

Diplomarbeit

**Fremd- und Selbstbewertungsskalen bei bipolarer
Störung**

eingereicht von

Christopher Michael Thiele

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Klinik für Psychiatrie

unter der Anleitung von

Assoz. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. et scient.med. Eva Reininghaus,

MBA

&

Dr.ⁱⁿ med.univ. Frederike Fellendorf

Graz, am 06.12.2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 06.12.2017

Christopher Michael Thiele eh

Danksagung

Zunächst möchte ich mich an dieser Stelle bei Frau Assoz. Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. et scient.med. Eva Reininghaus bedanken, dafür dass sie sich bereit erklärt hat die Erstbetreuung meiner Diplomarbeit zu übernehmen.

Besonders bin ich Frau Dr.ⁱⁿ med.univ. Frederike Fellendorf zu Dank verpflichtet. Ohne ihre Unterstützung und Geduld hätte diese Diplomarbeit nicht entstehen können.

Darüber hinaus möchte ich mich beim gesamten Team der Bipolar Spezialambulanz bedanken. Die Mitarbeit hat mir große Freude bereitet und ich konnte wertvolle Lebenserfahrung gewinnen.

Ganz besonderen Dank möchte ich meinen Eltern aussprechen, die mich in den letzten 28 Jahren meines Lebens tatkräftig unterstützt und begleitet haben.

Zu guter Letzt gilt mein Dank meinem Bruder Patrick, meiner Mitbewohnerin Dagmar, und meinem Kollegen Rene, die mich durch Korrekturlesen und bei statistischen Fragen unterstützt haben.

Zusammenfassung

Einleitung. In den letzten Jahrzehnten gab es bei der bipolar affektiven Erkrankung einen großen Wissenszuwachs – jedoch konnten bislang keine klinisch verwendbaren Marker identifiziert werden um klinische Symptome objektiv zu verifizieren, wie z.B. Blutwerte für Eisenmangel. Nicht zuletzt aus diesem Grund, sind gewonnene Informationen aus unterschiedlichen Selbst- und Fremdbewertungsinstrumenten umso wichtiger.

Ziel. In der vorliegenden Arbeit wurden zum ersten Mal einzelne Items des Beck-Depressions-Inventars (BDI) mit der Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) verglichen. Außerdem wurden Einzelitems und die Gesamtscores der Manieskala Young Mania Rating Scale (YMRS) mit den Skalen Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) und der Manie-Selbstbeurteilungsskala (MSS) verglichen.

Methode. PatientInnen mit bipolarer Störung bearbeiteten Selbstbeurteilungsskalen, welche mit von Fachpersonal durchgeführten Fremdratingsskalen verglichen wurden. Neben Spearman-Korrelationen wurden auch Sensitivität und Spezifität berechnet.

Ergebnisse. Betreffend depressiver Symptome konnte eine hohe Korrelation zwischen dem Gesamtscore der HRSD und dem BDI gefunden werden ($r=0.60$, $p<.001$). Daneben wurden signifikante Zusammenhänge bei den Einzelitems für „depressive Stimmung“ ($r=0.61$, $p<.001$) und „Arbeit und sonstige Aktivitäten“ ($r=0.62$, $p<.001$) gefunden. Die Sensitivität des BDI lag bei 78%, die Spezifität bei 72%. Bezüglich der manischen Symptomatik bestand zwischen den Gesamtscores der YMRS und der ASRM eine moderate Korrelation ($r=0.35$, $p<.001$). Bei den Einzelitems zeigte sich eine moderate Korrelation für „Schlaf“ ($r=0.41$, $p<.001$) und „Sprechweise“ ($r=0.32$, $p<.001$). Für die ASRM wurde eine Sensitivität von 70% und eine Spezifität von 88% berechnet. Zwischen den Gesamtscores der YMRS und der MSS bestand eine moderate Korrelation ($r=0.41$, $p<.001$), ebenso zwischen den Einzelitems zum „Rededrang“ ($r=0.31$, $p<.001$). Für die MSS konnte eine Sensitivität und Spezifität von jeweils 85% ermittelt werden.

Konklusion. Selbst- und Fremdbeurteilung korrelierten in vielen Bereichen hoch, allerdings stimmen sie nicht in allen Bereichen überein. Unsere Ergebnisse der Depressionsskalen bestätigen die bisherigen Ergebnisse aus der Literatur. Der Vergleich der Manieskalen wurde in dieser Form erstmals erhoben und schafft eine wichtige Grundlage für die Interpretation von Selbstbeurteilungsverfahren in der klinischen Praxis.

Abstract

Introduction. Over the past few decades there has been a significant increase in knowledge about bipolar affective disease – however, to the present day, clinically usable markers that would allow for the objective verification of clinical symptoms (i.e. blood values showing iron deficiency) have not been identified. Thus, information gathered from diverse self- and external assessment methods has become all the more important.

Objective. In this thesis, items from the Beck Depression Inventory (BDI) and the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) were compared for the first time. Items and total scores from the Young Mania Rating Scale (YMRS) were also compared with the Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) and the Self-Report Manic Inventory (SRMI).

Method. Patients with bipolar disorder were asked to complete self-assessment inventories, the results of which were compared to the results of external assessments completed by trained professionals. Spearman correlations as well as sensitivity and specificity analyses were conducted.

Results. A strong correlation related to symptoms of depression was found between the HRSD and BDI tests ($r=0.60$, $p<.001$). Further, significant relationships were observed between the respective items for “depressive mood” ($r=0.61$, $p<.001$) and for “work and hobbies” ($r=0.62$, $p<.001$). Furthermore, a sensitivity of the BDI of 78% and a specificity of 72% were shown. Regarding manic symptoms, there was a moderate correlation between the total scores of the YMRS and ASRM tests ($r=0.35$, $p<.001$). A moderate correlation between the items in the YMRS and ASRM tests was noticeable in “sleep” ($r=0.41$, $p<.001$) as well as in “speech” ($r=0.32$, $p<.001$). For the ASRM a sensitivity of 70% and a specificity of 88% were shown. A moderate correlation was also seen between the total scores of the YMRS and the SMRI/MSS tests ($r=0.41$, $p<.001$). A further moderate correlation could be shown for the items relating to “urge to speak” ($r=0.31$, $p<.001$). For the SMRI/MSS, a value of 85% for both sensitivity and specificity was calculated.

Conclusion. Self-report inventories and external assessments showed a high correlation in many, but not all of the considered areas. The results of the depression inventories in this thesis confirm the results found in existing literature. A comparison of mania scales was completed for the first time and serves as an important basis for the interpretation of self-assessment methods in clinical practice.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	iv
Zusammenfassung	v
Abstract	vi
1 Einleitung	1
2 Theoretische Hintergründe	2
2.1 Bipolare Erkrankung	2
2.1.1 Epidemiologie.....	2
2.1.2 Ätiologie.....	2
2.1.3 Klassifikation.....	2
2.1.4 Depression.....	3
2.1.5 Manie.....	4
2.1.6 Bipolar I und II.....	4
2.1.7 Behandlung.....	5
2.1.8 Verlauf.....	5
2.2 Symptombeurteilung	6
2.2.1 Depressionsskalen.....	8
2.2.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression.....	8
2.2.1.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI-II).....	9
2.2.2 Manieskalen.....	10
2.2.2.1 Young Mania Rating Scale.....	10
2.2.2.2 Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM).....	10
2.2.2.3 Manie-Selbstbeurteilungsskala (MSS).....	10
2.3 Vergleich des Selbst- und Fremdrating	11
2.3.1 Depressionsskalen.....	11
2.3.2 Manieskalen.....	12
2.4 Fragestellungen und Hypothesen	13

2.4.1 Vergleich der Hamilton Rating Scale for Depression und des Beck-Depressions-Inventars bei PatientInnen mit bipolarer Störung	13
2.4.2 Vergleich der Young-Mania Rating Scale und der Altman Self-Rating Mania Scale bei PatientInnen mit bipolarer Störung	14
2.4.3 Vergleich der Young-Mania Rating Scale und der Manie-Selbstbeurteilungsskala bei PatientInnen mit bipolarer Störung	15
3 Methoden und Materialien	18
3.1 Ablauf	18
3.2 Skalen	18
3.2.1 Depressionsskalen	19
3.2.2 Manieskalen	19
3.2.3 Auswahlprozess für die Itemvergleiche der Skalen	20
3.3 Statistische Auswertung	21
4 Ergebnisse	22
4.1 Hamilton Rating Scale for Depression und Beck-Depressions-Inventar	26
4.2 Young Mania Rating Scale und Altman Self-Rating Mania Scale	27
4.3 Young Mania Rating Scale und Manie-Selbstbeurteilungsskala	28
4.4 Multiple Lineare Regression der Manieskalen	30
5 Diskussion	32
5.1 Hamilton Rating Scale for Depression und Beck-Depressions-Inventar	32
5.1.1 Zusammenhang der Summenscores	32
5.1.2 Zusammenhänge der Items	33
5.2 Young-Mania-Rating-Scale und Altman Self-Rating Mania Scale	34
5.2.1 Zusammenhänge zwischen den Summenscores der YMRS und der ASRM	34
5.2.2 Zusammenhänge zwischen den Items der ASRM und der YMRS	35
5.2.3 Zusammenhänge zwischen ASRM Items und dem YMRS Summenscore	36
5.3 Young-Mania-Rating-Scale und Manie-Selbstbeurteilungsskala	36
5.3.1 Zusammenhänge zwischen den Summenscores der YMRS und der MSS	36

5.3.2 Zusammenhänge zwischen den Subskalen der MSS und den Items der YMRS	36
5.3.3 Zusammenhänge zwischen den Subskalen der MSS und dem Summscore der YMRS.....	37
5.4 Zusammenhänge zwischen Selbstbeurteilungsskalen und Fremdbeurteilungsskalen der Manie anhand einer multiplen linearen Regression	37
5.5 Limitationen.....	38
5.6 Konklusion	38
6. Bibliographie.....	39
Anhang	44

Glossar und Abkürzungen

ASRM	Altman Self Rating Mania Scale
BDI	Beck Depression Inventory
CDS	Carroll Depression Scale
ICC	Intra-Klassen-Korrelation
ICD-10	Internationale Klassifikation von Krankheiten (10 Ausgabe)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 Ausgabe)
EEG	Elektroenzephalogramm
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression
IDS	Inventar depressiver Symptome
MSS	Manie Selbstbeurteilungsskala
SKID	Strukturiertes klinisches Interview für DSM -IV
YMRS	Young Mania Rating Scale

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Korrelation mit Regressionsgerade zwischen BDI Summenscore und HRSD Summenscore.	26
Abbildung 2: Korrelation mit Regressionsgerade zwischen dem ASRM-Summenscore und dem YMRS-Summenscore.....	27
Abbildung 3 Korrelation mit Regressionsgerade zwischen MSS-Summenscore und YMRS-Summenscore.	29

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation einer Depression	3
Tabelle 2: Klassifikation der Manie	4
Tabelle 3: Manie und Depressionsskalen	7
Tabelle 4: Deskriptive Statistik der Depressionsskalen	23
Tabelle 5: Deskriptive Statistik der Manieskalen	24
Fortsetzung (Tabelle 5)	25
Tabelle 6: Itemkorrelationen zwischen HRSD und BDI.....	27
Tabelle 7: Itemkorrelationen zwischen YMRS und ASRM.....	28
Tabelle 8: Korrelationen zwischen ASRM-Items und YMRS-Summenscore.....	28
Tabelle 9: Korrelationen zwischen YMRS Items und MSS Subskalen	29
Tabelle 10: Korrelationen zwischen MSS Subskalen und YMRS Gesamtscore	30
Tabelle 11 nicht standardisierte Beta-Koeffizienten	31

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Fremd- und Selbstbewertungsskalen bei Personen mit bipolar affektiver Störung. Diese Erkrankung geht zudem mit einer deutlich reduzierten Lebenserwartung einher, die auf unterschiedlichste Ursachen zurückzuführen ist. Ein in diesem Zusammenhang wichtiger Faktor ist, dass 25 bis 50% aller Erkrankten mindestens einen Suizidversuch im Laufe ihres Lebens unternehmen, meistens während einer Mischepisode (Kasper et al., 2013). Eine adäquate Diagnose und genaue Einschätzung der Symptomatik ist daher von großer Bedeutung.

In den letzten Jahrzehnten ist das Wissen rund um die bipolare Störung u.a. durch Genanalysen, diverse neuropsychologische Methoden und intensiver klinischer als auch neurobiologischer Forschungsansätze immer größer geworden. Jedoch sind bislang noch keine validen klinische verwendbare Marker vorhanden, um klinische Symptome objektiv verifizieren zu können. Immer noch beruht die Einschätzung auf Erfahrungswerte und Fremdbewertungsskalen von ÄrztInnen und PsychologInnen und auf die Selbsteinschätzung der PatientInnen. An dieser Stelle treten mit den Möglichkeiten des Internets neue Chancen auf. Durch die direkte Übertragung von Angaben zu Symptomen über das Internet an ÄrztInnen und Datenbanken werden neue Optionen für die Früherkennung von manischen oder depressiven Phasen eröffnet. Gerade deswegen ist es notwendig, mit besserer Bestimmtheit sagen zu können, welche Informationen von manischen und depressiven PatientInnen in den Selbstbewertungsskalen verlässlich sind.

Einige Arbeiten haben sich in der Vergangenheit bereits mit der Validität der Selbst- und Fremdeinschätzungen von Stimmungslage und psychischer Symptomatik auseinandergesetzt. Sie verglichen meist Gesamtscores verschiedener Selbstbeurteilungsskalen mit jenen von Fremdbeurteilungsskalen. Diese Studie geht einen Schritt weiter und möchte einzelne Fragen der jeweiligen Fragebögen miteinander vergleichen, um ein detailliertes Bild über die Validität einzelner Aussagen zu erhalten. Mit diesem besseren Verständnis können in Zukunft noch bessere Früherkennungsmethoden entwickelt werden, um die Symptomatik von Menschen mit bipolarer Störung zu identifizieren. Zudem sollen die hier gewonnen Erkenntnisse dazu dienen, das Befinden der PatientInnen besser einschätzen zu können, um therapieerforderliche Zustände zu behandeln.

2 Theoretische Hintergründe

2.1 Bipolare Erkrankung

Die bipolare Störung ist eine psychische Erkrankung und gehört zu den affektiven Störungen. Im Gegensatz zur unipolaren Verlaufsform, bei der es nur zu depressiven Episoden kommt, ist die bipolare Störung durch depressive und manische oder hypomanische Episoden gekennzeichnet (Tölle und Windgassen, 2014).

2.1.1 Epidemiologie

Die Wahrscheinlichkeit, im Leben eine bipolare Störung zu entwickeln, liegt für die Bipolar-I-Störung bei 0.3-1.5% und für die Bipolar-II-Störung bei bis zu 5.5%. Bei der Prävalenz konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Zum ersten Mal erkranken die Betroffenen im Mittel mit 25-30 Jahren (Rothenhäusler und Täschner, 2013).

2.1.2 Ätiologie

Die bipolare Störung hat multifaktorielle Ursachen. Man geht von einer stärkeren biologischen Komponente und schwächeren psychosozialen Faktoren aus als bei der unipolaren Depression. Genetikstudien untersuchen bereits die Zusammenhänge zwischen der bipolaren Störung und der menschlichen Genetik. Es wird derzeit von einem oligogenem Erbgang ausgegangen, bei dem verschiedene Gene zur Erkrankung beitragen (Rothenhäusler und Täschner, 2013). Abschnitte der Chromosomen 4, 5, 6, 12, 13, 18, 21, 22 und X sind an der bipolaren Erkrankung beteiligt. Ein „Bipolar-Gen“ konnte jedoch ausgeschlossen werden (Kasper et al., 2013). In Zwillingsstudien konnte eine Konkordanz von 80% vs. 20% von eineiigen Zwillingen gegenüber zweieiigen Zwillingen festgestellt werden (Tölle und Windgassen, 2014). Dies spricht dafür, dass die genetische Komponente sehr stark und das Vorhandensein der Krankheit nicht primär auf Umwelteinflüsse zurückzuführen ist, die aber für den Ausbruch der Erkrankung maßgeblich sein könnten. Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell führt eine erhöhte Vulnerabilität durch die Gene und durch Störungen der Affekt-, Impuls- und Selbstwertgefühlregulation sowie durch psychosoziale Stressoren und Traumata zum Ausbruch der Erkrankung, wenn die individuellen Bewältigungskapazitäten überfordert sind (Kasper et al., 2013).

2.1.3 Klassifikation

Die Einteilung kann nach ICD-10- oder DSM-5-Kriterien geschehen, wobei der ICD-10 die von der WHO herausgegebene Internationale Klassifikation von Krankheiten in ihrer zehnten Version und der DSM-5 die fünfte Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders“ der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft ist. Die folgende Einteilung wurde dem ICD-10 entnommen (Dilling et al., 2013).

2.1.4 Depression

Die Einteilung einer depressiven Episode nach ICD-10 ist Tabelle 1 zu entnehmen (Dilling et al., 2013).

