

# Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der Symptom-Checkliste SCL-90-R

Gabriele Helga Franke

**Zusammenfassung:** Die SCL-90-R ist ein 90 Items umfassendes Selbstbeurteilungsinventar, das L.R. Derogatis publiziert. Es wurde vor allem entwickelt, um die psychische Belastung von Psychotherapeuten oder von Patienten des Medizinsystems zu erfassen. Die SCL-90-R ist mittlerweile ein sehr populäres Selbstbeurteilungsinventar. Sie wird in einem breiten Spektrum klinischer Forschung sowohl als Screening- als auch als Outcome-Instrument genutzt. Sie zeigt sich in einer großen Bandbreite klinischer und medizinischer Forschung änderungssensitiv und weist eine gute Reliabilität aus. Die SCL-90-R wurde bislang in 24 Sprachen übersetzt. Für jedes Item wird eine fünfstufige Likert-Skala (0-4) vorgelegt, die die Belastung zwischen „überhaupt nicht“ auf der einen Seite bis hin zu „sehr stark“ auf der anderen Seite erfragt. Die SCL-90-R wird anhand von neun primären Skalen und drei Globalen Kennwerten ausgewertet. Ein psychologisch auffallend belastetes Ergebnis – ein „Fall“ – wird erkannt, wenn der Globale Belastungsindex größer oder gleich einem T-Wert von 63 ist oder wenn die Werte bei zwei Skalen größer oder gleich einem T-Wert von 63 liegen. Möglichkeiten und Grenzen im Einsatz der SCL-90-R werden diskutiert.

## Chances and limits in the use of the symptom-checklist Scl-90-R

**Abstract:** The scl-90-r is a 90-item self-report symptom inventory developed by L.R. Derogatis. It is designed primarily to reflect the psychological symptom patterns of psychotherapeutic clients and medical patients. The scl-90-r has become an extremely popular self-report symptom inventory. It has been used as both a screening device and an outcome measure in a very broad spectrum of clinical research. It has proven reliable and sensitive to change in a broad variety of clinical and medical context. The scl-90-r has been translated into 24 languages. Each item is rated on a 5-point Likert scale of distress (0-4), ranging from "not at all" at one pole to "extremely" at the other. The scl-90-r is scored and interpreted in terms of nine primary symptom dimensions and three global indices of distress. A psychologically measurable distressed "case" is given if the respondent has a Global Severity Index score greater or equal to T-score 63, or any two primary dimension scores are greater than or equal to T-score 63. Potentiality and limitations of the scl-90-r were discussed.

## 1. Theoretische Einordnung

### 1.1 Psychologische Diagnostik

Die wissenschaftliche Psychologie befaßt sich mit dem Verhalten, Erleben und Bewußtsein des Menschen; ihr Ziel ist das Beschreiben, das Erklären und das Vorhersagen (Zimbardo & Gerrig, 1999). Der Einsatz von Symptom-Checklisten findet vor allem in der *anwendungsorientierten Psychologie* statt; diese will die *gesundheitsbezogene Lebensqualität* des Menschen verbessern (ebd.). Das Ziel der psychologischen Diagnostik – als wissenschafts-

gestützter Technologie (Wottawa & Hossiep, 1997) – ist die Ableitung der besten Intervention aus der Diagnose (Kubinger, 1996; Stieglitz, Fähndrich & Möller, 1998). Der psychologisch-diagnostische Prozess beginnt mit der hypothesengeleiteten Präzisierung der Fragestellung. Aus der Fragestellung werden die passenden psychodiagnostischen Strategien und Verfahren abgeleitet, angewendet, ausgewertet und hypothesenbearbeitend interpretiert. Intervention und Evaluation der Effekte dieser Interventionen schließen sich an. Drei Beispiele für psychologische Interventionen sind die Schulung, die Beratung und die Therapie.

Sowohl die psychologische Diagnostik als auch die Evaluation greifen auf die gleichen Verfahren zurück. Zur Erhebung biographischer und störungsbezogener Daten lassen sich das Gespräch, die Beobachtung und Testverfahren grob unterscheiden. Die psychologischen Testverfahren sind eine weit verbreitete Form der psychologischen Diagnostik. Ein Test ist ein wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung eines oder mehrerer empirisch abgrenzbarer Persönlichkeitsmerkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung (Lienert & Raatz, 1994). Es ist somit Ziel, die Eigenschaften der Person in Form von Zahlen auszudrücken; diese Zahlen werden zu Daten weiterer Gruppen in Bezug gesetzt. Die psychologische Diagnostik wird durch die Methoden der wissenschaftlichen Psychologie unterstützt; deren Ziel es ist, statistisch abgesicherte Erkenntnisse über psychologische Sachverhalte zu gewinnen. Es lassen sich die deskriptive (beschreibende) Statistik, die (schlussfolgernde) Inferenzstatistik, die Testtheorie und Testkonstruktion sowie multivariate Verfahren trennen.

Die SYMPTOM-CHECKLISTE (SCL-90-R; Derogatis, 1992) ist ein klinisch-diagnostisches Testverfahren, das typische Merkmale der Person erfasst; somit ist sie kein Leistungs- oder Intelligenztest – diese erfassen maximales Verhalten. Als Persönlichkeitstest ist sie den objektiven Verfahren zuzuordnen – im Gegensatz zu den projektiven Verfahren, die tiefenpsychologisch-interpretativ vorgehen.

