	
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38,5	Lebenszeit	12,22% (50)	14,43% (59)	13,00	37,00	13,00	46,00	313,00	0,33	0,34	ja	2+1 0,14 0,14
<b>a = SIP; b = PS3</b>																
<b>a = SIP; b = SCHI</b>																
<b>a = GAD; b = OCD</b>																
Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte	930	18	12 Monate	2,12% (19,76)	3,98% (37)	1,90	17,86	1,90	35,10	875,14	-	-	nein	
<b>a = GAD; b = PTSD</b>																
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,13	0,13	nein	
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	3,98% (112)	4,94% (139)	23,00	89,00	23,00	116,00	2584,00	0,60	0,69	ja	
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	6,85% (210)	10,44% (320)	48,00	162,00	48,00	272,00	2583,00	0,38	0,40	ja	
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI		3021	14-24	Lebenszeit	0,8% (24,17)	1,3% (39,27)	3,00	21,17	3,00	36,27	2960,56	-	-	nein	2 0,55 0,50
<b>a = GAD; b = SOM</b>																
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	0,4% (4)	12,37% (132)	1,00	3,00	1,00	131,00	900,00	-	-	nein	
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	3,0% (319,23)	1,5% (159,62)	64,49	254,83	64,49	95,13	10226,64	0,88	1,38	ja	1 1,38 0,88
<b>a = GAD; b = EAT</b>																
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	Frauen EAT = Bulimia Nervosa	4263	18-65	Lebenszeit	2,60% (111)	1,29% (55)	6,00	105,00	6,00	49,00	4103,00	0,55	0,62	ja	
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	12,87% (22)	57,31% (98)	9,00	13,00	9,00	89,00	60,00	0,29	0,30	ja	
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	12,87% (22)	42,69% (73)	13,00	9,00	13,00	60,00	89,00	0,29	0,30	ja	
Kendler et al. (1995)	DSM-III-R, SKID, DIS	Frauen, Zwillingsstudie EAT = Bulimia Nervosa	1030	30,1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,23	0,23	ja	
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa	70	25,3	Lebenszeit	12,77% (8,94)	37,14% (26)	8,06	0,88	8,06	17,94	43,12	-	-	nein	



**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa	91	25,3	Lebenszeit	7,68% (6,99)	51,65% (47)	6,11	0,88	6,11	40,89	43,12	-	-	nein			
Woodside et al. (2001)	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MHS-OHS, Männer, EAT = Bulimia/Anorexia subklinisch	3831	15+	Lebenszeit	1,62% (62)	1,62% (62)	2,00	60,00	2,00	60,00	3709,00	-	-	nein			
Zaider et al. (2000)	DSM-IV, PRIME-MD, SKID	EAT = Bulimia Nervosa, Binge Eating	403	15-18	Lebenszeit	1,74% (7)	2,98% (12)	1,00	6,00	1,00	11,00	385,00	-	-	nein	4	0,53	0,49
<b>a = GAD; b = PS1</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizophrene	571	18-45	Lebenszeit	23,47% (134)	15,06% (86)	17,00	117,00	17,00	69,00	368,00	0,10	0,10	ja	1	0,10	0,10
<b>a = GAD; b = PS2</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	23,47% (134)	30,65% (175)	38,00	96,00	38,00	137,00	300,00	0,05	0,05	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	10,91% (55)	75,20% (379)	51,00	4,00	51,00	328,00	121,00	-	-	nein			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38,5	Lebenszeit	10,02% (41)	14,43% (59)	8,00	33,00	8,00	51,00	317,00	0,16	0,16	ja	2+1	0,24	0,24
<b>a = GAD; b = PS3</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	23,47% (134)	27,50% (157)	34,00	100,00	34,00	123,00	314,00	0,05	0,05	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	23,47% (134)	26,80% (153)	45,00	89,00	45,00	108,00	329,00	0,16	0,16	ja	2	0,11	0,11
<b>a = GAD; b = SCHI</b>																		
<b>a = PD; b = OCD</b>																		
Katerndahl & Realini (1997)	DSM-III-R, SKID	PD = subklinisch selektierte Stichprobe	194	18+	Lebenszeit	50,00% (97)	32,99% (64)	53,00	44,00	53,00	12,00	85,00	0,70	0,87	ja	1	0,87	0,70
<b>a = PD; b = PTSD</b>																		
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,11	0,11	nein			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	2,20% (62)	4,94% (139)	10,00	52,00	10,00	129,00	2621,00	0,49	0,54	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	5,19% (159)	10,44% (320)	40,00	119,00	40,00	280,00	2626,00	0,43	0,46	ja			
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	PD = PD mit und ohne AGPH	3021	14-24	Lebenszeit	1,6% (48,34)	1,3% (39,27)	9,00	39,34	9,00	30,27	2942,39	0,87	1,33	ja	3	0,78	0,65
<b>a = PD; b = SOM</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen PD/SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,2% (61)	29,00	488,00	29,00	32,00	1328,00	0,34	0,35	ja			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	0,5% (5)	12,37% (132)	1,00	4,00	1,00	131,00	899,00	-	-	nein			
Faravelli et al. (1997)	DSM-III-R, SADS-L	Hausarztstudie SOM = undiff. Somat., Hypochondrie	673	14+	12 Monate	3,27% (22)	17,83% (120)	6,00	16,00	6,00	114,00	537,00	0,22	0,22	ja			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	1,1% (117,05)	1,5% (159,62)	44,37	72,68	44,37	115,25	10408,70	0,94	1,74	ja	3	1,46	0,90
<b>a = PD; b = EAT</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen PD/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	27,5% (517)	3,8% (72)	32,00	485,00	32,00	40,00	1302,00	0,29	0,30	ja			
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	Frauen EAT = Bulimia Nervosa	4263	18-65	Lebenszeit	2,81% (120)	1,29% (55)	11,00	109,00	11,00	44,00	4099,00	0,72	0,91	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	15,79% (27)	57,31% (98)	15,00	12,00	15,00	83,00	61,00	0,03	0,03	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	15,79% (27)	42,69% (73)	12,00	15,00	12,00	61,00	83,00	0,03	0,03	ja			

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

Kendler et al. (1995)	DSM-III-R, SKID, DIS	Frauen, Zwillingstudie EAT = Bulimia Nervosa	1030	30,1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,22	0,22	ja			
Telch & Stice (1998)	DSM-III-R, DSM-IV, SKID	Frauen, Kontrolle, EAT = Binge Eating	121	44,3	Lebenszeit	9,09% (11)	50,41% (61)	7,00	4,00	7,00	54,00	56,00	-	-	nein			
Woodside et al. (2001)	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MHS-OHS, Männer, EAT = Bulimia/Anorexia subklinisch	3831	15+	Lebenszeit	1,07% (41)	1,62% (62)	3,00	38,00	3,00	59,00	3731,00	-	-	nein			
Zaider et al. (2000)	DSM-IV, PRIME-MD, SKID	EAT = Bulimia Nervosa, Binge Eating	403	15-18	Lebenszeit	0,99% (4)	2,98% (12)	1,00	3,00	1,00	11,00	388,00	-	-	nein	5	0,62	0,55
<b>a = PD; b = PS1</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	26,97% (154)	15,06% (86)	35,00	119,00	35,00	51,00	366,00	0,28	0,29	ja	1	0,29	0,28
<b>a = PD; b = PS2</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	26,97% (154)	30,65% (175)	59,00	95,00	59,00	116,00	242,00	0,09	0,09	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	40,87% (206)	75,20% (379)	181,00	25,00	181,00	198,00	100,00	0,48	0,52	ja			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline PD = w/o Agoraphobie	409	38.5	Lebenszeit	21,03% (86)	14,43% (59)	20,00	66,00	20,00	39,00	284,00	0,31	0,32	ja	3+1	0,14	0,14
<b>a = PD; b = PS3</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	26,97% (154)	27,50% (157)	36,00	118,00	36,00	121,00	296,00	0,12	0,12	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	26,97% (154)	26,80% (153)	24,00	130,00	24,00	129,00	288,00	0,34	0,35	ja	2	0,24	0,24
<b>a = PD; b = SCHI</b>																		
<b>a = OCD; b = PTSD</b>																		
<b>a = OCD; b = SOM</b>																		
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	1,3% (13)	12,37% (132)	3,00	10,00	3,00	129,00	893,00	-	-	nein			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	0,3% (31,92)	1,5% (159,62)	4,95	26,97	4,95	154,67	10454,41	0,77	1,02	ja			
Brawmann-Mintzer et al. (1995)	DSM-IV, III-R, SKID	Patienten und Kontrolle SOM = Körperdysmorphie Störung	261	16-77	Lebenszeit	20,31% (53)	4,21% (11)	4,00	49,00	4,00	7,00	201,00	-	-	nein	1	1,02	0,77
<b>a = OCD; b = EAT</b>																		
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	18,71% (32)	57,31% (98)	15,00	17,00	15,00	83,00	56,00	0,20	0,20	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa	171	22,3	Lebenszeit	18,71% (32)	42,69% (73)	17,00	15,00	17,00	56,00	83,00	0,20	0,20	ja			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa	70	25,3	Lebenszeit	26,17% (18,32)	37,14% (26)	16,12	2,20	16,12	9,88	41,80	-	-	nein			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa	91	25,3	Lebenszeit	13,26% (12,07)	51,65% (47)	9,87	2,20	9,80	37,13	41,80	-	-	nein	2	0,20	0,20
<b>a = OCD; b = AD/AA</b>																		
Ross & Tidall (1994)	DSM-III, C-DIS	DSM-III AA/AD	109 Studenten	18-48	Lebenszeit	27,52% (30)	25,69% (28)	21,00	9,00	21,00	7,00	72,00	0,87	1,33	ja			
Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte AD	930	18	12 Monate	3,98% (37)	10,56% (98,18)	8,88	28,12	8,88	89,30	803,70	0,39	0,41	ja	2	0,51	0,47
<b>a = OCD; b = DD/DA</b>																		
Black et al. (1999)	DSM-III, DIS, SIDP	DA/DD = Rauchen täglich > 1 Mon.	1057	41,7	Lebenszeit	2,95% (31,15)	47,40% (501)	15,03	16,12	15,03	485,97	539,88	0,02	0,02	ja			
Douglass et al. (1995)	DSM-III-R, DIS	Kohorte DD/DA = DD nur Marijuana	930	18	12 Monate	3,98% (37)	5,56% (51,68)	7,03	29,97	7,03	44,65	848,35	0,54	0,60	ja	2	0,29	0,28

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

<b>a = OCD; b = PS1</b>																		
Rodrigues Torres Del Porto (1995)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten u. Kontrollpatienten PS1 = paranoide	80	16-68	Lebenszeit	50,00% (40)	11,25% (9)	8,00	32,00	8,00	1,00	39,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	16,64% (95)	15,06% (86)	20,00	75,00	20,00	66,00	410,00	0,19	0,19	ja	1	0,19	0,19
<b>a = OCD; b = PS2</b>																		
Rodrigues Torres Del Porto (1995)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten u. Kontrollpatienten PS2 = histrionische	80	16-68	Lebenszeit	50,00% (40)	11,25% (9)	8,00	32,00	8,00	1,00	39,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	16,64% (95)	30,65% (175)	28,00	67,00	28,00	147,00	329,00	0,02	0,02	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	13,29% (67)	75,20% (379)	59,00	8,00	59,00	320,00	117,00	0,37	0,39	ja			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38.5	Lebenszeit	11,00% (45)	14,43% (59)	15,00	30,00	15,00	44,00	320,00	0,48	0,52	ja	3	0,28	0,27
<b>a = OCD; b = PS3</b>																		
Rodrigues Torres Del Porto (1995)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten u. Kontrollpatienten PS3 = selbstsichere	80	16-68	Lebenszeit	50,00% (40)	28,75% (23)	21,00	19,00	21,00	2,00	38,00	-	-	nein			
Rodrigues Torres Del Porto (1995)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten u. Kontrollpatienten PS3 = dependente PS	80	16-68	Lebenszeit	50,00% (40)	22,50% (18)	16,00	24,00	16,00	2,00	38,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	16,64% (95)	27,50% (157)	15,00	80,00	15,00	142,00	334,00	0,31	0,32	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	16,64% (95)	26,80% (153)	32,00	63,00	32,00	121,00	355,00	0,15	0,15	ja	2	0,24	0,24
<b>a = OCD; b = SCHI</b>																		
<b>a = PTSD; b = SOM</b>																		
Essau et al. (1999), (2000)	DSM-IV, CIDI	SOM zusammengefasst aus mehreren Störungen	1035	12-17	Lebenszeit	1,64% (17)	13,14% (136)	6,00	11,00	6,00	130,00	888,00	0,48	0,52	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung	1035	14-17	Lebenszeit	1,6% (17)	12,37% (132)	6,00	11,00	6,00	124,00	893,00	0,50	0,55	ja			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10	10641	>18	12 Monate	3,3% (345,21)	1,5% (159,62)	43,90	301,31	43,90	115,72	10180,07	0,77	1,02	ja			
Lieb et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = Schmerzst., SSI4,6	3021	14-24	Lebenszeit	1,3% (39,27)	3,21% (97)	11,04	28,23	11,04	85,96	2895,77	0,77	1,02	ja	3	0,99	0,76
<b>a = PTSD; b = EAT</b>																		
Perkonig et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen	3021	14-24	Lebenszeit	1,3% (39,27)	3,0% (90,63)	5,00	34,27	5,00	85,63	2896,10	0,56	0,63	ja			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa	70	25,3	Lebenszeit	7,37% (5,16)	37,14% (26)	2,08	3,08	2,08	23,92	40,92	-	-	nein			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa	91	25,3	Lebenszeit	18,88% (17,18)	51,65% (47)	14,10	3,08	14,10	32,90	40,92	-	-	nein	1	0,63	0,56
<b>a = PTSD; b = AD/AA</b>																		
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen AD	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,12	0,12	nein			
Giaconia et al. (2000)	DSM-III-R, DIS	Kohorte AD/AA/DA/DD	384	18	Lebenszeit	6,30% (24,19)	33,30% (127,87)	13,82	10,37	13,82	114,05	245,76	0,39	0,41	ja			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R AA/AD	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	4,94% (139)	35,24% (919)	72,00	67,00	72,00	919,00	1754,00	0,27	0,28	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	10,44% (320)	15,07% (462)	90,00	230,00	90,00	372,00	2373,00	0,35	0,37	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Perkonig et al. (2000) Witthen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	AA/AD	3021	14-24	Lebenszeit	1,3% (39,27)	15,9% (480,34)	19,00	20,27	19,00	461,34	2520,39	0,57	0,65	ja	4	0,43	0,41
<b>a = PTSD; b = DD/DA</b>																		
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen DD	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,14	0,14	nein			
Giaconia et al. (2000)	DSM-III-R, DIS	Kohorte AD/AA/DA/DD	384	18	Lebenszeit	6,30% (24,19)	33,30% (127,87)	13,82	10,37	13,82	114,05	245,76	0,39	0,41	ja			
Kessler et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	NCS-R DD/DA	3065, Männer	15-54	Lebenszeit	4,94% (139)	16,04% (451)	48,00	91,00	48,00	403,00	2270,00	0,41	0,44	ja			
			2812, Frauen	15-54	Lebenszeit	10,44% (320)	9,62% (295)	86,00	234,00	86,00	209,00	2536,00	0,54	0,60	ja			
Perkonig et al. (2000) Witthen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	DD/DA	3021	14-24	Lebenszeit	1,3% (39,27)	4,6% (138,97)	8,00	31,27	8,00	130,97	2850,76	0,60	0,69	ja	4	0,57	0,52
<b>a = PTSD; b = PS1</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische	571	18-45	Lebenszeit	31,87% (182)	15,06% (86)	29,00	153,00	29,00	57,00	332,00	0,33	0,34	ja	1	0,34	0,33
<b>a = PTSD; b = PS2</b>																		
Cox et al. (2002)	DSM-III-R, IV, CIDI	NCS-R keine tet. Korrelationen PS2 = antisoziale	5877	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,10	0,10	nein			
Connor et al. (2002)	DSM-III, DIS	ECA DSM-III	1541	19-55	Lebenszeit	9,7% (150)	2,53% (39)	15,00	135,00	15,00	24,00	1367,00	0,62	0,73	nein			
Goodwin & Hamilton (2003)	DSM-III-R, CIDI	NCS	7355	15-54	Lebenszeit	6,34% (449,76)	3,55% (261)	54,65	395,11	54,65	206,35	6698,89	0,54	0,60	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	31,87% (182)	30,65% (175)	82,00	100,00	82,00	93,00	296,00	0,36	0,38	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	47,42% (239)	75,20% (379)	212,00	27,00	212,00	167,00	98,00	0,54	0,60	ja			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline	409	38.5	Lebenszeit	21,76% (89)	14,43% (59)	27,00	62,00	27,00	32,00	288,00	0,49	0,54	ja	4	0,58	0,52
<b>a = PTSD; b = PS3</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende	571	18-45	Lebenszeit	31,87% (182)	27,50% (157)	44,00	138,00	44,00	113,00	276,00	0,10	0,10	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	31,87% (182)	26,80% (153)	27,00	155,00	27,00	126,00	263,00	0,38	0,40	ja	2	0,25	0,24
<b>a = PTSD; b = SCHI</b>																		
<b>a = SOM; b = EAT</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen SOM/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	3,2% (61)	3,8% (72)	6,00	55,00	6,00	66,00	1750,00	0,39	0,41	ja			
Lieb et al. (2000) Witthen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM/EAT zusammengefasst aus mehreren Störungen (Schmerzst., SSI4,6)	3021	14-24	Lebenszeit	3,21% (97)	3,0% (90,63)	13,24	83,76	13,24	77,39	2846,61	0,61	0,71	ja	2	0,60	0,54
<b>a = SOM; b = AD/AA</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen SOM/AD zusammengefasst mehrere Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	3,2% (61)	1,8% (33)	4,00	57,00	4,00	29,00	1787,00	-	-	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = (undiff. Somat., Schmerzstörung)	1035	14-17	Lebenszeit	12,37% (132)	9,3% (96)	22,00	110,00	22,00	74,00	829,00	0,31	0,32	ja			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10 AD/AA/Misuse	10641	>18	12 Monate	1,5% (159,62)	6,5% (691,67)	22,35	137,27	22,35	669,32	9812,06	0,34	0,35	ja			
Lieb et al. (2000) Witthen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM/AD/DD zusammengefasst aus mehreren Störungen (Schmerzst., SSI4,6)	3021	14-24	Lebenszeit	3,21% (97)	8,2% (247,72)	16,34	80,66	16,34	231,38	2692,62	0,33	0,34	ja	3	0,35	0,34

