

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. med. F. Hohagen

**Chronische Depression: Entwicklung und Evaluation
des Lübecker Fragebogens zur Erfassung
präoperatorischen Denkens (LFPD)**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

-Aus der Sektion Medizin-

Vorgelegt von Tanja Kühnen
aus
Koblenz

Lübeck 2012

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger
2. Berichterstatter: Prof. Dr. rer. nat. Silke Anders

Tag der mündlichen Prüfung: 13.05.2013

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 13.05.2013

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

Meiner Oma gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1 Warum Entwicklung des „Lübecker Fragebogens zur Erfassung präoperatorischen Denkens – LFPD“?	6
1.1.1 Merkmale chronisch-depressiver Patienten	10
1.1.2 Bestandteile von CBASP	12
1.2 Erfassung der Pathologie chronisch-depressiver Patienten	15
2. Darstellung der Fragestellung und inhaltlichen Hypothesen	19
3. Material und Methoden	20
3.1 Konstruktion der Vorform des Fragebogens	20
3.2 Evaluation des Fragebogens	23
3.2.1 Stichprobe - Umfang und Rekrutierung	23
3.2.2 Ablauf der Datenerhebung	24
3.2.3 Itemanalyse	25
3.2.4 Reliabilitäts- und Validitätsanalyse	25
3.3 Aufgaben der Doktorandin	27
4. Ergebnisse	29
4.1 Stichprobenbeschreibung	29
4.2 Itemanalyse und Itemselektion	29
4.3 Reliabilitätsanalyse der Endform	32
4.4 Validitätsanalyse der Endform	32
4.4.1 Korrelation mit IIP, SVF, FKK	32
4.4.2 Vergleich der drei Gruppen: LFPD-Endform	33
4.4.2.1 Voraussetzungen Varianzanalyse (ANOVA)	33
4.4.2.2 Ergebnisse der Varianzanalyse	34

4.4.2.3 Nichtparametrische Tests	35
5. Diskussion	37
5.1 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen und Beantwortung der Fragestellung	37
5.2 Kritische Anmerkungen und Ausblick auf weitere notwendige Evaluationsschritte	39
6. Zusammenfassung	43
7. Literaturverzeichnis	44
8. Anhänge	48
Anhang A: LFPD – Gesamtform	48
Anhang B: Studieninformation	57
Anhang C: Einverständniserklärungen	59
Anhang D: Votum Ethikkommission	61
9. Danksagung	62
10. Lebenslauf	63

Abkürzungsverzeichnis:

ANOVA	Analysis of Variance
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
df	Freiheitsgrade
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
FKK-C	Skala fatalistische Externalität im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
FKK-I	Skala Internalität im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
FKK-P	Skala Sozial bedingte Externalität im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
IIPgesamt	Gesamtscore im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
LCDC	Lübecker Computergestützte Diagnose-Checklisten
LFPD	Lübecker Fragebogen zur Erfassung präoperatorischen Denkens
LFPDend	Endform des Lübecker Fragebogens zur Erfassung präoperatorischen Denkens
M	Mittelwert
MD	Major Depression
n	Umfang Stichprobe
PPRF	Patient Performance Rating Form
SAd-IDE	Form for Scoring the Self- Administered Interpersonal Discrimination Exercise
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVF	Stressverarbeitungsfragebogen
SVFneg	negative Stressverarbeitungsstrategien im Stressverarbeitungsfragebogen
SVFpos	positive Stressverarbeitungsstrategien im Stressverarbeitungsfragebogen
ToM	Theory of mind

1. Einleitung

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung und Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung kognitiver Merkmale chronisch-depressiver Patienten angelehnt an die Psychopathologie chronisch-depressiver Patienten, welche McCullough (2000) seinem Therapiekonzept „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)“ zugrunde gelegt hat.

Ziel im Einzelnen ist es:

1. Einen Fragebogen zu konstruieren, welcher präoperatorisches Denken im Erwachsenenalter in Anlehnung an McCullough (2000) misst.
2. Die Items des entwickelten Instruments einer Itemanalyse zu unterziehen und eine Testendform zusammenzustellen und
3. Die Testendform auf ihre Validität und Reliabilität hin zu überprüfen.

Bevor eine Schilderung dieser Schritte erfolgt, sollen jedoch zunächst die Beweggründe für dieses Vorhaben erläutert werden.

1.1 Warum Entwicklung des „Lübecker Fragebogens zur Erfassung präoperatorischen Denkens - LFPD“?

Die Beweggründe für das Vorhaben einen Fragebogen zu entwickeln, der präoperatorisches Denken im Erwachsenenalter erfasst, ergaben sich aus folgenden Überlegungen:

Bei ungefähr 25 bis 30 Prozent der an einer unipolaren affektiven Störung erkrankten Patienten liegt eine chronische Depression vor (Keller et al., 1997; Dunner, 2001). Derzeit werden im DSM-IV (1994) vier Verlaufsformen der chronischen Depression unterschieden: 1. Dysthyme Störung, 2. Double Depression, 3. rezidivierende Major Depression und 4. Major Depression, chronisch. Gemeinsam ist den vier Verlaufsformen,

dass die depressive Symptomatik zwei oder mehr Jahre andauert, ohne dass Perioden von Symptommfreiheit länger als zwei Monate bestanden haben (Klein, 2010).

Die Dysthymie (Abbildung 1) ist dadurch gekennzeichnet, dass über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren eine milde bis mittelgradige depressive Symptomatik vorliegt. Es handelt sich folglich um eine chronisch depressive Verstimmung außerhalb mittelgradiger oder schwerer depressiven Episoden (DSM IV, 1994).

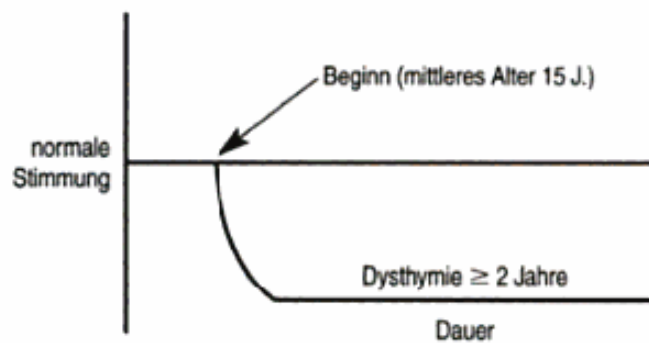


Abbildung 1: Dysthymie (aus McCullough, 2006).

Bei der Double Depression (Abbildungen 2 und 3) treten zu einer bestehenden Dysthymie einzelne oder mehrere Episoden einer Major Depression auf.

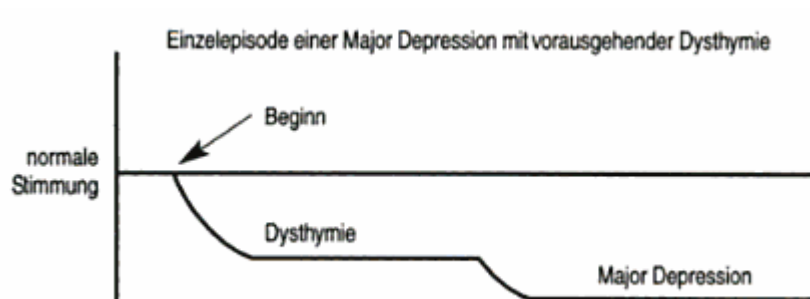


Abbildung 2: Double Depression mit einer Major Depression (aus McCullough, 2006).

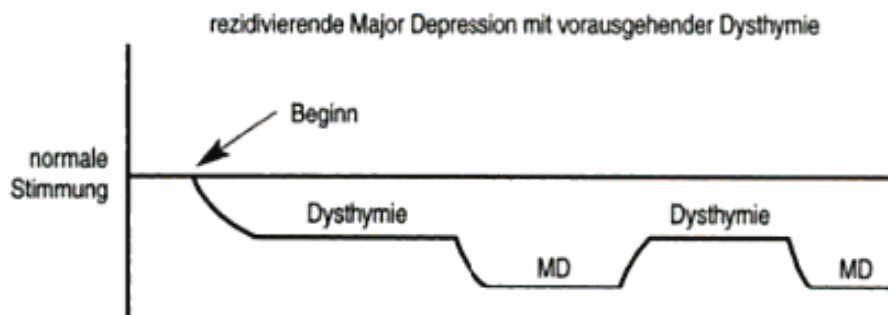


Abbildung 3: Double Depression mit mehreren Episoden einer Major Depression (MD) (aus McCullough, 2006).