## 1.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Nach dem Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist das Ziel der Rehabilitation die Abwehr der Folgen chronischer Krankheiten auf drei Ebenen: auf der organischen, d. h. die Schädigung betreffend, der personenbezogenen, d. h. die Funktionsfähigkeit betreffend und der gesellschaftlichen Ebene, d. h. die psychosozialen Beziehungen betreffend (Petermann, 1997). Diese ganzheitliche Betrachtung des Menschen berücksichtigt die Erkenntnis, dass Gesundheit mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit umfasst auf ganzheitliche Weise das körperliche, psychische und soziale Befinden sowie die Funktionsfähigkeit. Dieses Verständnis von Gesundheit liegt dem aktuellen Konzept der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* zugrunde (Spilker, 1996). Sowohl bei der Behandlung chronisch Kranker als auch bei präventivem Arbeiten zur Verhinderung der Chronifizierung von Krankheit ermöglicht das Konzept der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* heute am ehesten, die Perspektive der Betroffenen angemessen zu erfassen.

Das Ziel der *anwendungsorientierten Psychologie* ist nun die Verbesserung dieser *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* durch psychologische Intervention sowie die Evaluation der Effekte dieser Intervention zur Verbesserung zukünftiger Interventionen. Um dies sachlich und fachlich fundiert tun zu können, wird auf psychologisch-diagnostische Verfahren zurückgegriffen.

Auf methodischer Ebene lassen sich die Selbst- und die Fremdbeurteilung trennen. Die SCL-90-R ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, d. h. der Klient, die Klientin beurteilt seine oder ihre Situation selbst. Fremdbeurteilung liegt vor, wenn Experten oder nahe Bezugspersonen über den Klienten, die Klientin urteilen. Weiterhin können eine einzelne Person (Einzelfallbetrachtung), eine Gruppe oder mehrere Gruppen (Gruppenauswertung) zu einem Zeitpunkt untersucht werden (Querschnittstudie) oder dieselben Personen werden im Laufe der Zeit zwei- bis mehrfach untersucht (Längsschnitt). Der Vorteil von Querschnittstudien liegt vor allem in der Ökonomie; allerdings erlauben es nur Längsschnittstudien, Veränderungen in Echtzeit zu erfassen.

Zur Erfassung der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* eignen sich im globalen Ansatz kurze Verfahren, die alle Komponenten des Konzepts insgesamt eher oberflächlich registrieren wie der SHORT-FORM-36 HEALTH SURVEY (SF-36; Bullinger, 1995). Der Modulansatz kombiniert mehrere Tests, die die einzelnen Komponenten der *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* genauer betrachten. Die SYMPTOM-CHECKLISTE (SCL-90-R) und ihre Kurzform, das BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI), eignen sich, um körperliche und psychische Einbußen an Lebensqualität zu erfassen. Das soziale Befinden läßt sich gut mit Hilfe des FRAGEBOGEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG (F-SozU; Franke, 1994; Fydrich, Geyer, Hessel, Sommer & Brähler, 1999) erheben, das Ausmaß an interpersonalen Problemen erfasst z.B. das INVENTAR ZUR ERFASSUNG INTERPERSONALER PROBLEME (IIP; Horowitz et al., 1994).

Bislang mangelt es in der Forschung zur *gesundheitsbezogenen Lebensqualität* an erkrankungsspezifischen Verfahren, die es möglich machen, die besondere Situation der Betroffenen genauer zu erfassen. Daher wurde in der eigenen Arbeitsgruppe – exemplarisch für zwei Bereiche der Rehabilitationspsychologie – im Rahmen der *Psycho-Ophthalmologie* die Adaptation des störungsspezifischen US-amerikanischen NATIONAL EYE INSTITUTE VISUAL FUNCTION QUESTIONNAIRE (NEI-VFQ; Franke, Esser, Voigtländer & Mähner, 1998) vorgenommen. Dieses Verfahren erfasst Einbußen an Lebensqualität, die durch leichten bis schweren Sehkraftverlust hervorgerufen werden. Im Rahmen der *Psycho-Nephrologie* wurde, basierend auf dem SYMPTOM-CHECKLISTEN-Ansatz, das eigene Verfahren END-STAGE RENAL

DISEASE-SYMPTOM-CHECKLISTE TRANS-PLANTATIONS-MODUL (ESRD-SCL™; Franke et al., 1999; Franke et al., 2000b) entwickelt. Dieses psychodiagnostische Verfahren erhebt die spezifischen Einbußen an Lebensqualität bei chronisch Nierenkranken nach erfolgreicher Nierentransplantation.

### 1.3 Kurzbeschreibung der SCL-90-R

Die SCL-90-R wurde in den USA von verschiedenen Forschergruppen entwickelt, um Effekte psychotherapeutischer oder psychopharmakologischer Intervention zu erfassen. Vater der revidierten SCL-90-Version ist Derogatis, der auch das US-amerikanische Manual für das BSI publiziert hat (Derogatis, 1993). Die theoretische Basis des Verfahrens ist das Demoralisierungskonzept (Frank, 1981). Demoralisierung beschreibt das Gefühl, alltägliche Probleme nicht bzw. nicht ausreichend lösen zu können. Die Person leidet unter dem Gefühl des permanenten Angespanntseins und des Alleingelassenseins sowie zukunftsbezogenen Angstgefühlen und Konzentrationsschwierigkeiten. Demoralisierung entsteht aus dem subjektiv erfahrenen Ungleichgewicht zwischen Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums und den Anforderungen der Umwelt. Resultat von Demoralisierung ist ein unspezifischer Distress, der mit Hilfe der SCL-90-R in einer ersten Übersicht erfasst werden kann.