Tabelle 1: Klassifikation einer Depression

	Kriterien	Hauptsymptome	Nebensymptome
leichte Depression	2 Hauptsymptome	1. gedrückte-depressive Stimmungslage	1. Konzentrationsstörungen
	+ 2-3 Nebensymptome	2. Freudlosigkeit, Interessensverlust	2. Schlafstörungen
	über mindestens 2 Wochen	3. Verminderung von Antrieb und Aktivität, Müdigkeit nach jeglicher Anstrengung	3. Selbstwert und Selbstbewusstsein beeinträchtigt
			4. Lebensüberdruß bis zu Suizidalität
mittelgradige Depression	2 Hauptsymptome		5. Schuldgefühle, Gedanken über eigene Wertlosigkeit
	+ 4 Nebensymptome		6. Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Libidoverlust
	über mindestens 2 Wochen		7. psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
schwere Depression	2 Hauptsymptome		
	+ mindestens 5 Nebensymptome		

Des Weiteren zeigt sich während einer Depression häufig eine erhöhte Ängstlichkeit sowie eine Tendenz, körperliche Beschwerden verstärkt wahrzunehmen (z.B. Herzklopfen, gastrointestinale Symptome, Mundtrockenheit, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Respiratorische Hyperventilation). Darüber hinaus kann es zu körperlicher Erschöpfung und Hypochondrie kommen, sowie zu paranoider Symptomatik, Zwangssymptomen und Depersonalisation/Derealisation. Zusätzlich können noch gesteigerte Reizbarkeit, Selbstablehnung und -vorwürfe vorkommen.

2.1.5 Manie

Die Einteilung einer hypomansichen und manischen Episode nach den ICD-10 Kriterien ist Tabelle 2 zu entnehmen (Dilling et al., 2013).

Tabelle 2: Klassifikation der Manie

	Stimmung und Dauer	Symptomatik
Hypomanie (F30.0)	Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß an mindestens 4 aufeinander folgenden Tagen gehoben oder gereizt.	+ mindestens drei der folgenden Merkmale:
		<ol style="list-style-type: none"> 1. gesteigerte Aktivität 2. gesteigerte Gesprächigkeit 3. Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit 4. vermindertes Schlafbedürfnis 5. gesteigerte Libido 6. übertriebene Einkäufe, leichtsinniges Verhalten 7. gesteigerte Geselligkeit, übermäßige Vertraulichkeit
Manie (F30.1)	Die Stimmung ist vorwiegend gehoben, expansiv oder gereizt und für den Betroffenen deutlich abnorm. Dieser Stimmungswechsel muss mindestens eine Woche anhalten (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung wird notwendig).	+ mindestens drei der folgenden Merkmale (4, wenn die Stimmung nur gereizt ist):
		<ol style="list-style-type: none"> 1. gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit 2. gesteigerte Gesprächigkeit 3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen 4. Verlust normaler sozialer Hemmungen, was zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten führt 5. vermindertes Schlafbedürfnis 6. überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn 7. Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten oder Plänen 8. tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen 9. gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit

Bei der (Hypo)manie können zusätzlich noch Reizbarkeit und aggressives Verhalten, als auch paranoides und psychotisches Verhalten vorkommen.

2.1.6 Bipolar I und II

Im DSM-5 findet eine Unterteilung zwischen Bipolar I und Bipolar II statt, wobei für Bipolar I mindestens eine manische und eine depressive Episode irgendwann im Laufe des

bisherigen Lebens aufgetreten sein müssen und für Bipolar II nur hypomanische Episoden aufgetreten sein dürfen, mindestens aber eine hypomanische Episode und eine depressive Episode.

Sowohl in schweren depressiven als auch in manischen Episoden kann es zudem zu psychotischen Symptomen kommen. In der Depression sind hierbei das Erleben nihilistischer, Schuld- oder Verarmungswahnhaltungen häufig. In der Manie treten am häufigsten Größen-, Liebes-, Beziehungs- und Verfolgungswahn auf (Rothenhäusler und Täschner, 2013).

Des Weiteren kann es zu Episoden kommen, in denen sowohl depressive als auch manische Symptome zu finden sind, hier wird von Mischzuständen gesprochen (Rothenhäusler und Täschner, 2013).

2.1.7 Behandlung

Die Therapie der Bipolaren Störung beinhaltet sowohl eine medikamentöse Therapie als auch eine Psychotherapie wie z.B. die Psychoedukation. Eine Psychotherapie ist bei leichter und mittelschwerer Depression indiziert und besonders in Phasen der Euthymie und Remission von großer Bedeutung (Tölle und Windgassen, 2014). Außerdem können insbesondere in depressiven Episoden diverse andere Verfahren wie Schlafentzug, Lichttherapie oder bei sonstigem Therapieversagen die Elektrokrampftherapie zum Einsatz kommen.

Im Vordergrund der medikamentösen Therapie stehen die Phasenprophylaktika (Möller, Laux, & Deister, 2013). Sie wirken stabilisierend und daher präventiv der Entwicklung sowohl einer Manie als auch Depression entgegen. Für die bipolare Störung ist bis heute Lithium der Goldstandard. Lithium wirkt bei der Manie nicht nur phasenprophylaktisch sondern auch kurativ (Tölle und Windgassen, 2014). Obendrein werden bei Manie und als Phasenprophylaxe Antiepileptika wie Valproinsäure und Neuroleptika wie Quetiapin und Olanzapin eingesetzt (Rothenhäusler und Täschner, 2013). In der akuten Manie werden jene Medikamente genutzt, die auch zur Stabilisierung geholfen haben (Kasper et al., 2013). Eine Dosisanpassung sollte in jedem Fall erfolgen. Bei der bipolaren Depression sollte ein Antidepressivum zusätzlich zum Stimmungsstabilisierer gegeben werden (Kasper et al., 2013).

2.1.8 Verlauf

Im Verlauf gibt es sehr große individuelle Unterschiede. Es ist nicht vorhersagbar ob und wann eine weitere Krankheitsepisode auftreten wird. Depressive und (hypo)manische Phasen wechseln sich nicht immer ab. Unbehandelt dauert eine manische Episode ca. zwei bis drei

Monate. Bei zuvor als Bipolar-II diagnostizierten PatientInnen tritt in 5-15% der Fälle im späteren Verlauf eine manische Episode auf. Mit fortschreitender Krankheitsdauer erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Rapid Cycling (≥ 4 Episoden pro Jahr) und für Mischzustände. Letztere sind mit einem höheren Suizidrisiko assoziiert. Ca. 19% der bipolar Erkrankten sterben durch Suizid (Rothenhäusler und Täschner, 2013). Bei der bipolaren Störung gibt es häufig sowohl psychiatrische als auch somatische Komorbiditäten. An den ersten Stellen stehen Angststörungen, Substanzabusus und Persönlichkeitsstörungen (Kasper et al., 2013). Zu häufigen körperlichen Komorbiditäten gehören kardiovaskuläre Erkrankungen, das metabolische Syndrom und Diabetes mellitus Typ II (Kasper et al., 2013). Oft sind die somatischen Komorbiditäten der primäre Grund der PatientInnen eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen. Nicht selten führen die Symptome und Komorbiditäten bei den PatientInnen zu einer Frühpensionierung. Es konnte gezeigt werden, dass die Behandlungskosten der psychischen Erkrankung vernachlässigbar sind gegenüber den indirekten Kosten für die Gesellschaft durch krankheitsbedingte Arbeitslosigkeit, Suizide und Erwerbsunfähigkeit (Runge und Grunze, 2004).

2.2 Symptombeurteilung

In der Diagnostik der vorherrschenden Symptomatik einzelner Episoden werden verschiedene Bewertungsskalen verwendet. Es wird zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungsskalen unterschieden.

Bei der Entwicklung psychologischer Fragebögen wird darauf geachtet, ob diese die Gütekriterien der klassischen Testtheorie erfüllen: Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität ist der Grad der Unabhängigkeit der Testergebnisse von den Rahmenbedingungen. Dies wird bei den Fragebögen durch Standardisierung der Tests (Durchführung, Auswertung und Interpretation) gewährleistet. Die Validität ist der Grad der Gültigkeit. Ob durch ein Item wirklich das Merkmal erfasst wird, nach dem gefragt wurde. Wenn z.B. ein Fremdrating als Standard benutzt wird, kann durch Korrelationsberechnungen gemessen werden, ob eine Selbstbeurteilungsskala dieselben Merkmale erfasst. Die Reliabilität ist die Genauigkeit, mit der ein Merkmal gemessen wird. Zur Messung der Reliabilität wird die Interrater-Reliabilität festgestellt, bei der erfasst wird, ob verschiedene FremdraterInnen eine hohe Übereinstimmung bei denselben Fragen erhalten. Außerdem wird die Retest-Reliabilität gemessen, welche die Replizierbarkeit innerhalb eines zeitlichen Intervalls überprüft.

Bei der Fremdbeurteilungsskala führt eine Psychologin/ein Psychologe oder eine Ärztin/ein Arzt ein persönliches Gespräch mit der Patientin/dem Patienten und macht sich ein genaues Bild anhand der durch den Fragebogen vorgegebenen Fragen. Bei den Selbstbeurteilungsskalen bewerten die PatientInnen ihre Symptome anhand eines Fragebogens selbst. Einen Überblick über die international am häufigsten verwendeten Skalen zur Erfassung von affektiven Störungen gibt Tabelle 3 modifiziert nach Grässlin (2004).

Tabelle 3: Manie und Depressionsskalen

Autoren	Jahr	Skala	Fremd	Selbst	Manie	Depr.
Hamilton	1960	Hamilton Rating Scale for Depression	X			X
von Zerssen	1976	Befindlichkeitsskala	X	X		X
Young et al.	1978	Young Mania Rating Scale	X		X	
Montgomery, Asberg	1979	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	X			X
Murphy et al.	1982	Affective Disorder Rating Scale	X		X	X
Bech, Rafaelsen	1986	Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala	X			X
Rush et al.	1986	Inventory of Depressive Symptomatology	X	X		X
Altman et al	1994	Clinician Administered Rating Scale for Mania	X		X	
Beck et al.	1961	Beck Depression Inventory		X		X
Zung	1965	Zung Self-Rating Depression Scale		X		X
Carroll et al.	1981	Carroll Depression Scale		X		X
Shugar et al.	1992	Self-Report Manic Inventory		X	X	
Hautzinger, Bailer	1993	Center for Epidemiological Studies Depression Scale		X		X
Altman et al	1997	Altman Self-Rating Mania Scale		X	X	

2.2.1 Depressionsskalen

2.2.1.1 Hamilton Rating Scale for Depression

Die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) wurde 1960 von Hamilton entwickelt, um den Schweregrad der depressiven Symptome bei PatientInnen festzustellen, die bereits mit einer Depressionen diagnostiziert wurden. Das Ziel war, die Ergebnisse eines Interviews zu quantifizieren um den Schweregrad der Depression messbar zu machen (Hamilton, 1960). Dies diente in der Vergangenheit dazu Behandlungserfolge und Misserfolge sichtbar zu machen. Sie wurde 1960 zum ersten Mal publiziert und in den Jahren 1966, 1967, 1969 und 1980 von Hamilton überarbeitet (Hamilton, 1980, 1969, 1967, 1966, 1960). Die Anzahl der Fragen änderte sich bei den verschiedenen Versionen. Außerdem können die meisten Fragen mit bis zu vier oder zwei Punkten bewertet werden. In der vorliegenden Version können bis zu 65 Punkte vergeben werden. Aus heutiger Perspektive ist festzustellen, dass die Hamilton-Skala eine starke körperliche Gewichtung hat. Von den 21 Fragen werden nur neun nicht-körperliche Fragen gestellt: depressive Stimmung, Schuldgefühle, Angst, Krankheitseinsicht, Depersonalisation und Derealisation, Hypochondrie, Zwangssymptome, paranoide Symptome, Suizid. Die anderen beziehen sich auf körperliche Symptome: Ein- und Durchschlafstörungen, Schlafstörungen am Morgen, Antrieb für Arbeit und andere Aktivitäten, depressive Hemmung, Erregung, Angst (somatisch), gastrointestinale Symptome, körperliche Symptome allgemein, Genitalstörungen, Gewichtsverlust, Tagesschwankungen der Symptome. Zudem fehlen manche Symptome einer atypischen Depression wie die Hypersomnie und die Gewichts- und Appetitzunahme (Möller, 2000). 1960 beschrieb Hamilton, dass die Skala für alle Formen der Depression anwendbar sein und daher möglichst viele Symptome umfassen soll. Der Fokus wurde jedoch nur auf die häufig auftretenden gelegt, um zeitraubendes Ermitteln seltener Symptome, deren Informationsgewinn marginal ist, zu verhindern (1960). Ein Cut-Off-Wert, d.h. der Grenzwert bis zu dem Testergebnis als negativ kategorisiert werden (in diesem Fall depressiv), war ursprünglich nicht vorgesehen. Im Laufe der Jahre wurden dazu verschiedene Werte herangezogen. Die meisten Ergebnisse der Hamilton Skala mit 21 Fragen liegen zwischen ≤ 7 bis ≤ 10 (Berk et al., 1997; Schweizer et al., 2001; Taragano et al., 2001; Trivedi et al., 2001; Zimmerman et al., 2004). Es wurden bei einem Cut-Off-Wert von ≤ 10 , 97.5% der Kontrollgruppe als gesund eingestuft, während beim Cut-Off-Wert von ≤ 7 , 84% der Kontrollgruppe als gesund eingestuft wurde (Zimmerman et al., 2004). Tatsächlich konnte sich bisher kein Cut-Off-Wert etablieren.

2.2.1.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)

Das Beck-Depressions-Inventar wurde 1961 von Beck et al. entwickelt, um die Depression in der Gesamtbevölkerung bzw. einer psychisch gesunden und psychisch erkrankten Population zu quantifizieren. Es wurde 1978 zum BDI-IA weiterentwickelt. Dieses besaß bereits vereinfachte Antwortmöglichkeiten und der Bezugszeitraum wurde geändert von „jetzt“ auf „die letzte Woche“ (Schaipp, 2001). 1996 wurde es nochmals revidiert und es entstand das BDI-II (Jackson-Koku, 2016). Das BDI-II ist wie der BDI ein auf 21 Items basierender selbstauszufüllender Fragebogen um die Schwere der diagnostizierten Depression festzustellen und wurde überarbeitet, um den Anforderungen der DSM-IV Kriterien besser gerecht zu werden (Schaub et al., 2013). Die 21 Items orientieren sich an verhaltenstypischen Änderungen in der Depression wie Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust von Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, Selbstmordgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Veränderungen der Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Veränderungen des Appetits, Konzentrationsschwierigkeiten, Ermüdung oder Erschöpfung und Verlust an sexuellem Interesse. Für jedes Item gibt es vier Antwortmöglichkeiten für die jeweils null bis drei Punkte vergeben werden. Beim BDI-II wurde im Vergleich zum BDI der Bezugsrahmen auf „die letzten zwei Wochen“ geändert. Darüber hinaus wurden vier Items zu den Symptomen Unruhe, Konzentrationsschwierigkeiten, Wertlosigkeit und Energieverlust umgeschrieben, drei Items wurden gestrichen („negatives Körperbild“, „Hypochondrie“, „Arbeitsunfähigkeit“), weil sie unspezifisch sind, und nur drei Items wurden nicht verändert („Bestrafungsgefühle“, „Selbstmordimpulse“, „Libidoverlust“) (Kühner et al., 2007; Schaub et al., 2013). Die Autoren berechneten 1996 selbst anhand von ROC-Analysen (Receiver-Operating Characteristic) die Grenzwerte. ROC-Analysen dienen dazu anhand der Stichprobe die Grenzwerte optimal festzulegen. Kühner et al. teilten die 63 möglichen Punkte folgendermaßen ein: Bis zu 8 Punkten hatten die PatientInnen keine Depression, 9 bis 13 Punkte zeigten eine minimale Depression an, 14 bis 19 Punkte ergaben eine leichte Depression, 20 bis 28 Punkten beschrieben eine mittelschwere Depression, und ein Wert von 29 bis 63 Punkten galt als schwer depressiv, wobei bereits ein Wert von ≥ 18 als klinisch bedeutsam eingeschätzt wird (Beck et al., 1996).

2.2.2 Manieskalen

2.2.2.1 Young Mania Rating Scale

Die Young Mania Rating Scale (YMRS) ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Feststellung der Schwere manischer Symptome bei PatientInnen mit bipolarer Störung (Rothenhäusler und Täschner, 2013). Sie wurde von Young et al. (1978) entworfen und von Mühlbacher et al. (2011) ins Deutsche übertragen und validiert. Die YMRS besteht aus elf Items: gehobene Stimmung, gesteigerte motorische Aktivität/Energie, sexuelles Interesse, Schlaf, Reizbarkeit, Sprechweise (Geschwindigkeit und Qualität), Sprach-/Denkstörungen, Inhalte, expansiv-aggressives Verhalten, äußere Erscheinung, Krankheitseinsicht. Bei jedem Item stehen fünf Schweregrade zur Auswahl um die PatientInnen einzuschätzen. Die Klinikerin/der Kliniker wird angehalten bei dem Test die Punktezahl für das jeweilige Item zu vergeben, das den PatientInnen während der letzten 48 Stunden am besten beschreibt. Werte unter zwölf Punkte werden als unauffällig angesehen und ab 26 Punkten wird von einer ausgeprägten Manie gesprochen (Rothenhäusler und Täschner, 2013). Da vier der elf Fragen doppelt bewertet werden, können bis zu 60 Punkte vergeben werden.