**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

<b>a = SOM; b = DD/DA</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen SOM/DD zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	3,2% (61)	1,8% (33)	4,00	57,00	4,00	29,00	1787,00	-	-	nein			
Essau et al. (1999) Essau et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM = undiff. Somat., Schmerzstörung, DD/DA	1035	14-17	Lebenszeit	12,37% (132)	7,73% (80)	24,00	108,00	24,00	56,00	847,00	0,45	0,48	ja			
Hickie et al. (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, ICD-10, CIDI	SOM = Neurasthenie ICD-10 DD/DA/Misuse	10641	>18	12 Monate	1,5% (159,62)	2,2% (234,10)	15,96	143,66	15,96	218,14	10263,24	0,57	0,65	ja			
Lieb et al. (2000) Wittchen et al. (1998)	DSM-IV, CIDI	SOM/AD/DD zusammengefasst aus mehreren Störungen (Schmerzst., SS14,6)	3021	14-24	Lebenszeit	3,21% (97)	8,2% (247,72)	16,34	80,66	16,34	231,38	2692,62	0,33	0,34	ja	3	0,57	0,52
<b>a = SOM; b = PS1</b>																		
Garyfallos et al. (1999)	DSM-III-R, klin., SKID II	Patienten PS1 = alle PS1 SOM zusammengefasst	1448	36,1	Lebenszeit	12,09% (175)	4,70% (68)	8,00	167,00	8,00	60,00	1213,00	0,01	0,01	ja	1	0,01	0,01
<b>a = SOM; b = PS2</b>																		
Garyfallos et al. (1999)	DSM-III-R, klin., SKID II	Patienten PS2 = alle PS2 SOM zusammengefasst	1448	36,1	Lebenszeit	12,09% (175)	22,51% (326)	63,00	112,00	63,00	263,00	1010,00	0,29	0,30	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS SOM = Somatisierungsst., Hypochondrie, Schmerzst. PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	8,53% (43)	75,20% (379)	39,00	4,00	39,00	340,00	121,00	-	-	nein			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline SOM = Schmerzst., undiff. Somat., Körperdysm.	409	38,5	Lebenszeit	8,31% (34)	14,43% (59)	12,00	22,00	12,00	47,00	328,00	0,49	0,54	ja	2	0,35	0,34
<b>a = SOM; b = PS3</b>																		
Garyfallos et al. (1999)	DSM-III-R, klin., SKID II	Patienten PS3 = alle PS3 SOM zusammengefasst	1448	36,1	Lebenszeit	12,09% (175)	15,06% (218)	34,00	141,00	34,00	184,00	1089,00	0,14	0,14	ja	1	0,14	0,14
<b>a = SOM; b = SCHI</b>																		
<b>a = EAT; b = AD/AA</b>																		
Ross & Tidall (1994)	DSM-III, C-DIS	DSM-III EAT = Bulimia, AA/AD	109 Studenten	18-48	Lebenszeit	17,43% (19)	25,69% (28)	7,00	12,00	7,00	21,00	69,00	0,25	0,26	nein			
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen EAT/AD zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	3,8% (72)	1,8% (33)	4,00	68,00	4,00	29,00	1776,00	-	-	nein			
Bushnell et al. (1994)	DSM-III, DIS	DSM-III, Frauen EAT = Bulimia Nervosa, AD/AA	779	18-64	Lebenszeit	2,51% (20)	7,13% (56,79)	2,40	17,60	2,40	54,39	722,61	-	-	nein			
Dansky et al. (2000)	DSM-III-R	Frauen, struktur. Telefoninterview EAT = Bulimia Nervosa, AA	3006	46,1	Lebenszeit	2,4% (60,12)	22,0% (661,32)	18,64	41,48	18,64	642,68	2284,56	0,18	0,18	ja			
Dansky et al. (2000)	DSM-III-R	Frauen, struktur. Telefoninterview EAT = Bulimia Nervosa, AD	3006	46,1	Lebenszeit	2,4% (60,12)	6,3% (189,38)	7,94	52,18	7,94	181,44	2764,44	0,32	0,33	ja			
Garfinkel et al. (1995)	DSM-III-R, CIDI	Frauen EAT = Bulimia Nervosa, AD	4263	18-65	Lebenszeit	1,29% (55)	0,89% (38)	17,00	38,00	17,00	21,00	4187,00	0,94	1,74	ja			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa, AA/AD	171	22,3	Lebenszeit	57,31% (98)	4,09% (7)	5,00	93,00	5,00	2,00	71,00	-	-	nein			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa, AA/AD	171	22,3	Lebenszeit	42,69% (73)	4,09% (7)	2,00	71,00	2,00	5,00	93,00	-	-	nein			
Kendler et al. (1995)	DSM-III-R, SKID, DIS	Frauen, Zwillingsstudie EAT = Bulimia Nervosa, AA/AD	1030	30,1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,32	0,33	ja			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa, AA/AD	70	25,3	Lebenszeit	37,14% (26)	13,26% (9,28)	3,12	22,88	3,12	6,16	37,84	-	-	nein			
Lilenfeld et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa, AA/AD	91	25,3	Lebenszeit	51,65% (47)	33,11% (30,13)	23,97	23,03	23,97	6,16	37,84	0,62	0,73	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Lewinsohn et al. (2000)	DSM-III-R, K-SADS	Frauen, High-School Population EAT = Anorexia/Bulimia Nervosa/subklinisch AA	810	< 24	Lebenszeit	5,19% (42)	6,17% (50)	6,00	36,00	6,00	44,00	724,00	0,38	0,40	ja			
Telch & Stice (1998)	DSM-III-R, DSM-IV, SKID	Frauen, Vergleich, EAT = Binge Eating Disorder AA/AD	121	44,3	Lebenszeit	50,41% (61)	12,40% (15)	9,00	52,00	9,00	6,00	54,00	0,17	0,17	ja			
Woodside et al. (2001)	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MHS-OHS, Männer, EAT = Bulimia/Anorexia subklinisch, AD	3831	15+	Lebenszeit	1,62% (62)	20,91% (801)	28,00	34,00	28,00	34,00	2996,00	0,43	0,46	ja			
Zaider et al. (2000)	DSM-IV, PRIME-MD, SKID	EAT = Bulimia Nervosa, Binge Eating AD	403	15-18	Lebenszeit	2,98% (12)	5,21% (21)	2,00	10,00	2,00	19,00	372,00	-	-	nein	8	0,71	0,61
<b>a = EAT; b = DD/DA</b>																		
Becker et al. (2002)	DSM-IV, F-DIPS	Frauen EAT/DD zusammengefasst aus mehreren Störungen	1877	18-24	Lebenszeit	3,8% (72)	1,8% (33)	4,00	68,00	4,00	29,00	1776,00	-	-	nein			
Black et al. (1999)	DSM-III, DIS, SIDP	DA/DD = Rauchen täglich > 1 Mon. EAT = Bulimia Nervosa	1057	41,7	Lebenszeit	2,38% (25,15)	47,40% (501)	14,03	11,12	14,03	486,97	544,88	0,14	0,14	nein			
Bushnell et al. (1994)	DSM-III, DIS	DSM-III, Frauen EAT = Bulimia Nervosa, DD/DA	779	18-64	Lebenszeit	2,51% (20)	6,45% (51,42)	4,80	15,20	4,80	46,62	730,38	0,56	0,63	nein			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Anorexia Nervosa, DD/DA,AA/AD	171	22,3	Lebenszeit	57,31% (98)	6,43% (11)	7,00	91,00	7,00	4,00	69,00	-	-	nein			
Iwasaki et al. (2000)	DSM-IV, III-R, SKID	Frauen, Patienten EAT = Bulimia Nervosa, DD/DA,AA/AD	171	22,3	Lebenszeit	42,69% (73)	6,43% (11)	4,00	69,00	4,00	7,00	91,00	-	-	nein			
Lilenfield et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Anorexia Nervosa, DD/DA	70	25,3	Lebenszeit	37,14% (26)	4,0% (2,8)	1,04	24,96	1,04	1,76	42,24	-	-	nein			
Lilenfield et al. (1998)	DSM-III-R, SADS	Frauen, Patienten und Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa, DD/DA	91	25,3	Lebenszeit	51,65% (47)	20,01% (18,21)	16,45	30,55	16,45	1,76	42,24	-	-	nein			
Lewinsohn et al. (2000)	DSM-III-R, K-SADS	Frauen, High-School Population EAT = Anorexia/Bulimia Nervosa/subklinisch DA	810	< 24	Lebenszeit	5,19% (42)	7,65% (62)	7,00	35,00	7,00	55,00	713,00	0,36	0,38	ja			
Olivardia et al. (1995)	DSM-III-R, DSM-IV, SKID	Männer, College Population und Vergleich EAT = Anorexia/ Bulimia Nervosa, Binge Eating DD/DA, AA/AD	50	18-25	Lebenszeit	50,0% (25)	24,0% (12)	10,00	15,00	10,00	2,00	23,00	-	-	nein			
Telch & Stice (1998)	DSM-III-R, DSM-IV, SKID	Frauen, Kontrolle, EAT = Binge Eating DA/DD	121	44,3	Lebenszeit	50,41% (61)	6,61% (8)	6,00	55,00	6,00	2,00	58,00	-	-	nein			
Welch & Fairburn (1996)	DSM-III-R, EDE, SKID	Frauen, Kontrolle EAT = Bulimia Nervosa, D-Misuse	306	23,7	Lebenszeit	33,33% (102)	35,95% (110)	54,00	48,00	54,00	56,00	148,00	0,41	0,44	ja			
Zaider et al. (2000)	DSM-IV, PRIME-MD, SKID	EAT = Bulimia Nervosa, Binge Eating DD	403	15-18	Lebenszeit	2,98% (12)	5,71% (23)	1,00	11,00	1,00	22,00	369,00	-	-	nein	2	0,40	0,38
<b>a = EAT; b = PS1</b>																		
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische EAT = Anorexia Nervosa	571	18-45	Lebenszeit	6,48% (37)	15,06% (86)	4,00	33,00	4,00	82,00	452,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische EAT = Bulimia Nervosa	571	18-45	Lebenszeit	9,11% (52)	15,06% (86)	4,00	48,00	4,00	82,00	437,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische EAT = Essstörung NNB	571	18-45	Lebenszeit	19,79% (113)	15,06% (86)	9,00	104,00	9,00	77,00	381,00	0,32	0,33	ja	1	0,33	0,32
<b>a = EAT; b = PS2</b>																		
Zaider et al. (2000)	DSM-IV, PRIME-MD, SKID	EAT = Bulimia Nervosa, Binge Eating PS2 = alle PS2	403	15-18	Lebenszeit	2,98% (12)	7,69%	3,00	9,00	3,00	28,00	363,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline EAT = Anorexia Nervosa	571	18-45	Lebenszeit	6,48% (37)	30,65% (175)	13,00	24,00	13,00	162,00	372,00	0,08	0,08	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten	571	18-45	Lebenszeit	9,11% (52)	30,65% (175)	23,00	29,00	23,00	152,00	367,00	0,25	0,26	ja			



Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AA, PS2 = histrionische	43039	18+	12 Monate	4,28% (1843)	1,88% (808)	57,13	1785,87	57,13	750,87	40445,13	0,21	0,21	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AD, PS2 = histrionische	43039	18+	12 Monate	3,45% (1484)	1,88% (808)	152,85	1331,15	152,85	655,15	40899,85	0,66	0,79	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten, PS2 = borderline AD/AA	571	18-45	Lebenszeit	43,26% (247)	30,65% (175)	91,00	156,00	91,00	84,00	240,00	0,20	0,20	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS AD/AA, PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	50,40% (254)	75,20% (379)	198,00	56,00	198,00	181,00	69,00	0,12	0,12	ja			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline AD/AA	409	38.5	Lebenszeit	34,72% (142)	14,43% (59)	33,00	109,00	33,00	26,00	241,00	0,38	0,40	ja	6+3	0,61	0,54
<b>a = AD/AA; b = PS3</b>																		
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AA, PS3 = selbstunsichere/vermeidende	43039	18+	12 Monate	4,28% (1843)	2,31% (995)	36,86	1806,14	36,86	958,14	40237,86	0,06	0,06	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AD, PS3 = selbstunsichere/vermeidende	43039	18+	12 Monate	3,45% (1484)	2,31% (995)	114,27	1369,73	114,27	880,73	40674,27	0,49	0,54	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AA, PS3 = dependente	43039	18+	12 Monate	4,28% (1843)	0,48% (208)	5,53	1837,47	5,53	202,47	40993,53	0,19	0,19	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AD, PS3 = dependente	43039	18+	12 Monate	3,45% (1484)	0,48% (208)	37,10	1446,90	37,10	170,90	41384,10	0,62	0,73	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AA, PS3 = zwanghafte	43039	18+	12 Monate	4,28% (1843)	7,58% (3261)	175,09	1667,92	175,09	3085,91	38110,08	0,10	0,10	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	AD, PS3 = zwanghafte	43039	18+	12 Monate	3,45% (1484)	7,58% (3261)	225,57	1258,43	225,57	3035,43	38519,57	0,32	0,33	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende AD/AA	571	18-45	Lebenszeit	43,26% (247)	27,50% (157)	70,00	177,00	70,00	87,00	237,00	0,03	0,03	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte AD/AA	571	18-45	Lebenszeit	43,26% (247)	26,80% (153)	45,00	202,00	45,00	108,00	216,00	0,31	0,32	ja	8	0,32	0,31
<b>a = AD/AA; b = SCHI</b>																		
Ross & Tidall (1994)	DSM-III, C-DIS	DSM-III AA/AD	109 Studenten	18-48	Lebenszeit	25,69% (28)	7,33% (8)	7,00	21,00	7,00	1,00	80,00	-	-	nein			
<b>a = DD/DA; b = PS1</b>																		
Black et al. (1999)	DSM-III, DIS, SIDP	DA/DD = Rauchen täglich > 1 Mon. PS1 zusammengefasst	1057	41,7	Lebenszeit	47,40% (501)	4,23% (44,45)	25,55	475,45	25,55	18,90	537,10	0,16	0,16	nein			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS1 = paranoide	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	4,89% (2105)	62,83	465,17	62,83	2042,17	40468,83	0,37	0,39	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DD, PS1 = paranoide	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	4,89% (2105)	82,67	166,33	82,67	2022,33	40767,67	0,72	0,91	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS1 = schizoide	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	3,31% (1425)	44,35	483,65	44,35	1380,65	41130,35	0,37	0,39	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DD, PS1 = schizoide	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	3,31% (1425)	52,29	196,71	52,29	1372,71	41417,29	0,69	0,85	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische DD/DA	571	18-45	Lebenszeit	38,35% (219)	15,06% (86)	36,00	183,00	36,00	50,00	302,00	0,07	0,07	ja	5	0,63	0,56
<b>a = DD/DA; b = PS2</b>																		
Black et al. (1999)	DSM-III, DIS, SIDP	DA/DD = Rauchen täglich > 1 Mon. PS2 zusammengefasst	1057	41,7	Lebenszeit	47,40% (501)	6,55% (69,23)	48,10	452,90	48,10	21,13	534,87	0,37	0,39	nein			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS2 = antisoziale	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	3,30% (1422)	117,74	410,26	117,74	1304,26	41206,74	0,71	0,89	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS2 = histrionische	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	1,88% (808)	41,18	486,82	41,18	766,82	41744,18	0,54	0,60	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DD, PS2 = histrionische	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	1,88% (808)	51,29	197,71	51,29	756,71	42033,29	0,80	1,10	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten, PS2 = borderline DD/DA	571	18-45	Lebenszeit	38,35% (219)	30,65% (175)	93,00	126,00	93,00	82,00	270,00	0,34	0,35	ja			
Zanarini et al. (1998)	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Patienten, Kontrolle andere Patienten mit PS DD/DA, PS2 = borderline	504	18-50	Lebenszeit	45,04% (227)	75,20% (379)	175,00	52,00	175,00	204,00	73,00	0,07	0,07	ja			
Zimmermann & Matia (1999)	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Patienten, PS2 = borderline DD/DA	409	38.5	Lebenszeit	23,22% (95)	14,43% (59)	26,00	69,00	26,00	33,00	281,00	0,43	0,46	ja	6+2	0,94	0,74



**Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.**

<b>a = DD/DA; b = PS3</b>																		
Black et al. (1999)	DSM-III, DIS, SIDP	DA/DD = Rauchen täglich > 1 Mon. PS3 zusammengefasst	1057	41,7	Lebenszeit	47,40% (501)	6,51% (68,77)	64,63	436,37	64,63	4,14	551,86	0,83	1,19	nein			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS3 = selbstunsichere/vermeidende	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	2,31% (995)	34,32	493,68	34,32	960,68	41550,32	0,41	0,44	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DD, PS3 = selbstunsichere/vermeidende	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	2,31% (995)	45,32	203,68	45,32	949,68	41840,32	0,72	0,91	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS3 = dependente	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	0,48% (208)	10,56	517,44	10,56	197,44	42313,56	0,52	0,58	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DD, PS3 = dependente	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	0,48% (208)	25,15	223,85	25,15	182,85	42607,15	0,87	1,33	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DA, PS3 = zwanghafte	43039	18+	12 Monate	1,23% (528)	7,58% (3261)	60,72	467,28	60,72	3200,28	39310,72	0,18	0,18	ja			
Grant et al. (2004)	DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	DD, PS3 = zwanghafte	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	7,58% (3261)	71,46	177,54	71,46	3189,54	39600,46	0,56	0,63	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = selbstunsicher/vermeidende DD/DA	571	18-45	Lebenszeit	38,35% (219)	27,50% (157)	51,00	168,00	51,00	106,00	246,00	0,14	0,14	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS3 = zwanghafte DD/DA	571	18-45	Lebenszeit	38,35% (219)	26,80% (153)	39,00	180,00	39,00	114,00	238,00	0,30	0,31	ja	8	0,68	0,59
<b>a = DD/DA; b = SCHI</b>																		
<b>a = PS1; b = PS2</b>																		
Eksekius et al. (1994)	DSM-III-R, SCID-II mod.	Fragebogen Patienten und Kontrolle PS1 = alle PS1, PS2 = alle PS2	564	20-65	Lebenszeit	OR!? 15,07% (85)	20,92% (118)	47,00	38,00	47,00	71,00	408,00	0,65	0,78	ja			
Grilo et al. (2002)	DSM-IV, DDPD-IV	Patienten PS1 = alle PS1, PS2 = borderline	108	36,8	Lebenszeit	7,41% (8)	39,81% (43)	6,00	2,00	6,00	37,00	63,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS2 = antisoziale	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	8,58% (49)	11,00	75,00	11,00	38,00	447,00	0,21	0,21	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	42,03% (240)	25,00	61,00	25,00	215,00	270,00	0,25	0,26	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS2 = histrionische	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	2,28% (13)	4,00	82,00	4,00	9,00	476,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS2 = narzisstische	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	6,30% (36)	8,00	78,00	8,00	28,00	457,00	0,20	0,20	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = paranoide, PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	14,19% (81)	30,65% (175)	24,00	57,00	24,00	151,00	339,00	0,02	0,02	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizoide, PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	3,15% (18)	30,65% (175)	3,00	15,00	3,00	172,00	381,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS2 = borderline	571	18-45	Lebenszeit	16,81% (96)	30,65% (175)	9,00	87,00	9,00	166,00	309,00	0,58	0,66	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = paranoide, PS2 = histrionische	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	21,33% (238)	65,00	90,00	65,00	173,00	788,00	0,44	0,47	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = histrionische	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	21,33% (238)	8,00	24,00	8,00	230,00	854,00	0,08	0,08	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = histrionische	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	21,33% (238)	12,00	21,00	12,00	226,00	857,00	0,29	0,30	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = paranoide, PS2 = narzisstische	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	8,33% (93)	36,00	119,00	36,00	57,00	904,00	0,55	0,62	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = narzisstische	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	8,33% (93)	5,00	27,00	5,00	88,00	996,00	0,28	0,29	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = narzisstische	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	8,33% (93)	8,00	25,00	8,00	85,00	998,00	0,48	0,52	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	4,21% (47)	10,00	145,00	10,00	37,00	924,00	0,21	0,21	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

		PS1 = paranoide, PS2 = antisoziale																	
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = antisoziale	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	4,21% (47)	2,00	30,00	2,00	45,00	1039,00	-	-	nein				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = antisoziale	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	4,21% (47)	4,00	29,00	4,00	43,00	1040,00	-	-	nein				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = paranoide, PS2 = borderline	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	15,32% (171)	49,00	106,00	49,00	122,00	839,00	0,43	0,46	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = borderline	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	15,32% (171)	8,00	24,00	8,00	163,00	921,00	0,24	0,24	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = borderline	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	15,32% (171)	16,00	17,00	16,00	155,00	928,00	0,60	0,69	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = paranoide, PS2 = selbstunsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	24,82% (277)	74,00	81,00	74,00	203,00	758,00	0,45	0,48	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = selbstunsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	24,82% (277)	20,00	12,00	20,00	257,00	827,00	0,59	0,68	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = selbstunsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	24,82% (277)	24,00	9,00	24,00	253,00	830,00	0,70	0,87	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = paranoide, PS2 = dependente	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	18,01% (201)	48,00	107,00	48,00	153,00	808,00	0,33	0,34	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = dependente	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	18,01% (201)	9,00	23,00	9,00	292,00	892,00	0,07	0,07	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = dependente	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	18,01% (201)	16,00	17,00	16,00	185,00	898,00	0,54	0,60	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = paranoide, PS2 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	13,89% (155)	16,40% (183)	61,00	94,00	61,00	122,00	839,00	0,54	0,60	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizoide, PS2 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	2,87% (32)	16,40% (183)	14,00	18,00	14,00	169,00	915,00	0,51	0,56	ja				
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS1 = schizotypische, PS2 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	2,96% (33)	16,40% (183)	12,00	21,00	12,00	171,00	912,00	0,42	0,45	ja				
Watson & Sinha (1998)	DSM-III-R, CATI	Fragebogen PS1 = alle PS1, PS2 = alle PS2	1729	17-57	Lebenszeit	10,47% (181)	16,77% (290)	115,00	66,00	115,00	175,00	1373,00	0,79	1,07	ja	26	0,48	0,45	
<b>a = PS1; b = PS3</b>																			
Ekselius et al. (1994)	DSM-III-R, SCID-II mod.	Fragebogen Patienten und Kontrolle PS1 = alle PS1, PS3 = alle PS3	564	20-65	Lebenszeit	15,07% (85)	22,52% (127)	56,00	29,00	56,00	71,00	408,00	0,75	0,97	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS3 = selbstunsichere	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	56,74% (324)	42,00	44,00	42,00	282,00	203,00	0,15	0,15	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS3 = dependente	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	8,58% (49)	4,00	82,00	4,00	45,00	440,00	0,28	0,29	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	15,06% (86)	45,71% (261)	27,00	59,00	27,00	234,00	251,00	0,27	0,28	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = paranoide, PS3 = selbstunsichere	571	18-45	Lebenszeit	14,19% (81)	27,50% (157)	14,00	67,00	14,00	143,00	347,00	0,26	0,27	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizoide, PS3 = selbstunsichere	571	18-45	Lebenszeit	3,15% (18)	27,50% (157)	6,00	12,00	6,00	151,00	402,00	0,11	0,11	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS3 = selbstunsichere	571	18-45	Lebenszeit	16,81% (96)	27,50% (157)	1,00	95,00	1,00	156,00	319,00	-	-	nein				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = paranoide, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	14,19% (81)	26,80% (153)	12,00	69,00	12,00	141,00	349,00	0,32	0,33	ja				
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizoide, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	3,15% (18)	26,80% (153)	0,00	18,00	0,00	153,00	400,00	-	-	nein				