Die SCL-90-R umfaßt 90, das BSI 53 Fragen zur psychischen Belastung, unter der innerhalb der vergangenen sieben Tagen gelitten wurde; beide sind „Screening-Verfahren“ (Abbildung 1). Die Instruktion sowie die Antwortmöglichkeiten (fünf-stufige Likert-Skala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“) sind vorgegeben; im Rahmen der Auswertung werden Selbstbeurteilungsantworten in Zahlen umgewandelt. Ausgewertet bieten beide Verfahren einen Überblick über neun klinisch relevante Bereiche der psychischen Belastung: *Somatisierung (SOMA)*, *Zwanghaftigkeit (ZWAN)*, *Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)*, *Depressivität (DEPR)*, *Ängstlichkeit (ANGS)*, *Aggressivität/Feindseligkeit (AGGR)*, *Phobische Angst (PHOB)*, *Paranoides Denken (PARA)* und *Psychotizismus (PSYC)*. Einige Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet sind, runden das Verfahren ab. Die Skalen umfassen in unterschiedlichem Ausmaß Items; die internen Konsistenzen als Maß für die Reliabilität („Wie genau erfasst der Test das, was er erfassen soll?“) liegen in deutschsprachigen Stichproben für die SCL-90-R (Franke, 1995) im guten, für das BSI (Franke, 2000) im befriedigenden bis guten Bereich.

Die Skalenbezeichnungen verwirren auf den ersten Blick, da sie der psychiatrisch dominierten Spra-

che entstammen. Der Einsatz der SCL-90-R kann das Stellen einer Diagnose nicht ersetzen, die immer Ergebnis von Fremdbeurteilungsprozessen sein muß. Ein typischer Anfängerfehler in der Auswertung der SCL-90-R ist es, aus einer erhöhten psychischen Belastung direkt eine Diagnose nach DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1998) oder ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992) abzuleiten. Die SCL-90-R erfasst abgegrenzte Bereiche der aktuellen psychischen Belastung mit einem Zeitfenster von sieben Tagen; eine durch sie festgestellte erhöhte psychische Belastung muss zur Bildung von neuen Hypothesen führen, die im weiteren zu untersuchen sind.

### 1.4 Übersicht über SCL-Studien

In eigenen Studien wurden mit dem SYMPTOM-CHECKLISTEN-Ansatz ca. 6000 Patienten und ca. 5000 Vergleichspersonen erforscht. Die eigene Beschäftigung mit der SCL-90-R begann im Jahre 1987 im Rahmen der Erforschung der psychosozialen Situation HIV-Infizierter und AIDS-Kranker in der Immunschwächeambulanz am Schwabinger Krankenhaus in München. Innerhalb von fünf Jahren konnten 568 HIV-Infizierte (Franke, 1990; Franke, Jäger, Thomann & Beyer, 1992) mit Hilfe der SCL-90-R untersucht werden. Da es keinerlei deutschsprachige Normwerte für die SCL-90-R gab – und die Situation HIV-Infizierter als Projektionsfläche politischer Kreise diente, deren Anliegen vor allem die auf Etikettierungs- und Stigmatisierungsprozessen beruhende Diskriminierung der Betroffenen war – galt es, auf ökonomische Weise Normwerte in Deutschland zu gewinnen, um den HIV-Betroffenen im Rahmen der Auswertung und Interpretation gerecht zu werden. Diese Normierung wurde Ende der 80er Jahre unter den Mitarbeitern und Angehörigen der Technischen Universität Carolo Wilhelmina zu Braunschweig durchgeführt (Franke, 1992). Weitere Validierungsstudien schlossen sich an, so dass im Jahre 1995 die erste Auflage des deutschsprachigen Manuals publiziert werden konnte (Franke, 1995). Im Jahr 1998 gelang der Nachweis, dass die PC-unterstützte Darbietung bei der SCL-90-R sowie beim FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR (FPI; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1994), dem INVENTAR ZUR ERFASSUNG INTERPERSONALER PROBLEME (IIP; Horowitz et al., 1994) und beim PROFILE OF MOODS STATES (POMS; McNair, Lorr & Droppelman, 1971) kaum zu Güteverlusten führt (Franke, 1998). Das Manual zum BSI erschien im Jahr 2000 (Franke, 2000).

Im medizinspsychologischen Bereich konzentrierte sich der eigene Einsatz der SCL-90-R oder ihrer Kurzversion (BSI) auf die Untersuchung sehbeeinträchtigter Patienten im Rahmen *psychooph-*

Abbildung 1: Kurzbeschreibung der SCL-90-R

Skala	Beispielfrage „Wie sehr litten Sie in den vergangenen 7 Tagen unter...“	Anzahl Items SCL- 90-R	Anzahl Items BSI
<b>Somatisierung (SOMA)</b>	„Kopfschmerzen?“	12 $\alpha=0,87^1$	7 $\alpha=0,78^2$
<b>Zwanghaftig- keit (ZWAN)</b>	„Gedächtnisschwierigkeiten?“	10 $\alpha=0,86$	6 $\alpha=0,80$
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSI)</b>	„Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?“	9 $\alpha=0,86$	4 $\alpha=0,78$
<b>Depressivität (DEPR)</b>	„Neigung zum Weinen?“	13 $\alpha=0,89$	6 $\alpha=0,85$
<b>Ängstlichkeit (ANGS)</b>	„Nervosität oder innerem Zittern?“	10 $\alpha=0,88$	6 $\alpha=0,72$
<b>Aggressivität/ Feindseligkeit (AGGR)</b>	„dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein?“	6 $\alpha=0,79$	5 $\alpha=0,72$
<b>Phobische Angst (PHOB)</b>	„Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße?“	7 $\alpha=0,79$	5 $\alpha=0,67$
<b>Paranoides Denken (PARA)</b>	„dem Gefühl, daß andere an den meisten ihrer Schwierigkeiten schuld sind?“	6 $\alpha=0,78$	5 $\alpha=0,73$
<b>Psychotizismus (PSYC)</b>	„der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat?“	10 $\alpha=0,80$	5 $\alpha=0,63$
<b>Zusatzfragen</b>	„schlechtem Appetit“	7	4

<sup>1</sup> = Interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) bei n=568 HIV-Infizierten