Die rezidivierende Major Depression hält länger als zwei Jahre ohne volle Remission zwischen den Episoden an (Abbildung 4).

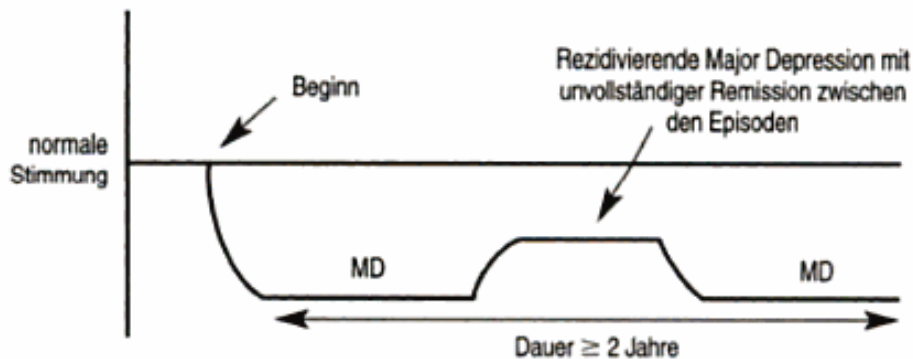


Abbildung 4: rezidivierende Major Depression (MD) ohne Remission (aus McCullough, 2006).

Bei der Major Depression, chronisch, werden die Kriterien einer schweren depressiven Störung durchgehend über mindestens zwei Jahre erfüllt (Abbildung 5).

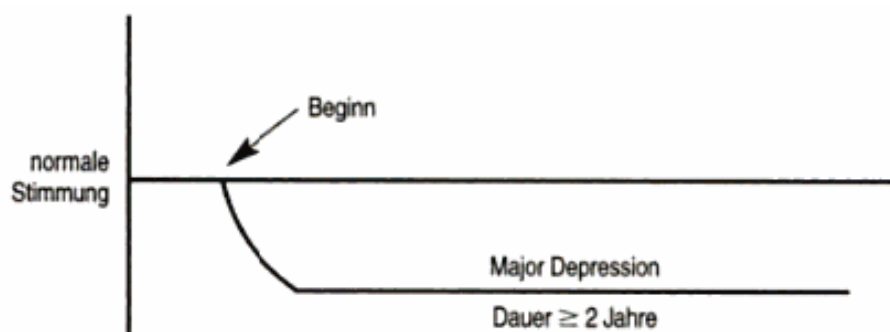


Abbildung 5: chronische Major Depression (aus McCullough, 2006).

Ein fünftes Verlaufsmuster ist die Double Depression/chronische Major Depression, d.h. dass die Patienten sowohl die Kriterien einer Double Depression als auch einer chronischen Major Depression erfüllen (siehe Abbildung 6; McCullough, 2006).

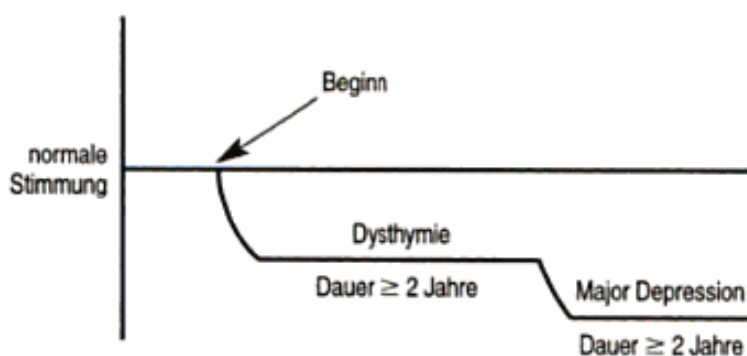


Abbildung 6: Double Depression/chronische Major Depression (aus McCullough, 2006).

Sowohl eine einzelne depressive Episode, die weniger als zwei Jahre anhält, als auch eine rezidivierende Major Depression mit Remission zwischen den Episoden werden im DSM-IV (1994) zu den episodisch-depressiven Erkrankungen gezählt.

1.1.1 Merkmale chronisch-depressiver Patienten

Chronisch-depressive Störungen und episodisch-depressive Störungen unterscheiden sich, neben dem unterschiedlichen zeitlichen Verlauf, in verschiedenen Bereichen voneinander: Studien zeigen, dass bei chronisch-depressiven Erkrankungen der Krankheitsbeginn im jüngeren Alter liegt, chronisch-depressive Patienten eine höhere Komorbidität von Achse-I sowie Achse-II Störungen aufweisen und eine ausgeprägtere Suizidalität als episodisch-depressive Patienten zeigen (Gilmer et al., 2005; Klein et al., 2006 und Klein, 2010).

Zudem führen chronisch-depressive Störungen zu einer ausgeprägteren Beeinträchtigung des Psychosozialen Funktionsniveaus (Dunner, 2001). Darüber hinaus berichten chronisch-depressive Patienten über mehr traumatische Erfahrungen und negative Ereignisse hinsichtlich wichtiger Bezugspersonen als episodisch-depressive Patienten (Akiskal, 1983; Lizardi et al., 1995).

In den 80er und früheren 90er Jahren des vorherigen Jahrhunderts wurde diskutiert, ob es sich bei den chronisch-depressiven Störungen, insbesondere der Dysthymie, eher um eine Persönlichkeitsstörung als um eine Affektive Störung handelt. Diese Diskussion ist insofern relevant, als sie eine entwicklungspsychologische Dimension der chronischen Depression impliziert. Heute wird davon ausgegangen, dass chronisch-depressive Störungen eine eigenständige Kategorie innerhalb der affektiven Störungen sind (Klein, 2010).

Eine weitere wichtige Unterscheidung ist zudem die, dass chronisch-depressive Störungen schwerer pharmakologisch und psychotherapeutisch zu behandeln sind als episodisch-depressive Störungen (Thase, 1992 und Thase et al., 1994; Kocsis 2003; Torpey und Klein, 2008). Chronisch-depressive Patienten zeigen beispielsweise bei der Behandlung mit Antidepressiva längere Wirklatenzen und höhere Raten von Non-Response als Patienten mit einem episodischen Verlauf (Keller et al., 1998).

Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)“ von James McCullough (2000) ist ein Psychotherapieverfahren, welches zur gezielten psychotherapeutischen Behandlung chronisch-depressive Störungen entwickelt worden ist.

Ein wichtiger Ausgangspunkt von CBASP ist nach McCullough (2000) die Theorie der kognitiven Entwicklung von Piaget. Piaget (Inhelder und Piaget, 1999) stellte eine

Stadientheorie der kognitiven Entwicklung vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz auf, wobei eine grundlegende Bedingung dieser Stadien laut Piaget ist, dass sie in einer festen Abfolge durchlaufen werden müssen und kein Stadium übersprungen werden kann. Piaget sieht Entwicklung darüber hinaus als ein Wechselspiel zwischen Assimilation und Akkommodation, deren Ergebnis Adaptation ist. Nach diesem Prinzip wird die bestehende Struktur so lange nicht geändert, wie es gelingt eine neue Erfahrung dieser Struktur anzupassen, sie zu assimilieren. Wird die Differenz zu groß, entsteht ein Ungleichgewicht und es kommt zur Akkommodation.

In Bezug auf chronisch-depressive Patienten ist die zweite Stufe der kognitiven Entwicklungstheorie von Piaget bedeutsam. Diese Stufe, die präoperatorische Stufe, welche Kinder zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr erreichen, ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: die elementaren Gefühle sind spontan und das Verhalten entsprechend impulsiv, auf dieser Stufe kann das Kind noch nicht logisch denken, es kann nicht zwischen Einzelnem und Allgemeinen unterscheiden, es besteht eine Zentrierung auf einen oder wenige Aspekte und das Kind ist egozentrisch, d.h. es ist unfähig, die Perspektive anderer einzunehmen. Egozentrismus, Zentrierung und Irreversibilität weisen auf eine eingeschränkte Beweglichkeit des Denkens hin (Inhelder und Piaget, 1999; Sulz, 2007).