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS1 = schizotypische, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	16,81% (96)	26,80% (153)	0,00	96,00	0,00	153,00	322,00	-	-	nein			
Watson & Sinha (1998)	DSM-III-R, CATI	Fragebogen PS1 = alle PS1, PS3 = alle PS3 + passiv-aggressiv	1729	17-57	Lebenszeit	10,47% (181)	14,69% (254)	120,00	61,00	120,00	134,00	801,00	0,76	1,00	ja	8	0,54	0,48
<b>a = PS1; b = SCHI</b> Oulis et al. (1997)	DSM-III-R, SKID	Patienten (remittiert), Kontrolle Patienten mit MDE	166	38,1	Lebenszeit	4,49% (7,45)	61,45% (102)	4,89	2,56	4,89	97,11	61,44	-	-	nein			
<b>a = PS2; b = PS3</b> Ekselius et al. (1994)	DSM-III-R, SCID-II mod.	Fragebogen Patienten und Kontrolle PS2 = alle PS2, PS3 = alle PS3	564	20-65	Lebenszeit	22,52% (127)	20,92% (118)	66,00	52,00	66,00	61,00	385,00	0,69	0,85	ja			
Grilo et al. (2002)	DSM-IV, DDPD-IV	Patienten PS2 = borderline, PS3 = alle PS3	108	36,8	Lebenszeit	39,81% (43)	46,30% (50)	35,00	8,00	35,00	15,00	50,00	0,80	1,10	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline, PS3 = selbstsichere	571	18-45	Lebenszeit	30,65% (175)	56,74% (324)	83,00	92,00	83,00	241,00	155,00	0,21	0,21	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline, PS3 = dependente	571	18-45	Lebenszeit	30,65% (175)	8,58% (49)	28,00	147,00	28,00	21,00	375,00	0,45	0,48	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	30,65% (175)	45,71% (261)	45,00	130,00	45,00	216,00	180,00	0,45	0,48	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = antisoziale, PS3 = selbstsichere	571	18-45	Lebenszeit	8,58% (49)	27,50% (157)	8,00	41,00	8,00	149,00	373,00	0,27	0,28	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline, PS3 = selbstsichere	571	18-45	Lebenszeit	42,03% (240)	27,50% (157)	26,00	214,00	26,00	131,00	200,00	0,58	0,66	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = histrionische, PS3 = selbstsichere	571	18-45	Lebenszeit	2,28% (13)	27,50% (157)	0,00	13,00	0,00	157,00	401,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = narzisstische, PS3 = selbstsichere	571	18-45	Lebenszeit	6,30% (36)	27,50% (157)	3,00	33,00	3,00	154,00	381,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = antisoziale, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	8,58% (49)	26,80% (153)	3,00	46,00	3,00	150,00	372,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = borderline, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	42,03% (240)	26,80% (153)	14,00	226,00	14,00	139,00	192,00	0,76	1,00	ja			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = histrionische, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	2,28% (13)	26,80% (153)	3,00	10,00	3,00	150,00	411,00	-	-	nein			
McGlashan et al. (2000)	DSM-IV, SKID	Patienten PS2 = narzisstische, PS3 = zwanghafte	571	18-45	Lebenszeit	6,30% (36)	26,80% (153)	11,00	25,00	11,00	142,00	393,00	0,07	0,07	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = histrionische, PS3 = selbstsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	21,33% (238)	24,82% (277)	79,00	159,00	79,00	198,00	680,00	0,20	0,20	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = narzisstische, PS3 = selbstsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	8,33% (93)	24,82% (277)	36,00	57,00	36,00	241,00	782,00	0,27	0,28	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = antisoziale, PS3 = selbstsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	4,21% (47)	24,82% (277)	18,00	29,00	18,00	259,00	810,00	0,25	0,26	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = borderline, PS3 = selbstsicher/verm.	1116	33	Lebenszeit	15,32% (171)	24,82% (277)	78,00	93,00	78,00	199,00	746,00	0,43	0,46	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = histrionische, PS3 = dependente	1116	33	Lebenszeit	21,33% (238)	18,01% (201)	90,00	148,00	90,00	111,00	767,00	0,51	0,56	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = narzisstische, PS3 = dependente	1116	33	Lebenszeit	8,33% (93)	18,01% (201)	44,00	49,00	44,00	157,00	822,00	0,55	0,62	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = antisoziale, PS3 = dependente	1116	33	Lebenszeit	4,21% (47)	18,01% (201)	10,00	37,00	10,00	191,00	878,00	0,08	0,08	ja			
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = borderline, PS3 = dependente	1116	33	Lebenszeit	15,32% (171)	18,01% (201)	84,00	87,00	84,00	117,00	828,00	0,65	0,78	ja			

Anhang E: Tabelle 16. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Ausweitung auf weitere psychische Störungen.

Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = histrionische, PS3 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	21,33% (238)	16,40% (183)	50,00	188,00	50,00	133,00	745,00	0,15	0,15	ja
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = narzisstische, PS3 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	8,33% (93)	16,40% (183)	30,00	63,00	30,00	153,00	870,00	0,37	0,39	ja
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = antisoziale, PS3 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	4,21% (47)	16,40% (183)	10,00	37,00	10,00	173,00	896,00	0,13	0,13	ja
Stuart et al. (1998)	DSM-III-R, SIDP-R	Patienten, Multicenter PS2 = borderline, PS3 = zwanghafte	1116	33	Lebenszeit	15,32% (171)	16,40% (183)	44,00	127,00	44,00	139,00	806,00	0,26	0,27	ja
Watson & Sinha (1998)	DSM-III-R, CATI	Fragebogen PS2 = alle PS2, PS3 = alle PS3 + passiv-aggressiv	1729	17-57	Lebenszeit	16,77% (290)	14,69% (254)	160,00	130,00	160,00	94,00	732,00	0,72	0,91	ja 22 0,44 0,41
<b>a = PS2; b = SCHI</b> Oulis et al. (1997)	DSM-III-R, SKID	Patienten (remittiert), Kontrolle Patienten mit MDE	166	38,1	Lebenszeit	5,23% (8,58)	61,45% (102)	5,00	3,58	5,00	97,00	60,42	-	-	nein
<b>a = PS3; b = SCHI</b> Oulis et al. (1997)	DSM-III-R, SKID	Patienten (remittiert), Kontrolle Patienten mit MDE	166	38,1	Lebenszeit	7,19% (11,94)	61,45% (102)	7,14	4,80	7,14	94,86	59,20	-	-	nein

*Anmerkungen:*

BIPO: Bipolare Störungen, OCD: Zwangsstörung, PTSD: Posttraumatische Belastungsstörung, EAT: Essstörungen, SCHI: Schizophrenie, SOM: Somatoforme Störungen, PS1: paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung; PS2: antisoziale, borderline, histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstörung; PS3: selbstunsichere, dependente, zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Unter PS 2 wurden bei der Anzahl der Korrelationen die Werte aus der Replikation mit einbezogen (z.B. 3+1) und gingen in die Berechnung der mittleren Korrelationen mit ein. Für die Schlafstörungen konnten keine Studien und damit Korrelationen ermittelt werden, die den Kriterien genügen. In die PS2 wurden die Daten aus der Replikation integriert. MDE/MDD: Major Depression, DYS: Dysstymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit bzw. -missbrauch, APD: Antisoziale Persönlichkeitsstörung, CID: Composite International Diagnostic Interview, DIS: Diagnostic Interview Schedule, SKID: Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV, AUDADIS: Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule, DDPD-IV: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders, CIS-R: Clinical Interview Schedule - Revisited.

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

**Tabelle A. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N = 300)**

Referenz	Studie	Stichprobe N, Alter	Klassifikationssystem, Erhebungsinstrument	Störungen	Zeitraum	berücksichtigt Replikation?	Ausweitung?
Armstrong & Castello (2002)	Review	Adoleszente		Substanzstörungen alle anderen		nein	nein
Aseltine et al. (1998)		600, 9th-11th US, High School	CES-D Fragebogen	Depression und Substanzstörungen		nein	nein
Abram et al. (2003)		1829, 10-18 Jugendliche in Haft	DSM-III-R, DIS für Kinder	Affektive, Angst, Substanzen, ADHD	6 Monate	nein	nein
Agosti et al. (2002)	NCS- Analysen	15-54	DSM-III-R, CIDI mod.	Cannabis alle andere	Lebenszeit	nein	nein
Andrade et al. (1994)	ECA-Reanalysen	12 668, 18-64	DSM-III, DIS	Panik Attacken und Major Depression	Lebenszeit	nein	nein
Angst (1998)	Zürich Studie	591, 20-30	DSM-IV,III-R,III, SPIKE	Hypomanie und Bipolare Störung II	12 Monate	nein	ja
Angst et al. (2003)	Zürich Studie	591, 20-30	DSM-IV,III-R,III SPKIE	Hypomanie und Bipolare Störung II	12 Monate	nein	nein
Alpert et al. (1999)		381, 18-65 ambulante Patienten	DSM-III-R, SKID	Major Depression	Lebenszeit	nein	nein
Andrade et al. (2003)	ICPE-Surveys	1029-7076, 14-79 repr. Stichproben weltweit	DSM-III-R, DSM-IV, CIDI	Major Depression		nein	nein
Angst (1996)	Zürich Studie	591, 28,30	DSM-III, DSM-III-R, SPIKE	Depressive Störungen		nein	nein
Andrews et al. (2002)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	DSM-IV, CIDI	Affektive, Angststörungen, Substanzstörungen	gleichzeitig 12 Monate OR-Angaben	nein	nein
Andrews et al. (2001)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	ICD-10, CIDI	Affektive, Angststörungen, Substanzstörungen, andere	1 Monats 12 Monate	ja	ja
Aalto-Setälä et al. (2001)		245, 20-24 Helsinki, High-School Students	DSM-IV, SCAN	ziemlich komplett Achse II auch	gleichzeitig	nein	nein
Altamura et al. (1995)		493, 18->65 Sardinien	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	"brief recurrent depression"	Lebenszeit	nein	nein
Anthony et al. (1994)	NCS-Teilgebiet zu Substanzen	15-54	DSM-III-R, CIDI	Tabak, Alkohol, Substanzen	-	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Bejerot et al. (1998)		36, 20-77 Patienten	DSM-III-R, SKID	Zwangsstörung und PS	Lebenszeit	nein	nein
Breslau (1995)		1000, 21-30	DSM-III-R, NIMH-DIS	Nikotin Alkohol, Drogen, MD, Angst insg.	Lebenszeit	nein	nein
Bland (1994)	Introduction					nein	nein
Brady (2001)	Review			PTSD und Substanzen		nein	nein
Brennan et al. (2000)		Kohorte von 1944-1947 Dänemark		Psychische Störungen Gewalttätigkeit		nein	nein
Bridge et al. (1997)		58 Adoleszente plus Familien	DSM-III, K-SADS, -P	alle Obergruppen, Suizid	Lebenszeit	nein	nein
Bushnell et al. (1994)		1498, 18-64 Neuseeland, ECA-like	DSM-III, DIS	Bulimia Nervosa	Lebenszeit	nein	ja
Birmaher et al. (2002)		2025, 5-19 Patienten	DSM-III, DSM-III-R, K-SADS-P updated to DSM-IV	Bipolare Störungen und Panik plus andere	12 Monate/Lebenszeit	nein	nein
Brewerton et al. (1995)		59 Patienten	DSM-III-R, SKID	Bulimia Nervosa Achse I, v.a. Angst	Lebenszeit	nein	nein
Barbato & Hafner (1998)		42 Patienten	DSM-IV, IPDE plus Klinik	Bipolare Störung und PS	Lebenszeit	nein	nein
Bass & Murphy (1995)	Review			Somatoforme und PS		nein	nein
Bao et al. (2003)		1486	CIDI SF	Depressive Störungen und Schmerz		nein	nein
Bleich et al. (1997)		60, 23-45 traumat. Israeli, Patienten	DSM-III-R, RDC, PTSD-SI, SADS-L	PTSD und Depression	gleichzeitig Lebenszeit	nein	nein
Burns & Teesson (2002)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	DSM-IV, CIDI	Alkohol und Angst, Affektive und Substanzen	12 Monate	ja	ja
Brown et al. (1996)		1709, 14-18 Oregon, high schools	DSM-III-R, K-SADS	Rauchen und Obergruppen	Lebenszeit	nein	nein
Baker et al. (2003)		204 Patienten	DSM-IV, PSE	Depersonalisation	-	nein	nein
Beekmann et al. (2000)		3056, 55-85 Niederlande	DSM-III, DIS	Angst und Depressive Störungen	6 Monate	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Becker et al. (2002)	Gesundheit junger Frauen in Dresden	1877, 18-24 Frauen	DSM-IV, F-DIPS	alle	Lebenszeit	nein	ja
Black et al. (1999)		1057	DSM-III, DIS, SIDP teilw. Telefon	Rauchen und Affektive, Angst, PS	Lebenszeit	nein	ja
Beitchman et al. (2001)		110, mean 19	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	Substanzen und andere	Lebenszeit	nein	nein
Blazer et al. (1994)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Major Depression	30 Tage, Lebenszeit	nein	nein
Bijl et al. (1998)	NEMESIS	7076, 18-64 Niederlande	DSM-III-R, CIDI	Affektive, Angststörungen, Substanzen, Schizophren., Essstör.	-	nein	nein
Brady (1997)	Review			PTSD		nein	nein
Brawmann-Mintzer et al. (1995)		261, 16-77 Patienten und Kontrolle	DSM-IV, DSM-III-R, SKID	Körperdysmorphie Störung und Angst, MDE	derzeit und Lebenszeit	nein	ja
Brawmann-Mintzer et a. (1994)		178, 23-65 Patienten	DSM-III-R, SKID	GAD		nein	nein
Bulik et al. (1997)	Therapiestudie	114, 17-45 Frauen, Patienten	DSM-III-R, SKID	Bulimia Nervosa, Alkohol plus andere	derzeit und Lebenszeit	nein	nein
Carta et al. (2003)		1040, 18-28 Sizilien	ICD-10, CIDI mod.	Recurrent Brief Depression andere	Lebenszeit	nein	nein
Craig & Hwang (2000)		Editorial		Schizophrenie	-	nein	nein
Chong et al. (1999)		774, 9th Grade Taiwan	DSM-III-R, K-SADS	Substanzstörungen	-	nein	nein
Chen & Dilsaver (1995)	ECA-Reanalysen	17311, 18-65	DSM-III, DIS	Panikstörung und unipolare bzw. bipolare Störungen	Lebenszeit	nein	ja
Cheng et al. (2004)		499 Kohorte in Taiwan	DSM-III-R, ICD-10, CIS	Alkohol	-	nein	nein
Costello et al. (2003)	Grat Smoky Mountain Study	6647, 9-13 Kohorten in USA	DSM-IV, CAPA	v. a. auch ADHD etc.	gleichzeitig	nein	nein
Compton et al. (2000)		425 Patienten	DSM-III-R, DIS	Substanzen		nein	nein
Calabrese et al. (2003)		3059, 18+ USA	DSM-IV, MDQ (Fragebogen)	Bipolare Störungen	-	nein	nein
Chabrol et al. (2001)		1363, 13-20 High-school Frankreich	DSM-IV, DIB-R	Borderline PS	-	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Connor et al. (2002)	ECA-Teil	1541	DSM-III, DIS	PTSD und Borderline	-	nein	nein
Cosoff et al. (1998)		100 Patienten	DSM-III-R, SKID	psychotische Störungen und Angststörungen	?	nein	nein
Chen et al. (2000)	ECA-Reanalysen		DSM-III-R, DIS	MDE, Dysthymie	Lebenszeit? v.a. Verlauf!!	nein	nein
Canals et al. (1997)		290, 18	DSM-III-R, ICD-10, SCAN	alle	?	nein	nein
Cohen et al. (1994)	ECA-Teil	810, 55+/-	DSM-III,	Persönlichkeitsstörungen		nein	nein
Chen et al. (1995)	ECA-Reanalysen	ca. 7000, 18+	DSM-III, DIS	OCD in bipolaren und unipolaren Störungen		nein	nein
Chen et al. (2002)	NCS-Reanalysen	6792, 15-45	DSM-III-R, CIDI	Marijuana und MDE	Lebenszeit und jetzt	nein	nein
Costello et al. (1997)	Great Smoky Mountain Study	ca. 1200; 9,11,13	DSM-IV	insgesamt v.a. Kinder und Jugendliche Diax	-	nein	nein
Cox et al. (2002)	NCS-R	5877	DSM-III-R, IV	PTSD	Lebenszeit	nein	ja
Dawson & Grant (1998)	National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey	42 862, 18+ US	DSM-IV,	Alkohol und MDD	??	ja	nein
Deas-Nesmith et al. (1998)		90, 12-18 Patienten	DSM-III-R, K-SADS	Substanzen und Angststörungen		nein	nein
Dansky et al. (2000)	National Womens Study	3006, 46.1 nur Frauen	DSM-III-R strukturiertes Telefoninterview	Bulimia Nervosa, Alkohol, PTSD, MDD	Lebenszeit	nein	ja
Degenhardt et al. (2001)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	DSM-IV, CIDI	Kannabis und andere Substanz	12 Monate	nein	nein
de Graaf et al. (2002)	NEMESIS	7076, 18-64 Niederlande	DSM-III-R, CIDI	Affektive, Angststörungen und Substanzen	12 Monate	nein	nein
Dolan et al. (1995)		ca.600 UK, Pat und Kontrolle	DSM-III-R, PDQ-R (Fragebogen)	Persönlichkeitsstörungen		nein	nein
Douglass et al. (1995)	Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study	930, 18 Kohorte	DSM-III-R, DIS	Zwangsstörung	12 Monate	nein	ja
Essau et al. (1999)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	PTSD	Lebenszeit	nein	ja
Essau et al. (1998)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Angststörungen	Lebenszeit	ja	ja



Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

				Depression, Substanz, Somatoforme			
Essau et al. (1998)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Depressive Störungen Angststörungen, Substanz, Somatoforme	Lebenszeit	ja	ja
Essau et al. (1998)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Depressive, Angst, Substanz Somatoforme	Lebenszeit	ja	ja
Essau et al. (2000)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Somatoforme	Lebenszeit	nein	ja
Escamilla et al. (2002)	Teil einer genetischen Studie	110 Costa Rica, Pat. Familien	DSM-III-R, RDC, SADS DIGS	Bipolare Störung I und Substanzen	Lebenszeit	nein	ja
Essau (2003)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Angststörungen	Lebenszeit	nein	nein
Essau et al. (2000)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Angststörungen	Lebenszeit	nein	nein
Erwin et al. (2002)		141 Outpatients	DSM-III-R, DSM-IV, ADIS-R	Soziale Phobie Angststörungen, Depressive Störungen	Lebenszeit	nein	nein
Essau et al. (1999)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Soziale Phobie	Lebenszeit	ja	nein
Essau et al. (1998)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Soziale Phobie	Lebenszeit	ja	nein
Essau et al. (1999)	Bremer Jugendstudie	1035, 12-17	DSM-IV, CIDI	Somatoforme Störungen Depressive, Angststörungen, Substanzen	Lebenszeit	nein	ja
Ekselius et al. (2001)		557, 18-70 Schweden	DSM-IV, ICD-10, DIP-Q Fragebogen	Persönlichkeitsstörungen	Lebenszeit	nein	nein
Ekselius et al. (1994)		564 Patienten und Kontr.	DSM-III-R, SKID Fragebogen!	Persönlichkeitsstörungen		nein	ja
Faravelli et al. (1997)		673, 14+ Hausarztstichprobe	DSM-III-R, SADS-L	Somatoforme Störungen Panik, Angst und Depressive		nein	ja
Farrell et al. (2001)		10018, 16-64 England, Wales	ICD-10, DIS, CIS-R	Nikotin, Drogen und andere	12 Monate	ja	nein
Flint (1997)	Review Angststörungen im Alter					nein	nein
Fischer et al. (1996)		139, 22-55 Patienten nach Entl. Arkansas	DSM-III-R, SKID, BPRS	Schizophrenie Substanzstörungen	Lebenszeit jetzt	nein	nein
Fava et al. (1996)		404, 18-65 Outpatients	DSM-III-R, SKID I u.II PDQ-R	MDE Persönlichkeitsstörungen		nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Flint (1994)	Review-Artikel	ältere PBN > 60	seit 1970 8 Studien	Angststörungen		nein	nein
Farrell et al. (2003)	OPCS National Psychiatry Morbidity Survey	10 018, 16-64 England, Wales versch. Stichproben	ICD-10, DIS	Nikotin, Alkohol, Substanzen		nein	nein
Frise et al. (2002)	Womens Health Study	3062, 25-74 Ontario, nur Frauen	DSM-III-R, DSM-IV einzelne Fragelitems!!	Depression, Angst, PTSD, OCD Anorexie	Lebenszeit	nein	nein
Farrell et al. (2003)	OPCS National Psychiatry Morbidity Survey	10 018, 16-64 England, Wales	ICD-10, CIS-R	Nikotin, Alkohol, Substanzen andere	12 Monate	nein	nein
Flory et al. (2002)		481, 21 Längsschnitt	DSM-IV, DIS	Alkohol, Marijuana	unklar	nein	nein
Fairburn et al. (2000)		102/48, 16-35 Frauen	DSM-IV, EDE, SKID	Bulimia Nervosa, Binge Eating	unklar	nein	nein
Frye et al. (2003)		267, 43 Patienten	DSM-IV, SKID	Alkohol und Bipolare Störung	Lebenszeit	nein	nein
Galletly (1997)	Kommentar			Borderline und Dissoziation		nein	nein
Garyfallos et al. (1999)		1448 ambulante Patienten insg.	DSM-III-R, Klin. SKID II	Somatoforme Störungen Angststörungen, Depressive Störungen etc.	jetzt Lebenszeit	nein	ja
Giaconia et al. (2000)		384, 18 Kohorte	DSM-III-R, DIS	Substanzen, PTSD	Lebenszeit	nein	ja
Goisman et al. (1995)	Längsschnitt, Multicenter	711 11 in New England u. Missouri, Patienten	DSM-III-R, SKID, RDC	Panikstörung, GAD, Soziale Phobie Agoraphobie	Lebenszeit	nein	nein
Gorman & Coplan (1996)	Review			Panik und Depression		nein	nein
Goodwin & Hamilton (2003)	NCS-Reanalysen	5877, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Antisoziale PersStörung Angststörungen und Conduct disorder	Lebenszeit	nein	nein
Grant et al. (2004)	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Cond.	43093, 18+	DSM-IV, AUDADIS-IV	Alkohol, Substanzen und Persönlichkeitstörungen	12 Monate Lebenszeit	nein	ja
Garfinkel et al. (1995)	Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey	8116, 15-65 4285 Frauen	DSM-III-R, ICD-10 CIDI	Bulimia Nervosa Angststörungen, Depressive, Alkohol	jetzt jetzt/Lebenszeit	nein	ja

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Grant (1995)	National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES)	42 862, 18+ USA, 1992	DSM-IV, AUDADIS	Alkohol, Substanzen MDD	jetzt, 12 Monate Lebenszeit	ja	nein
Grant & Pickering (1996)	NLAES	42 862, 18+ USA, 1992	DSM-IV, AUDADIS	Alkohol und Substanzen	Lebenszeit	ja	nein
Grant & Pickering (1997)	NLAES	42 862, 18+ USA, 1992	DSM-IV, AUDADIS	Alkohol		nein	nein
Goodwin et al. (2002)	NCS Reanalysen	8098, 18-54	DSM-III-R, CIDI	Panikstörung/Untertypen		nein	nein
Grabe et al. (2001)	Transitions in Alkohol Consumption and Smoking	4075, 18-64 Lübeck	DSM-IV, CIDI	Zwangsstörung Substanzen, Angst, Depressive Somatoforme	jetzt Lebenszeit	nein	OR
Goodwin & Hoven (2002)	NCS-Reanalysen	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Bipolare Störungen Panik	Lebenszeit	nein	ja
Grabe et al. (2003)	Transitions in Alkohol Consumption and Smoking	4075, 18-64 Lübeck	DSM-IV, CIDI	Somatoforme Störungen	-	nein	nein
Goodwin et al. (2004)	Christchurch Health and Development Study	1265, 16-21 Neuseeland, Kohorte	DSM-IV, CIDI	Angststörungen, Substanzstörungen		nein	nein
George et al. (2003)		52, 18-57 Patienten, Colorado	DSM-III-R, PDE	Bipolare Störungen Persönlichkeitsstörungen	Lebenszeit	nein	nein
Goering et al. (1996)	Ontario Health Survey	8116, 15-64 Ontario	DSM-III-R, ICD-10 CIDI	-	-	nein	nein
Grant & Harford (1995)	National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey	42 862, 18+ USA, 1992	DSM-IV, AUDADIS	Alkohol, MDD	jetzt, 12 Monate Lebenszeit	ja	nein
Grant (1997)	National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey	42 862, 18+ USA, 1992	DSM-III-R, DSM-IV, AUDADIS	Alkohol	-	nein	nein
Grilo et al. (2002)		108, 36.8 Outpatients	DSM-IV, DIPD-IV	Boderline PS alle anderen PS	Lebenszeit	nein	ja
Garfinkel et al. (1996)	Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey	8116, 15-64	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	Bulimia Nervosa Angststörungen, Depressive, Alkohol	Lebenszeit	nein	nein
Gureje et al. (1997)	WHO Primary Care	5438, 18-65 14 Länder	ICD-10, CIDI	Somatoforme Störung Somat.Störung/SSI 4,6	Lebenszeit	nein	OR
Hansen et al. (2003)		210	DSM-III, ??	Major Depression und PS Suizid	Lebenszeit	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Hayden & Klein (2001)		86, <21 Patienten	DSM-III-R, SKID	Dysthymie	Lebenszeit	nein	nein
Hwu et al. (1996)		10934, <29-65+ Taiwan	DSM-III, DIS-CM	MDD	Lebenszeit	nein	ja
Hall & Farrell (1997)		Editorial				nein	nein
Hanna & Grant (1997)	National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey	9985	DSM-IV, AUDADIS	Alkohol und MDD	-	nein	nein
Horwarth & Weissmann (2000)	Review			Zwangsstörung		nein	nein
Hirschfeld (1999)	Review			Depressive Störungen Persönlichkeitsstörungen		nein	nein
Hickie et al. (2002)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	ICD-10, DSM-IV, CIDI	Neurasthenie	12 Monate	nein	ja
Hambrecht & Häfner (2000)	ABC of Schizophrenia Study	232 Deutschland	ICD-9, IRAOS	Schizophrenie Cannabis, Substanzen	jetzt Lebenszeit	nein	nein
Hambrecht & Häfner (1996)	ABC of Schizophrenia Study	232 Deutschland	ICD-9, IRAOS	Schizophrenie Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Hochstrasser & Angst (1996)	Zürich-Studie	591, 20-30 Zürich	DSM-III, DSM-III-R, ICD-9 SPIKE	Gastrointestinale Beschwerden Depressive Störungen, Angststörungen	jetzt	nein	nein
Herpertz et al. (1994)		231 Psychiatrie-Patienten	DSM-III-R, ICD-10, AMPS	Persönlichkeitsstörungen Depressive, Psychotische, Angststörungen	jetzt	nein	nein
Hollander et al. (1996)	ECA	ca. 400, 18 >	DSM-III, DIS	Zwangsstörung	Lebenszeit	nein	nein
Holdcraft et al. (1998)	Minnesota Twin-Family Study	431 Community-Based, Männer	DSM-III, DSM-III-R, SKID Interview für APS	Anisoziale Persönlichkeitsstörung, Alkohol, Depression	Lebenszeit	nein	nein
Hunt et al. (2002)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	DSM-IV, CIDI	GAD Depressive, Angststörungen, Substanzen	1 Monat jetzt	ja	nein
Irwin et al. (1996)		50 Patienten	DSM-III-R, SKID, IBS- Kriterien	Irritable Bowel Syndrome PTSD, Angst	jetzt Lebenszeit	nein	nein
Ialongo et al. (2004)		1197, 19-22 US, Afr.Amer.(poor)	DSM-IV, CIDI-UM	MDD GAD, Substanzen, ADH, Conduct	Lebenszeit	nein	nein
Iwasaki et al. (2000)		171, 22,3 Patienten, Japan	DSM-IV, DSM-III-R, SKID-P	Essstörungen Angst, Affektive, Substanzen	jetzt Lebenszeit	nein	ja