<sup>2</sup> = Interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) bei n=529 chronisch Niereninsuffizienten

#### Antwortkategorien:

Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
0	1	2	3	4

thalmologischer Studien (Franke, Esser, Stäcker & Spangemacher, 1998; Reimer, Franke, Stäcker & Strunk, 1997) sowie auf die Betrachtung chronisch Nierenkranker im Rahmen der *Psycho-Nephrologie* (Franke et al., 2000a). Studien zur Situation von Patienten mit Rückenschmerzen (Quint, Hasenburg, Patsialis & Franke, 1998) sowie zur Evaluation der Effekte von Psychotherapie (Schmitz, Hartkamp & Franke, 2000a; Schmitz et al., 2000b) schlossen sich an. Zur Jahrtausendwende wurden erneut Studien an HIV-Betroffenen, diesmal mit dem BSI durchgeführt (Franke, Reimer, Gerken & Heemann, 2000; Reimer, Franke, Ross, Gerken & Heemann, 2000).

In der internationalen Literatur finden sich ca. 1.400 Studien zur SCL-90-R und ca. 400 zum BSI. SCL-90-Versionen wurden bislang in die folgenden europäischen Sprachen übersetzt: Dänisch, Deutsch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Niederländisch, Norwegisch, Polnisch, Portugiesisch, Schwedisch, Spanisch, Tschechisch. Weiterhin gibt es Versionen des Verfahrens in Amerikanisch, Arabisch, Chinesisch, Farsi (Iran), Hebräisch, Hmong (Sprache eines Gebirgsvolkes, das im Laufe des 18. und 19. Jh. von Süd-China aus nach Vietnam, Laos und Thailand eingewandert ist), Japanisch, Koreanisch, Russisch, Türkisch und Vietnamesisch.

Die Anwendungsbereiche beider Verfahren reichen von A wie Aggression bis Z wie Zwangsstörung. Sie sind überall dort einsetzbar, wo eine erhöhte psychische Belastung – unabhängig von der Ursache – schnell und ökonomisch erfasst („Screening“) werden soll. Eine exemplarische Einordnung der vorliegenden Studien in die vier großen Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik (Wottawa & Hossiep, 1997) macht die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten von SCL-90-R und BSI deutlich: Im Bereich Wirtschaft finden sich Studien zu Stress und Burnout am Arbeitsplatz (Nelson, Quick, Eakin & Matuszek, 1995). Im Bereich Bildung wird die psychosoziale Situation Jugendlicher erforscht (Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998). Im Bereich Gesundheit kann Bedarf und Effekt-Evaluation psychosozialer Behandlung (Schmitz et al., 2000a,b) erfasst werden. Im Bereich Recht können Hinweise auf die posttraumatische Belastungsreaktion (Schützwohl & Maercker, 1999) gewonnen werden.

## 2. Auswertungsmöglichkeiten

**2.1 Ebenen der Auswertung** SCL-90-R und BSI können auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden.

*Rohwerte:* Im ersten Schritt werden die Itemwerte zu Summenwerten pro Skala (neun Skalen, drei Globale Kennwerte) auf der Ebene der Rohwerte zusammengefasst. Diese Rohwerte sind nun in der hypothesengeleiteten Interpretation wenig hilfreich, zumal ein psychologisches Testverfahren über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung Auskunft geben sollte (Lienert & Raatz, 1994).

*T-Werte:* Daher werden die Rohwerte mit Hilfe von Normdaten des Handbuches (Franke, 1995; 2000) in T-Werte umgewandelt. T-Werte sind praktisch, da 2/3 der Normstichprobe per Definition einen T-Wert zwischen 40 bis 60 aufweisen (Mittelwert = 50, Standardabweichung = 10). T-Werte  $\geq 60$  deuten somit auf eine erhöhte psychische Belastung hin.

*Falldefinition:* Da SCL-90-R oder BSI als Screening-Verfahren konzipiert wurden, empfiehlt es sich, die interpretierende Auswertung mit der Prüfung, ob der Einzelfall der Falldefinition oder „case definition“ nach Derogatis (Derogatis, 1992,

1993) entspricht, zu beginnen. Ein Fall, d.h. eine auffallende psychische Belastung liegt vor, wenn beim GSI als globalem Maß für die Belastung bei allen 90 (SCL-90-R) bzw. 53 (BSI) Items ein T-Wert  $\geq 63$  vorliegt und/oder wenn bei zwei oder mehr der neun Skalen der T-Wert  $\geq 63$  beträgt.

*Veränderungsmessung:* Unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung in der Psychotherapie (vgl. Nübling & Schmidt, 1998) eignet sich vor allem die SCL-90-R nicht nur zur Beurteilung der psychischen Belastung in den vergangenen sieben Tagen (Statusdiagnostik zu Beginn und im Prozeß der Psychotherapie). Mit ihrer Hilfe können auch statistisch signifikante und klinisch relevante Veränderungen bewertet werden (Verlaufs- und Ergebnisdiagnostik der Psychotherapie; vgl. Schulz, Hoyer & Hahlweg, 1998).

## 2.2. Beispiel: Falldefinition in großen medizinischen Stichproben

In der Bundesrepublik Deutschland erkrankten 156 Patienten pro einer Million Personen pro Jahr an einer chronischen Niereninsuffizienz, d.h. sie leiden an einem irreversiblen Nierenversagen und können nur durch eine Nierenersatztherapie am Leben erhalten werden. Die Prävalenz der chronischen Niereninsuffizienz beträgt ca. 713 Patienten pro einer Million Personen. 75% dieser Patienten in der Bundesrepublik Deutschland werden mit der Dialyse behandelt, 25% leben mit einem funktionsfähigen Transplantat. Verglichen mit Spanien, Österreich oder den USA werden in Deutschland weniger Nierentransplantationen durchgeführt. Heute ist im statistischen Mittel die Überlebenschance höher als die bei Patienten mit prognostisch günstig eingeschätzten Malignomen während noch vor 30 Jahren chronisch niereninsuffiziente Patienten in kurzer Zeit an Urämie starben (Frei, Schober-Halstenberg & QuaSi-Niere Task Group, 1998).