McCullough (2000) schloss aus seiner Arbeit mit chronisch-depressiven Patienten, dass diese in der präoperatorischen Phase verhaftet sind, und stellte die folgenden Hypothesen auf:

Die Patienten denken u.a. in prälogischer Weise und präkausal, d.h. dass sie von einer Prämisse ausgehend direkt einen Schluss ziehen, ohne die Prämisse selbst oder Alternativhypothesen zu überprüfen. Sie lassen sich kaum auf logische Erklärungen ein und sind in ihrer Weltsicht über sich selbst und andere ich-zentriert. Entsprechend dieser egozentrischen Weltsicht äußern sich die Betroffenen in Form von Monologen.

Dieses Verbleiben in der präoperatorischen Stufe wird dann zum Problem, wenn die Patienten mit Aufgaben eines Erwachsenen konfrontiert sind: Chronisch-depressive Patienten richten ihr interpersonelles Verhalten nur unzureichend auf antizipierte Konsequenzen aus (Schweiger und Sipos, 2009). Bedeutsam ist ebenso die Aussage von Piaget, dass formal-operatorisches Denken - die letzte Stufe der kognitiven Entwicklung -

in einigen Bereichen entwickelt wird, in anderen jedoch nicht. Piaget begründet dies mit Interessen, Motivation und Lebenserfahrungen. Dieses Differenzierungsmodell kann erklären, warum chronisch-depressive Patienten in einigen Bereichen (beispielsweise Umgang mit zwischenmenschlichen Problemen) auf der präoperatorischen Stufe verhaftet bleiben, in anderen Bereichen (beispielsweise der materiellen Umwelt) jedoch zu formal-operatorischen Denken in der Lage sind. McCullough (2000) spricht in diesem Zusammenhang von „bifurcated development“.

Die Ursache dafür, dass chronisch-depressive Patienten in der präoperatorischen Phase verhaftet sind, sieht McCullough (2000) u.a. in einer Traumatisierung in der Kindheit oder anderen ungünstigen Bedingungen wie übertriebene Einengung oder Einflussnahme. Diese Erfahrungen führen zu einem kognitiv-emotionalen Entwicklungsstillstand. Dieser Entwicklungsstillstand wird insbesondere bei Patienten mit Beginn der chronisch-depressiven Störung vor dem 21. Lebensjahr als Ursache angesehen. Bei chronisch-depressiven Störungen mit spätem Beginn (nach dem 21. Lebensjahr) wird davon ausgegangen, dass emotionaler Stress zu einer Verschlechterung des kognitiv-emotionalen Funktionsniveaus und damit zu einer Rückkehr auf das präoperatorische Niveau führt (McCullough, 2000). Diese Erklärung erscheint im ersten Moment möglicherweise befremdlich, ist jedoch in psychotherapeutischen Konzepten keine neue Überlegung. In den psychoanalytischen/tiefenpsychologisch-fundierten Psychotherapien besteht beispielsweise das Grundkonzept der Regression. Unter dieser wird ein Prozess verstanden, bei dem eine Person von einem schon erreichten Funktionsniveau zu einem früheren primitiveren Niveau des Denkens, Fühlens und Handelns zurückfällt (Geyer, 2007).

1.1.2 Bestandteile von CBASP

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick zu den Therapieelementen des „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)“ von James McCullough gegeben, welche im unmittelbaren Bezug zu der Entwicklung des Fragebogens stehen. Für eine ausführliche Darstellung des therapeutischen Verfahrens sei auf die entsprechende Literatur verwiesen.

James McCullough hat in den 80er Jahren des vorherigen Jahrhunderts begonnen ein spezielles Konzept zur Behandlung chronisch-depressiver Patienten zu entwickeln, welches interpersonelle, psychodynamische und kognitiv-behaviorale Strategien vereint (Hautzinger, 2008). Darüber hinaus integriert es die folgenden theoretischen psychologischen Ansätze: Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit, Skinners Erkenntnisse zum operanten Lernen, Banduras Theorie des sozialen Lernens und Kieslers Modell zur Interpersonellen Theorie (McCullough, 2000; Schoepf et al., 2007).

Das Hauptziel von CBASP ist entsprechend der Annahme von McCullough (2000), der zufolge die Patienten für Konsequenzen und Feedback ihrer Umgebung nicht erreichbar sind, die Förderung interpersonellen Verhaltens. McCullough (2000) spricht in diesem Zusammenhang u.a. von Denken in wahrgenommener Funktionalität oder auch wahrgenommenen funktionalen Denken. Darunter versteht er die Fähigkeit eines Individuums, Bezüge zwischen dem eigenem Verhalten und der Reaktion des Gegenübers herzustellen. Die Patienten sollen lernen, wie ihre Denk- und Verhaltensmuster ihre Schwierigkeiten aufrechterhalten und sie sollen lernen, ihr soziales Verhalten so zu verändern, dass sie Probleme pro-aktiv und zielorientiert lösen können (Schoepf et al., 2007).

Kernstücke von CBASP sind die folgenden Therapietechniken: die Situationsanalyse und der Aufbau von Verhaltensfertigkeiten sowie interpersonelle Therapietechniken (McCullough, 2000).

Die Situationsanalyse soll genutzt werden, damit der Patient sein präoperatorisches Denken überwindet und lernt, dass sein Verhalten Konsequenzen in der Umwelt hat. Er soll mit ihrer Hilfe lernen, sein interpersonelles Verhalten auf die antizipierten Konsequenzen auszurichten. Analysiert werden relevante zwischenmenschliche Situationen des Patienten. Der Patient soll mithilfe der Situationsanalyse dazu angehalten werden, schrittweise in formal-operativer Weise zu denken und zu handeln.

Zur Überwindung des präoperatorischen Denkens werden verschiedene Strategien angewendet: Der Patient wird beispielsweise geschult, sein eigenes Verhalten und interpersonelle Ereignisse präzise und nicht global und verallgemeinernd zu beschreiben. Er wird geschult, die Interpretationen von Ereignissen auf tatsächliche Informationen hin

auszurichten und nicht über Motive zu spekulieren und er wird geschult, realistische und erreichbare Ergebnisse zu formulieren (Schweiger und Sipos, 2009).

Die interpersonellen Techniken sollen genutzt werden, um die negativen Erfahrungen in Beziehungen anzugehen.

Der Patient soll mittels den interpersonellen Diskriminationsübungen lernen, zwischen dem Verhalten des Therapeuten und dem Verhalten früherer prägender Bezugspersonen, Unterschiede zu erkennen. Durch dieses bewusste Erkennen von Unterschieden sollen dysfunktionale Beziehungsmuster überwunden werden (McCullough, 2000; Schramm et al., 2006).

Die Wirksamkeit von CBASP wurde bisher in zwei großen Studien systematisch untersucht:

In der Multicenterstudie an ambulanten Patienten (n=681; 12 Therapiezentren) von Keller et al. (2000) zeigte sich, dass CBASP in Kombination mit Psychopharmakotherapie den Monotherapien (CBASP alleine oder Psychopharmakotherapie alleine) signifikant überlegen war. Eine weitere Multicenterstudie von Kocsis et al (2009), in der der Einsatz von CBASP als Augmentative Strategie zu Psychopharmakologie untersucht worden ist, zeigte, dass CBASP zusätzlich zur Pharmakotherapie zu ähnlichen Remissionsraten führte wie die Vergleichsbedingungen (Supportive Therapie mit Pharmakotherapie bzw. optimierte Pharmakotherapie).

Manber et al. (2003) zeigten, dass die Fähigkeit Situationsanalysen kriteriengerecht durchzuführen im Zusammenhang mit der Reduktion der depressiven Symptomatik im Verlauf der Behandlung steht. Zudem stellt diese Fähigkeit einen signifikanten Prädiktor für den Therapieerfolg dar.

Weitere Therapiestudien zur Wirksamkeit von CBASP, auch im deutschen Sprachraum, werden aktuell durchgeführt und zeigen, dass CBASP ein vielversprechendes Therapieverfahren ist: In einer randomisierten Pilotstudie schlossen Schramm et al. (2011) 30 chronisch-depressive Patienten mit frühem Beginn ein. Die Patienten wurden hinsichtlich 22 Stunden CBASP oder interpersonelle Psychotherapie (IPT) verteilt auf 16

Wochen randomisiert. Die sekundären Daten (Remission (Hamilton Rating Scale for Depression ≤ 8) und Werte im Becks-Depressions-Inventar) zeigen einen Vorteil von CBASP gegenüber der interpersonellen Psychotherapie.