2.2.2.2 Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM)

Die Altman Self-Rating Mania Scale (ASRM) wurde 1997 von Altman et al. entwickelt und sollte mit den DSM-IV Kriterien kompatibel sein. Sie soll dazu genutzt werden, das Vorhandensein und die Stärke manischer Symptome für Wissenschaft und Klinik einzuschätzen (Altman et al., 1997). Sie wurde von Bräunig et al. (2009) ins Deutsche übertragen und validiert (Assion, 2013). Es werden jeweils vier Aussagemöglichkeiten gegeben um die Kategorien Fröhlichkeit, Selbstbewusstsein, Schlafbedürfnis, Redseligkeit und Aktivitätsniveau mit bis zu je 4 Punkten zu bewerten. Insgesamt werden also null bis zwanzig Punkte vergeben. Bei dieser Skala sollen die letzten sieben Tage beurteilt werden. Eine ROC-Analyse (Receiver-Operating-Characteristic) zeigte das ein Cut-Off-Wert von ≤ 5 zu einer Sensitivität von 85.5% und einer Spezifität von 87.3% führte (Altman, 1998).

2.2.2.3 Manie-Selbstbeurteilungsskala (MSS)

Das Self-Rating Mania Inventory wurde 1992 von Shugar et al. entwickelt und zur Früherkennung manischer PatientInnen validiert (Cooke et al., 1996). In weiterer Folge wurde sie von Krüger, Bräunig und Shugar (1997) ins Deutsche übertragen. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 48 Items, bei denen die PatientInnen jeweils eine Aussage bestätigen oder ablehnen sollen. Sie/Er soll sich dabei auf den vergangenen Monat beziehen. Der Summenscore ergibt sich dabei aus den positiv beantworteten Aussagen (0-48). Bräunig et al.

berechneten außerdem verschiedene Cut-Off-Werte die zu verschiedener Sensitivität und Spezifität führen und daher für verschiedene Fragestellungen geeignet sind. Der Cut-Off-Wert von 14 führte zu einer Sensitivität und Spezifität von 79%. Der Cut-Off-Wert von 18 führte zu einer Sensitivität von 71% und einer Spezifität von 89%. Der dritte verwendete Cut-Off-Wert war 22; hier war die Sensitivität bei 47% und die Spezifität bei 94% (Bräunig et al., 1996).

2.3 Vergleich des Selbst- und Fremdrating

2.3.1 Depressionsskalen

Einige Studien wurden bereits zu dem Thema Selbstbeurteilungsskalen im Vergleich zu Fremdbeurteilungsskalen publiziert. Besonders häufig wurde das BDI mit der HRSD verglichen. In einer Metaanalyse zeigten Richter et al. (1998), dass die meisten Studien Korrelationen zwischen $r = 0.34$ und $r = 0.86$ aufweisen.

Es wurden aber auch andere Skalen für die Depression untersucht. Corruble et al. (1999) verglichen das Inventar depressiver Symptome (IDS-C; Clinician) mit dem IDS-SR (Selfrating) und untermauerten die These, dass PatientInnen mit starker Depression ihre Symptome im Vergleich zur Fremdbeurteilung unterschätzen. Sie versuchten auch, die Prädiktoren für die Diskrepanz zu finden und konnten zeigen, dass die Diskrepanzen nicht mit den Faktoren Alter, Geschlecht, einmalig/wiederkehrende Episode, Stärke der Depression oder der Länge der Episode zusammenhängen. Außerdem zeigten sie, dass die Fremdbeurteilungsskala eine höhere Sensitivität für Veränderung innerhalb des getesteten Monats besaß als die Selbstbeurteilungsskala. Unterschiede in der Bewertung kamen eher durch unterschiedliche Angaben in der Stimmung zustande als durch somatische Symptome. Es wurde auch untersucht, ob die Diskrepanz durch unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale zu erklären ist. Corruble et al. (1999) fanden heraus, dass PatientInnen mit der bereits beschriebenen Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbewertung geringe Werte an Kooperation und Selbsttranszendenz im Temperament- und Charakterinventar hatten. Auch Carter et al. (2010) untersuchten an verschiedenen Skalen die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Depression. Sie konnten zeigen, dass PatientInnen die Grübeln, ihre Symptome stärker beurteilen als dies durch die Fremdbewertung geschieht. Der Frage, ob manische PatientInnen ihre depressiven Symptome wahrnehmen und damit eine valide Einschätzung ihrer depressiven Symptomatik geben können, gingen Cassidy et al. (2009) nach. Sie untersuchten die Korrelation bei gemischten und manischen Episoden

zwischen der HRSD und der Carroll Depression Scale (CDS) und fanden heraus, dass bei acht Items die Fremd- und Selbstbeurteilung korrelierte.

2.3.2 Manieskalen

Die Anzahl der Studien, die Manieskalen miteinander vergleichen, ist erheblich geringer als die Anzahl der Studien für Depressionsskalen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass es deutlich mehr Depressionsskalen gibt und dass Manieselbstbeurteilungsskalen deutlich später entwickelt wurden. Die populärste Skala, die MSS, wurde erst in den 90er-Jahren ausgearbeitet. Die späte Entwicklung dieser Skalen hing sicherlich mit den Zweifeln zusammen, die ForscherInnen der Validität von Manieselbstbeurteilungsskalen entgegenbrachten. Sie gingen davon aus, dass die manischen Symptome und eine hohe Krankheitsuneinsichtigkeit eine gute Selbsteinschätzung verhindern würden (Schöttle et al., 2006).

Diesen Zweifeln widersprechen jedoch die Ergebnisse von drei Studien (Bauer et al., 1991; Bräunig et al., 1996; Shugar et al., 1992): Die AutorInnen untersuchten jeweils manische PatientInnen und stellten fest, dass diejenigen mit Krankheitseinsicht keine signifikant unterschiedlichen Scores bei der Selbstbeurteilung im Vergleich zu denjenigen ohne Krankheitseinsicht hatten. Die Krankheitseinsicht wurde jedoch in der MSS durch eine Frage an die PatientInnen ermittelt. Aussagekräftiger wäre es, die Krankheitseinsicht per Fremdbewertung zu vergleichen. Dies taten Altman et al. (2001). Sie verglichen die Maniescores mit der Krankheitseinsicht der Clinician-Administered Rating Scale for Mania und kamen ebenfalls zu dem Schluss, dass manische PatientInnen ohne und mit Krankheitseinsicht, ihre Symptome gleich bewerten. Außerdem ermittelten sie, dass PatientInnen, die ein Selbstrating nicht durchführen wollten oder konnten, auch nicht bei dem Fremdrating teilnehmen wollten oder konnten. Bei der YMRS wird die Krankheitseinsicht als einzelnes Item abgefragt und könnte daher auch zur externen Bewertung herangezogen werden.

Einige Studien verglichen die Gesamtscores von Manieskalen. Cooke, Krüger, & Shugar (1996) stellten in ihrer Studie einen Korrelationswert von $r = 0.75$ zwischen der MSS und der YMRS fest. Auch Bräunig et al. (1996) verglichen die MSS mit der YMRS und fanden eine Korrelation von $r = 0.63$ bei der Aufnahme und $r = 0.89$ bei der Entlassung der PatientInnen. Es wurden auch die Subskalen der MSS mit dem Gesamtscore verglichen. Subskalen sind Gruppen von Fragen, die einzelne Symptome der Manie abfragen. Anhand des Vergleichs der Subskalen mit dem Summenscore der YMRS kann überprüft werden, welche Symptome der

MSS am meisten zur Bewertung der Manie beitragen. Cooke et al. (1996) taten dies und fanden signifikante Korrelationen bei den Skalen für gesteigerte Energie und Aktivität (Items 1-11), vermehrte Geldausgaben/Großzügigkeit (Items 12-16), Rededrang (Items 22-27), gehobene Stimmung (Items 28-32), Irritierbarkeit (Items 33-34), Größenideen (Items 38-42) und paranoides und psychotisches Erleben (Items 43-47) (Cooke et al., 1996).

Die ASRM ist eine neue Skala und daher gibt es für diese bisher wenige Vergleichsstudien. Bei der Entwicklung wurde sie zur Validierung von Altman et al. (1997) mit der YMRS verglichen und es wurde eine Pearson-Korrelation von $r = 0.72$ ($p < 0.001$) beschrieben. Im Jahr 2001 verglichen Altman et al. die ASRM auch mit der MSS und sie stellten eine Pearson-Korrelation von $r = 0.41$ ($p < 0.01$) und $r = 0.65$ ($p < 0.001$) für vor und nach der Behandlung fest, wobei von den 44 Patienten nur 31 die Behandlung abgeschlossen hatten und daher nur diese in die zweite Statistik einbezogen wurden.

Für die vorliegende Arbeit wurde in der Literatur nach Studien gesucht, die einzelne Items von Manieskalen miteinander verglichen, wobei jedoch keine gefunden wurden.

2.4 Fragestellungen und Hypothesen

2.4.1 Vergleich der Hamilton Rating Scale for Depression und des Beck-Depressions-Inventars bei PatientInnen mit bipolarer Störung

Der Zusammenhang zwischen BDI-II und HRSD wurde bereits in vielen Studien untersucht. Richter et al. (1998) erstellten eine Metaanalyse und konnten einen positiven Zusammenhang nachweisen. Dies wird versucht in dieser Arbeit anhand einer Kohorte mit bipolar affektiver Störung zu bestätigen.

Fragestellung 1: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Gesamtscore des HRSD und des BDI-II bei bipolaren PatientInnen?

Hypothese 1: Je höher der Gesamtscore des HRSD ist, desto höher ist auch der Gesamtscore des BDI-II.

Zwischen den Items von HRSD und BDI-II gibt es einige inhaltliche Überschneidungen. Bislang lagen aber noch keine Studien vor, die inhaltlich gleiche Items miteinander verglichen. Es lag die Vermutung nahe, dass inhaltlich gleiche Items zwischen den Skalen miteinander korrelieren.

Fragestellung 2: Gibt es bei einzelnen Items des HRSD und BDI-II, die klinisch zusammenhängen, auch statistische Korrelationen?

Hypothese 2a: Je höher der Score des Items „Depressive Stimmung“ der HRSD desto höher ist der Summenscore der Items „Traurigkeit, Pessimismus und Wertlosigkeit“ des BDI-II.

Hypothese 2b: Je höher der Score des Items „Schuldgefühle“ der HRSD desto höher ist der Summenscore der Items „Schuld- und Bestrafungsgefühle“ des BDI-II.

Hypothese 2c: Je höher der Score des Items „Arbeit und Hobbys“ der HRSD desto höher ist der Summenscore der Items „Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Energieverlust und Ermüdung oder Erschöpfung“ des BDI-II.

Hypothese 2d: Je höher der Score des Items „Erregung“ der HRSD desto höher ist der Score des Items „Unruhe“ des BDI-II.

2.4.2 Vergleich der Young-Mania Rating Scale und der Altman Self-Rating Mania Scale bei PatientInnen mit bipolarer Störung

Die ASRM ist eine recht neue Skala und wurde an der YMRS von Altman et al. im Jahr 1997 validiert. Die PatientInnen in ihrer Studie waren im Krankenhaus akut aufgenommene PatientInnen mit verschiedenen Diagnosen (Schizophrenie, schizoaffektive Störung, Major Depression und bipolare Depression). In dieser Arbeit wird untersucht, ob sich die Ergebnisse an einer bipolaren Kohorte replizieren lassen.

Fragestellung 3: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Gesamtscore der YMRS und der ASRM bei bipolaren PatientInnen?

Hypothese 3: Je höher der Gesamtscore des YMRS ist, desto höher ist auch der Gesamtscore der ASRM.

Einzelne Items zwischen der YMRS und der ASRM wurden bisher nicht verglichen. Da es auch hier inhaltliche Überschneidungen gibt, wurden bestimmte Items miteinander verglichen, um Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdrating festzustellen.

Fragestellung 4: Gibt es bei einzelnen Items der YMRS und der ASRM, die klinisch zusammenhängen, auch statistische Korrelationen?

Hypothese 4a: Je höher der Score des Items „Gehobene Stimmung“ der YMRS desto höher ist der Score des Items „1“ des ASRM.

Hypothese 4b: Je höher der Score des Items „Schlaf“ der YMRS desto höher ist der Score des Items „3“ des ASRM.

Hypothese 4c: Je höher der Score des Items „Sprechweise“ der YMRS desto höher ist der Score des Items „4“ des ASRM.

Hypothese 4d: Je höher der Score des Items „Energie“ der YMRS desto höher ist der Score des Items „5“ des ASRM.

Die Frage, welche Items der ASRM die durch die YMRS fremdeingeschätzte Manie am besten vorhersagen, wurde im Folgenden untersucht. Es gibt bisher in der Literatur keine Funde bezüglich des Vergleichs zwischen Items der ASRM und dem Gesamtscore der YMRS.

Fragestellung 5: Gibt es zwischen den Merkmalen der ASRM und dem Gesamtscore der YMRS statistische Korrelationen?

Hypothese 5a: Je höher der Score des Items „1“ der ASRM desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 5b: Je höher der Score des Items „2“ der ASRM desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 5c: Je höher der Score des Items „3“ der ASRM desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 5d: Je höher der Score des Items „4“ der ASRM desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 5e: Je höher der Score des Items „5“ der ASRM desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

2.4.3 Vergleich der Young-Mania Rating Scale und der Manie-Selbstbeurteilungsskala bei PatientInnen mit bipolarer Störung

Die YMRS und die englische Version der MSS wurden in der Vergangenheit bereits miteinander verglichen, wobei positive Korrelationen gefunden wurden. Es soll zum ersten Mal die deutsche Validierung repliziert werden.

Fragestellung 6: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Gesamtscore der YMRS und der MSS bei bipolaren PatientInnen?

Hypothese 6: Je höher der Gesamtscore des YMRS ist, desto höher ist auch der Gesamtscore der MSS.

Die Subskalen wurden mit dem Gesamtscore der YMRS verglichen aber noch nicht mit den Items der YMRS. Da die Skalen insgesamt eine Korrelation aufwiesen, lag es nahe, dass auch die entsprechenden Items miteinander korrelieren.

Fragestellung 7: Gibt es bei den Subskalen der MSS und den Items der YMRS, die klinisch zusammenhängen, auch statistische Korrelationen?

Hypothese 7a: Je höher der Score der Subskala „Energie/Aktivität (1-11)“ der MSS desto höher ist der Score des Items „Energie“ der YMRS.

Hypothese 7b: Je höher der Score der Subskala „Rededrang“ (Items 22-27) der MSS desto höher ist der Score des Items „Sprechweise“ der YMRS.

Hypothese 7c: Je höher der Score der Subskala „gehobene Stimmung“ (Items 28-32) der MSS desto höher ist der Scores des Items „gehobene Stimmung“ der YMRS.

In weiterer Folge wurde der Einfluss der verschiedenen Symptome der Manie untersucht. Es wurden die Subskalen der MSS mit dem Gesamtscore der YMRS verglichen und die Ergebnisse von Cooke et al. (1996) überprüft.

Fragestellung 8: Gibt es zwischen den Subskalen der MSS und dem Gesamtscore der YMRS statistische Korrelationen?

Hypothese 8a: Je höher der Score der Subskala „gesteigerte Energie und Aktivität“ (Items 1-11) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 8b: Je höher der Score der Subskala „vermehrte Geldausgaben/Großzügigkeit“ (Items 12-16) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 8c: Je höher der Score der Subskala „Rededrang“ (Items 22-27) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 8d: Je höher der Score der Subskala „gehobene Stimmung“ (Items 28-32) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 8e: Je höher der Score der Subskala „Irritierbarkeit“ (Items 33-34) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 8f: Je höher der Score der Subskala „Größenideen“ (Items 38-42) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Hypothese 8g: Je höher der Score der Subskala „paranoides und psychotisches Erleben“ (Items 43-47) der MSS desto höher ist der Gesamtscore der YMRS.

Bei der Untersuchung der Subskalen wurden in der Literatur keine signifikanten Korrelationen zu den Subskalen „Hypersexualität“ (Items 17-21) und „beschleunigter Gedankengang und Ablenkbarkeit“ (Items 35-37) festgestellt. Es wurde der Frage nachgegangen, ob es sinnvoll ist, diese Items zu erfragen.

Hypothese 8h: Zwischen der Subskala „Hypersexualität“ (Items 17-21) und dem Gesamtscore der YMRS besteht kein Zusammenhang.

Hypothese 8i: Zwischen der Subskala „beschleunigter Gedankengang und Ablenkbarkeit“ (Items 35-37) und dem Gesamtscore der YMRS besteht kein Zusammenhang.