Abb. 2 stellt den Anteil von auffallend psychisch belasteten Personen in drei anhand der Variablen Alter und Geschlecht (1:1:1) parallelisierten Gruppen (je  $n=149$ ) dar. Gruppe A befindet sich auf der Warteliste zur Nierentransplantation und ist seit durchschnittlich fünf Jahren in Dialysebehandlung. Gruppe B wurde vor durchschnittlich fünf Jahren transplantiert und lebt zum Zeitpunkt der Datenerhebung mit einem funktionsfähigen Transplantat. Gruppe C besteht aus parallelisierten Vergleichspersonen ohne chronische Erkrankungen (Franke et al., 2000a). Es zeigte sich, dass ungefähr jeder zweite Patient auf der Warteliste zur Nierentransplantation unter einer auffallenden

psychischen Belastung litt. Die Patienten nach einer erfolgreichen Nierentransplantation zeigten sich in gleichem Ausmaß (ca. 36%) psychisch belastet wie die gesunde Vergleichsgruppe.

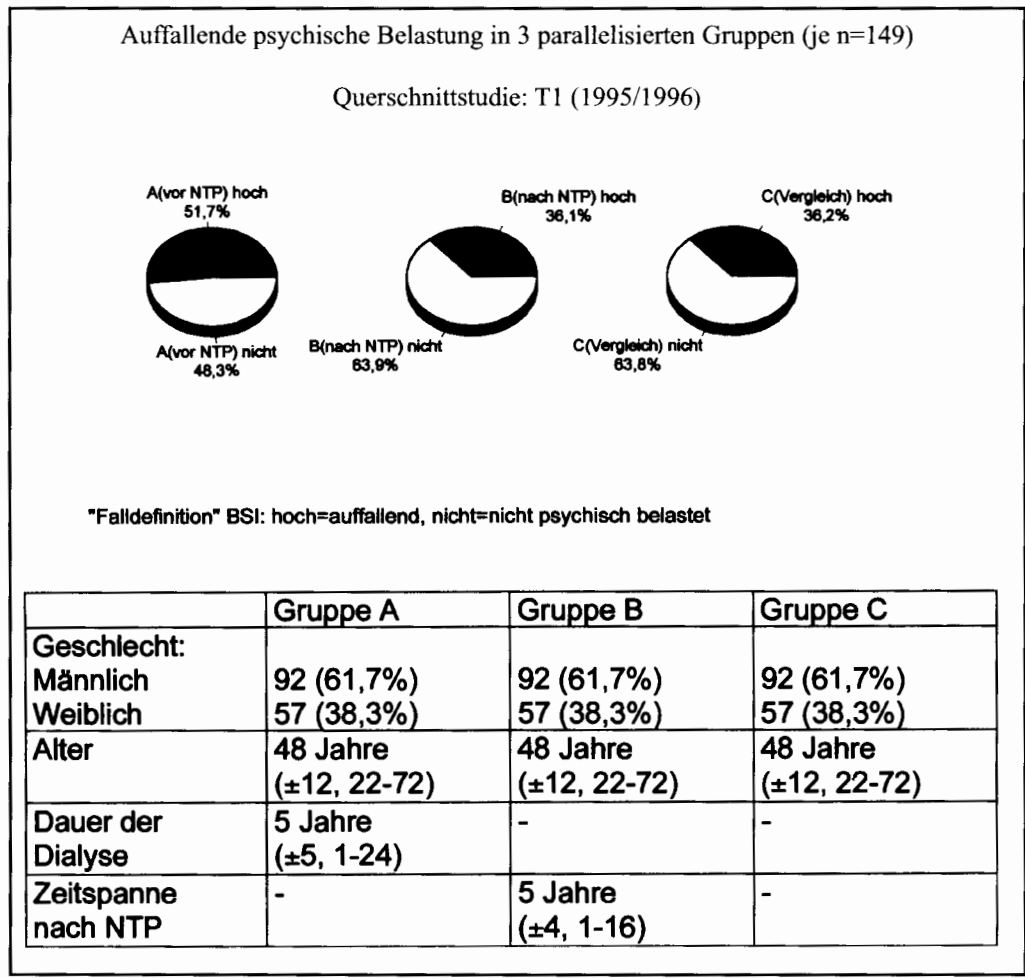
Aus den vorliegenden Daten lässt sich nicht kausal ableiten, dass die Nierentransplantation selbst zur Verbesserung der psychischen und körperlichen Lebensqualität führt, da nur drei Stichproben im Querschnitt untersucht wurden; Längsschnittstudien müssen somit folgen. Aufgrund der hohen psychischen Belastung in der Gruppe der chronisch Nierenkranken auf der Warteliste zur Transplantation gilt es, diesen Patienten passende *psychosoziale* Unterstützungsangebote zu machen. Patienten nach der Nierentransplantation sollten vor allem mit erkrankungsspezifischen Verfahren (Franke et al., 1999; 2000b) untersucht werden, um die Effekte der medi-

zinischen Behandlung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität angemessen zu berücksichtigen.

**2.3. Beispiel: Effekte von Psychotherapie im Einzelfall**

Abb. 3 gibt das Belastungsprofil (SCL-90-R) einer Klientin zu Beginn (Prä) und nach Ende (Post) ihrer psychotherapeutischen Einzelbehandlung wieder (Eingangsdiagnosen F 43.1. Posttraumatische Belastungsreaktion, F 33.11. Depressive Störung/Somatisierung). Die Kürzel stehen jeweils für die neun Skalen des Tests. *GSI, PSDI* und *PST* sind *Globale Kennwerte*, die das Antwortverhalten bei allen 90 (SCL-90-R) oder 53 (BSI) Items berücksichtigen.