1.2 Erfassung der Pathologie chronisch-depressiver Patienten

Während die Wirksamkeit von CBASP derzeit intensiv erforscht wird und es eine Vielzahl von Studien gibt, welche sich mit epidemiologischen Unterschieden zwischen episodisch-depressiven und chronisch-depressiven Patienten beschäftigen, gibt es jedoch im Vergleich dazu wenig Forschung, welche sich mit der Erfassung der spezifischen kognitiven Pathologie chronisch-depressiver Patienten beschäftigt.

McCullough und Kollegen haben in einer Serie von Langzeitstudien psychologische Merkmale von chronisch-depressiven Patienten (Patienten mit einer Dysthymen Störung oder einer Double Depression) untersucht (McCullough, 2000). Zusammenfassend konnten folgende Ergebnisse gefunden werden: die chronisch-depressiven Patienten erzielten im Eysneck'schen Persönlichkeitsinventar höhere Neurotizismuswerte und höhere Introversionswerte als gesunde Kontrollprobanden (McCullough et al. 1994), hohe externalen Kontrollattributionen erfasst mit Rotters I-E- Skalen (McCullough et al. 1990; McCullough, 1991) und hohe Ausprägungen an Wunschdenken und Selbstbeschuldigung im Bewältigungsfragebogen (Ways of Coping Questionnaire) (McCullough, 2000). McCullough (2000) zieht eine Parallele zwischen externalen Kontrollüberzeugungen und dem wahrgenommenen funktionalen Denken und empfiehlt, die Kontrollüberzeugungen zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Therapie mit den Rotter-I-E Skalen zu erfassen.

Eine Diplom-Arbeit (Friedrich, 2010), welche im Rahmen unserer Arbeitsgruppe entstanden ist und zum Ziel hatte, die obigen Ergebnisse im deutschen Sprachraum zu replizieren, ordnet sich in weiten Bereichen in die Befunde ein:

So zeigten die untersuchten chronisch-depressiven Patienten im Vergleich zu den episodisch-depressiven Patienten und den gesunden Kontrollprobanden mehr inadäquater Copingstrategien erfasst mit dem *Stressverarbeitungsfragebogen* von Janke et al. (2002)

und niedrigere Extraversionswerte erfasst mit dem *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar* von Borkenau und Ostendorf (2007). Die Befunde zu Kontrollattributionen erfasst mit dem *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* von Krampen (1991) führten zu unterschiedlichen Ergebnissen: So lieferte der Vergleich des Testergebnisses Internalität zwischen den depressiv Erkrankten (chronisch-depressiv vs. episodisch-depressiv) bei den Frauen ein signifikantes Ergebnis, nicht jedoch bei den Männern. Für die sozial bedingte Externalität und die fatalistische Externalität ergibt der Vergleich der depressiven Gruppen (episodisch-depressiv vs. chronisch-depressiv) bei den Männern signifikante Ergebnisse, aber nicht bei den Frauen. Ähnlich verhält es sich mit den Ergebnissen zu den Neurotizismuswerte erfasst mit dem *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar* von Borkenau und Ostendorf (2007). Ein signifikanter Unterschied für Neurotizismus konnte bei den Frauen für beide Gruppenvergleiche (chronisch vs. episodisch, chronisch vs. gesund) gefunden werden. Bei den Männern ist der Unterschied zwischen chronisch-depressiven und episodisch-depressiven Probanden nicht signifikant, jedoch der Vergleich zu den gesunden Probanden (Friedrich, 2010).

Ein weiteres kognitionswissenschaftliches bzw. entwicklungspsychologisches Konstrukt, welches derzeit wiederholt in Zusammenhang mit verschiedenen Pathologien – so auch den chronisch-depressiven Störungen - diskutiert und untersucht wird, ist die „Theory of Mind (ToM)“. Der Begriff „Theory of mind“ bezeichnet die Fähigkeit, eine Annahme über Gefühle, Wünsche, Ansichten und Bedürfnisse in der eigenen Person und in anderen Personen zu bilden und zu verstehen, dass andere Personen Wünsche, Vorstellungen und Absichten haben können, welche sich von den eigenen unterscheiden. Choi-Kain und Gunderson (2008) stellten die Hypothese auf, dass diese Fähigkeit eine wichtige Voraussetzung zur Entwicklung von sozial-kognitiven Fähigkeiten ist.

Untersuchungen von Kindern haben gezeigt, dass Kinder ab vier Jahren oder z.T. auch schon früher eine „Theory of Mind“ besitzen. Es wird davon ausgegangen, dass Kinder ab ungefähr 18 Monaten erkennen können, dass andere eine andere Perspektive haben als sie selbst (Flavell, 1978). Zudem wissen Kinder in diesem Alter, dass Wünsche nicht automatisch erfüllt werden (Bretherton, 1991).

Untersuchungen an depressiven Patienten bezüglich „ToM-Paradigmen“ erbrachten unterschiedliche Ergebnisse:

Wilbertz et al. (2010) untersuchten 16 chronisch-depressive Patienten mit frühem Beginn der Erkrankung im Vergleich zu 16 gesunden Kontrollprobanden mit einem „theory of mind“ Test, der so genannten MASC- Movie for Assessment of Social Cognition-, einem Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Empathie - dem sog. Interpersonal Reactivity Index (IRI) - und einer strukturierten Beurteilung der präoperatorischen Verhaltensweisen durch den Therapeuten. Die Befunde sprechen dafür, dass sich die chronisch-depressiven Patienten nicht signifikant in der „ToM“- Leistung von den gesunden Probanden unterscheiden. In der Selbsteinschätzung von Empathie stuften sich die chronisch-depressiven Patienten jedoch signifikant niedriger ein als die gesunden Kontrollprobanden. Zudem konnten die Therapeuten eine Reihe präoperatorischer Verhaltensweisen bei den Patienten beobachten.

Zobel et al. (2010) untersuchten chronisch-depressive Patienten (n=30) mit dem „cartoon picture story“-Test. Sie konnten zeigen, dass sich die Patienten in der „ToM“-Leistung signifikant von den gesunden Probanden unterscheiden.

Inoue et al. (2004) konnten belegen, dass remittierte depressive Patienten signifikant schlechtere Leistungen als gesunde Probanden in „second order False questions“ zeigten.

Ähnlich sind auch Ergebnisse von Werden et al. (2008): Diese konnten ebenfalls zeigen, dass chronisch-depressive Patienten schlechtere „ToM“-Leistungen zeigen als gesunde Probanden.

Kritisch anzumerken zu den Befunden zu „ToM-Leistungen“ ist, dass möglicherweise die verwendeten Materialien nicht geeignet sind, um Defizite der „theory of mind“ im Erwachsenenalter gezielt zu untersuchen und adäquatere Methoden zur Erfassung entwickelt werden müssen (Wilbertz et al., 2010).

Arntz et al. (2009) weisen darauf hin, dass adäquate Methoden zur Erfassung der Defizite in „ToM-Leistungen“ entwickelt werden müssen, damit die spezifische Pathologie erfasst werden kann. Vorgeschlagen wird, dass die Tests emotional relevante Situationen umfassen sollten.

Ähnlich wie im Bereich der „theory of mind“ fehlen in Bezug auf CBASP und des präoperatorischen Denkens bisher ebenso geeignete Messinstrumente. Umfangreiche Recherchen im Vorfeld der vorliegenden Studie zeigten, dass es bis dato kein Instrument gibt, welches präoperatorisches Denken im Erwachsenenalter misst.

Im Hinblick auf die Untersuchung der Wirksamkeit von Therapien im Allgemeinen und CBASP im Besonderen scheint dies jedoch ausgesprochen wichtig. Ohne ein standardisiertes spezifisches Instrument kann nicht erfasst werden, ob sich die spezifische zugrunde liegende Pathologie durch das angewendete Therapiekonzept ändert.

Aufgrund dieser Überlegungen entstand die Idee ein standardisiertes Instrument zu entwickeln, um zusätzlich zu der Diagnosestellung nach DSM-IV (1994), ein Instrument zur Verfügung zu haben, das zum einen zur Diagnostik chronisch-depressiven Störungen durch die Erfassung der Ausprägung des präoperatorischen Denkens beiträgt und zum anderen aber auch als Instrument eingesetzt werden kann, um therapeutische Entscheidungen erleichtern zu können (z.B. in Form von indikationsorientierter Diagnostik).