3 Methoden und Materialien

3.1 Ablauf

Die Daten entstammen der BIPLONG Studie (EK-Nummer: 25-335 ex 12/13) bei der ProbandInnen halbjährig untersucht wurden und verschiedene Parameter im Verlauf erhoben wurden. Die Aufnahme der ProbandInnen in die Studie erfolgte über die Stationen der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin Graz oder ambulant aus der Spezialambulanz für bipolar affektive Störungen. Am Testtag kamen die ProbandInnen gegen 8 Uhr in die Ambulanz für bipolare Störungen. Zuerst wurden sie ausführlich über den Ablauf und Nutzen sowie über Risiken der Studie aufgeklärt. Anhand eines strukturiert klinischen Interviews (SKID) wurde bei bisher nicht diagnostizierten ProbandInnen die Diagnose einer bipolaren Erkrankung gestellt. Danach wurde anhand der klinischen Fremdbewertungsskalen (YMRS, HRSD) ihr momentanes Befinden durch einen Arzt/einer Ärztin oder einen Psychologen/einer Psychologin festgestellt. Über einen peripheren Venenkatheter wurde nun eine nüchtern Blutabnahme durchgeführt und anschließend ein Frühstück serviert. In weiterer Folge wurden die klinischen Daten zum Krankheitsverlauf erhoben und verschiedene kognitive Tests durchgeführt. Die Studie umfasste zusätzlich die Messung anthropometrischer Daten, die an dieser Stelle erhoben wurden. Nun wurden der Probandin/dem Proband die Fragebögen zur Selbsteinschätzung ihrer manischen und depressiven Symptome (ASRM, MSS, BDI) ausgehändigt und schlussendlich noch ein EEG durchgeführt. Am Ende bekam sie/er einen Termin für eine Magnetresonanztomographie des Schädels auf der Universitätsklinik für Radiologie des LKH Graz. Unsere Stichprobe bestand aus 274 Personen (143 Männer, 131 Frauen) mit einem Alter von $M = 43.42$ ($SD = 13.08$; $Minimum = 18.47$, $Maximum = 77.95$). ProbandInnen wurden halbjährig bestellt, wobei der zeitliche Verlauf bei dieser Diplomarbeit nicht untersucht wurde und daher jede Datenerhebung als einzelne Untersuchung gewertet wurde. Daher kann eine Person mehrmals in der Statistik auftauchen. Die Daten wurden in dem Zeitraum von 2012 bis 2017 gesammelt.

3.2 Skalen

In der vorliegenden Arbeit wurden die Depressionsskalen HDRS und BDI, sowie die Manieskalen YMRS, ARMS und MSS eingesetzt und untersucht. Die Beschreibung der Fragebögen zum Befinden findet sich in der Einleitung. An dieser Stelle soll ihre Validitätsprüfung beschrieben werden. Die Fragebögen sind im Anhang angeführt.

3.2.1 Depressionsskalen

3.2.1.1 *Hamilton Rating Scale for Depression*

Die HRSD wurde seit ihrer Entwicklung schon in vielen Studien analysiert. Ihre Validität schauten sich Bagby et al. (2004) an. Sie fanden Korrelationen mit der Clinical Global Impression Scale von $r = 0.56$ und $r = 0.77$.

Eine 2011 veröffentlichte Metaanalyse konnte ein Cronbachs Alpha von 0.789 (95% KI 0.766-0.810) in einem Random Effects Model zeigen. Auch die Interrater-Reliabilität wurde getestet und ergab $r = 0.94$ (95% KI 0.90-0.97) für die Pearson-Korrelation (Trajković et al., 2011). Für die Retest-Reliabilität fand die Metaanalyse Werte zwischen $r = 0.65$ -0.98. Sie verringerte sich erwartungsgemäß mit der Zeit zwischen den Tests, sodass das Spearman r zwischen der Dauer des Intervalls und der Retest-Reliabilität $r = -0.74$ ergab (Trajković et al., 2011).

3.2.1.2 *Beck-Depressions-Inventar*

Das Beck-Depressions-Inventar II hat eine interne Konsistenz von $\alpha = 0.91$ und der Korrelationskoeffizient mit dem HRSD ergab $r = 0.71$. Für die Retest-Reliabilität wurde der Wert $r = 0.93$ ermittelt (Beck et al., 1996).

1997 wurde für die deutsche Übersetzung die Validität überprüft. Kühner et al. (2007) fanden eine Retest-Reliabilität von $r = 0.78$ bei $n = 23$. Die Cronbachs Alpha-Koeffizienten für drei Teilstichproben (akut depressive, entlassene Depressive, nichtklinische Stichprobe) lagen bei $\alpha \geq 0.84$.

3.2.2 Manieskalen

3.2.2.1 *Young-Mania-Rating-Scale*

Die YMRS wurde in ihrer deutschen Version der YMRS-D von Mühlbacher et al. (2011) validiert. Die Autoren wiesen bei der Analyse der inneren Konsistenz ein Cronbachs Alpha von $\alpha = 0.74$ nach und die Inter-Rater-Reliabilität ergab eine Intra-Klassen-Korrelation (ICC) von $ICC = 0.94$ für den Gesamtscore. Außerdem fanden sie ICC-Werte zwischen 0.79 und 0.97 für die einzelnen Items.

3.2.2.2 *Manie-Selbstbeurteilungsskala*

Die innere Konsistenz, ermittelt mit Cronbachs Alpha, lag bei $r = 0.94$ und die Retest-Reliabilität bei $r = 0.86$ (Bräunig et al., 1996). Zur Validitätsprüfung wurde die YMRS zum

Vergleich herangezogen und die Pearson-Korrelation wurde zu verschiedenen Messzeitpunkten ermittelt und ergab $r = 0.63$ und $r = 0.89$ (Bräunig et al., 1996).

3.2.2.3 Altman Self-Rating Mania Scale

Nach der Aufnahme legten Altman et al. den PatientInnen die englische Skala innerhalb kurzer Zeit vor und fanden eine hohe Retest-Reliabilität ($r = 0.86$; Altman et al., 1997). Um die Validität zu testen, verglichen Altman et al. (1997) die ASRM mit der YMRS und fanden eine signifikante Pearson-Korrelation von $r = 0.72$ ($p < 0.001$). Der hohe Wert zeigt, dass es eine signifikante Übereinstimmung zwischen der Symptomeinschätzung des klinisch erfahrenen Personals und der des Patienten gibt.

3.2.3 Auswahlprozess für die Itemvergleiche der Skalen

3.2.3.1 Hamilton Rating Scale for Depression und Beck-Depressions-Inventar

Die Itemvergleichshypothesen wurden nach inhaltlich gleichen Fragen ausgewählt. Bei der HRSD ist z.B. das erste Item „depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)“. Davon entsprechen drei Punkte (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit) den Items „Traurigkeit“, „Pessimismus“ und „Wertlosigkeit“ des BDI-II. Der zweite Itemvergleich untersucht das Item „Schuldgefühle“ der HRSD. Das Item wird zwar als „Schuldgefühle“ bezeichnet; bei Betrachtung der Auswahlmöglichkeiten wird aber deutlich, dass auch Bestrafungsgefühle abgefragt werden („Jetzige Krankheit wird als Bestrafung gewertet“) und es daher zu den Items „Schuld- und Bestrafungsgefühle“ des BDI passt. Es wurde auf diese Weise durch die Analyse der Aussagesätze die Items, die verglichen werden sollen, ausgewählt. Die Items für Schlaf (HRSD 4-6 Einschlaf- Durchschlaf- und Schlafstörungen am Morgen) decken sich z.B. nicht mit dem Item „Veränderungen der Schlafgewohnheiten“ des BDI, da bei diesem Item die Schlafdauer im Vordergrund steht und Punkte vergeben werden für kürzere oder längere Schlafdauer als gewöhnlich. Einschlaf- und Durchschlafprobleme kommen hier nicht vor. Dagegen korrespondierte das Item „Arbeit und Hobbies“ (HRSD) gut mit den Items „Interessensverlust“, „Energieverlust“, „Entschlussunfähigkeit“ und „Ermüdung oder Erschöpfung“ (BDI). Daneben wurde noch das Item „Erregung“ (HRSD), bei dem Aussagemöglichkeiten wie „Zappeligkeit... nicht still sitzen können...“ vorkommen, mit dem Item „Unruhe“ (BDI) („Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.“) verglichen.

3.2.3.2 Young Mania Rating Scale und Altman Self-Rating Mania Scale

Es gab vier (von fünf) Items der ASRM, für die jeweils ein entsprechendes Item der YMRS gefunden wurde. „Ich fühle mich oft glücklicher oder fröhlicher als sonst“ (ASRM) stimmt mit dem Item „Gehobene Stimmung“ (YMRS) überein. Item 5 („Ich bin dauernd aktiv“, ASRM) entsprach dem Item „gesteigerte motorische Aktivität/Energie“ (YMRS). Beim Item „Schlaf“ der ASRM wird nach der benötigten Schlafmenge pro Nacht gefragt. Genau die gleiche Information wird auch beim Item „Schlaf“ der YMRS erhoben. Das zweite Item der ASRM erhebt das Selbstbewusstsein des Patienten, kommt aber bei der YMRS nicht vor. Schlussendlich korrespondierte auch das Item 4, („Redefluss“, ASRM) welches abfragt, wie viel die PatientInnen reden, mit dem Item „Sprechweise“ (YMRS), welches denselben Inhalt erhebt („getrieben, nicht zu unterbrechen, unaufhörlicher Redefluss“).

3.2.3.3 Young Mania Rating Scale und Manie-Selbstbeurteilungsskala

Bei der MSS wurden die Subskalen mit den Items der YMRS verglichen. Es konnte eine gute Kongruenz zwischen der Subskala „gehobene Stimmung“ (Item 28-32, MSS) und dem Item „Gehobene Stimmung“ (YMRS) gefunden werden. Auch der Rededrang wurde hier verglichen: Im vorherigen Unterpunkt wurde schon darauf hingewiesen, dass das Item „Sprechweise“ (YMRS) ebenfalls den Rededrang erhebt. Außerdem wurde eine hohe Übereinstimmung zwischen der Subskala „Energie/Aktivität“ (Items 1-11, MSS) und dem Item „Energie“ der YMRS festgestellt.

3.3 Statistische Auswertung

Für die statistischen Berechnungen wurde das Programm SPSS (Version 23) für Windows verwendet. Da die Daten der Fragebögen in der Prüfung nicht normalverteilt waren, wurden für Zusammenhangsberechnungen Spearman-Korrelationen durchgeführt. Es wurde das Modell der multiplen linearen Regression mit der Schrittweise-Methode gerechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgelegt. Die Sensitivität und Spezifität berechneten wir anhand unserer Stichprobe: Sensitivität = richtig vom Selbstrating als krank Erkannte / alle Kranke; Spezifität = richtig vom Selbstrating als gesund Erkannte / alle Gesunde. Wobei der Summenscore des Fremdratings (HRSD, YMRS) zur Kategorisierung in gesund oder krank diente.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse beschrieben, die in der BIPLONG-Studie ermittelt wurden. Die Korrelationsgrade werden nach Cohen (1988) angegeben. Dies bedeutet es gibt drei Kategorien (geringe, moderate und starke Korrelationen), für die jeweils die Grenzwerte 0.1; 0.3 und 0.5 gelten. Die deskriptive Statistik der Stichprobe findet sich in Tabelle 4 und 5.

Tabelle 4: Deskriptive Statistik der Depressionsskalen

	Mittelwert	Standardabweichung	
Hamilton Skala (N = 202)	Summenscore	6.03	5.27
	Item 1	0.88	1.03
	Item 2	0.46	0.69
	Item 3	0.15	0.48
	Item 4	0.46	0.71
	Item 5	0.49	1.21
	Item 6	0.17	0.48
	Item 7	0.83	0.91
	Item 8	0.29	0.55
	Item 9	0.22	0.50
	Item 10	0.29	0.51
	Item 11	0.20	0.51
	Item 12	0.11	0.36
	Item 13	0.16	0.40
	Item 14	0.36	0.66
	Item 15	0.10	0.32
	Item 16a	0.11	0.41
	Item 16b	0.04	0.26
	Item 17	0.03	0.17
	Item 18a	0.30	0.56
	Item 18b	0.24	0.50
	Item 19	0.04	0.22
Item 20	0.04	0.22	
Item 21	0.06	0.30	
BDI-II (N = 254)	Summenscore	14.35	11.32
	Item 1	0.49	0.61
	Item 2	0.57	0.78
	Item 3	0.77	0.90
	Item 4	0.85	0.85
	Item 5	0.56	0.72
	Item 6	0.43	0.84
	Item 7	0.53	0.74
	Item 8	0.77	0.81
	Item 9	0.34	0.57
	Item 10	0.61	1.03
	Item 11	0.52	0.69
	Item 12	0.70	0.87
	Item 13	0.81	0.89
	Item 14	0.59	0.80
	Item 15	0.89	0.77
	Item 16	1.03	0.91
	Item 17	0.48	0.66
	Item 18	0.70	0.84
	Item 19	0.93	0.85
	Item 20	0.89	0.82
	Item 21	0.89	1.04

Tabelle 5: Deskriptive Statistik der Manieskalen

	Mittelwert	Standardabweichung	
YMRS (N = 266)	Summenscore	2.03	3.95
	Item 1	0.20	0.56
	Item 2	0.21	0.56
	Item 3	0.12	0.47
	Item 4	0.17	0.60
	Item 5	0.29	0.78
	Item 6	0.59	1.31
	Item 7	0.15	0.40
	Item 8	0.14	0.57
	Item 9	0.08	0.42
	Item 10	0.05	0.22
	Item 11	0.04	0.26
ASRM (N = 270)	Summenscore	2.40	3.27
	Item 1	0.50	0.84
	Item 2	0.45	0.79
	Item 3	0.46	0.88
	Item 4	0.54	0.88
	Item 5	0.46	0.78

Fortsetzung (Tabelle 6)

	Summenscore	6.95	8.18
Item 1	0.24		0.43
Item 2	0.20		0.40
Item 3	0.10		0.30
Item 4	0.11		0.32
Item 5	0.09		0.29
Item 6	0.11		0.32
Item 7	0.19		0.39
Item 8	0.17		0.38
Item 9	0.26		0.44
Item 10	0.21		0.41
Item 11	0.28		0.45
Item 12	0.11		0.31
Item 13	0.14		0.35
Item 14	0.24		0.43
Item 15	0.07		0.25
Item 16	0.05		0.23
Item 17	0.06		0.24
Item 18	0.13		0.34
Item 19	0.09		0.29
Item 20	0.14		0.35
Item 21	0.04		0.19
Item 22	0.17		0.37
Item 23	0.15		0.36
Item 24	0.12		0.33
Item 25	0.13		0.34
Item 26	0.14		0.34
Item 27	0.06		0.24
Item 28	0.11		0.32
Item 29	0.17		0.37
Item 30	0.14		0.34
Item 31	0.14		0.35
Item 32	0.25		0.44
Item 33	0.30		0.46
Item 34	0.12		0.32
Item 35	0.21		0.41
Item 36	0.35		0.48
Item 37	0.23		0.42
Item 38	0.13		0.33
Item 39	0.09		0.28
Item 40	0.14		0.35
Item 41	0.13		0.33
Item 42	0.10		0.29
Item 43	0.19		0.39
Item 44	0.05		0.22
Item 45	0.04		0.19
Item 46	0.03		0.16
Item 47	0.02		0.15
Item 48	0.20		0.40

MSS
(N = 221)

4.1 Hamilton Rating Scale for Depression und Beck-Depressions-Inventar

Die Analysen zeigen eine starke Korrelation zwischen den Gesamtscores der HRSD und des BDI ($r = 0.60$, $p < 0.001$; siehe Abbildung 1). Für die Grenzwerte ≤ 10 (HRSD) und ≤ 18 (BDI) fanden wir eine Sensitivität des BDI von 78% und eine Spezifität von 72%.

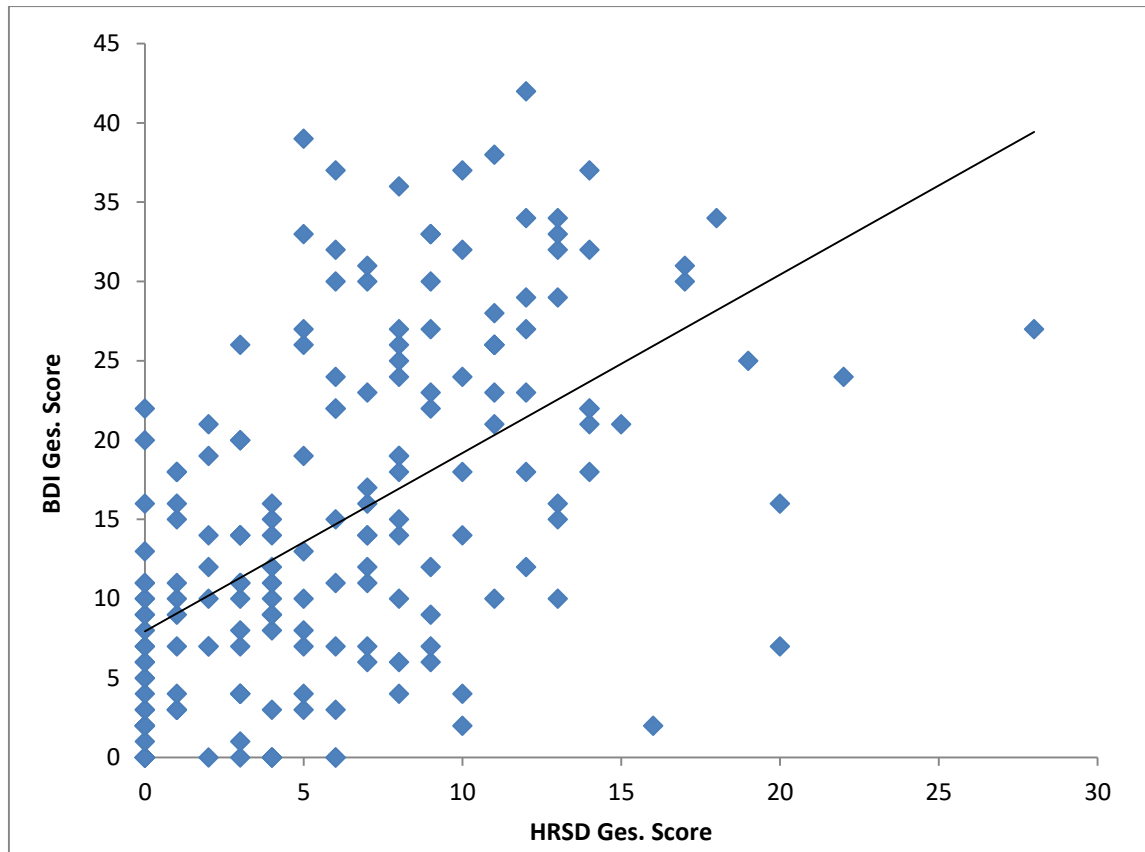


Abbildung 1 Korrelation mit Regressionsgerade zwischen BDI Summenscore und HRSD Summenscore.