**Abbildung 2: Chronisch Nierenkranke (BSI)**



*I Falldefinition?:* Die betrachtete Klientin erfüllt zu Beginn der Behandlung die Bedingungen der Falldefinition (GSI sowie ZWAN, UNSI, DEPR und ANGS > 63), nach Ende der Behandlung ist sie nicht mehr auffallend psychisch belastet (neun von neun Skalen und GSI < 63).

*II Erhöhte T-Werte?:* Die Klientin, deren Werte Abb. 3 darstellt, zeigte zu Beginn ihrer psychotherapeutischen Behandlung bei zehn von zwölf Skalen eine erhöhte psychische Belastung (SOMA, ZWAN, UNSI, DEPR, ANGS, AGGR, PARA, GSI, PSDI, PST). Nach Ende der Behandlung

(75 Std. klientenzentrierte Psychotherapie) liegen bei drei von zwölf Skalen T-Werte = 60 vor (SOMA, DEPR, PSDI).

*III Itemanalyse?:* Liegen T-Werte  $\geq 60$  vor, so empfiehlt es sich, eine Analyse der Items vorzunehmen, die zur erhöhten Belastung beitragen, und diese individuell – vor dem Hintergrund aller bislang erhobenen Daten – zu interpretieren. Weiterhin sollten die Zusatzitems in jeden Fall einzeln analysiert werden.

*IV Veränderungsmessung:* Zur einfachen Erfassung statistisch signifikanter Veränderungen kann auf

Abbildung 3: Auswertungsmöglichkeiten der SCL-90-R

Skalen	Rohwerte			T-Werte	
	Prä	Post	Diff <sub>Prä-Post</sub>	Prä	Post
<b>SOMA</b>	0,75	0,75	0	60	60
<b>ZWAN</b>	1,20	0,80	<b>0,40</b>	<b>65</b>	59
<b>UNSI</b>	1,11	0,78	0,33	<b>64</b>	58
<b>DEPR</b>	1,85	0,85	<u>1,00*</u>	77	60
<b>ANGS</b>	0,70	0,50	0,20	60	57
<b>AGGR</b>	1,00	0,67	0,33	<b>64</b>	59
<b>PHOB</b>	0,29	0,29	0	58	58
<b>PARA</b>	0,83	0,67	0,16	61	58
<b>PSYC</b>	0,10	0,10	0	48	48
<b>GSI</b>	0,96	0,67	<b>0,29</b>	<b>68</b>	59
<b>PSDI</b>	1,83	1,50	-	66	60
<b>PST</b>	47	37	-	62	56

**I „Fall“?  $T_{GSI} \geq 63$  und/oder  $T_{2 \text{ Skalen}} \geq 63$**   
 ⇒ Prä: Ja, GSI und ZWAN, UNSI, DEPR, AGGR  $\geq 63$   
 ⇒ Post: Nein

**II Skalen? T-Werte  $\geq 60$ ?**  
 ⇒ Prä: SOMA, ZWAN, UNSI, DEPR, ANGS, AGGR, PARA, GSI, PSDI, PST  
 ⇒ Post: SOMA, DEPR, PSDI

**III Itemanalyse?**  
 ⇒ Prä: Ja  
 ⇒ Post: Ja

**IV Statistisch signifikante Verbesserungen im Vergleich zu**  
**a) Normdaten (n=1006 Handbuch, fett gedruckt)?**  
 ⇒ Ja: ZWAN, DEPR, GSI  
**b) Stationären Psychotherapiepatienten (n=428, Handbuch, unterstrichen)?**  
 ⇒ Ja: DEPR, GSI  
**c) Klinisch relevante Verbesserungen (Mestel et al. 2001, Sternchen)?**  
 ⇒ Ja: DEPR

die Berechnung kritischer Differenzen nach Liernert und Raatz (1994) zurückgegriffen werden (Kritische Differenz =  $(1,96 * SD * \sqrt{2 * (1 - \bar{\alpha})})$ ). Liegen Standardabweichungen und Alpha-Koeffizienten (als Maß für die Reliabilität) aus großen Patientenstichproben vor, so ist auf diese Daten zurückzugreifen; anderenfalls gilt es, sich an im Handbuch publizierten Daten zu orientieren.

- IV a) Im betrachteten Fall sind die Veränderungen bezüglich zweier Skalen sowie GSI als statistisch signifikant zu betrachten, wenn man die Normstichprobe ( $n=1006$ ) im Handbuch zugrunde legt ( $Diff_{\text{Prä-Post}}$  bei ZWAN, DEPR, GSI > Vergleichswerte der Normstichprobe).
- IV b) Berücksichtigt man die Patientenstichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ( $n=428$ ) im Handbuch, so sind die Änderungen bei DEPR sowie GSI statistisch signifikant ( $Diff_{\text{Prä-Post}}$  bei DEPR, GSI > Vergleichswerte der stationären Psychotherapiepatienten).
- IV c) Bezieht man sich hingegen auf Vergleichsdaten einer großen Gruppe stationärer Psychotherapiepatienten (Mestel, Dilcher, Sprenger, Vogler & Klingelhofer, 2001) und betrachtet die klinische Relevanz – berechnet aufgrund einer großen repräsentativen Stichprobe Gesunder ( $n=2076$ ) und einer großen Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ( $n=3780$ ) – anhand eines Cutoff-Punktes [c], dann bleibt die Veränderung bei DEPR klinisch relevant.