Dies ist insofern relevant, da die Beschreibung der chronisch-depressiven Patienten meist auf Fallbeispielen und nicht auf einer systematischen Erfassung beruht (Wilbertz et al., 2010). In der therapeutischen Arbeit mit chronisch-depressiven Patienten fällt jedoch auf, dass nicht jeder Patient mit der Diagnose einer chronischen Depression ohne Weiteres in diese Beschreibungen passt. In diesem Fall ist eine wichtige Frage, ob eine Behandlung nach dem Konzept von CBASP dann das erfolgversprechendste Therapieverfahren ist.

Zudem soll das Instrument dazu dienen, Therapieerfolge besser beurteilen zu können, was unter steigendem wirtschaftlichem Druck im Gesundheitssystem von besonderer Relevanz ist.

2. Darstellung der Fragestellung und inhaltlichen Hypothesen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden die folgende Fragestellungen bzw. Hypothesen untersucht:

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit ist die Konstruktion und die Evaluation des

- „Lübecker Fragebogen zur Erfassung präoperatorischen Denkens- LFPD“.

Die Evaluation gliedert sich in folgende Unterziele:

- Durchführung Itemanalyse: Die Items sollen eine mittlere Schwierigkeit und eine mittlere Trennschärfe aufweisen, um eine maximale Differenz zu gewährleisten.
- Reliabilitäts- und Validitätsanalysen: Die *Reliabilität* (interne Konsistenz, Split-Half Reliabilität) und die *Validität* (Konstruktvalidität, diskriminative Validität) der Testendform soll ausreichend sein. Aufgrund der Erfassung eines einheitlichen Konzepts wird eine hohe interne Konsistenz erwartet.

3. Material und Methoden

Im Folgenden wird zunächst die Vorgehensweise bei der Konstruktion des Fragebogens beschrieben, bevor im weiteren Verlauf die Evaluationsschritte ausführlich dargestellt werden.

3.1 Konstruktion der Vorform des Fragebogens

Die Konstruktion des Fragebogens erfolgte in Anlehnung an die Merkmale, die McCullough (2000) seiner Beschreibung der Pathologie chronisch-depressiver Patienten zugrunde legt. Ziel war es, präoperatorisches Denken mit folgenden Facetten zu erfassen:

1. *Schnappschussperspektive*: Darunter versteht McCullough (2000) das Haften der Wahrnehmung an der unmittelbaren Umwelt: der Betroffene sieht nur den gegenwärtigen Moment, dieser wird als Wiederholung der negativen Vergangenheit und als Prädiktor für eine ähnliche Zukunft betrachtet. Das Merkmal bezieht sich auf Gefühle, die eigene Person und interpersonelle Erfahrungen.
2. *Prälogisches Denken*: Dies bedeutet, dass ohne Zwischenschritte von einer Prämisse zu einer Schlussfolgerung übergegangen wird. Die logische Beweisführung anderer hat keinen Einfluss.
3. *Egozentrismus*: Darunter versteht McCullough (2000) die Unfähigkeit, den Blickwinkel anderer einzunehmen bzw. sich in die Rolle eines anderen hineinzusetzen und die eigene Sicht als eine unter vielen anzusehen.
4. *Fehlendes Denken in wahrgenommener Funktionalität*: Darunter versteht McCullough (2000) das fehlende Bewusstsein, dass eigenes Verhalten Konsequenzen in der Umwelt hat.
5. *Fehlende authentische Empathie*: Darunter versteht McCullough (2000) die fehlende Fähigkeit zur empathischen Kommunikation.

Entwickelt wurde ein Selbstbeurteilungsinstrument, da diese ökonomisch einsetzbar sind. Dies hat gerade im Klinikalltag unter steigendem zeitlichem Druck eine zunehmende Bedeutung.

Die Items wurden in Anlehnung an „Situational Judgment Tests (SJT)“, welche häufig in der Personalauswahl eingesetzt werden, konstruiert (McDaniel et al., 2007). Im Rahmen eines „Situational Judgment Tests“ werden die Bewerber mit problematischen Situationen, denen sie im Arbeitsalltag begegnen können, konfrontiert. Anhand ihres Verhaltens in diesen vorgegebenen Situationen wird nach dem Konsistenzgedanken davon ausgegangen, dass die Bewerber dieses Verhalten auch in späteren, ähnlichen Situationen zeigen werden.

Die Situationen werden beschrieben und mit Antwortalternativen versehen, beispielsweise Möglichkeiten wie auf das beschriebene Problem reagiert werden kann. Aufgabe der Bewerber ist es, die Antwortalternativen nach ihrer Effektivität („was ist zu tun?“) oder danach wie sie sich verhalten würden („was würden sie tun?“) einzustufen. Nach McDaniel et al. (2001) sind diese „Situational Judgment Tests“ gut in der Lage, Arbeitsleistung zu präzisieren.

Die Entscheidung die Items des LFPDs in ähnlicher Weise zu konstruieren, resultierte aus folgenden Überlegungen: Erfasst werden soll zum einen präoperatorisches Denken und damit Fertigkeiten in vorwiegend interpersonellen Situationen. Zum anderen haben chronisch-depressive Patienten Schwierigkeiten, sich selbst auf den relevanten Dimensionen einzuschätzen. Folglich bestand die Befürchtung, dass chronisch-depressive Patienten Aussagen wie: „Mein ablehnendes Verhalten hat einen Einfluss auf das Verhalten anderer Personen – „trifft stark zu /trifft überhaupt nicht zu“ nur eingeschränkt beurteilen können.

Daher wurden kleine Geschichten mit zwei Reaktions- bzw. Denkalternativen konstruiert, wobei die eine Auswahlalternative ein ausgeprägtes präoperatorisches Denken bzw. Reagieren und die andere Alternative nicht-präoperatorisches Denken bzw. Reagieren darstellt. Gewählt werden soll die Antwortalternative, welche am besten wiedergibt, wie der Betroffenen in der Situation reagiert bzw. gedacht hätte (siehe Abbildung 7, S. 22). Es handelte sich folglich um verhaltensbezogene und nicht um wissensbezogene Items („wie sollte man am besten reagieren?“).

Ausgegangen wurde davon, dass diese Aspekte ein einheitliches Konzept erfassen. Die Punktwerte der einzelnen Items werden zu einem Gesamtwert summiert. Wird bei einem Item die Antwortalternative gewählt, die eine präoperatorische Reaktionsweise umfasst, wird eine „0“ vergeben. Wird die Antwortalternative gewählt, die eine nicht-präoperatorische Reaktionsweise umfasst, wird eine „1“ vergeben. Ein niedriger Gesamtwert bedeutet demzufolge, dass eine hohe Ausprägung an präoperatorischem Denken bzw. Reagieren vorliegt. Ein hoher Wert bedeutet, dass das präoperatorische Denken bzw. Reagieren gering ausgeprägt ist.

Situation: Ich sitze mit meinen Kollegen beim Mittagessen. Einer meiner Kollegen erzählt uns von einer neuen Kneipe, welche in der Stadt aufgemacht hat. Ich bin bei der Unterhaltung still und beteilige mich nicht am Gespräch. Einige meiner Kollegen machen den Vorschlag, sich für den Abend zu verabreden, um die neue Kneipe anzuschauen. Ich sage nichts. Am Abend zu Hause werde ich ärgerlich, weil ich gerne mit den Kollegen in die Kneipe gegangen wäre und keiner mich gefragt hat.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Keiner mag mich – ich werde immer ausgelassen.
- Ich habe meinen Kollegen nicht klar gemacht, dass ich dabei sein will. Ich gehe vielleicht einfach zur Kneipe hin.

Abbildung 7: Beispielitem.

Erstellt wurde ein Itempool, der aus insgesamt 22 Items bestand. Die Items wurden nach ihrer Erstellung in einem ersten Schritt von der Doktorandin, Herrn Prof. Dr. med. Schweiger und einem externen Experten (Prof. J. McCullough) nach ihrer Eignung eingestuft. In diesem Prozess wurden keine Items eliminiert, aber mehrere in ihrem Wortlaut verändert. Die 22 Items wurden in einem zweiten Schritt zehn depressiven Patienten vorgelegt, um zu überprüfen, inwieweit die Instruktion und die Items verständlich formuliert sind. Es zeigte sich, dass die Instruktionen und Items verständlich sind und depressive Patienten in der Lage sind, die Items, trotz eingeschränkten Konzentrationsvermögens, zu bearbeiten. Schließlich wurden die Items nach dem Zufallsprinzip angeordnet.