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Ihle & Esser (2002)	Überblick/Review			alle Achse I im Kinder- und Jugendalter		nein	nein
Jackson et al. (2000)		450, 18,5 Längsschnitt	DSM-III, DIS	Tabak und Alkohol	12 Monate	nein	nein
Johnson & Lydiard (1998)	Review			MD und Panikstörung		nein	nein
Joergensen et al. (1996)		51 Patienten	ICD-10, DSM-IV, OPCRIT IPDE	Psychotische Störungen PS	Lebenszeit	nein	nein
Judd et al. (1998)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	GAD	Lebenszeit	nein	nein
Kandel et al. (1999)	MECA	401, 14-17	DSM-III-R, DISC 2.3	Substanstörungen andere	Lebenszeit	nein	nein
Kranzler et al. (1996)		225 Patienten	DSM-III, DIS	Alkohol MD, Antisoziale PS, Substanzen		nein	nein
Kessler et al. (1999)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Soziale Phobie Affektive Störungen	Lebenszeit	nein	nein
Kessler et al. (1997)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Bipolare	Lebenszeit	nein	ja
Keel et al. (2003)		246 Patientinnen	DSM-III-R, SADS	Essstörungen	-	nein	nein
Kendler et al. (1995)	Roscommon Family Study	285	DSM-III-R, SKID + SIFS	Schizoaffektive Störungen	-	nein	nein
Kavanagh et al. (2004)		852 Australien	DSM-III-R, CIDI, PSQ	Psychotische Störungen Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Kessler et al. (2002)	ICPE	1464-7076 Brasilien, Kanada, Niederlande USA	DSM-III-R, CIDI	GAD Angststörungen, Depressive, Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Kendler et al. (1995)		1030 Frauen, Virginia Twin Registry	DSM-III, DSM-III-R, SKID, DIS	Angst, Bulimie, MD, Alkohol	Lebenszeit	ja	nein
Kessler et al. (1995)	NCS	5877, 15-54	DSM-III-R, CIDI	PTSD Affektive, Angststörungen, Substanzen	Lebenszeit	nein	ja
Kessler et al. (1996)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	MDD Angststörungen, Substanzen	Lebenszeit/12 Monate	nein	nein
Kessler et al. (1998)	NCS	1769, 15-24	DSM-III-R, CIDI	Major und Minor Depression	Lebenszeit	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Kawakami et al. (2004)		1029, 20+ Japan	DSM-III-R, UM-CIDI	Angststörungen, Affektive	Lebenszeit 6 Monate	nein	nein
Katendahl & Realini (1997)	Panic Attack Care-Seeking Threshold Study	194, 18+ San Antonio, Texas	DSM-III-R, SKID	Panik Depressive Störungen, Angststörungen Substanzen	Lebenszeit	nein	ja
Kirchner et al. (2002)		268, 18+	DSM-IV, CIDI-SAM DSM-III-R, DIS	Alkohol Depressive Störungen	-	nein	nein
Kessler et al. (1997)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Major und Minor Depression	-	nein	nein
Kessler et al. (1999)	NCS/Midlife Development Study	8098, 15-54/3032, 25-74	DSM-III-R, CIDI, CIDI-Kurz	GAD MD	12 Monate	nein	nein
Kessler et al. (1998)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Soziale Phobie	Lebenszeit	nein	nein
Kessler et al. (1994)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	alle	-	nein	ja (Präv!)
Kessler et al. (2003)	NCS-R	ca. 300, 18+	DSM-IV, CIDI	MDD Angststörungen, Substanzen		nein	nein
Krausz et al. (1998)		272 Patienten, Hamburg	ICD-10, DSM-III-R CIDI	Opiate	Lebenszeit	nein	nein
Kringlen et al. (2001)		2066, 18-65 Norwegen	DSM-III-R, CIDI	alle	Lebenszeit 12 Monate	nein	nein
Kessler (2003)	NCS + Review	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Soziale Phobie	-	nein	nein
Kupfer & Frank (2003)		Konferenz + Literatur				nein	nein
Kessler et al. (1997)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Alkohol	Lebenszeit	nein	nein
Kessler et al. (2002)	NCS+ Ontario	8098, 15-54 bzw. 7340, 18-54	DSM-III-R	GAD und MD	30 Tage	ja	nein
Kessler et al. (1998)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Panik und Depressive Störungen	Lebenszeit	nein	nein
Kendler et al. (1996)	NCS	454, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Psychotische Störungen Affektive, Angst, Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Kumano et al. (2004)		4000, 20-69 Japan	nahe DSM-IV Fragebogen	Irritable Bowel Syndrome, Panikstörung Agoraphobie	12 Monate	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Kua et al. (1996)		1062, 65+ Chnia, Singapur	DSM-III-R, GSM	Depressive Störungen	jetzt und ??	nein	nein
Lilenfield et al. (1998)		117, 25,3 Patienten und Kontrolle	DSM-III-R, SADS	Essstörungen Angststörungen, Substanzen	Lebenszeit	nein	ja
Lieb et al. (1998)	EDSP	3021, 14-24 München	DSM-IV, M-CIDI	Somatoforme Störungen	Lebenszeit	nein	nein
Lopes et al. (2002)		ca. 300 Patienten, Rio de Janeiro	DSM-IV, SKID, Fragebogen	Rauchen Angststörungen, Depressive Störungen		nein	nein
Lewinsohn et al. (1997)	Oregon Adolescent Depression Project	1507, um 18 High School-Students, Oregon	DSM-III-R, K-SADS	Angststörungen ADHD, OCD, Conduct	Lebenszeit	nein	nein
Lewinsohn et al. (2000)	Oregon Adolescent Depression Project	891, 24 Frauen, High School, Oregon	DSM-III-R, K-SADS	Essstörungen	Lebenszeit	nein	ja
Labbate et al. (1999)		49 Patienten, Männer	DSM-IV, SKID	Schizophrenie, schizoaffektive Panik	Lebenszeit	nein	nein
Lewinsohn et al. (2000)	Oregon Adolescent Depression Project	893, 24 High School	DSM-IV, K-SADS	Bipolare Störung	-	nein	nein
Lewinsohn et al. (2000)	Oregon Adolescent Depression Project	274, 19-23	DSM-III-R, K-SADS	MDD		nein	nein
Lieb et al. (2000)	EDSP	3021, 14-24	DSM-IV, M-CIDI	Somatoforme Störungen Angststörungen, Depressive, Essstörungen	Lebenszeit	nein	ja
Lepine & Pelissolo (1996)	Review Epidem. + Klin.			Soziale Phobie		nein	nein
Lenze (2003)	Review			Angst und Depression im Alter		nein	nein
Lewinsohn et al. (2003)	Oregon Adolescent Depression Project	274, 19-23	DSM-III-R, K-SADS	Bipolare Störung		nein	nein
Lewinsohn et al. (1995)	OADP	1709, 14-18	DSM-III-R, K-SADS-E	Bipolare Störung	Lebenszeit	nein	ja
Lensi et al. (1996)		263 Patienten, Pisa	DSM-III-R, OCD-Q	Zwangsstörung	Lebenszeit	nein	nein
Lewis et al. (1996)	ECA	9868, 18+	DSM-III, DIS	Alkohol alle anderen	Lebenszeit	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Linzer et al. (1996)	PRIME-MD 1000 Study	1000 Primary Care	DSM-III-R, PRIME-MD Fragebogen und klinisch	alle	?	nein	nein
Martin et al. (1996)		212 Patienten	DSM-III-R, DIS-R	Alkohol Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Magee et al. (1996)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Agoraphobie, Spezifische und Soz. Phobie Angststörungen, Affektive, Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Meltzer & Jenkins (1994)	National Survey of Psychiatric Morbidity	10 000, 16-64 UK	ICD-10, CIS, SCAN	Übersichtsartikel		nein	nein
Mennin et al. (2000)		122, 18-65 Patienten	DSM-III-R, ADIS-R	GAD, Soziale Phobie		nein	nein
Malis et al. (2002)		500, 40-65 Telefon-Survey, US	DSM-IV, MINI	Spezifische Phobie		nein	nein
Masi et al. (1999)		58, 7-18 Patienten	DSM-IV, K-SADS	GAD Angst, MD		nein	nein
MacKinnon et al. (2002)	Bipolar Disorder Genetics Initiative (NIMH)	1169, 18+ Familienstudie	RDC, DSM-III-R, DI for Genetic Studies	Bipolare Störungen, Panikstörung	Lebenszeit?	nein	ja
McGlashan et al. (2000)	The Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study	668 Patienten	DSM-IV, SKID	PS und alle anderen	Lebenszeit und derzeit	nein	ja
Merikangas et al. (1998)	ICPE		DSM-III-R, CIDI	Substanzen, Affektive Störungen Angststörungen	Lebenszeit	nein	nein
McPhillips et al. (1997)		39, ca. 35 London	?, SURSp	Schizophrenie, Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Marinangeli et al. (2000)		156, 18-65 Patienten, Italien	DSM-III-R, SKID-II-PQ	Persönlichkeitsstörungen	Lebenszeit	nein	nein
Merikangas & Angst (1994)	Zürich-Studie	424, 29-30	DSM-III-R, ICD-10, SPIKE	Neurasthenie Angststörungen, Depressive Störungen	kum Lebenszeit	nein	nein
Merikangas et al. (1998)		1053 Vergleich Verwandte/Pbn	DSM-III-R, SADS	Alkohol und Angststörungen	-	nein	nein
Milne et al. (1995)		487 Mutter-Kind	DSM-III, K-SADS	"Phobien"	12 Monate	nein	nein
Mitchell & Mussell (1995)	Review			Binge Eating Disorder		nein	nein
Murphy et al. (2004)	Stirling County Study	3600, 3 Zeitpunkte 1952, 1970, 1992	unterschiedlich	Depression und Angst	-	nein	nein



Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Neria (2000)		Editorial		PTSD und MD		nein	nein
Newcomb et al. (2001)		470 USA	DSM-IV Fragebogen	Substanzen		nein	nein
Nelson & Rice (1997)	ECA	20862, 18+	DSM-III, DIS	Zwangsstörung Angst, Depressive, Substanz, Schizophren.	Lebenszeit	nein	nein
Noyes et al. (1999)		169, 18+ Familienstudie/Relatives	DSM-IV, SKID	Hypochondrie	-	nein	nein
Noyes (2001)	Review			GAD		nein	nein
Nechmad et al. (2003)		50, mean 17 Patienten	DSM-IV, SKID klinisch	Schizophrenie, schizoaffektive Störungen Zwangsstörung	unklar	nein	nein
Nestadt et al. (2003)		450, 8-15 Familienstudie	DSM-IV, SADS mod.	Zwangsstörung PS, Tic, Panik, GAD, Separation Anx.	Lebenszeit	nein	OR
Newman & Bland (1994)		3070, 18+ Edmonton, Kanada	DSM-III, DIS	MDE, GAD, Panikstörung	12 Monate	nein	nein
Newman et al. (1996)	Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study (DMHDS)	961,11 bis 21 Längsschnitt	DSM-III-R, DIS	alle Achse I	12 Monate	nein	nein
Ohayon et al. (1998)		997, 15+ Frankreich	DSM-IV, unklar	Schlafstörung Angststörungen, Depressive Störungen	aktuell?!	nein	nein
Ohayon et al. (2000)		1832, 15-90 Toronto	DSM-IV, Sleep-Eval System Telefoninterviews	Angststörungen, Depressive Störungen	aktuell	nein	nein
Onchev & Ganev (2000)		160 Patienten	DSM-III-R, PSE, SCAN	Borderline	-	nein	nein
Oulis et al. (1997)		166, 38.1 Patienten/remittiert	DSM-III-R, SKID	Schizophrenie, unipolare depressive Störung Persönlichkeitsstörungen	Lebenszeit	nein	ja
Olivardia et al. (1995)		25, 18-25 College Männer	DSM-II-R, DSM-IV, SKID	Essstörungen	Lebenszeit	nein	ja
Oldham et al. (1995)		200 Patienten	DSM-III-R, SKID-P/-II PDE	Persönlichkeitsstörungen Affektive, Depressive, Substanzen, Essstör.	jetzt	nein	nein
Perkonig et al. (2000)	EDSP	3021, 14-24	DSM-IV, CIDI	PTSD Achse I	Lebenszeit?	nein	ja
Prescott et al. (2000)	Virginia Twin Registry	8733 Zwillingsstudie	DSM-III-R, DSM-IV SKID	MD, Alkohol	Lebenszeit	ja	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Pla & Toro (1999)		48, 10-17 Patienten	DSM-III, DSM-III-R SKID, STCPD	Anorexia Nervosa Angststörungen, Depressive Störungen, Substanzen, PS		nein	nein
Preisig et al. (2001)	Zürich-Studie	591, 20-35 Längsschnitt	DSM-III, SPIKE	unterschwellige Depression Angststörungen	Lebenszeit	nein	nein
Pakriev et al. (1998)		855, 18-65 Udmurtia, Russland	DSM-III-R, ICD-10 CIDI	Depressive Störungen Alkohol, Phobien, Schmerzstörung	Lebenszeit	nein	ja
Pakriev et al. (2000)		855, 18-65 Udmurtia, Russland	DSM-III-R, ICD-10 CIDI	Soziale Phobie	-	nein	nein
Pakriev et al. (1998)		855, 18-65 Udmurtia, Russland	DSM-III-R, ICD-10 CIDI	Alkohol Depression, Soziale Phobie		nein	nein
Phillips & Diaz (1997)		188, 20-40 Therapiestudie	DSM-III-R, DSM-IV, SKID	Körperdysmorphie Störung Psychotische, Affektive, Angststörungen Substanzen, Essstörungen	Lebenszeit	nein	nein
Pakriev et al. (2001)		855, 18-65 Udmurtia, Russland	DSM-III-R, ICD-10 CIDI	Depressive Störungen	-	nein	nein
Pepper et al. (1995)		79, 18-60 Patienten	DSM-III-R, SKID	Dysthymie und MD PS	Lebenszeit	nein	nein
Preuss et al. (2003)	Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism	1237	DSM-III-R, SSAGA	Alkohol Suizidversuche	Lebenszeit	nein	nein
Ruppert et al. (2001)		616, 15-66 Patienten	DSM-III-R, IC DL	Zwangsstörung PS	Lebenszeit	nein	nein
Riso et al. (1996)	Familienstudie	142 (675 Ang.), 18-60 Patienten	DSM-III-R, SKID, PDE	Dysthymie, Cluster B Persönlich- keitsstörungen	Lebenszeit	nein	nein
Ruppert et al. (2001)		616, 15-66 Patienten	DSM-III-R, IC DL Akten!	Zwangsstörungen fast alle	Lebenszeit	nein	nein
Rohde et al. (1996)	Oregon Adolescent Depression Project (OADP)	1507, 14-18 High-School-Students	DSM-III-R (DSM-IV), K-SADS	Alkohol andere Obergruppen	Lebenszeit	nein	nein
Ross & Tisdall (1994)		110, 18-48 hilfesuchende Studenten	DSM-III, C-DIS	Alkohol Depressive Störungen, Angststörungen andere	gute Zahlen DSM-III !	nein	ja
Ross (1995)	Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS)	8116, 15-64	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	Alkohol Affektive, Angststörungen	Lebenszeit	ja	ja
Rihmer et al. (2001)		2953, 18-64 Ungarn, Pat. von Allgemeinärzten	DSM-III-R, DIS	Affektive Störungen Angststörungen	Lebenszeit	ja	ja