Die Diskussion um die Berechnung von Cutoff-Werten ist weder in der nationalen noch internationalen Literatur abgeschlossen. Anhand des vorliegenden Beispiels wird deutlich, dass unterschiedliche Stichproben als Berechnungsgrundlage sowie die Wahl von Cutoff-Werten das Ergebnis stark beeinflussen.

### 3. Grenzen

Die Grenzen im Einsatz von SCL-90-R und BSI sollen im folgenden nicht einfach nur Punkt für Punkt angesprochen werden, sondern es werden praktische Hinweise für den Umgang damit gegeben.

#### 3.1 Datenerhebung

Gerade im Bereich der *Psycho-Ophthalmologie* und bei chronisch nierenkranken Patienten mit diabetischer Retinopathie im Bereich *Psycho-Nephrologie* überfordert die Papier-und-Bleistift-Version der SCL-90-R oder des BSI oftmals die Sehkraft der Patienten.

Hier bietet sich die PC-unterstützte Darbietung der Verfahren (Franke, 1998), auch aus ökonomischen Gründen, an; gleichzeitig ist es möglich, beide Verfahren im Interview zu erheben.

Die Validität des Verfahrens kann durch die *Motivation* der Probanden gefährdet werden (Edens, Otto & Dwyer, 1999; Weise, 1994). Immer wenn das Erkenntnisinteresse beim Einsatz psychologisch diagnostischer Verfahren in den Dienst gerichtlicher Auseinandersetzungen gestellt wird, ist Vorsicht geboten (Lees-Haley, 1998). Eine fundierte psychologische Diagnostik nutzt weitere Tests und weitere Datenquellen wie die Fremdbeurteilung (Expertenurteil, Urteil von nahen Bezugspersonen) und das Aktenstudium; nur so kann die Validität der gesuchten Diagnose erhöht werden (Franke, 2001).

#### 3.2 Datenauswertung

Die Datenauswertung sollte ebenfalls PC-unterstützt vorgenommen werden, da die Auswertung per Hand eine Fehlerquelle ist, die nicht unterschätzt werden sollte (Weise, 1994). Für beide Verfahren liegen PC-unterstützte Darbietungs- und Auswertungsprogramme vor (Kontakt: Apparatezentrum, Rohnsweg 25, 37085 Göttingen).

#### 3.3 Forschung

Sowohl die Skalen- als auch die Faktorenstruktur der SCL-90-R sind nicht unproblematisch. Zum einen vereinen die Skalen in unterschiedlichem Ausmaß Items; hier böte die Entwicklung gleich langer Skalen einen Ausweg. Vor allem in klinischen Gruppen korrelieren die Skalen hoch miteinander und explorative Faktorenanalysen finden immer wieder einen starken Hauptfaktor; hier gilt es, die Skalenstruktur zu modifizieren. Weiterhin ist die Replikation der Originalfaktorenstruktur nur konfirmatorisch (Franke, 1995) möglich, so dass es notwendig erscheint, sich auf eine Auswertungsstruktur zu einigen, die allerdings durch die Publikationen von Derogatis schon vorliegt.

Prinzipiell erscheint die Entwicklung spezifischer Verfahren zur Erfassung der erkrankungsbezogenen Lebensqualität – auf dem Boden des SYMPTOM-CHECKLISTEN-Ansatzes – sehr lohnenswert und sollte verstärkt vorangetrieben werden. Weitere Aufgaben für die Zukunft sind das Erstellen von aktuellen Normdaten und Schwellenwerten für klinische Gruppen für die SCL-90-R und das BSI. Eine Verbesserung beider Verfahren kann nur durch einen Einigungsprozess aller international an dem Verfahren Forschenden geschehen.



## Literatur

- Bullinger, M. (1995). German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: Preliminary results from the IQOLA project. *Social Science and Medicine*, 41, 1359-1366.
- Derogatis, L.R. (1992). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI), administration, scoring, and procedures manual, third edition*. Minneapolis: National Computer Services.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1992). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Edens, J.F., Otto, R.K. & Dwyer, T. (1999). Utility of the structured inventory of malingered symptomatology in identifying persons motivated to malinger psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27, 387-396.
- Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1994). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R und teilweise geänderte Fassung FPI-A1. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe, 6. revidierte Auflage.
- Frank, J.D. (1981). *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Franke, G.H. (1990). *Die psychosoziale Situation von HIV-Positiven*. Berlin: edition sigma.
- Franke, G.H. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160-167.
- Franke, G.H. (1994). Testtheoretische Untersuchung des Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 168-177.
- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual*. Göttingen: Beltz. [2., revidierte und erweiterte Aufl., 2001].
- Franke, G.H. (1998). *Computerunterstützte psychodiagnostische Selbstbeurteilungsverfahren im Äquivalenztest*. Lengerich: Pabst-Verlag.
- Franke, G.H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version*. Manual. Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H. (2001). Faking bad in personality inventories: Consequences for the clinical context. *Psychologische Beiträge*, im Druck.
- Franke, G.H., Esser, J., Stäcker, K.-H. & Spangemacher, B. (1998). Über den Zusammenhang zwischen Krankheitsprogredienz und Streßverarbeitung bei Patienten mit Retinopathia centralis serosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 48, 215-222.
- Franke, G.H., Esser, J., Voigtländer, A. & Mähner, N. (1998). Erste Ergebnisse zur psychometrischen Prüfung des NEI-VFQ (National Eye Institute Visual Function Questionnaire), eines psychodiagnostischen Verfahrens zur Erfassung der Lebensqualität bei Sehbeeinträchtigten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 7, 178-184.
- Franke, G.H., Jäger, H., Thomann, B. & Beyer, B. (1992). Assessment and evaluation of psychological distress in HIV-infected women. *Psychology and Health*, 6, 297-312.
- Franke, G.H., Reimer, J., Gerken, G. & Heemann, U. (2000). Prädiktoren schwerer psychischer Belastung bei HIV-Patienten. In N.H. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer (Hrsg.), *HIV-Infekt: Epidemiologie, Prävention, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Psycho-Soziologie (734-737)*. Berlin: Springer.
- Franke, G.H., Reimer, J., Kohnle, M., Luetkes, P., Mähner, N. & Heemann, U. (1999). Quality of life in end-stage renal disease patients after successful kidney transplantation – Development of the ESRD Symptom Checklist Transplantation Module. *Nephron*, 83, 31-39.
- Franke, G.H., Heemann, U., Kohnle, M., Luetkes, P., Mähner, N. & Reimer, J. (2000a). Quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychology and Health*, 14, 1037-1049.
- Franke, G.H., Reimer, J., Lütkes, P., Kohnle, M., Gerken, G., Philipp, T. & Heemann, U.