3.2 Evaluation des Fragebogens

Im Folgenden werden zunächst die Evaluationsschritte dargestellt, bevor die Ergebnisse detailliert beschrieben werden.

3.2.1 Stichprobe - Umfang und Rekrutierung

Für die Studie war geplant insgesamt 30 Patienten mit einer episodisch- und insgesamt 30 Patienten mit einer chronisch-depressiven Störung sowie 30 gesunde Probanden einzuschließen.

In die Studie eingeschlossen wurden Probanden zwischen dem 18. und 75. Lebensjahr.

Eingeschlossen in die Gruppe „Chronische Depression“ wurden Patienten mit allen Verlaufsformen einer chronischen Depression: 1. Dysthyme Störung, 2. Double Depression 3. rezidivierende Major Depression, die länger als zwei Jahre ohne volle Remission zwischen den Episoden anhält, 4. Major Depression, chronisch und 5. Double Depression/chronische Major Depression.

Eingeschlossen in die Patientengruppe „Episodische Depression“ wurden Patienten, bei denen eine Major Depression oder rezidivierende Major Depression vorliegt, ohne dass das Kriterium der Chronizität erfüllt ist.

Eingeschlossen in die Gruppe „gesunde Probanden“ wurden Probanden, bei denen keine klinisch relevante psychische Erkrankung vorliegt. Ein Ausschlusskriterium für gesunde Probanden war das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung in der Gegenwart oder der Vergangenheit.

Die depressiv erkrankten Probanden wurden innerhalb der stationären Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, angeworben. Rekrutiert wurden die Patienten zu Beginn ihrer stationären Behandlung. Gesunde Probanden wurden im Bekanntenkreis und über Aushänge akquiriert. Es fand keine Vergütung der Probanden statt.

Als Grundlage für die Diagnostik diente das „Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen -DSM-IV“ (1994). Vier trainierte Diplom-Psychologen führten mit allen Probanden die Diagnostik mittels des LCDC-Interviews (Lübecker computergestützte Diagnose-Checklisten) durch. Dies hat ähnliche Zuverlässigkeiten wie das „Strukturierte Klinische Interview - SKID“, bringt aber den Vorteil mit sich, dass sich die Bearbeitungszeit reduziert und die Daten sofort gespeichert werden (Milde, 2008). Zudem wurden die Diagnosen der Patienten durch erfahrene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UK-SH, Campus Lübeck, verifiziert.

3.2.2 Ablauf der Datenerhebung

Die Probanden erhielten ein Informationsblatt (siehe Anhang B, Seite 57), in dem sie über die Studie aufgeklärt wurden, und füllten eine Einverständniserklärung aus (siehe Anhang C, Seite 59). Außerdem erhielten die Kontrollprobanden eine Einverständniserklärung, ob sie bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung informiert und beraten werden wollen oder nicht (siehe Anhang C, Seite 60).

Durchgeführt wurde zunächst das diagnostische Interview mittels LCDC. Im Anschluss bearbeiteten die Probanden die Fragebögen. Die Probanden füllten die Fragebögen am Computer aus. Dies nahm 1 ½ bis 4 Stunden in Anspruch. Die Versuchsleiter standen währenddessen für Nachfragen zur Verfügung.

Da die vorliegende Dissertation zwei weitere Projekte (eine psychologische Diplomarbeit und eine Dissertation) beinhaltet, bearbeiteten die Probanden neben den unter 3.2.4 beschriebenen, folgende weitere Fragebögen: *Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QUIDS-SR)*, *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*, *ACE-Questionnaire*, *Neo-Fünf-Faktoren-Inventar*, *Becks-Depressions-Inventar (BDI)* und *Symptomcheck-List (SCL)*. Da diese Messinstrumente in der vorliegenden Arbeit nicht relevant sind, wird auf deren Beschreibung verzichtet und sie werden lediglich der Vollständigkeit halber erwähnt.

3.2.3 Itemanalyse

Die Items des entwickelten Fragebogens wurden in einem ersten Schritt einer *Itemanalyse* unterzogen. Ziel war es, dass die Items eine mittlere Schwierigkeit (.20 bis .80) und eine mittlere Trennschärfe (.30 bis .50) aufweisen, um eine maximale Differenz zu gewährleisten.

Die Itemanalyse wurde für die Gesamtstichprobe und getrennt für die einzelnen Gruppen durchgeführt, da aufgrund der Konstruktionsweise des Fragebogens zu erwarten war, dass sich für gesunde Probanden höhere Schwierigkeitsindizes ergeben als für chronisch- bzw. episodisch-depressive Patienten. Erwartet wurde, dass die Schwierigkeitsindizes für chronisch-depressive Patienten niedriger ausfallen als für episodisch-depressive Patienten und gesunde Probanden. Die Schwierigkeitsindizes und die Trennschärfekoeffizienten wurden mittels SPSS Version 17.0 ermittelt.

3.2.4 Reliabilitäts- und Validitätsanalyse

In einem zweiten Schritt wurden nach der Selektion der Items und der Zusammenstellung der Testendform die Reliabilität und die Validität geprüft:

Hinsichtlich der *Reliabilität* wurde die interne Konsistenz und die Split-Half Reliabilität bestimmt. Die Reliabilität ist niedrig bei weniger als .80 und hoch bei mehr als .90. Aufgrund der Erfassung eines einheitlichen Konzepts wurde eine hohe interne Konsistenz erwartet.

Hinsichtlich der *Validität* (Konstruktvalidität) wurde überprüft, inwieweit die Testendform mit anderen als valide angenommen Messgrößen in Zusammenhang steht.

Korrelationen wurden erwartet mit:

- Sozial bedingter Externalität und fatalistischer Externalität sowie Internalität erfasst mit dem *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)* von Krampen (1991):

Der FKK ist ein Persönlichkeitsfragebogen der auf der Sozialen Lerntheorie von Rotter beruht. Diese befasst sich insbesondere mit der Vorhersage von Verhalten aus Kontrollüberzeugungen (internal vs. external). Im FKK werden mittels Selbstbeurteilung vier Primärskalen erhoben: Internalität, sozial bedingte Externalität, fatalistische Externalität und eine Subskala bezogen auf das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten. Die Skala Internalität (*FKK-I*) befasst sich damit, wie sehr eine Person glaubt, Ereignisse des eigenen Lebens selber kontrollieren zu können (Krampen, 1991). Ein niedriger Testwert gibt an, dass die getestete Person glaubt, wenig über Ereignisse in ihrem Leben bestimmen zu können und ihre Handlungen nicht als ursächlich für Erfolg erlebt. Sozial bedingte Externalität (*FKK-P*) repräsentiert die Ansicht, dass andere stärkere Personen das eigene Leben kontrollieren. Ein niedriger Testwert entspricht der Ansicht, emotional relativ unabhängig von anderen zu sein und wenig Fremdeinfluss zu erleben. Ein möglicher Glaube an Schicksal, Zufall oder Glück wird mit der Skala fatalistische Externalität (*FKK-C*) erhoben. Ein geringer Glaube geht mit einem niedrigen Testwert einher.

Ein niedriger Wert im zu evaluierenden Fragebogen sollte einhergehen mit hoher Externalität (*FKK-P* und *FKK-C*) und niedriger Internalität (*FKK-I*).

- Negative und Positive Bewältigungsstrategien erfasst mit dem *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)* von Janke et al. (2002):

Beim SVF handelt es sich um einen Persönlichkeitstest, der habituelle Stressverarbeitungsstrategien erfasst.

Der Fragebogen basiert auf dem Coping-Modell von Lazarus. Es wird davon ausgegangen, dass eine Person bestimmte Stressverarbeitungsweisen als Persönlichkeitsmerkmale hat, die zeitlich stabil und von der Art der Belastungssituation unabhängig sind.