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Roy-Byrne et al. (2000)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	MD und Panikstörung	Lebenszeit 12 Monate	nein	nein
Regier et al. (1998)	ECA	20 291, 17-65	DSM-III, DIS	Angststörungen MD, Substanzen	Lebenszeit	nein	nein
Raphael et al. (2004)		1312, Frauen New York	DSM-IV, Fragebögen	Fybromyalgie PTSD	-	nein	nein
Roth & Baribeau (2000)		192, 18-26 Studenten	DSM-III-R, MOCI, SPQ Fragebögen	Zwangsstörung und Schizotypie	-	nein	nein
Rodrigues Torres & Del Porto (1995)		80, 16-68 Patienten, Brasilien	DSM-III-R, SIDP-R	Zwangsstörung PS	Lebenszeit	nein	ja
Rodney et al. (1997)		72 Patienten	DSM-III-R, CIDI	MDE, Angststörungen	aktuell	nein	nein
Simeon et al. (1995)	DSM-IV Field Trial	442 Patienten	DSM-III-R, SKID	Körperdysmorphie Störung Zwangsstörung	Lebenszeit	nein	nein
Slade & Andrews (2001)	Australian National Survey of Mental Health and Well-Being	10641, > 18 Australien	DSM-IV, ICD-10, CIDI	GAD	-	nein	nein
Sato et al. (1999)		117, 21-66 Patienten, Studie, Japan	DSM-III-R, SKID-P SKID II	MD und PS	Lebenszeit	nein	nein
Sim et al. (2004)	Early Psychosis Intervention Program	Patienten	DSM-IV, SKID	Psychotische Störungen	unklar	nein	nein
Simkin (2002)	Review			Substanzen		nein	nein
Swanson et al. (1997)	ECA + Triangle Mental Health Survey	-	-	-	-	nein	nein
Sonne & Brady (1999)	ECA + NCS, Review		-	Substanzen und Bipolare Störungen	-	nein	nein
Shankman & Klein (2002)		86 Patienten, Therapiestudie	DSM-III-R, SKID	Dysthymie Angststörungen	jetzt	nein	nein
Skodol et al. (1999)	Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study	571, 18-45	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	Persönlichkeitsstörungen Affektive Störungen	jetzt/Lebenszeit	ja	ja
Sareen et al. (2001)	Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey	8116, 15-64 Kanada	DSM-III-R, UM-CIDI	Angststörungen, Alkohol	Lebenszeit	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Spijker et al. (2002)	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study	7076, 18-64 Niederlande	DSM-III-R, CIDI	MDE	-	nein	nein
Skodol et al. (2002)	Review			Boderline PS		nein	nein
Skodol et al. (1995)		200 Patienten	DSM-III-R, SKID-P/-II PDE	Persönlichkeitsstörungen Angststörungen	jetzt und Lebenszeit	nein	nein
Stein & Heimberg (2004)	Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey	8116, 15-64 Kanada	DSM-III-R, UM-CIDI	GAD, MDD	Lebenszeit/12 Monate	nein	nein
Stein & Chavira (1998)	Review			Soziale Phobie Depressive Störungen und andere Angstst.	-	nein	nein
Stein et al. (2001)	EDSP	2548, 14-24 München	DSM-IV, M-CIDI	Soziale Phobie Depressive Störung	Lebenszeit/12 Monate	ja	nein
Stuart et al. (1998)	Multicenter-Verweis	1116 (412), ca. 31 Iowa, Patienten+	DSM-III-R, SIDP-R	Persönlichkeitsstörungen	Lebenszeit?	nein	ja
Spicer et al. (2003)	AI-SUPERPFP + NCS	ca. 3000 indianische Bev.	DSM-III-R, CIDI	Alkohol	-	nein	nein
Spaner et al. (1994)	Edmonton Survey of Psychiatric Disorders, Canada	3258, 18-65+	DSM-III, DIS	MDD	Lebenszeit	nein	ja
Srinath et al. (1998)		30 Patienten	DSM-III-R, ISCA	Bipolare Störungen	Lebenszeit	nein	nein
Strober et al. (1996)		95 Patienten	DSM-III-R, SADS	Anorexia Nervosa Substanzen		nein	nein
Swendsen et al. (1998)	ECA, NCS etc.	22954 ECA, NCS, Zürich, Puerto Rico	DSM-III; DSM-III-R DIS, CIDI, SPIKE	Alkohol Depressive Störungen, Angststörungen	12 Monate	nein	nein
Tohen et al. (2000)		219, 15-75 Patienten	DSM-III-R (DSM-IV), SKID	Affektive Störung mit psychotischen Merkmalen	Verlauf	nein	nein
Trautmann-Sponsel & Zaudig (1997)		Überblick	-	Persönlichkeitsstörungen	-	nein	nein
Turk et al. (1998)		212 Patienten	DSM-III-R, ADIS-R, SKID	Soziale Phobie	-	nein	nein
Telch & Stice (1998)		121, 18-65 nur Frauen	DSM-III-R, IV, SKID	Binge Eating	jetzt Lebenszeit	nein	ja
Ücok et al. (1998)		148 Patienten und Kontr.	DSM-III-R, SKID II	Persönlichkeitsstörungen Bipolare Störungen	jetzt Lebenszeit	nein	ja

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Valleni-Basile et al. (1994)		488 Mutter-Kind Dyaden	DSM-III, K-SADS	Zwangsstörung	-	nein	nein
van Balkom et al. (2000)	Longit. Aging Study Amsterdam LASA	3107, 55-85	DSM-III, DIS	Angststörungen MD	6 Monate	nein	nein
van Dulmen et al. (2002)	National Longitud. Study of Adolesc. Health	90000, 7th-12th Jugendliche + Eltern, US	DSM-IV, ?	Conduct Dis, Alkohol, Cannabis, MDE	?	nein	nein
Verheul et al. (2000)		370 Patienten	DSM-III-R, SKID I,II	Substanzstörungen Angststörungen, Affektive und PS	Lebenszeit jetzt	nein	nein
Verhulst et al. (1997)		780, 13-18 Niederlande	DSM-III-R, DIS-C/-P	Depressive, Angststörungen, Substanz	6 Monate	nein	nein
Vollebergh et al. (1999)	NEMESIS	7076, 18-64	DSM-III-R, CIDI	MDE, DYS, GAD, SOC, SPE AGO, PD, AD, DD	12 Monate	ja	nein
Wittchen et al. (1994)	NCS	8098, 15-54 US	DSM-III-R, CIDI	GAD Affektive, Angststörungen, Substanzen	30 Tage/ Lebenszeit	nein	nein
Wittchen et al. (1999)	EDSP	3021, 14-24 München	DSM-IV, M-CIDI	Soziale Phobie Substanzen, Depressive, Angststörungen	Lebenszeit	ja	nein
Weissman et al. (1994)	The Cross National Collaborative Group	ECA... 7 Studien	DSM-III, DIS	Zwangsstörung MD, Angststörungen	Lebenszeit	nein	nein
Wittchen et al. (1998)	EDSP	3021, 14-24 München	DSM-IV, M-CIDI	alle	-	nein	ja
Wade et al. (2004)	Virginia Adult Twin Study	2163 Zwillingsstudie	DSM-IV, SKID	Bulimia Nervosa	-	nein	nein
Walters et al. (1995)	Virginia Adult Twin Study	2163	DSM-III-R, SKID	Anorexia Nervosa BN, MD, Alkohol, GAD, Phobien	Lebenszeit	nein	nein
Watson & Sinha (1998)		1729, 17-57 Studenten	DSM-III-R, DSM-IV, CATI Fragebogen	Persönlichkeitsstörungen	Lebenszeit	nein	nein
Wittchen et al. (1996)	Review			Substanzstörungen andere		nein	nein
Welch & Fairburn (1996)		102, 16-35 (204, 102) Frauen, Vergleich	DSM-III-R, EDE, SKID	Bulimia Nervosa Substanzen	?	nein	ja
Warner et al. (1995)	NCS	8098, 15-54	DSM-III-R, CIDI	Substanzen	-	nein	nein

Anhang F: *Tabelle A*. Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

		US					
Wittchen & Fehm (2001)	Review			Soziale Phobie		nein	nein
Weaver et al. (2003)		282 UK, Patienten	ICD!?, AUDIT etc.	Substanzen	?	nein	nein
Wittchen et al. (2000)	EDSP	3021, 14-24 München	DSM-IV, CIDI	Angststörungen, MD	Lebenszeit	nein	nein
Wittchen & Fehm (2003)	Review			Soziale Phobie	Lebenszeit	nein	nein
Welkowitz et al. (2004)	National Anxiety Disorder Screening Day	2033 US, Kanada	DSM-IV, Fragebogen	Panik	1 Monat	nein	nein
Woodside et al. (2001)	Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey	62, 212, 3769 Vergleich	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	Esstörungen MD, Angststörungen Alkohol	Lebenszeit/jetzt	nein	ja
Wu et al. (1999)	NCS	8098, 15-54 US	DSM-III-R, CIDI	Alkohol plus andere	-	nein	nein
Wang & El-Guebaly (2004)	Canadian National Population Health Survey (1996-1997)	72 940, 12-55+ Kanada	DSM-IV, CIDI	Alkohol MD	12 Monate	ja	nein
Welkowitz et al. (2000)	National Anxiety Disorder Screening Day	5867, 18-96	DSM-IV	Zwangsstörung Angststörungen	1 Monat	nein	nein
Westermeyer & Eames (1997)		642 Patienten		Dysthymie und Substanzen		nein	nein
Wittchen et al. (1999)		4 Gruppen, 150, 18-60 München, Bevölkerung	DSM-III-R, CIDI	Soziale Phobie Depressive, Angststörungen, Substanzen	12 Monate	nein	nein
Wittchen et al. (2000)		177, 18-60	DSM-III-R, CIDI	Soziale Phobie Achse I	Lebenszeit/12 Monate	nein	nein
Wittchen et al. (2000)	German National Health Interview and Examination Survey-Mental Health Supp.	ca. 4181, 18-65	DSM-IV, M-CIDI	GAD und MD	12 Monate jetzt, 12 Mon., Lebensz.	ja	nein
Wittchen et al. (2001)	Review			GAD		nein	nein
Warner et al. (2001)	NCS + Puerto Rico	922, 15-18; 641, 15-18 Puerto Rico, US	DSM-III-R, DSM-IV, CIDI	Substanzen	12 Monate	nein	nein

Anhang F: Tabelle A . Arbeitstabelle mit Studien und Studienmerkmalen (N=300).

Weissman et al. (1996)	10 Studien	38 000	DSM-III, DIS	MD und Bipolare Störungen Substanzen, Angst	Lebenszeit	nein	nein
Zaider et al. (2000)		403, 15-18	DSM-IV, PRIME-MD, SKID II	Esstörungen Depressive Störungen, Angst, Substanzen, PS	unklar Lebenszeit?	nein	ja
Zanarini et al. (1998)		504, 18-50 Patienten	DSM-III-R, SKID, DIB-R, DIDP	Boderline Persönlichkeitsstörung Achse I und II	Lebenszeit	nein	ja
Zimmermann & Mattia (1999)		409 Patienten	DSM-IV, SKID, SIDP-IV	Borderline und PS Depressive Störungen, Angststörungen Substanzen, Esstörungen, Somatoforme	Lebenszeit	nein	ja

Tabelle 13. Berücksichtigte Studien, Studienmerkmale und resultierende Kennwerte für Replikation.

Störungen Referenzen	Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>let</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>m(let)</sub>
					a % (N)	b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b						
<b>a = MDE/MDD; b = DYS</b>																	
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,69	0,85	ja			
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	5,6% (58)	18,00	127,00	18,00	40,00	850,00	0,41	0,44	ja			
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,77	1,02	ja	3	0,90	0,72
<b>a = MDE/MDD; b = AGPH</b>																	
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,44	0,47	ja			
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	4,1% (42)	12,00	133,00	12,00	30,00	860,00	0,36	0,38	ja			
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	2953	18-64	Lebenszeit	15,0% (443)	15,3% (451)	138,00	305,00	138,00	313,00	2197,00	0,43	0,46	ja			
				Hausarzt-Studie													
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,49	0,54	ja	4	0,48	0,45
<b>a = MDE/MDD; b = SOP</b>																	
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,40	0,42	ja			
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	1,6% (17)	4,00	141,00	4,00	13,00	877,00	0,25	0,26	ja			
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	2953	18-64	Lebenszeit	15,0% (443)	6,4% (189)	78,00	365,00	78,00	111,00	2399,00	0,54	0,60	ja			
				Hausarzt-Studie													
Stein et al. (2001) EDSP	DSM-IV, M-CIDI MDD+DYS	2547	14-24	Lebenszeit	14,1% (358)	7,2% (183)	64,00	294,00	64,00	119,00	2070,00	0,49	0,54	nein			
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,52	0,58	ja			
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	12,2% (368,08)	7,3% (220,53)	56,24	311,84	56,24	164,29	2488,63	0,37	0,39	ja	5	0,48	0,45
<b>a = MDE/MDD; b = SIP/SPE</b>																	
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,46	0,50	ja			
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	3,5% (36)	12,00	133,00	12,00	24,00	866,00	0,44	0,47	ja			
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	2953	18-64	Lebenszeit	15,0% (443)	6,3% (187)	51,00	392,00	51,00	136,00	2323,00	0,31	0,32	ja			
				Hausarzt-Studie													
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,45	0,49	ja	4	0,47	0,44

Fortsetzung nächste Seite



Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>ret</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittl</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = MDE/MDD; b = GAD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,59	0,68	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	3,2% (340,51)	2,0% (212,82)	83,64	256,36	83,64	129,18	10171,82	0,87	1,33	nein				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	0,4% (4)	4,00	141,00	4,00	0,00	890,00	-	-	nein				
Kessler et al. (2002) Ontario!	DSM-III-R	7340	18-54	30 Tage	1,9% (139,46)	0,6% (44,04)	16,21	123,25	16,21	27,83	7172,71	0,90	1,47	nein				
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	2953	18-64	Lebenszeit	15,0% (443)	4,3% (128)	61,00	382,00	61,00	67,00	2443,00	0,61	0,71	ja				
		Hausarzt-Studie																
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,68	0,83	ja				
Wittchen et al. (2000) GHS	DSM-IV, CIDI	4181	18-65	12 Monate	9,2% (384)	1,7% (73)	40,00	344,00	40,00	33,00	3764,00	0,79	1,07	ja	4	0,79	0,66	
<b>a = MDE/MDD; b = PD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,50	0,55	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	0,5% (5)	4,00	141,00	4,00	1,00	885,00	0,87	1,33	ja				
Kendler et al. (1995)	DSM-III, DSM-III-R, SKID, DIS	1030 nur Frauen	Mw: 30.1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,43	0,46	ja				
Rihmer et al. (2001)	DSM-III-R, DIS	2953	18-64	Lebenszeit	15,0% (443)	4,4% (129)	55,00	388,00	55,00	74,00	2436,00	0,55	0,62	ja				
		Hausarzt-Studie																
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,62	0,73	ja	5	0,66	0,58	
<b>a = MDE/MDD; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,31	0,32	ja				
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	6,3% (670,38)	6,0% (638,46)	107,93	562,45	107,93	530,53	9440,09	0,45	0,48	ja				
Dawson & Grant (1998)	DSM-IV, AUDADIS	42 862	18+	Lebenszeit	9,8% (4200,48)	13,2% (5657,78)	1328,72	2871,75	1328,72	4329,06	34332,46	0,47	0,51	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	9,3% (96)	29,00	116,00	29,00	70,00	820,00	0,40	0,42	ja				
Grant & Harford (1995)	DSM-IV, AUDADIS	42 862	18+	Lebenszeit	9,86% (4226,19)	13,29% (5696,36)	1373,09	2853,10	1373,09	4323,27	34312,54	0,49	0,54	nein				
Kendler et al. (1995)	DSM-III, DSM-III-R, SKID, DIS	1030 nur Frauen	Mw: 30.1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,33	0,34	ja				
Prescott et al. (2000)	DSM-III-R, DSM-IV, SKID Zwillingsstudie	5081 Männer 3652 Frauen	18-56	Lebenszeit	27,16% (1380)	28,42% (1444)	634,00	746,00	634,00	810,00	2891,00	0,41	0,44	ja				
			18-56	Lebenszeit	39,07% (1427)	11,17% (408)	270,00	1157,00	270,00	138,00	2087,00	0,46	0,50	ja				
Ross (1995), MHS-OHS	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	7,70% (625,84)	5,90% (478,84)	118,75	507,09	118,75	360,09	6634,99	0,52	0,58	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,21	0,21	ja				
Wang & El-Guebalay (2004)	DSM-IV, CIDI	72940	12-55+	12 Monate	4,30%(3133)	1,64%(1198)	252,12	2863,56	252,12	928,60	68878,40	0,65	0,78	ja	10	0,60	0,54	