Die Einzelitemvergleiche sind in Tabelle 6 dargestellt. Es wurden starke Korrelationen zwischen den Items „Arbeit oder Hobbies“ (HRSD) und „Interessensverlust“, „Entschlussunfähigkeit“, „Energieverlust“ und „Ermüdung oder Erschöpfung“ (BDI) sowie „Depressive Stimmung“ (HRSD) und „Traurigkeit“, „Pessimismus“ und „Wertlosigkeit“ festgestellt. Eine moderate Korrelation konnte zwischen den Items „Schuldgefühle“ (HRSD) und „Schuld- und Bestrafungsgefühle“ (BDI) aufgezeigt werden. Außerdem konnten geringe, aber signifikante Korrelationen zwischen den Items „Erregung“ (HRSD) und „Unruhe“ (BDI) festgestellt werden.

Tabelle 7: Itemkorrelationen zwischen HRSD und BDI

HRSD Items	BDI Items	<i>r</i>	<i>p</i>
Depressive Stimmung	Traurigkeit, Pessimismus und Wertlosigkeit	0.61	<.001
Schuldgefühle	Schuld- und Bestrafungsgefühle	0.46	<.001
Arbeit und Hobbies	Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Energieverlust und Ermüdung oder Erschöpfung	0.62	<.001
Erregung	Unruhe	0.18	<.001

4.2 Young Mania Rating Scale und Altman Self-Rating Mania Scale

Die Resultate zeigen eine moderate, signifikante Korrelation ($r = 0.35$, $p < .001$; s. Abbildung 2) zwischen den Summenscores der ASRM und der YMRS. Zusätzlich wurde anhand der YMRS die Sensitivität und Spezifität für die ASRM berechnet. Sie ergaben Sensitivität = 70% und Spezifität = 88%

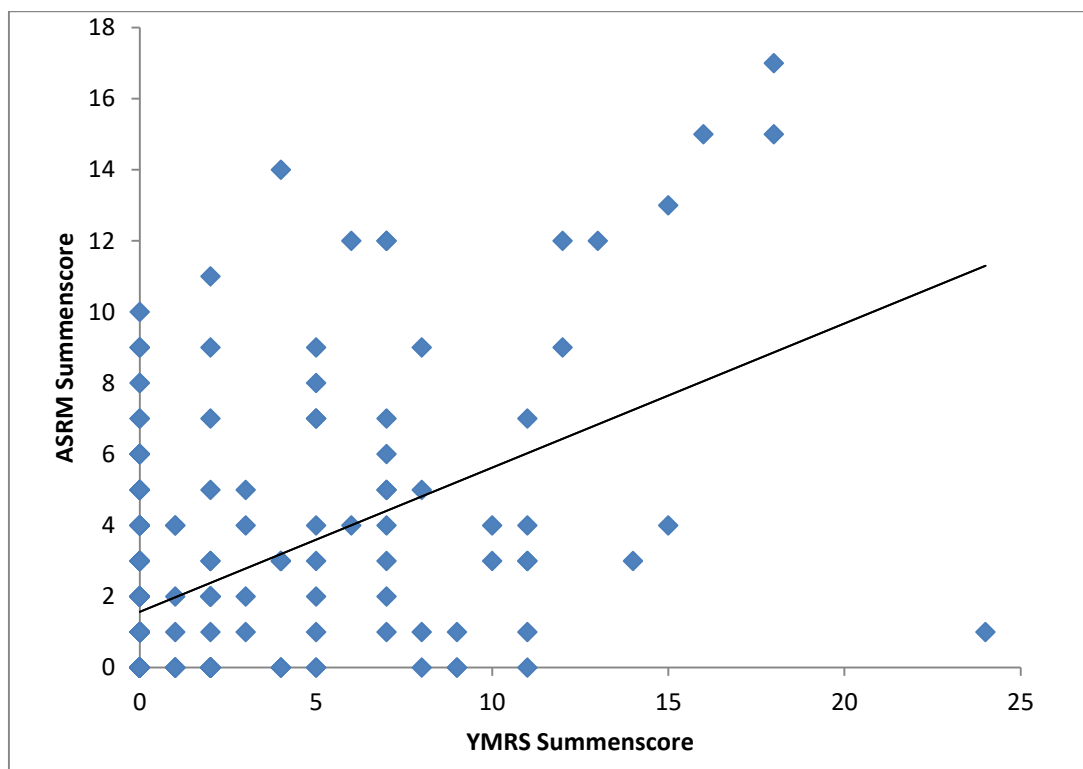


Abbildung 2: Korrelation mit Regressionsgerade zwischen dem ASRM-Summenscore und dem YMRS-Summenscore.

Die Einzelitemvergleiche zwischen der YMRS und der ASRM werden in der Tabelle 7 festgehalten. Es wurden zwei moderate Korrelation für die entsprechenden Items zum Thema

„Schlaf“ und „Sprechweise“ gefunden. Zwei leichte, aber signifikante, Korrelationen wurden zu den Themen „gehobene Stimmung“ und „Energie“ festgestellt.

Tabelle 8: Itemkorrelationen zwischen YMRS und ASRM

YMRS Items	ASRM Items	<i>r</i>	<i>p</i>
Gehobene Stimmung	1	0.23	<.001
Schlaf	3	0.41	<.001
Sprechweise	4	0.32	<.001
Energie	5	0.21	<.001

Die Berechnungen der Einzelitems der ASRM mit dem Gesamtscore der YMRS zeigen positive Korrelationen. Gering korrelieren die Items 1, 2 und 3 und eine moderate Korrelation finden wir bei den Items 3 und 4.

Tabelle 9: Korrelationen zwischen ASRM-Items und YMRS-Summenscore

ASRM Items – YMRS Gesamtscore		
ASRM Item	<i>r</i>	<i>p</i>
1	0.18	.003
2	0.19	.002
3	0.39	<.001
4	0.44	<.001
5	0.25	<.001

4.3 Young Mania Rating Scale und Manie-Selbstbeurteilungsskala

Die Analysen zeigen eine moderate Korrelation zwischen den Gesamtscores der YMRS und der MSS ($r = 0.41$, $p < .001$; s. Abbildung 3). Darüber hinaus berechneten wir mit den Cut-Off-Scores die Sensitivität und Spezifität für unsere Kohorte (Sensitivität = 85%; Spezifität = 85%)

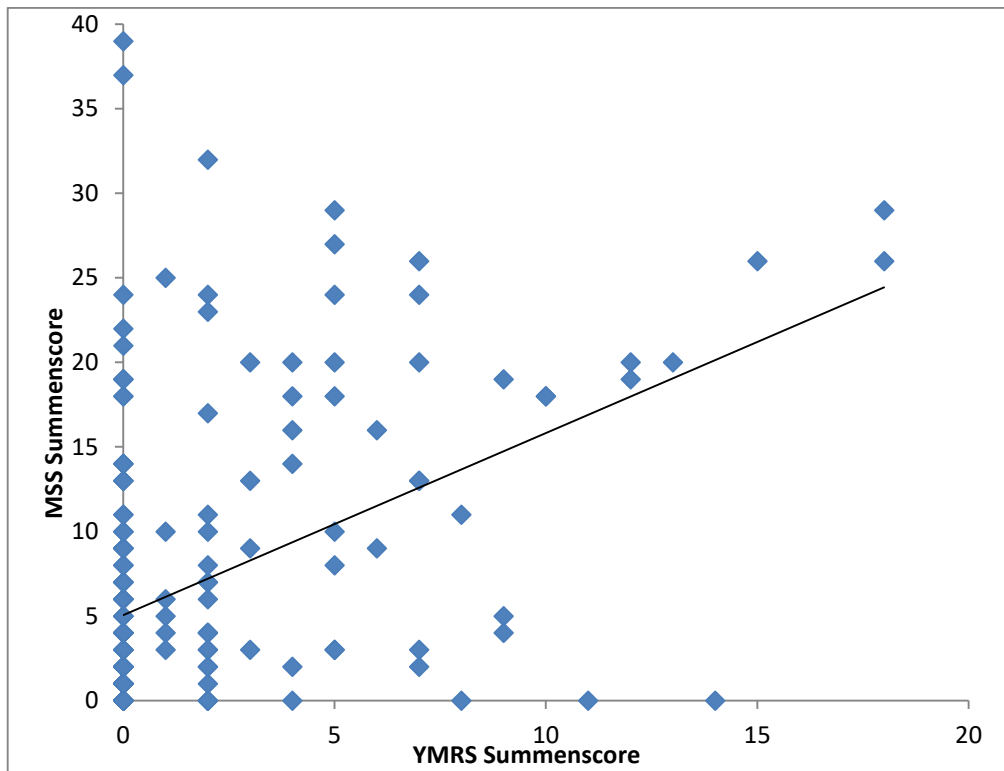


Abbildung 3 Korrelation mit Regressionsgerade zwischen MSS-Summenscore und YMRS-Summenscore.

In der folgenden Tabelle 9 werden die Ergebnisse der Korrelation zwischen den YMRS-Items und den MSS-Subskalen dargestellt. Geringe Korrelationen gab es bei den Items zur „gehobenen Stimmung“ und zur „Energie“. Eine moderate Korrelation wurde zu den Items „Rededrang“ gezeigt.

Tabelle 10: Korrelationen zwischen YMRS Items und MSS Subskalen

YMRS Items	MSS Subskala	<i>r</i>	<i>p</i>
Gehobene Stimmung	gehobene Stimmung (Items 28-32)	0.23	<.001
Sprechweise	Rededrang (Items 22-27)	0.31	<.001
Energie	Energie/Aktivität (Items 1-11)	0.23	<.001

Schlussendlich wurden die MSS-Subskalen mit dem YMRS-Gesamtscore verglichen. Tabelle 10 zeigt drei geringe („Irritierbarkeit“, „beschleunigter Gedankengang und Ablenkbarkeit“, „paranoides und psychotisches Erleben“) und sechs moderate Korrelationen („gesteigerte Energie und Aktivität“, „vermehrte Geldausgaben“, „Hypersexualität“, „Rededrang“, „gehobene Stimmung“ und „Größenideen“).

Tabelle 11: Korrelationen zwischen MSS Subskalen und YMRS Gesamtscore

MSS Subskala	<i>r</i>	<i>p</i>
gesteigerte Energie und Aktivität (Items 1-11)	0.33	<.001
vermehrte Geldausgaben/Großzügigkeit (Items 12-16)	0.30	<.001
Hypersexualität (Items 17-21)	0.37	<.001
Rededrang“ (Items 22-27)	0.47	<.001
gehobene Stimmung (Items 28-32)	0.41	<.001
Irritierbarkeit (Items 33-34)	0.18	.009
beschleunigter Gedankengang und Ablenkbarkeit (Items 35-37)	0.27	<.001
Größenideen (Items 38-42)	0.40	<.001
paranoides und psychotisches Erleben (Items 43-47)	0.19	.005

4.4 Multiple Lineare Regression der Manieskalen

Es wurde eine multiple lineare Regression mittels Schrittweise-Methode gerechnet. Dabei wurde die YMRS als Kriterium genommen und überprüft welche Items der Skalen ASRM und MSS uns als Prädiktoren dienen können. Die Voraussetzungsüberprüfung ergab 15 Ausreißer (+/- 2 Standardabweichungen) – welche aus den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden –, die Linearität war gegeben. Obwohl alle Variablen miteinander korrelierten, bestand keine Multikollinearität (VIF <4). Die Unabhängigkeit der Residuen wurde mittels Durbin-Watson-Statistik überprüft und ergab einen Wert von 1.59 (optimal wäre ein Wert um 2); weshalb diese Voraussetzung für gegeben erachtet wurde. In die Regressionsanalysen wurden vier Variablen (Items aus den Manieskalen) aufgenommen (siehe Tabelle 11), welche insgesamt 40.90% (korrigiertes R²) der Varianz aufklärten. Die ersten zwei Variablen (Item 4 „Rededrang“ des ASRM und die MSS-Subskala „gehobene Stimmung“) klärten bereits 38.70% der Varianz auf, die restlichen 2.20% teilen sich auf die Subskala „vermehrte Geldausgaben“ der MSS und auf das Item 3 (Schlaf) der ASRM auf. In Tabelle 11 sind die nicht standardisierten Beta-Koeffizienten zu sehen. Diese können folgendermaßen interpretiert werden: Wird von der auszufüllenden Person bei Item 4 des ASRM ein um einen Punkt höherer Wert angegeben, steigt beim Fremdrating mit der YMRS der Summenscore um 1.08 Punkte.

Tabelle 12 nicht standardisierte Beta-Koeffizienten

Item	Nicht standardisierte Beta-Koeffizienten
4 (ASRM)	1.08
Gehobene Stimmung (MSS)	0.61
Vermehrte Geldausgaben (MSS)	-0.38
3 (ASRM)	0.41

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Korrelationen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung anhand einer bipolaren Kohorte, zu analysieren. Es wurden die Depressionsskalen HRSD und BDI, sowie die Manieskalen YMRS, MSS und ASRM untersucht. Durch die Analysen konnte bestätigt werden, dass die HRSD und das BDI eine hohe Korrelation aufweisen. Insbesondere Items zur Stimmungslage und zur Motivation für Arbeit und Hobbies hängen eng zusammen –, jedoch wird bei der HRSD der Schwerpunkt auf körperliche Symptome gelegt während beim BDI der Schwerpunkt auf den kognitiven Symptomen liegt. Darüber hinaus wurde gezeigt, dass eine moderate Korrelation zwischen der YMRS und den Skalen ASRM sowie der MSS besteht. Die Items zum Rededrang (ASRM und MSS) und zum Schlaf (ASRM) besaßen einen moderaten Zusammenhang mit den entsprechenden Items der YMRS. Auch zum Rededrang (ASRM) und zum Schlaf konnte ein moderater Zusammenhang mit dem Summenscore der YMRS gezeigt werden. Im Vergleich zum Summenscore der YMRS, wurde bei den Subskalen der MSS für die Subskalen „Irritierbarkeit“, „paranoides und psychotisches Erleben“ sowie „beschleunigter Gedankengang und Ablenkbarkeit“ ein leichter Zusammenhang gefunden; für alle anderen Subskalen sogar moderate Zusammenhänge.

5.1 Hamilton Rating Scale for Depression und Beck-Depressions-Inventar

5.1.1 Zusammenhang der Summenscores

In der vorliegenden Arbeit konnte eine starke Korrelation zwischen HRSD und BDI gefunden werden – Hypothese 1 konnte somit verifiziert werden. In der Metaanalyse von Richter et al. (1998) untersuchten diese die Validität des BDI und beschäftigten sich im Zuge dessen auch mit der Korrelation zwischen BDI und HRSD bei psychiatrischen PatientInnen. Sie fanden acht Studien mit Korrelationen von durchschnittlich $r = 0.56$. Dieses Ergebnis konnte in unserer bipolaren Kohorte bestätigt werden.

Mehrere ForscherInnen fanden bislang Unterschiede zwischen den Scores. Tsujii et al. (2014) untersuchten diese Diskrepanz und konnten zeigen, dass PatientInnen mit großen Unterschieden eine deutlich höhere Hoffnungslosigkeit und mehr Suizidversuche aufwiesen als PatientInnen, bei denen keine große Abweichung zwischen der HRSD und dem BDI-II gefunden wurde. Dies macht deutlich, dass Hoffnungslosigkeit sich auch auf die Bewertung der anderen Symptome auswirkt. Einen weiteren Hinweis fanden Duberstein und Heisel (2007). Sie konnten zeigen, dass emotionale Labilität und Verletzlichkeit (Neurotizismus) mit einer BDI/HRSD-Score-Diskrepanz assoziiert sind. Schneibel et al. (2012) konnten dies

bestätigen. Sie untersuchten in ihrer Studie 105 depressive PatientInnen und fanden heraus, dass eine geringe Geselligkeit (low extraversion) und eine hohe emotionale Labilität und Verletzlichkeit (Neurotizismus) mit höheren BDI-II-Werten im Vergleich zu den HRSD-Werten assoziiert sind. Einige Studien widmeten sich der Frage, ob das Alter diese Diskrepanz erklären könne. 1995 zeigten zwei Forschergruppen (Lyness et al.; Wallace und Pfohl), dass BDI-Scores negativ mit dem Alter korrelieren, während dies bei der HRSD nicht der Fall ist. Auch Tsujii et al. (2014) untersuchten dies, fanden aber keinen Zusammenhang.