- (2000b). Die ESRD Symptom Checklist – Transplantation Module (ESRD-SCL™) – ein diagnostisches Verfahren zur Erfassung der krankheitsspezifischen Lebensqualität von Patienten nach Nierentransplantation. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten*, 29, 233-244.
- Frei, U., Schober-Halstenberg, H.-J. and the QuaSi-Niere Task Group for Quality Assurance in Renal Replacement Therapy. (1999). Annual report of the German Renal Registry 1998. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 14, 1085-1090.
- Fydrich, T., Geyer, M., Hessel, A., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 45, 212-216.
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Kordy, H., Alden, L.E., Wiggins, J.S. & Pincus, A.L. (1994). *IIP-D. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version – Manual*. Weinheim: Beltz.
- Kubinger, K.D. (1996). *Einführung in die Psychologische Diagnostik* (2., korrigierte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lees-Haley, P.R. (1989). Malingering emotional distress on the SCL-90-R: Toxic exposure and cancerphobia. *Psychological Reports*, 65, 1203-1208.
- Lienert, G.A. & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testpraxis* (5., völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McNair, D.M., Lorr, M. & Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service
- Mestel, R., Dilcher, K., Sprenger, B., Vogler, J. & Klingelhofer, J. (2001). *Calculations of clinical significant change for selfreport-outcome-instruments on the basis of 8000 patients*. Bad Groenenbach: Unpublished paper.
- Nelson, D.L., Quick, J.C., Eakin, M.E. & Matuszek, P.A.C. (1995). Beyond organizational entry and newcomer stress – Building a self-reliant workforce. *International Journal of Stress Management*, 2, 1-14.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.) (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch* (S. 135-156). Tübingen: dgvt.
- und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch (S. 49-74). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Petermann, F. (Hrsg.). (1997). *Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin* (2., erweiterte und korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Quint, U., Hasenburg, H., Patsialis, Th. & Franke, G.H. (1998). Psychische Belastung bei stationären Patienten mit akutem und chronischem Lumbalsyndrom. *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete*, 136, 444-450.
- Reimer, J., Franke, G.H., Stäcker, K.-H. & Strunk, W. (1997). Psychosoziale Implikationen bei Patienten mit malignem Aderhautmelanom nach Radioapplikatortherapie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 6, 23-29.
- Reimer, J., Franke, G.H., Ross, B., Gerken, G. & Heemann, U. (2000). HIV-Infektion und CDC-Klassifikation und Lebensqualität. In N.H. Brockmeyer, R. Brodt, K. Hoffmann, G. Reimann, M. Stücker & P. Altmeyer (Hrsg.), *HIV-Infekt: Epidemiologie, Prävention, Pathogenese, Diagnostik, Therapie, Psycho-Soziologie* (751-756). Berlin: Springer.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (2., verbesserte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, N., Hartkamp, H. & Franke, G.H. (2000a). Assessing clinically significant change: Application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86, 263-274.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kruse, J., Franke, G.H., Reister, G. & Tress, W. (2000b). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-193.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155-165.
- Schulz, W., Hoyer, H. & Hahlweg, K. (1998). Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Evaluierung der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Technischen Universität Braunschweig. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.) (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – ein Werkstattbuch* (S. 135-156). Tübingen: dgvt.

- Spilker, B. (Ed.). (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Stieglitz, R.-D., Fähndrich, E. & Möller, H.-J. (Hrsg.). (1998). *Syndromale Diagnostik psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Weise, G. (1994). Gütekriterien -speziell die Objektivität – von Tests in Abhängigkeit von der Art der Auswertung: Manuelle vs. Computerauswertung. In D. Bartussek & M. Amelang (Hrsg.), *Fortschritte der Differentiellen Psychologie und Psychologischen Diagnostik – Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Dr. Kurt Pawlik* (S. 307-317). Göttingen: Hogrefe.
- Wottawa, H. & Hossiep, R. (1997). *Anwendungsfelder psychologischer Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (Hrsg.). (1999). *Psychologie* (Bearbeitet und herausgegeben von S. Hoppe-Graff & I. Engel). Berlin: Springer.

### Angaben zu den AutorInnen:

*Gabriele Helga Franke*

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych.

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Studiengang Rehabilitationspsychologie

Osterburger Straße 25

39576 Stendal

E-Mail: gabriele.franke@stendal.hs-magdeburg.de

## Wolfgang Neumann „Spurensuche“ als psychologische Erinnerungsarbeit

1999, 352 Seiten, 44.- DM  
(für DGVT-Mitglieder ermäßigt 34.- DM)  
ISBN 3-87159-026-6



Die vorliegende Untersuchung stellt die Frage, in welcher Weise psychisch-familiale „Spuren“ des Nationalsozialismus bei KlientInnen zweier Generationen nach dem Zweiten Weltkrieg präsent sind und wie diese Spuren im psychologischen Dialog zur Sprache gebracht und bearbeitet werden können.