Fortsetzung nächste Seite

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>ret</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittel</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = MDE/MDD; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,30	0,31	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	14,0% (145)	3,0% (31)	8,00	137,00	8,00	23,00	867,00	0,30	0,31	ja				
Grant (1995)	DSM-IV, AUDADIS	42 862	18+	Lebenszeit	9,86% (4226,19)	2,91% (1247,28)	502,92	3723,27	502,92	744,36	37891,45	0,65	0,78	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,38	0,40	ja	4	0,66	0,58	
<b>a = MDE/MDD; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,19	0,19	ja				
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DDPD-IV	571	18-45	Lebenszeit	74,40% (425)	8,58% (49)	26,78	398,22	26,78	22,22	123,78	0,37	0,39	ja	2	0,20	0,20	
<b>a = DYS; b = AGPH</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,29	0,30	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	4,1% (42)	5,00	53,00	5,00	37,00	940,00	0,33	0,34	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,44	0,47	ja	3	0,38	0,36	
<b>a = DYS; b = SOP</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,32	0,33	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	1,6% (17)	1,00	57,00	1,00	16,00	961,00	0,02	0,02	ja				
Stein et al. (2001) EDSP	DSM-IV, M-CIDI MDD+DYS!	2547	14-24	Lebenszeit	14,1% (358)	7,18% (183)	64,00	294,00	64,00	119,00	2070,00	0,49	0,54	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,56	0,63	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	3,18% (96)	7,30% (220,53)	24,04	71,96	24,04	196,49	2926,51	0,56	0,63	ja	4	0,47	0,44	
<b>a = DYS; b = SIP/SPE</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,33	0,34	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	3,5% (36)	2,00	56,00	2,00	34,00	943,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,49	0,54	ja	2	0,44	0,41	
<b>a = DYS; b = GAD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,64	0,76	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	0,9% (95,77)	2,0% (212,82)	37,67	58,10	37,67	175,15	10370,08	0,91	1,53	nein				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	0,4% (4)	1,00	57,00	1,00	3,00	974,00	0,60	0,69	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,67	0,81	ja	3	0,78	0,65	

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>ret</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittet</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = DYS; b = PD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,40	0,42	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	0,5% (5)	2,00	56,00	2,00	3,00	974,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,57	0,65	ja	2	0,54	0,49	
<b>a = DYS; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,31	0,32	ja				
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	1,1% (117,05)	6,0% (638,46)	18,96	98,09	18,96	619,50	9904,45	0,41	0,44	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	9,3% (96)	7,00	51,00	7,00	89,00	888,00	0,12	0,12	ja				
Ross (1995), MHS-OHS	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	2,92% (237,33)	5,90% (478,84)	37,35	199,98	37,35	441,49	6942,18	0,41	0,44	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,20	0,20	ja	5	0,35	0,34	
<b>a = DYS; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,29	0,30	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	5,6% (58)	3,0% (31)	6,00	52,00	6,00	25,00	952,00	0,53	0,59	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,44	0,47	ja	3	0,39	0,37	
<b>a = DYS; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,27	0,28	ja				
Skodol et al. (1999)	DSM-IV, SKID, DIPD-IV	571	18-45	Lebenszeit	18,90% (108)	8,58% (49)	7,34	100,66	7,34	41,66	421,34	0,12	0,12	ja	2	0,27	0,26	
<b>a = AGPH; b = SOP</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,54	0,60	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	4,1% (42)	1,6% (17)	4,00	38,00	4,00	13,00	980,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,56	0,63	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	2,4% (73,38)	7,3% (220,53)	19,41	53,97	19,41	201,12	2944,50	0,57	0,65	ja	3	0,62	0,55	
<b>a = AGPH; b = SIP/SPE</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,58	0,66	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	4,1% (42)	3,5% (36)	5,00	37,00	5,00	31,00	962,00	0,51	0,56	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,52	0,58	ja	3	0,62	0,55	

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>ret</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittet</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = AGPH; b = GAD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,44	0,47	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	0,2% (21,28)	2,0% (212,82)	11,06	10,22	11,06	201,76	10417,96	0,94	1,74	nein				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	4,1% (42)	0,4% (4)	0,00	42,00	0,00	4,00	989,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,55	0,62	ja	2	0,54	0,49	
<b>a = AGPH; b = PD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,59	0,68	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	4,1% (42)	0,5% (5)	0,00	42,00	0,00	5,00	988,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,75	0,97	ja	2	0,85	0,69	
<b>a = AGPH; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,15	0,15	ja				
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	0,5% (53,21)	6,0% (638,46)	6,50	46,67	6,50	631,92	9955,87	0,31	0,32	ja				
Ross (1995), MHS-OHS	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	5,36% (435,15)	5,90% (478,84)	78,05	357,10	78,05	400,79	6784,98	0,48	0,52	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,03	0,03	ja	4	0,27	0,26	
<b>a = AGPH; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,27	0,28	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,30	0,31	ja	2	0,29	0,28	
<b>a = AGPH; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,20	0,20	ja	1	0,20	0,20	
<b>a = SOP; b = SIP/SPE</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,59	0,68	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	1,6% (17)	3,5% (36)	1,00	16,00	1,00	35,00	983,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,57	0,65	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP/SIP auch subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	7,30% (220,53)	20,35% (614,89)	96,15	124,38	96,15	518,47	2479,73	0,48	0,52	ja	3	0,63	0,56	

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>let</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittl</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = SOP; b = GAD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,36	0,38	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	1,0% (106,41)	2,0% (212,82)	45,12	61,29	45,12	167,70	10366,89	0,92	1,59	nein				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	1,6% (17)	0,4% (4)	0,00	17,00	0,00	4,00	1014,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,53	0,59	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	7,30% (220,53)	0,96% (29,06)	5,07	215,46	5,07	23,99	2974,48	0,39	0,41	ja	3	0,47	0,44	
<b>a = SOP; b = PD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,40	0,42	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	1,6% (17)	0,5% (5)	0,00	17,00	0,00	5,00	1013,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,60	0,69	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch	3021	14-24	Lebenszeit	7,30% (220,53)	1,74% (52,65)	13,67	206,86	13,67	38,98	2959,49	0,56	0,63	ja	3	0,56	0,51	
<b>a = SOP; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,24	0,24	ja				
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	1,3% (138,33)	6,0% (638,46)	23,62	114,71	23,62	614,84	9887,83	0,44	0,47	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	1,6% (17)	9,3% (96)	4,00	13,00	4,00	92,00	926,00	0,42	0,45	ja				
Ross (1995), MHS-OHS	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	12,08% (980,68)	5,90% (478,84)	137,91	842,77	137,91	340,93	6299,31	0,41	0,44	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,18	0,18	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch AD/AA	3021	14-24	Lebenszeit	7,3% (220,53)	16,9% (510,54)	42,78	177,75	42,78	467,76	2530,71	0,57	0,65	ja	6	0,37	0,35	
<b>a = SOP; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,26	0,26	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	1,6% (17)	9,3% (96)	4,00	13,00	4,00	92,00	926,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,42	0,45	ja				
Wittchen et al. (1999) EDSP	DSM-IV, M-CIDI SOP auch subklinisch AD/AA	3021	14-24	Lebenszeit	7,30% (220,53)	30,71% (927,65)	91,08	129,45	91,08	836,57	2161,90	0,23	0,23	ja	3	0,33	0,32	

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>tet</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittl</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = SOP; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,28	0,29	ja	1	0,29	0,28	
<b>a = SIP/SPE; b = GAD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,42	0,45	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	3,5% (36)	0,4% (4)	1,00	35,00	1,00	3,00	996,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,44	0,47	ja	2	0,46	0,43	
<b>a = SIP/SPE; b = PD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,52	0,58	ja				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	3,5% (36)	0,5% (5)	1,00	35,00	1,00	4,00	995,00	-	-	nein				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,51	0,56	ja	2	0,58	0,52	
<b>a = SIP/SPE; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,22	0,22	ja				
Ross (1995), MHS-OHS	DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	8,15 % (661,35)	5,90% (478,84)	82,84	578,51	82,84	396,00	6563,57	0,33	0,34	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,10	0,10	ja	3	0,23	0,23	
<b>a = SIP/SPE; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,25	0,26	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,27	0,28	ja	2	0,27	0,26	
<b>a = SIP/SPE; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,12	0,12	ja	1	0,12	0,12	
<b>a = GAD; b = PD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,59	0,68	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	2,0% (212,82)	0,5% (53,21)	29,58	23,63	29,58	183,24	10404,55	0,94	1,74	nein				
Essau et al. (1998,1999)	DSM-IV, CIDI	1035	12-17	Lebenszeit	0,4% (4)	0,5% (5)	2,00	2,00	2,00	3,00	1028,00	-	-	nein				
Kendler et al. (1995)	DSM-III, DSM-III-R, SKID, DIS	1030 nur Frauen	Mw: 30.1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,48	0,53	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,59	0,68	ja	3	0,66	0,58	

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>ret</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittl</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = GAD; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,27	0,28	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	2,0% (212,82)	2,4% (255,38)	17,45	237,93	17,45	195,37	10190,25	0,49	0,54	nein				
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	2,6% (276,66)	6,0% (638,46)	45,33	231,33	45,33	593,13	9771,21	0,43	0,46	ja				
Farrell et al. (2001)	ICD-10, CIS-R	10018	16-64	12 Monate	2,55% (254,96)	5,00% (500,90)	26,55	228,41	26,55	474,35	9288,69	0,32	0,33	ja				
Kendler et al. (1995)	DSM-III, DSM-III-R, SKID, DIS	1030 nur Frauen	Mw: 30.1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,28	0,29	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,22	0,22	ja	5	0,33	0,32	
<b>a = GAD; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,34	0,35	ja				
Andrews et al. (2001) Hunt et al. (2002)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	1 Monat/aktuell	2,0% (212,82)	1,2% (127,69)	12,34	115,35	12,34	200,48	10312,83	0,59	0,68	nein				
Farrell et al. (2001)	ICD-B40110, CIS-R	10018	16-64	12 Monate	2,51% (250,74)	2,10% (210,38)	15,36	235,38	15,36	195,02	9572,24	0,43	0,46	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,40	0,42	ja	3	0,41	0,39	
<b>a = GAD; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,26	0,27	ja	1	0,27	0,26	
<b>a = PD; b = AD</b>																		
Krueger (1999), NCS	DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,18	0,18	ja				
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)	DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	1,1% (117,05)	6,0% (638,46)	22,35	94,70	22,35	616,11	9907,84	0,48	0,52	ja				
Kendler et al. (1995)	DSM-III, DSM-III-R, SKID, DIS	1030 nur Frauen	Mw: 30.1	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,28	0,28	ja				
Vollebergh et al. (2001)	DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,17	0,17	ja	4	0,32	0,31	

Störungen		Klassifikation, Instrument	N	Alter	Zeitraum	Prävalenz		Anzahl von a in		Anzahl von b in			r <sub>ret</sub>	Fisher-Z	rein?	Anzahl	Fisher-Z <sub>m</sub>	r <sub>mittet</sub>
Referenzen	a % (N)					b % (N)	b	nicht b	a	nicht a	weder a noch b							
<b>a = PD; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS		DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,32	0,33	ja			
Vollebergh et al. (2001)		DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,32	0,33	ja	2	0,33	0,32
<b>a = PD; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS		DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,11	0,11	ja	1	0,11	0,11
<b>a = AD; b = DD</b>																		
Krueger (1999), NCS		DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,66	0,79	ja			
Burns & Teesson (2002) Andrews et al. (2001)		DSM-IV, CIDI	10641	18+	12 Monate	3,0% (319,23)	6,0% (638,46)	107,26	211,97	107,26	531,20	9790,57	0,72	0,91	ja			
Grant & Pickering (1996)		DSM-IV, AUDADIS	42862	18+	Lebenszeit	13,29% (5696,36)	2,91% (1247,28)	814,47	4881,92	814,47	432,81	36745,80	0,79	1,07	ja			
Ross (1995), MHS-OHS, DD/DA		DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	5,90% (478,84)	2,78% (225,84)	111,57	367,27	111,57	114,27	7027,81	0,83	1,19	ja			
Vollebergh et al. (2001)		DSM-III-R, CIDI	7076	18-64	12 Monate	-	-	-	-	-	-	-	0,45	0,49	ja	5	0,97	0,75
<b>a = AD; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS		DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,60	0,69	ja			
Ross (1995), MHS-OHS		DSM-III-R, ICD-10, CIDI	8116	15-64	Lebenszeit	5,90% (478,84)	0,82% (66,52)	59,38	419,46	59,38	7,14	7134,94	0,97	2,09	ja			
Grant et al. (2004)		DSM-IV, AUDADIS-IV, PDs	43039	18+	12 Monate	3,45% (1484)	3,30% (1422)	271,57	1212,43	271,57	1150,43	40404,57	0,67	0,81	ja	3	0,97	0,75
<b>a = DD; b = APD</b>																		
Krueger (1999), NCS		DSM-III-R, CIDI	8098	15-54	Lebenszeit	-	-	-	-	-	-	-	0,62	0,73	ja			
Grant et al. (2004)		DSM-IV, AUDADIS-IV	43039	18+	12 Monate	0,58% (249)	3,30% (1422)	98,36	150,65	98,36	1323,64	41466,35	0,84	1,22	ja	2	1,12	0,81

*Anmerkungen:*

MDE/MDD: Major Depression, DYS: Dysthymie, AGPH: Agoraphobie, SOP: Soziale Phobie, SIP/SPE: Einfache/Spezifische Phobie, GAD: Generalisierte Angststörung, PD: Panikstörung, AD: Alkoholabhängigkeit, DD: Drogenabhängigkeit bzw. -missbrauch, APD: Antisoziale Persönlichkeitsstörung; CIDI: Composite International Diagnostic Interview, DIS: Diagnostic Interview Schedule, SKID: Strukturiertes Klinisches Interview nach DSM-IV, AUDADIS: Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule, DIPD-IV: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders, CIS-R: Clinical Interview Schedule - Revisited.