Cuijpers et al. (2010) führten daher eine Metaanalyse durch und verglichen das BDI und den HRSD zur Beurteilung einer Psychotherapie. Sie errechneten die Differenz der Effektstärke (Hedges' g) und konnten zeigen, dass die Hamilton-Skala eine stärkere Effektstärke zeigte als der BDI-II ($\Delta g = 0.20$). Eine Reihe anderer Studien kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die HRSD eine stärkere Effektstärke zeigt, jedoch nicht nur beim Erfolg einer Psychotherapie, sondern auch bei einer medikamentösen Therapie (Greenberg et al., 1992; Lambert et al., 1986). Möglicherweise hat die Erwartungshaltung der FremdraterInnen einen Einfluss auf deren Bewertung. Es ist anzunehmen, dass sie sich eine Besserung der Symptomatik zum Ende der Therapie erwarten. Dies würde die Unterschiede der Effektstärke erklären. Zu beachten ist weiters, dass viele Untersuchungen einen Unterschied zwischen der Korrelation vor und nach der Therapie fanden (Schneibel et al., 2012). Dies zeigte die Studie von Möller et al. (2000), welche belegte, dass die Korrelation der Fremdbeurteilungsskala mit der Selbstbeurteilungsskala zunahm, als sich die Symptome verbesserten. Auch Richter et al. (1998) fanden eine Verbesserung der Korrelation bei der Entlassung der PatientInnen. Eine Erklärung könnten die unterschiedlichen erfragten Symptome geben. Eine niedrige Symptomatik wird natürlicherweise, aufgrund des niedrigen Scores eine hohe Korrelation zur Folge haben. Bei einer starken Symptomatik hingegen können unterschiedliche Scores resultieren, wenn entweder die kognitiven oder die somatischen Symptome vorherrschen.

5.1.2 Zusammenhänge der Items

Auch die Hypothesen 2a-d, dass einzelne Items der HRSD und BDI zusammenhängen, konnten verifiziert werden, wobei die „Stimmung“ und „Arbeit und Hobbies“ stark korrelieren, während „Schuldgefühle“ nur moderat und „Erregung“ nur leicht zusammenhängen. Diese Ergebnisse sind im Einklang mit den Ergebnissen von Cassidy et al. (2009), die den HRSD zwar nicht dem BDI gegenüberstellten, sondern der Carroll Depression Scale, aber auch Einzelitems verglichen und feststellten, dass die Items „Depressive

Stimmung“, „Schuldgefühle“, „Suizidtendenzen“, „Arbeit und sonstige Interessen“, „Erregung“, „psychische und somatische Angst“ und „allgemeine körperliche Symptome“ zwischen CDS und HRSD korrelierten. Dass die Items „Erregung“ und „Unruhe“ des BDI nur gering mit den jeweils korrespondierenden Items der HRSD übereinstimmen, könnte daran liegen, dass PatientInnen ihre Unruhe selber schwerer einschätzen können, und/oder, dass die Items unterschiedlich formuliert und gewichtet werden. Während beim HRSD z.B. für „Zappeligkeit“ bereits ein Punkt vergeben wird und vier Punkte für „Händeringen, Nägelbeißen, Haarerufen, Lippenbeißen, usw.“, wird beim BDI ein Punkt für „Ich bin unruhiger als sonst“ und drei Punkte für „Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.“, vergeben. Für die klinische Umsetzung bedeutet dies auf der einen Seite, dass leichte Abweichungen der Formulierung schon zu merkbar unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Andererseits sollte in Zukunft unterschieden werden, welche Symptome PatientInnen selber gut einschätzen können und bei welchen Angaben diese Einschätzungen nicht so verlässlich sind. Hier wird deutlich, dass eine Selbstbewertung eine Fremdbewertung nicht ersetzen kann und umgekehrt.

5.2 Young-Mania-Rating-Scale und Altman Self-Rating Mania Scale

5.2.1 Zusammenhänge zwischen den Summenscores der YMRS und der ASRM

In den Ergebnissen wurde eine moderate Korrelation zwischen der YMRS und der ASRM aufgezeigt und damit die Hypothese 3 verifiziert. Die Autoren der ASRM fanden in ihrer Validierung eine stärkere Korrelation von $r = 0.72$. Seitdem wurden keine anderen Validierungsstudien durchgeführt. Es gibt eine Reihe möglicher Faktoren, welche diese Unterschiede erklären könnten. In unserer Kohorte gab es nur bipolare PatientInnen von denen 3.26% YMRS-Scores ab 12 hatten und damit klinisch manisch waren. Jedoch hatten bei einem Cut-Off-Score von ≤ 5 14.12% einen ASRM Summenscore im manischen Bereich. Die Kohorte von Altman et al. (1997), bestand hingegen aus PatientInnen, mit unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen (22 schizophrene, 13 schizoaffektive, 30 depressive und 40 bipolare PatientInnen; davon 31 manische) von denen 29.52% manisch waren. Offensichtlich überschätzten die PatientInnen unserer Kohorte ihre manischen Symptome. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass PatientInnen sich bei manischen Symptomen eher selbst überschätzen, da sie nur ihre eigenen wahrnehmbaren Unterschiede als Referenz nehmen können und im Gegensatz zu FremdraterInnen weniger Erfahrung mit anderen stark manischen PatientInnen besitzen. Mit diesem Maßstab werden kleinere

Veränderungen schon deutlich stärker gewichtet. Es könnten auch demographische Unterschiede wie Bildung, Alter und/oder Geschlecht zur Geltung kommen. Die PatientInnen der Kohorte von Altman et al. waren im Durchschnitt 35 Jahre alt und besaß einen Frauenanteil von 52.38%. Die PatientInnen in unserer Kohorte hingegen waren durchschnittlich 43.42 Jahre alt und es gab einen Frauenanteil von 47.81%. Es werden weitere Studien notwendig sein, um ein gutes Bild über die Übereinstimmung zwischen ASRM und YMRS zu erhalten. Dies wäre notwendig um eine gute Aussage über die Validität der ASRM zu treffen.

5.2.2 Zusammenhänge zwischen den Items der ASRM und der YMRS

Der Vergleich der Einzelitems war explorativ. Die Items der ASRM wurden in der Literatur noch nicht mit anderen Items oder Gesamtscores von Fremdratings verglichen. Die Einzelitemvergleiche ergaben moderate Korrelationen für die Items „Sprechweise“ und „Schlaf“ und leichte Korrelationen für „Energie“ und „gehobene Stimmung“. Damit konnten wir unsere Hypothesen 4a-d bestätigen. Jedoch wurden stärkere Korrelationen erwartet. Möglicherweise ist der Unterschied zwischen den Formulierungen der Items stärker ins Gewicht gefallen als gedacht. Bei der ASRM sollten die PatientInnen ihre Symptome nur im Vergleich zur „sonstigen Zeit“ vergleichen (z.B. „Ich fühle mich meistens glücklicher oder fröhlicher als sonst“). Bei der YMRS sind die Fragen und Antwortmöglichkeiten anschaulicher da z.B. darauf hingewiesen wird, dass die Stimmung zur Situation passen sollte. (z.B. „Gab es Momente in denen Sie über Sachen gelacht haben, die Sie normalerweise nicht lustig finden? ...euphorisch, unangebrachtes Lachen und/oder Singen.“). Daneben kann eine gute Stimmung auch vorgespielt sein (aufgrund gesellschaftlicher Erwartungen o.ä.), während es keine Motive dafür gibt ein verringertes Schlafbedürfnis zu beschönigen. Das Schlafbedürfnis sollte außerdem leichter zu bewerten sein als die Stimmung, da es durch die Erfassung der Schlafdauer objektiv messbar ist (z.B. durch die Anzahl der geschlafenen Stunden), während es für die Stimmung nur eine subjektive Wahrnehmung gibt. Daraus wird deutlich, dass PatientInnen die Items unterschiedlich gut beurteilen können. Dies ist bei der Entwicklung und Interpretation der Fragebögen zu beachten. Ferner erhebt die YMRS die Symptome der letzten zwei Tage, während die ASRM die Symptome der letzten sieben Tage erhebt. Daher könnte es sein, dass die Stimmung und Energie größeren Schwankungen innerhalb einer Woche zugrunde liegen als die Sprechweise und der Schlaf.

5.2.3 Zusammenhänge zwischen ASRM Items und dem YMRS Summenscore

Des Weiteren wurden die Einzelscores der ASRM mit dem Gesamtscore der YMRS verglichen. Wir konnten unsere Hypothesen 5 a-e verifizieren. Es wurden starke Korrelationen für Item 3 (Schlaf) und 4 (Rededrang), und schwache Korrelationen für die Items 1 (Stimmung), 2 (Selbstbewusstsein) und 5 (Aktivität) nachgewiesen. Dies ist damit zu erklären, dass Stimmung, Selbstbewusstsein und Aktivität bei gesunden oder euthymen ProbandInnen stärker schwanken, als Schlafdauer und Rededrang. Erstere unterliegen stärker den Einflüssen von Tagesschwankungen, Umgebung und Situationen. Dies wird in unserer euthymen Kohorte deutlich. Einerseits kann gefolgert werden, dass es Items gibt, welche bei der Stellung einer Diagnose besser von erfahrenen KlinikerInnen bewertet werden, während andere Items verlässlich von PatientInnen beurteilt werden können. Andererseits wird deutlich, dass wichtige manische Symptome nicht akkurat von PatientInnen in Selbstbewertungsskalen ermessend beurteilt werden können. Dies sind die ersten Ergebnisse zur Untersuchung von Zusammenhängen von ASRM Items und YMRS Summenscore. Daher kann die Interpretation nur eingeschränkt beurteilt werden.

5.3 Young-Mania-Rating-Scale und Manie-Selbstbeurteilungsskala

5.3.1 Zusammenhänge zwischen den Summenscores der YMRS und der MSS

Hypothese 6, dass die Summenscore von YMRS und MSS zusammenhängen, konnte bestätigt werden. Im Vergleich zur Literatur (Cooke et al., 1996: $r = .75$; Young et al., 1978: $r = 0.63 - 0.89$), wiesen wir nur eine moderate Korrelation nach. Trotz des moderaten Zusammenhangs besaß die MSS eine Sensitivität von 85% und eine Spezifität von 85% mit den entsprechenden Cut-Off-Scores (YMRS: 11, MSS: 14). Das bedeutet, dass von 100 kranken PatientInnen 85 die Punktezahl 15 bei der MSS erreichen (krank) und von 100 Gesunden PatientInnen würden 85 die Punktezahl 14 nicht überschreiten (gesund). Diese Ergebnisse der Sensitivität und Spezifität stimmen überein mit denen von Bräunig et al. (1996). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die MSS eine gute Unterstützung bei der Diagnose der Manie sein kann.

5.3.2 Zusammenhänge zwischen den Subskalen der MSS und den Items der YMRS

Für den Vergleich zwischen den Subskalen (MSS) und den Items (YMRS) wurden geringe Korrelationen für die Items „gehobene Stimmung“ und „Energie“ und den entsprechenden Subskalen (gehobene Stimmung und Energie/Aktivität) nachgewiesen, während eine moderate Korrelation für das Item „Sprechweise“ und die Subskala „Rededrang“ gezeigt wurde. Ähnlich wie bei den vorherigen Untersuchungen muss hier angeführt werden, dass die

MSS einen Untersuchungszeitraum von einem Monat umfasst, während die YMRS sich nur auf die letzten zwei Tage bezieht. Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass die Stimmung und die Energie größeren Schwankungen innerhalb eines Monats unterliegt als z.B. die Sprechweise. Fraglich ist ob PatientInnen einen derart langen Bezugszeitrahmen adäquat bewerten können. Ob die Stimmung gut von PatientInnen eingeschätzt werden kann, ist mit diesem Vergleich aufgrund des zeitlichen Bezugsrahmens nicht zu bewerten.

5.3.3 Zusammenhänge zwischen den Subskalen der MSS und dem Summenscore der YMRS

Angelehnt an die Studie von Cooke et al. (1996) wurden die Subskalen der MSS mit der YMRS verglichen, und damit die Hypothesen 7 a-g verifiziert. Anders als Cooke et al. (1996), konnten auch signifikante Korrelationen für die Subskalen „Hypersexualität“ und „beschleunigter Gedankengang und Ablenkbarkeit“ gezeigt werden. Damit wurden die Hypothesen 7h-i falsifiziert. Moderate Korrelationen wurden für die Subskalen „Rededrang“, „gehobene Stimmung“, „gesteigerte Energie und Aktivität“, „vermehrte Geldausgaben“, „Hypersexualität“ und „Größenideen“ gefunden. Die Stimmung und der Rededrang wurden auch in unserer multiplen linearen Regression (siehe Punkt 5.4) als besonders relevant für die Manie identifiziert. Andererseits wurden leichte Korrelationen für die Subskalen „Irritierbarkeit“ und „paranoides und psychotisches Erleben“ gezeigt. Möglicherweise sind PatientInnen bei diesen Skalen nicht ehrlich bzw. können sich aufgrund der psychischen Verfassung schwer selbst einschätzen. Paranoia und Irritierbarkeit sind in der Gesellschaft keine positiv konnotierten Charakteristika, während Merkmale wie z.B. die gehobene Stimmung oder das gesteigerte Energieniveau durchaus als positiv wahrgenommen werden kann. Wie auch bei den Vergleichen zum ASRM wird hier deutlich, dass gesellschaftliche Faktoren wichtig sind bei der Erstellung und Interpretation von Selbstbeurteilungsskalen.

5.4 Zusammenhänge zwischen Selbstbeurteilungsskalen und Fremdbeurteilungsskalen der Manie anhand einer multiplen linearen Regression

Für die YMRS berechneten wir eine Multiple Lineare Regression mit der Schrittweise-Methode. Damit konnte gezeigt werden, dass die vier Variablen der Selbstratingsverfahren (Item 3 - Schlaf und 4 - Sprechweise des ASRM, MSS Subskala „gehobene Stimmung“ und „vermehrte Geldausgaben“) gute Prädiktoren des Fremdratingverfahren YMRS sind. Insgesamt konnte mit dem berechneten Modell, 40.9% der Varianz der YMRS aufgeklärt werden. Daraus folgt, dass die Selbstratingsskalen durchaus ihre Berechtigung für Manieskalen besitzen, jedoch können wir offensichtlich nicht auf die Fremdratingskalen verzichten. Einen großen Teil der YMRS konnten wir anhand unserer Studie nicht durch die

Selbstbeurteilungsskalen erklären. Diese Berechnungen zählten zum explorativen Teil der vorliegenden Studie. Es wird deutlich, dass Fremd- und Selbst- Bewertungen einander ergänzen – zumindest für die Manie – und einander nicht ersetzen können.

5.5 Limitationen

Die größte Limitation unserer Studie sind die mehrheitlich euthymen PatientInnen – es nahmen nur 3.26% manische PatientInnen teil. Dadurch können wir zwar Aussagen über die Bewertung der Skalen bei euthymen PatientInnen machen, jedoch besitzen die Ergebnisse dieser Studie wenig Aussagekraft für die Bewertungen von Selbst- und Fremdbewertungsskalen in der Manie. Für die Depressionsskalen ist diese Limitation nicht gegeben. Wir konnten anhand der HRSD einen Anteil von 19.78% an depressiven PatientInnen ausmachen.

5.6 Konklusion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Selbst- und Fremdbewertungsskalen wichtige Symptome der bipolaren Störung erfassen und einander ergänzen. Die Selbstbeurteilungsskalen haben den Vorteil, dass sie ökonomischer sind, da kein ausgebildetes Fachpersonal bei der Beurteilung anwesend sein muss. Bei richtiger Interpretation und Beachtung der Störfaktoren lassen sich auch bei niedriger Korrelation wichtige Erkenntnisse aus den Ergebnissen der Selbstbeurteilungsskalen ziehen. Es wird in unserer Studie deutlich, dass ProbandInnen gewisse Symptome besser beurteilen können als andere Symptome. Außerdem ist es schwieriger für ProbandInnen Symptome zu bewerten, die im Alltag schon größeren Schwankungen unterliegen. Darüber hinaus werden Selbstbewertungen von gesellschaftlichen Erwartungen beeinflusst. Ausgebildete PsychologInnen und ÄrztInnen hingegen sind geschult darin die Symptome im Vergleich zu anderen manischen und depressiven PatientInnen zu bewerten und können daher ein akkurateres Bild über die objektive Verfassung geben. Fremdbewertungen haben jedoch den Nachteil, dass sie immer nur eine zeitliche Momentaufnahme der PatientInnen geben können. Sie können zwar einen großen Zeitraum abfragen, sind aber mit ihrer eigenen Wahrnehmung auf den Patientenkontakt angewiesen. Daraus folgt, dass es sinnvoll sein kann, Symptome in der Fremd- und Selbstbewertung abzufragen, jedoch ist es bei manchen Symptomen fragwürdig wie sinnvoll sie in einer Selbstbewertungsskala sind. Nur in Kombination beider Skalen kann ein gutes Bild der PatientInnen entstehen.