Der SVF besteht aus 20 Subskalen. Zudem werden als Sekundärskalen Positiv- und Negativstrategien unterschieden. Die Antwortskala ist fünfstufig und geht von „gar nicht“ bis „sehr wahrscheinlich“. Die Auswertung erfolgt über Addition von Rohwerten und Tabellenvergleich. Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sind durch Fragebogenverfahren und Auswertungsanleitung gegeben.

Laut McCullough (2000) zeigen chronisch-depressive Patienten als hauptsächliche Strategien zur Stressbewältigung Selbstbeschuldigung und Wunschenken.

Ein niedriger Wert im zu evaluierenden Fragebogen sollte einhergehen mit vermehrten negativen Stressverarbeitungsstrategien (SVFneg) sowie verminderten positiven Bewältigungsstrategien (SVFpos).

- Interpersonaler Probleme und den Umgang mit anderen Menschen werden erfasst mit dem *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)*:

Mittels des IIP-D werden interpersonale Probleme mittels Selbsteinschätzung erfasst. Erfasst werden interpersonelle Verhaltensweisen, die zum einen schwer fallen und zum anderen im Übermaß gezeigt werden. Die Auswertung kann über 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen. Daneben wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß an interpersonaler Problematik charakterisiert (Horowitz et al., 2000).

Ein niedriger Wert im zu evaluierenden Fragebogen sollte einhergehen mit vermehrten interpersonellen Problemen (IIPgesamt).

Desweiteren wurde überprüft inwieweit sich die drei Gruppen - chronisch-depressiv, episodisch-depressiv und gesund - signifikant in dem erreichten Testwert im LFPD (abhängige Variable – AV) unterscheiden (*diskriminative Validität*). Das Versuchsdesign ist einfaktoriell (dreistufige unabhängige Variable - UV) und univariat (eine abhängige Variable - AV). Für solche gerichteten Vergleiche ist eine Einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gut geeignet.

3.3 Aufgaben der Doktorandin

Die Aufgabenstellung der Doktorandin umfasste:

- Vorüberlegungen zur Konstruktion des LFPD und Entwicklung der Items des LFPD
- Planung des Studiendesigns
- Stellung des Ethikantrages

- Studienleitung
- Erhebung der Daten in Zusammenarbeit mit den anderen Projektmitgliedern
- Durchführung und Auswertung Itemanalyse, Reliabilitäts- und Validitätsanalyse

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Gesamtstichprobe umfasst 90 Probanden, wobei jede der drei Gruppen (chronisch-depressive Patienten, episodisch-depressive Patienten, gesunde Probanden) sich aus jeweils 30 Probanden mit jeweils 15 Männern und 15 Frauen zusammensetzt.

Um Effekte von Bildungsstand und Kohorteneffekte zu vermeiden, wurden die Probanden in der Reihenfolge höchster erreichter Schulabschluss und Alter parallelisiert.

Die Angaben zu Alter und Bildungsstand für die drei Gruppen sind in Tabelle 1 dargestellt. Die chronisch-depressiven Patienten sind im Mittel 42 Jahre alt (Range: 22 Jahre bis 64 Jahre; SD: 12,28), die episodisch-depressiven Patienten 43 Jahre (Range: 22 Jahre bis 71 Jahre; SD: 12,05) und die gesunden Probanden sind im Mittel 38 Jahre alt (Range: 18 Jahre bis 67 Jahre; SD: 11,66).

Tabelle 1: Verteilung Alter und Schulabschluss in den drei Gruppen.

<u>Gruppe</u>	<u>Alter (Jahre)</u>		<u>Hauptschule</u>	<u>Mittlere Reife</u>	<u>Polytechnisch. Oberschule</u>	<u>Abitur</u>
	M	Range	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit	Häufigkeit
Episodisch	43	22-71	6	9	0	15
Chronisch	42	22-64	8	14	2	6
Gesund	38	18-67	3	9	0	18

4.2 Itemanalyse und Itemselektion

In der Tabelle 2 (S. 31) sind die Schwierigkeitsindizes jeweils für die gesamte Stichprobe und getrennt für die drei Gruppen sowie die Trennschärfekoeffizienten dargestellt. Vor

der Berechnung der Trennschärfen wurde eine Part-whole-Korrektur durchgeführt, um eine Überschätzung der Trennschärfe zu verhindern (Bühler, 2006).

Zwanzig Items zeigen eine befriedigende Trennschärfe.

Die Itemanalyse führte zu der Entscheidung, dass die Items 4 und 22 (siehe Anhang A, Seite 48) nicht in die Testendform mit aufgenommen wurden.

Item 22 zeigt einen zu hohen Schwierigkeitsindex besonders in der Gruppe der chronisch-depressiven Patienten (.87) und eine ungeeignete Trennschärfe (.006).

Item 4 hat ebenfalls eine niedrige Trennschärfe (.236) aber auch einen zu geringen Schwierigkeitsindex (.67) in der Gruppe der gesunden Probanden.

In der Abbildung 8 sind die Trennschärfen und Schwierigkeitsindizes für die Gesamtstichprobe graphisch dargestellt.

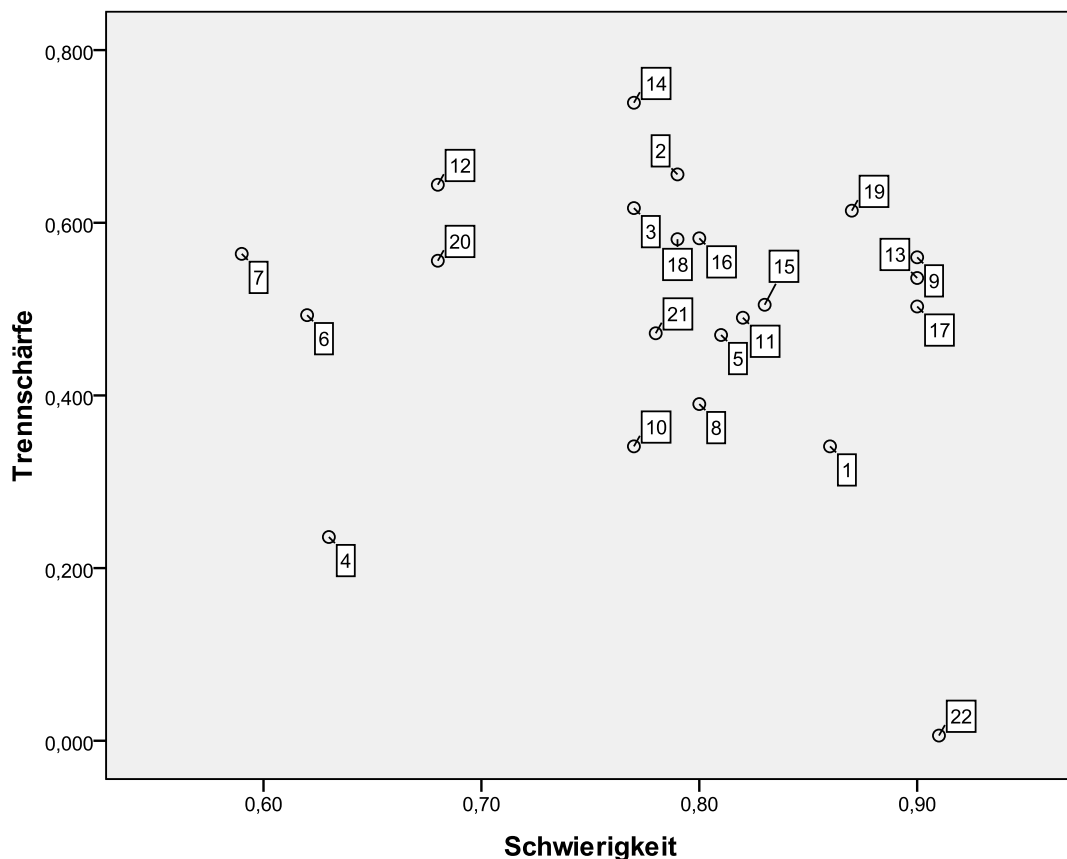


Abbildung 8: Darstellung Schwierigkeitsindizes und Trennschärfe (Gesamtstichprobe).

Kritisch sind sicherlich zudem das Item 6 (geringerer Schwierigkeitsindex (.87) in der Gruppe der gesunden Probanden) und das Item 13 (Schwierigkeitsindex 1.00 in der Gruppe der episodisch-depressiven Patienten). Diese beiden Items bleiben jedoch aufgrund inhaltlicher Überlegungen in der Testendform enthalten, da sie das Konstrukt gut repräsentieren.