6. Bibliographie

- Altman, E., 1998. Rating scales for mania: Is self-rating reliable? *J. Affect. Disord.* 50, 283–286. doi:10.1016/S0165-0327(98)00018-4
- Altman, E., Hedeker, D., Peterson, J.L., Davis, J.M., 2001. A comparative evaluation of three self-rating scales for acute mania. *Biol. Psychiatry* 50, 468–471. doi:10.1016/S0006-3223(01)01065-4
- Altman, Edward, Hedeker, D., Peterson, J.L., Davis, J.M., 1997. The altman self-rating Mania scale. *Biol. Psychiatry* 42, 948–955. doi:10.1016/S0006-3223(96)00548-3
- Assion, H.-J., 2013. *Bipolare Störungen : das Praxishandbuch*. Kohlhammer.
- Bagby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R., Marshall, M.B., 2004. The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *Am. J. Psychiatry* 161, 2163–2177. doi:10.1176/appi.ajp.161.12.2163
- Bauer, M.S., Crits-Christoph, P., Ball, W.A., Dewees, E., McAllister, T., Alahi, P., Cacciola, J., Whybrow, P.C., 1991. Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. Scale characteristics and implications for the study of mania. *Arch. Gen. Psychiatry* 48, 807–12.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A., Steer, R., Brown, G., 1996. *BDI-II: Beck Depression Inventory Manual*. 2nd edn. San Antonio, TX: Psychological Corporation, .
- Berk, M., du Plessis, A.D., Birkett, M., Richardt, D., 1997. An open-label study of duloxetine hydrochloride, a mixed serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor, in patients with DSM-III-R major depressive disorder. Lilly Duloxetine Depression Study Group. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 12, 137–40.
- Bräunig, P., Shugar, G., Krüger, S., 1996. An investigation of the self-report manic inventory as a diagnostic and severity scale for mania. *Compr. Psychiatry* 37, 52–55. doi:10.1016/S0010-440X(96)90051-6
- Carter, J.D., Frampton, C.M., Mulder, R.T., Luty, S.E., Joyce, P.R., 2010. The relationship of demographic, clinical, cognitive and personality variables to the discrepancy between

- self and clinician rated depression. *J. Affect. Disord.* 124, 202–206.
doi:10.1016/j.jad.2009.11.011
- Cassidy, F., Ahearn, E., Carroll, B.J., 2009. Concordance of self-rated and observer-rated dysphoric symptoms in mania. *J. Affect. Disord.* 114, 294–298.
doi:10.1016/j.jad.2008.06.015
- Cohen, 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge.
doi:10.4324/9780203771587
- Cooke, R.G., Krüger, S., Shugar, G., 1996. Comparative evaluation of two self-report mania rating scales. *Biol. Psychiatry* 40, 279–283. doi:10.1016/0006-3223(95)00392-4
- Corruble, E., Legrand, J.M., Zvenigorowski, H., Duret, C., Guelfi, J.D., 1999. Concordance between self-report and clinician's assessment of depression. *J. Psychiatr. Res.* 33, 457–465. doi:10.1016/S0022-3956(99)00011-4
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S.G., Andersson, G., 2010. Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: A meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 768–778. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.001
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., 2013. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien., in: Verlag Hans Huber.
- Duberstein, P.R., Heisel, M.J., 2007. Personality traits and the reporting of affective disorder symptoms in depressed patients. *J. Affect. Disord.* 103, 165–171.
doi:10.1016/j.jad.2007.01.025
- Grässlin, Y., 2004. Inventory of Depressive Symptoms (IDS) in einem Selbstbeurteilungsverfahren.
- Greenberg, R.P., Bornstein, R.F., Greenberg, M.D., Fisher, S., 1992. A meta-analysis of antidepressant outcome under 'blinder' conditions. *J. Consult. Clin. Psychol.* 60, 664–669. doi:10.1037/0022-006X.60.5.664
- Hamilton, M., 1980. Rating depressive patients. *J. Clin. Psychiatry* 41, 21–4.
- Hamilton, M., 1969. Standardised assessment and recording of depressive symptoms. *Psychiatr. Neurol. Neurochir.* 72, 201–205.

- Hamilton, M., 1967. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 6, 278–96.
- Hamilton, M., 1966. Assessment of change in psychiatric state by means of rating scales. *Proc. R. Soc. Med.* 59 Suppl, 10–3.
- Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 23, 56–62.
doi:10.1136/jnnp.23.1.56
- Jackson-Koku, G., 2016. Beck Depression Inventory. *Occup. Med. (Chic. Ill).* 66, 174–175.
doi:10.1093/occmed/kqv087
- Kasper, S., Kapfhammer, H., Bach, M., Butterfield-Meissl, C., Erfurth, A., Haring, C., Hausmann, A., Hofmann, P., Kalousek, M., Klier, C., Marksteiner, J., Mühlbacher, M., Oberlerchner, H., Psota, G., Rados, C., Sachs, G., Windhager, E., Winkler, J., Wrobel, M., 2013. Bipolare Störungen. Konsensus-Statement – State of the art 2013. *CliniCum neuropsychy Sonderausgabe* November 2013.
- Krüger S, Bräunig P, S.G., 1997. Manie–Selbstbeurteilungsskala. Deutsche Bearbeitung des Self-Report Manic Inventory (SRMI). Manual. Göttingen Beltz Test GmbH,.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., Hautzinger, M., 2007. Reliabilität und validität des revidierten Beck- Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen stichproben. *Nervenarzt* 78, 651–656. doi:10.1007/s00115-006-2098-7
- Lambert, M.J., Hatch, D.R., Kingston, M.D., Edwards, B.C., 1986. Zung, Beck, and Hamilton Rating Scales as measures of treatment outcome: a meta-analytic comparison. *J. Consult. Clin. Psychol.* 54, 54–9.
- Lyness, J.M., Cox, C., Curry, J., Conwell, Y., King, D.A., Caine, E.D., 1995. Older age and the underreporting of depressive symptoms. *J. Am. Geriatr. Soc.* 43, 216–21.
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A., 2013. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 5th ed, Duale Reihe. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. doi:10.1055/b-002-6253
- Möller, H.J., 2000. Rating depressed patients: Observer- vs self-assessment. *Eur. Psychiatry.* doi:10.1016/S0924-9338(00)00229-7
- Mühlbacher, M., Egger, C., Kaplan, P., Simhandl, C., Grunze, H., Geretsegger, C., Whitworth, A., Stuppäck, C., 2011. [Reliability and concordance validity of a German

- version of the Young Mania Rating Scale (YMRS-D)]. *Neuropsychiatr. Klin. Diagnostik, Ther. und Rehabil. Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 25, 16–25.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., Sauer, H., 1998. On the Validity of the Beck Depression Inventory. *Psychopathology* 31, 160–168. doi:10.1159/000066239
- Rothenhäusler, H.-B., Täschner, K.-L., 2013. *Kompodium Praktische Psychiatrie*. Springer. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- Runge, C., Grunze, H., 2004. Jährliche krankheitskosten bipolarer störungen in Deutschland. *Nervenarzt* 75, 896–903. doi:10.1007/s00115-004-1691-x
- Schaipp, C., 2001. Validität und diagnostische Brauchbarkeit ausgewählter indirekter und direkter Befragungsmethoden zur Diagnostik von Aggressivität, Neurotizismus bzw. psychischer Stabilität. Utz.
- Schaub, A., Roth, E., Goldmann, U., 2013. *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen ein Therapiemanual*. Hogrefe.
- Schneibel, R., Brakemeier, E.L., Wilbertz, G., Dykieriek, P., Zobel, I., Schramm, E., 2012. Sensitivity to detect change and the correlation of clinical factors with the Hamilton Depression Rating Scale and the Beck Depression Inventory in depressed inpatients. *Psychiatry Res.* 198, 62–67. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.014
- Schöttle, D., Rode, S., Krüger, S., Bräunig, P., 2006. Selbstbeurteilungsskalen für manische Episoden. *Psychiatr. Prax.* 33, 55–59. doi:10.1055/s-2005-867025
- Schweizer, E., Rynn, M., Mandos, L.A., Demartinis, N., García-España, F., Rickels, K., 2001. The antidepressant effect of sertraline is not enhanced by dose titration: results from an outpatient clinical trial. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 16, 137–43.
- Shugar, G., Schertzer, S., Toner, B.B., Di Gasbarro, I., 1992. Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Compr. Psychiatry* 33, 325–331. doi:10.1016/0010-440X(92)90040-W
- Taragano, F.E., Allegri, R., Vicario, A., Bagnatti, P., Lyketsos, C.G., 2001. A double blind, randomized clinical trial assessing the efficacy and safety of augmenting standard antidepressant therapy with nimodipine in the treatment of “vascular depression”. *Int. J.*

Geriatr. Psychiatry 16, 254–60.

Tölle, R., Windgassen, K., 2014. *Psychiatrie*, 17th ed. Springer.

Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., Marinković, J., 2011. Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry Res.* 189, 1–9. doi:10.1016/j.psychres.2010.12.007

Trivedi, M.H., Rush, A.J., Pan, J.Y., Carmody, T.J., 2001. Which depressed patients respond to nefazodone and when? *J. Clin. Psychiatry* 62, 158–63.

Tsujii, N., Akashi, H., Mikawa, W., Tsujimoto, E., Niwa, A., Adachi, T., Shirakawa, O., 2014. Discrepancy between self- and observer-rated depression severities as a predictor of vulnerability to suicide in patients with mild depression. *J. Affect. Disord.* 161, 144–149. doi:10.1016/j.jad.2014.03.014

Wallace, J., Pfohl, B., 1995. Age-related differences in the symptomatic expression of major depression. *J. Nerv. Ment. Dis.* 183, 99–102.

Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E., Meyer, D.A., 1978. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br. J. Psychiatry* 133, 429–35.

Zimmerman, M., Chelminski, I., Posternak, M., 2004. A Review of Studies of the Hamilton Depression Rating Scale in Healthy Controls. *J. Nerv. Ment. Dis.* 192, 595–601. doi:10.1097/01.nmd.0000138226.22761.39

Anhang

Testleiter (Kürzel): _____

Altman Self-Rating Mania Scala (ASRM)

- Bitte lesen Sie die Angaben in den verschiedenen Kategorien genau durch!
- Wählen Sie in jeder Gruppe die Aussage, die am besten beschreibt, wie Sie sich in **der letzten Woche** gefühlt haben!
- Markieren Sie die Zahl neben der von Ihnen gewählten Aussage!
- Bitte beachten Sie: Das Wort "manchmal" bedeutet hier ein- oder zweimal; "oft" bedeutet mehrmals; "meistens" bedeutet die meiste Zeit über.

1. 0 Ich fühle mich nicht glücklicher oder fröhlicher als sonst.
1 Manchmal fühle ich mich glücklicher oder fröhlicher als sonst.
2 Ich fühle mich oft glücklicher oder fröhlicher als sonst.
3 Ich fühle mich meistens glücklicher oder fröhlicher als sonst.
4 Ich fühle mich immer glücklicher oder fröhlicher als sonst.

2. 0 Ich fühle mich nicht selbstbewusster als sonst.
1 Manchmal fühle ich mich selbstbewusster als sonst.
2 Ich fühle mich oft selbstbewusster als sonst.
3 Ich fühle mich meistens selbstbewusster als sonst.
4 Ich fühle mich immer selbstbewusster als sonst.

3. 0 Ich brauche nicht weniger Schlaf als sonst.
1 Manchmal brauche ich weniger Schlaf als sonst.
2 Ich brauche oft weniger Schlaf als sonst.
3 Ich brauche meistens weniger Schlaf als sonst.
4 Ich kann Tag und Nacht wach bleiben, ohne mich müde zu fühlen.

4. 0 Ich rede nicht mehr als sonst.
1 Manchmal rede ich mehr als sonst.
2 Ich rede oft mehr als sonst.
3 Ich rede meistens mehr als sonst.
4 Ich rede ständig und kann nicht unterbrochen werden.

5. 0 Ich bin nicht aktiver als sonst (weder gesellschaftlich, noch sexuell, noch bei der Arbeit, zu Hause oder in der Schule)
1 Manchmal bin ich aktiver als sonst.
2 Oft bin ich aktiver als sonst.
3 Meistens bin ich aktiver als sonst.
4 Ich bin dauernd aktiv.

Gesamtsumme: _____

Visite 1

Testleiter (Kürzel): _____

Anleitung: Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen, das gilt auch für Gruppe 16 (Veränderungen der Schlafgewohnheiten) oder Gruppe 18 (Veränderungen des Appetits).

1.) Traurigkeit

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin oft traurig.
- 2 Ich bin ständig traurig.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte.

2.) Pessimismus

- 0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst.
- 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird.
- 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird.

3.) Versagensgefühle

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle.
- 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

4.) Verlust von Freude

- 0 Ich kann die Dinge genauso gut genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen.
- 3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen.

5.) Schuldgefühle

- 0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle.
- 1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen.
- 2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle.
- 3 Ich habe ständig Schuldgefühle.

6.) Bestrafungsgefühle

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

7.) Selbstablehnung

- 0 Ich halte von mir genauso viel wie immer.
- 1 Ich habe Vertrauen in mich verloren.
- 2 Ich bin von mir enttäuscht.
- 3 Ich lehne mich völlig ab.

8.) Selbstvorwürfe

- 0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst.
- 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst.
- 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel.
- 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert.

9.) Selbstmordgedanken

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte.

10.) Weinen

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine beim geringsten Anlass.
- 3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht.

11.) Unruhe

- 0** Ich bin nicht unruhiger als sonst.
- 1** Ich bin unruhiger als sonst.
- 2** Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen.
- 3** Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.

12.) Interessenverlust

- 0** Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren.
- 1** Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst.
- 2** Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren.
- 3** Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren.

13.) Entschlussunfähigkeit

- 0** Ich bin so entschlussfreudig wie immer.
- 1** Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 2** Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.
- 3** Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.

14.) Wertlosigkeit

- 0** Ich fühle mich nicht wertlos.
- 1** Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst.
- 2** Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert.
- 3** Ich fühle mich völlig wertlos.

15.) Energieverlust

- 0** Ich habe so viel Energie wie immer.
- 1** Ich habe weniger Energie als sonst.
- 2** Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe.
- 3** Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun.

16.) Veränderungen der Schlafgewohnheiten

- 0** Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.
- 1a** Ich schlafe etwas mehr als sonst
- 1b** Ich schlafe etwas weniger als sonst.
- 2a** Ich schlafe viel mehr als sonst.
- 2b** Ich schlafe viel weniger als sonst.
- 3a** Ich schlafe fast den ganzen Tag.
- 3b** Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen.

17.) Reizbarkeit

- 0** Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1** Ich bin reizbarer als sonst.
- 2** Ich bin viel reizbarer als sonst.
- 3** Ich fühle mich dauernd gereizt.

18.) Veränderungen des Appetits

- 0** Mein Appetit hat sich nicht verändert.
- 1a** Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.
- 1b** Mein Appetit ist etwas größer als sonst.
- 2a** Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.
- 2b** Mein Appetit ist viel größer als sonst.
- 3a** Ich habe überhaupt keinen Appetit.
- 3b** Ich habe ständig Heißhunger.

19.) Konzentrationsschwierigkeiten

- 0** Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer.
- 1** Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst.
- 2** Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren.
- 3** Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren.

20.) Ermüdung oder Erschöpfung

- 0** Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.
- 1** Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst.
- 2** Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft.
- 3** Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann.

21.) Verlust an sexuellem Interesse

- 0** Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert.
- 1** Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher.
- 2** Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität.
- 3** Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren.

Summe Seite 2:

Übertrag Seite 1:

Gesamt Seite 1+2:

Testleiter (Kürzel): _____

Manie-Selbstbeurteilungsskala (MSS)

STEPHANIE KRÜGER, PETER BRÄUNIG UND
GERALD SHUGAR

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen an, ob sie **im letzten Monat** auf Sie zutraf oder nicht. Beziehen Sie sich bei der Beantwortung darauf, wie Sie sich „normalerweise“ verhalten würden.

	JA	NEIN
1. Ich hatte mehr Energie als sonst.		
2. Ich konnte nicht ruhig sitzen bleiben.		
3. Ich bin schneller Auto gefahren als sonst.		
4. Ich habe mehr Alkohol getrunken als sonst.		
5. Ich habe mich mehrmals täglich umgezogen.		
6. Ich habe buntere Kleidung/auffälligeres Make-up getragen als sonst.		
7. Ich habe Musik lauter gehört als sonst.		
8. Ich habe hastiger gegessen als sonst.		
9. Ich habe mehr gegessen als sonst.		
10. Ich brauchte weniger Schlaf als sonst.		
11. Ich habe verschiedene Dinge angefangen, ohne sie zu beenden.		
12. Ich habe Dinge, die mir gehörten, einfach weggegeben.		
13. Ich habe viele Geschenke gemacht.		
14. Ich habe mehr Geld ausgegeben als sonst.		
15. Ich habe Schulden gemacht.		
16. Ich habe unkluge/unüberlegte Geschäftsentscheidungen getroffen.		
17. Ich bin häufiger auf Partys gewesen als sonst.		
18. Ich habe mehr geflirtet als sonst.		

	JA	NEIN
19. Ich habe mich öfter als sonst selbst befriedigt.		
20. Ich war mehr an Sex interessiert als sonst.		
21. Ich hatte Sex mit Frauen/Männern, die sonst für mich als Sexualpartner gar nicht in Frage kämen.		
22. Ich habe häufiger telefoniert als sonst.		
23. Ich habe lauter gesprochen als sonst.		
24. Ich habe oft so schnell gesprochen, dass man mich gar nicht richtig verstehen konnte.		
25. Es hat mir mehr Spaß gemacht als sonst, Witze zu erzählen oder zu reimen.		
26. Ich habe mich einfach in Unterhaltungen eingemischt, obwohl das sonst eigentlich gar nicht meine Art ist.		
27. Ich habe pausenlos geredet, ohne dass mich jemand unterbrechen konnte.		
28. Ich fand es gut, im Mittelpunkt zu stehen, obwohl ich das sonst nicht so wichtig finde.		
29. Ich habe mehr herumgealbert und gelacht als sonst.		
30. Die meisten Leute fanden mich unterhaltsamer als sonst.		
31. Ich fühlte mich vollkommen obenauf.		
32. Ich war fröhlicher als sonst.		
33. Ich war schneller genervt und ungeduldiger als sonst.		
34. Ich habe mich häufiger als sonst gestritten.		
35. Ich hatte gar nicht genug Zeit, alle meine Ideen in die Tat umzusetzen.		
36. Mir sind dauernd irgendwelche Gedanken durch den Kopf geschossen.		
37. Ich konnte mich nicht länger als ein paar Minuten auf eine Aufgabe konzentrieren.		
38. Ich dachte, ich wäre etwas ganz Besonderes.		
39. Ich glaubte, die Welt verändern zu können.		
40. Ich war der festen Überzeugung, immer Recht zu haben.		

	JA	NEIN
41. Ich glaubte, den meisten anderen Menschen haushoch überlegen zu sein.		
42. Ich habe mir Aufgaben zugetraut, denen ich eigentlich gar nicht gewachsen war.		
43. Ich glaubte zu wissen, was andere denken.		
44. Ich glaubte, andere könnten meine Gedanken lesen.		
45. Ich war der festen Überzeugung, dass mir jemand etwas antun wollte.		
46. Ich habe Stimmen gehört, obwohl niemand in der Nähe war.		
47. Ich habe mich für jemand anderen gehalten, als für den, der ich tatsächlich bin.		
48. Ich wusste, dass ich krank wurde.		

Testleiter (Kürzel): _____

Young-Mania-Rating-Scale
(Fremdrating, deutsche Übersetzung)

Beginnen Sie die Befragung bitte bei jedem Item mit Fragen des Scripts. Sind noch zusätzliche Informationen notwendig, um das Rating auszuführen, können Sie noch weitere Fragen stellen. Beurteilen Sie jedes Item vor allem nach Ihrem eigenen Ermessen ausschließlich nach dem Bericht des Patienten.

Das Ziel jedes Items ist es, die **Schwere des jeweiligen Symptoms** bei dem Patienten festzustellen. Um die Schwere eines Symptoms festzustellen, ist es ausreichend, wenn nur ein einziges Symptom eines jeweiligen Schweregrads vorhanden ist, damit diese Punktzahl vergeben werden muss.

Die Symptombeschreibungen neben der Punktzahl sind Hinweise. Falls nötig, kann man diese ignorieren, um die Schwere eines Symptoms zu bestimmen. Jedoch sollte dies eher die Ausnahme als die Regel darstellen. **Benutzen Sie jedoch nur volle Punktzahlen.**

Entscheiden Sie sich bei jedem Item für die Kategorie, die den Patienten in den letzten **48 Stunden** am besten beschreibt.

1. Gehobene Stimmung

In den letzten 2 Tagen, wie war da Ihre Stimmung?

Waren Sie optimistisch, wenn Sie an die Zukunft dachten? (Gab es Grund dazu?)

Fühlten Sie sich besonders selbstbewusst? Gab es Zeiten, in denen Sie sich ein bisschen zu gut fühlten, oder sogar ein bisschen „high“? (Falls ja) Waren diese Zeiten wirklich „zu“ gut, oder nur besser als die schlechten Tage?

Gab es Momente, in denen Sie über Sachen gelacht haben, die Sie normalerweise nicht lustig finden? Oder haben Sie Witze gemacht oder über Sachen gelacht, die andere Leute nicht lustig fanden?

- | | |
|----------|---|
| 0 | nicht vorhanden |
| 1 | auf Befragen, möglicherweise oder leicht erhöht, fröhlich |
| 2 | subjektiv eindeutig gehoben, optimistisch, selbstbewusst, dem Inhalt angemessen |
| 3 | gehoben, dem Inhalt nicht angemessen, läppisch |
| 4 | euphorisch, unangebrachtes Lachen und/oder Singen |

Visite 1

2. Gesteigerte motorische Aktivität / Energie

In den letzten 2 Tagen: Wie war Ihre Energie?
Gab es Momente, in denen Sie besonders viel Energie hatten?
(Falls ja) War es schwierig, sich wieder zu beruhigen?
Fühlten Sie sich rastlos, hatten Schwierigkeiten, still sitzen zu bleiben?
Waren Sie aktiver als sonst, haben Sie viel mehr geschafft, als üblich?

- 0 nicht vorhanden
- 1 subjektiv gesteigert
- 2 lebhaft, vermehrte Gestik
- 3 überschießende Energie, zeitweise hyperaktiv, rastlos (kann jedoch beruhigt werden)
- 4 motorisch erregt, ständig hyperaktiv (kann nicht mehr beruhigt werden)

3. Sexuelles Interesse

War Sex wichtiger oder interessanter für Sie, als sonst?
Haben Sie häufiger über Sex gesprochen oder Witze gemacht, als Sie es normalerweise tun?

- 0 normal, nicht gesteigert
- 1 möglicherweise oder leicht gesteigert
- 2 auf Befragung subjektiv eindeutig gesteigert
- 3 spontan vorgebrachte sexuelle Inhalte, spricht ausführlich über sexuelle Themen, schätzt sich selbst als hypersexuell ein
- 4 offene sexuelle Handlungen (gegenüber Patienten, Personal oder dem Interviewer)

4. Schlaf

Wie viele Stunden schlafen Sie in den letzten 2 Tagen?
Brauchen Sie weniger Schlaf als gewöhnlich? Sind sie trotzdem ausgeruht?

- 0 berichtet über gewohnte oder erhöhte Schlafdauer
- 1 gewohnte Schlafdauer um bis zu einer Stunde reduziert
- 2 gewohnte Schlafdauer um mehr als eine Stunde reduziert
- 3 berichtet reduziertes Schlafbedürfnis
- 4 bestreitet, Schlaf zu benötigen

5. Reizbarkeit

Waren Sie ärgerlich über Dinge, die passiert sind, oder wie Leute Sie behandelt haben?
Haben Sie Dinge mehr gestört als sonst?
Waren Sie gereizt?
Wie zeigten Sie Ihren Ärger?

- 0 nicht vorhanden
- 2 subjektiv erhöht
- 4 während des Interviews zeitweise reizbar, kürzliche Episoden von Zorn und Gereiztheit auf Station
- 6 während des Interviews häufig gereizt, durchwegs kurz angebunden, barsch
- 8 feindselig, unkooperativ, Interview nicht möglich

6. Sprechweise (Geschwindigkeit und Qualität)

Waren Sie gesprächiger als sonst?

Haben sich manche beschwert, dass sie nicht zu Wort kommen?

Fanden Sie es schwierig, wieder mit dem Reden aufzuhören, nachdem Sie begonnen hatten?

Gab es Momente, in denen Sie so schnell gesprochen haben, dass die Leute sie kaum verstanden haben?

- 0 nicht gesteigert
- 2 fühlt sich gesprächig
- 4 zeitweise erhöhte Sprechgeschwindigkeit und -menge, zeitweise weitschweifig
- 6 Rededrang, durchwegs erhöhte Sprechgeschwindigkeit und –quantität, schwer zu unterbrechen
- 8 getrieben, nicht zu unterbrechen, unaufhörlicher Redefluss

7. Sprach-/Denkstörungen

Hatten Sie mehr Ideen als gewöhnlich oder einige besonders gute?

War Ihr Verstand besonders klar oder scharfsinnig?

Wurden Sie häufig abgelenkt? Hatten Sie das Gefühl, Ihr Verstand arbeitet schneller als sonst?

Hatten Sie manchmal so viele Ideen, dass Sie den Faden verloren?

Haben Sie sich in Details verloren?

- 0 nicht vorhanden
- 1 umständlich, geringfügige Ablenkbarkeit, schnelles Denken (flüchtige Gedanken?)
- 2 ablenkbar, verliert den Faden, häufige Themenwechsel, Gedankenjagen
- 3 Ideenflucht, Vorbeireden, Schwierigkeit, den Gedanken zu folgen, spricht in Reimen, Echolalie
- 4 inkohärent, Kommunikation unmöglich

8. Inhalte

Haben Sie neue Pläne oder mit neuen Projekten begonnen?

Haben Sie etwas Besonderes erreicht oder neue Fähigkeiten an sich entdeckt?

Hatten Sie das Gefühl, Sie hätten ein tieferes Verständnis für manche Dinge?

Hatten Sie religiöse Einsichten?

Gab es eine bestimmte Bedeutung für Dinge, die passiert sind, oder die Art, wie die Dinge arrangiert waren?

Sind Ihnen Dinge aufgefallen, die anderen Menschen verborgen blieben, oder hatten Sie das Gefühl, dass Andere über Sie reden oder Sie sogar verletzen wollten?

Hatten Sie Gedanken, die andere Menschen nicht verstehen konnten? Haben Sie Stimmen gehört oder Dinge gesehen, die andere Menschen nicht wahrgenommen haben?

- 0 normal
- 2 fragwürdige Pläne, neue Interessen
- 4 spezielle Projekte, Überreligiosität
- 6 Größen- oder paranoide Inhalte, Beziehungsideen
- 8 Wahnvorstellungen, Halluzinationen

9. Expansiv-aggressives Verhalten

Wie kamen Sie mit anderen Menschen zurecht?

Gab es Momente, in denen Sie laut wurden oder fordernd oder sarkastisch?

Hatten Sie Streitigkeiten mit anderen Menschen (was ist passiert)?

Haben Sie geschrien, Gegenstände geworfen oder etwas zerstört?

- 0 fehlt, kooperativ
- 2 sarkastisch, gelegentlich laut, misstrauisch
- 4 fordernd, spricht Drohungen aus
- 6 bedroht den Interviewer, schreit, Interview schwierig
- 8 wird tötlich, destruktiv, Interview unmöglich

10. äußere Erscheinung

Wie viel Zeit verbrachten Sie mit Körperpflege?

Gab es Momente, wo andere dachten, Sie seien over- oder underdressed?

Haben Sie andere Farben als sonst getragen?

Trugen Sie mehr Schmuck oder Make up?

- 0 angemessene Kleidung und Körperpflege
- 1 etwas vernachlässigt
- 2 mäßig ungepflegt, unordentlich und übertrieben gekleidet
- 3 unordentlich und unvollständig bekleidet, auffallend geschminkt
- 4 völlig vernachlässigt, geschmückt, bizarre Kleidung

11. Krankheitseinsicht

Wenn Sie zurückschauen, gab es Dinge, die Sie getan haben, die ungewöhnlich sind für Sie?

(Falls ja) War das so, weil Ihre Stimmung eher zu gut ist?

Wie erklären Sie sich (Beispiel für Symptom)?

- 0 ist vorhanden, räumt Krankheit ein, bejaht die Notwendigkeit einer Therapie
- 1 möglicherweise krank
- 2 erkennt Verhaltensänderung, verneint jedoch Krankheit
- 3 räumt mögliche Verhaltensänderung ein, verneint jedoch Krankheit
- 4 verneint jegliche Verhaltensänderung

Hamilton Depression Scale (HAMD)

1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)

- 0: Keine
- 1: Nur auf Befragen geäußert
- 2: Vom Patienten spontan geäußert
- 3: Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen)
- 4: Patient drückt fast ausschließlich diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nonverbalen Kommunikation aus

2. Schuldgefühle

- 0: Keine
- 1: Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben
- 2: Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und „Sünden“.
- 3: Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn
- 4: Anklagende oder bedrohende akustische / optische Halluzinationen

3. Suizid (jeder ernste Versuch = 4)

- 0: Keiner
- 1: Lebensüberdruß
- 2: Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod
- 3: Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten.
- 4: Suizidversuche

4. Einschlafstörungen

- 0: Keine
- 1: Gelegentliche Einschlafstörungen (mehr als ½ Stunde)
- 2: Regelmäßige Einschlafstörungen

5. Durchschlafstörungen

- 0: Keine
- 1: Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf
- 2: Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung)

6. Schlafstörungen am Morgen

- 0: Keine
- 1: Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen
- 2: Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen

7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbies)

- 0: Keine Beeinträchtigung
- 1: Hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten oder fühlt sich entsprechend
- 2: Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten, muß sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder läßt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit oder sprunghafte Entschlußlosigkeit erkennen.
- 3: Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung „3“ ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Tätigkeiten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station
- 4: Hat wegen der Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist „4“ anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann

8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache, Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)

- 0: Sprache und Denken normal
- 1: Geringfügige Verlangsamung bei der Exploration
- 2: Deutliche Verlangsamung bei der Exploration
- 3: Exploration schwierig.
- 4: Ausgeprägter Stupor

9. Erregung

- 0: Keine
- 1: Zappeligkeit
- 2: Spielen mit den Fingern, Haaren, usw.
- 3: Hin- und Herlaufen, nicht still sitzen können
- 4: Händeringen, Nägelbeißen, Haareraufen, Lippenbeißen, usw.

10. Angst - psychisch

- 0: Keine Schwierigkeiten
- 1: Subjektive Spannung und Reizbarkeit
- 2: Sorgt sich um Nichtigkeiten
- 3: Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert
- 4: Ängste werden spontan vorgebracht

11. Angst – somatisch (körperliche Begleiterscheinungen der Angst, z.B. kardiovaskuläre, Herzklopfen, gastrointestinale, Mundtrockenheit, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, respiratorische, Hyperventilation, Schwitzen, usw.)

- 0: Keine
- 1: Geringe
- 2: Mäßige
- 3: Starke
- 4: Extreme (Patient ist handlungsunfähig)

12. Körperliche - gastrointestinale

- 0: Keine
- 1: Appetitmangel, ißt aber ohne Zuspruch
- 2: Muß zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder andere Magen-Darm-Präparate

13. Körperliche Symptome – allgemeine

- 0: Keine
- 1: Schweregefühl in den Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft, Erschöpfbarkeit
- 2: Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms „2“ ankreuzen !

14. Genitalstörungen (z.B. Libidoverlust, Menstruationsstörungen)

- 0: Keine
- 1: Geringe
- 2: Starke

15. Hypochondrie

- 0: Keine
- 1: Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)
- 2: Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit
- 3: Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe usw.
- 4: Hypochondrische Wahnvorstellungen

16. Gewichtsverlust (entweder A oder B ankreuzen)

A. aus Anamnese

- 0: Kein Gewichtsverlust
- 1: Gewichtsverlust wahrscheinlich in Zusammenhang mit jetziger Krankheit
- 2: Sicherer Gewichtsverlust laut Patient

B. Nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust

- 0: weniger als 0,5 kg / Woche
- 1: mehr als 0,5 kg / Woche
- 2: mehr als 1 kg / Woche

17. Krankheitseinsicht

- 0: Patient erkennt, daß er depressiv und krank ist
- 1: Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis usw. zurück
- 2: Leugnet Krankheit ab

18. Tagesschwankungen

A. Geben Sie an, ob die Symptome schlimmer am Morgen oder am Abend sind. Sofern keine Tagesschwankungen auftreten, ist „0“ anzukreuzen.

- 0: Keine Tagesschwankungen
- 1: Symptome schlimmer am Morgen
- 2: Symptome schlimmer am Abend

B. Wenn es Schwankungen gibt, geben Sie ihre Stärke an. Falls es keine gibt, kreuzen Sie „0“ an.

- 0: Keine
- 1: Gering
- 2: Stark

19. Depersonalisation, Derealisation (z.B. Unwirklichkeitsgefühle, nihilistische Ideen)

- 0: Keine
- 1: Gering
- 2: Mäßig
- 3: Stark
- 4: Extrem (Patient ist handlungsunfähig)

20. Paranoide Symptome

- 0: Keine
- 1: Mißtrauisch
- 2: Beziehungsideen
- 3: Beziehungs- und Verfolgungswahn

21. Zwangssymptome

- 0: Keine
- 1: Gering
- 2: Stark

SUMMENSCORE