Tabelle 2: Schwierigkeitsindizes (p), Standardabweichung (SD) und Trennschärfe.

Item	Gesamt (n = 90)		Chronisch (n = 30)		Episodisch (n = 30)		Gesunde (n = 30)		Trennschärfe (n = 90)
	<i>p</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>SD</i>	
1	.86	.354	.73	.450	.90	.305	.93	.254	.341
2	.79	.410	.43	.504	.93	.254	1.00	.000	.656
3	.77	.425	.50	.509	.83	.379	.97	.183	.617
4	.63	.485	.63	.490	.60	.498	.67	.479	.236
5	.81	.394	.60	.498	.90	.305	.93	.254	.470
6	.62	.488	.30	.466	.70	.466	.87	.346	.493
7	.59	.495	.30	.466	.53	.507	.93	.254	.564
8	.80	.402	.60	.498	.87	.346	.93	.254	.390
9	.90	.302	.73	.450	.97	.183	1.00	.000	.560
10	.77	.425	.53	.507	.83	.379	.93	.254	.341
11	.82	.384	.63	.490	.87	.346	.97	.183	.490
12	.68	.470	.40	.498	.63	.490	1.00	.000	.644
13	.90	.302	.70	.466	1.00	.000	1.00	.000	.536
14	.77	.425	.43	.504	.90	.305	.97	.183	.739
15	.83	.375	.63	.490	.87	.346	1.00	.000	.505
16	.80	.402	.63	.490	.77	.430	1.00	.000	.582
17	.90	.302	.77	.430	.93	.254	1.00	.000	.503
18	.79	.410	.63	.490	.77	.430	.97	.183	.581
19	.87	.342	.70	.466	.93	.254	.97	.183	.614
20	.68	.470	.47	.507	.70	.466	.87	.346	.556
21	.78	.418	.67	.479	.70	.466	.97	.183	.472
22	.91	.286	.87	.346	.93	.254	.93	.254	.006

4.3 Reliabilitätsanalyse der Endform

Die Split-Half-Reliabilität beträgt .885. Berechnet wurde der Guttman-Split-Half-Koeffizient. Die Korrelation zwischen den beiden Testhälften beträgt .796. Cronbachs Alpha als Maß für die interne Konsistenz beträgt .901. Die Inter-Item-Korrelation beträgt .381.

4.4 Validitätsanalyse der Endform

Zur Einschätzung der Validität werden im Folgenden zum einen die Korrelationen mit verwandten Konstrukten (4.4.1) und zum anderen der Mittelwertsvergleich im LFPD in den drei Gruppen (4.4.2) dargestellt.

4.4.1 Korrelation mit IIP, SVF, FKK

Die Korrelationen mit den bereits existierenden standardisierten und validen Instrumenten (IIP, SVF, FKK) sind in Tabelle 3 dargestellt. Errechnet wurde die Rangkorrelation nach Spearman, da die erreichten Gesamtwerte in der Testendform des LFPD nicht normalverteilt sind.

Tabelle 3: Korrelationen (Spearman-Rho) LFPD (Endform) mit anderen Instrumenten (Gesamtstichprobe).

	IIP Gesamt	SVF Pos	SVF Neg	FKK-I	FKK-P	FKK-C
LFPD (Testendform)	-.761 **	.560 **	-.747 **	.580 **	-.504 **	-.511 **

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (zweiseitig) signifikant.

Negative Korrelationen der Testendform bestehen mit der Ausprägung interpersoneller Probleme (Gesamtwert im IIP; -0.761, Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant), mit fatalistischer Externalität (FKK-C; -0.511, Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant) und sozialer Externalität (FKK-P; -0.504, Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant) sowie negativer Bewältigungsstrategien (SVFneg; -

0.747, Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant). Positive Korrelationen bestehen mit positiven Bewältigungsstrategien (SVFpos; 0.560, Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant) und Internalität (FKK-I; 0.580, Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant).

4.4.2 Vergleich der drei Gruppen: LFPD-Endform

Die Mittelwerte der drei Gruppen im zu evaluierenden Fragebogen sind in Tabelle 4 dargestellt. Der maximal erreichbare Punktwert in der Endform des LFPDs ist 20.

Tabelle 4: Mittelwerte im LFPD (Endform) getrennt nach den Gruppen.

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Standardabweichung
Gesund	19.20	16.00	20.00	1.186
Episodisch	16.53	9.00	20.00	3.51
Chronisch	11.40	2.00	20.00	4.83

4.4.2.1 Voraussetzungen für Durchführung der Varianzanalyse (ANOVA)

Für die Durchführung einer Varianzanalyse müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Normalverteilung und Varianzhomogenität.

Zur Überprüfung der Voraussetzung der Normalverteilung wurde der Kolmogorv-Smirnov-Anpassungstest eingesetzt und es erfolgte eine Explorative Datenanalyse. Der Kolmogorv-Smirnov-Test zeigte, dass eine signifikante Abweichung von der Normalverteilung vorliegt ($z > 1,96$; asymptotische Signifikanz $< .05$). Die Explorative Datenanalyse zeigte, dass in der Gesamtstichprobe eine linksschiefe Verteilung (Schiefe - 1,101) vorliegt.

Für die Überprüfung der Varianzhomogenität wird der Levene-Test eingesetzt. Der Levene-Test testet die Nullhypothese, dass die Varianzen gleich sind. Das signifikante

Ergebnis des Levene-Tests (16,879; df1 2; df2 87; $p < 0.001$) deutet auf nicht-homogene Varianzen hin.

4.4.2.2 Ergebnisse der Varianzanalyse

Durchgeführt wurde trotz Verletzungen der Voraussetzungen eine einfaktorielle Varianzanalyse (siehe Tab. 5), da diese laut Bortz und Döring (2005) in diesem Fall lediglich konservativer getestet. Das Signifikanzniveau wurde auf .01 gesetzt. Der Welch-Test eignet sich bei kleinen Stichproben und ist trotz Varianzheterogenität robust. Die Varianzanalyse zeigte, dass sich die Werte in den drei Gruppen signifikant unterscheiden (Welch-Test: Statistik: 41,667; df1 2; df2 44,517; $p < 0.001$). η^2 beträgt .467.

Eine Poweranalyse wurde mit PASS 2002 (Power Analysis and Sample Size Software for Windows) durchgeführt. Die post-hoc Poweranalyse zeigte, dass mit der gewählten Stichprobengröße von $n=90$ Unterschiede zwischen den Mitteln mit einer ANOVA und einem Signifikanzniveau von .01 mit einer Power von 100% entdeckt werden können.

Tabelle 5: Ergebnisse Gruppenvergleich: einfaktorielle ANOVA.

	Statistik	df1	df2	Sig.
Welch-Test	41.667	2	44.517	.000
η^2	.467			

Die post-hoc Analyse erfolgte mit dem Tamhane's T2, der konservative Schätzungen trotz der Verletzung der Annahme von Varianzhomogenität liefert. Das Signifikanzniveau wurde auf .01 gesetzt.

Ein signifikantes Ergebnis spricht für einen überzufälligen Unterschied zwischen den jeweils verglichenen Gruppen. Die post-hoc Analyse zeigte, dass sich die Gruppe der chronisch-depressiven Patienten signifikant von der Gruppe der episodisch-depressiven Patienten ($p < 0.001$) sowie der Gruppe der gesunden Probanden ($p < 0.001$) unterscheidet. Die Gruppe der episodisch-depressiven Patienten unterscheidet sich signifikant von der Gruppe der gesunden Probanden ($p = 0.001$).

4.4.2.3 Nichtparametrische Tests

Die Einbeziehung eines non-parametrischen Verfahrens hat den Zweck, die Ergebnisse der ANOVA weiter zu überprüfen. Ein Vorteil non-parametrischer Testverfahren besteht darin, dass sie wesentlich geringere Anforderungen an die Verteilung der Werte in der Grundgesamtheit stellen. Wenn das folgende non-parametrische Verfahren Ergebnisse entsprechend der ANOVA wiedergibt, wäre dies eine Unterstützung für die Befunde: Gewählt wurde der Kruskal-Wallis-Test, der eine gemeinsame Rangfolge aller Werte der verschiedenen Stichproben erstellt. Getestet wird die Nullhypothese, dass die mittleren Rangzahlen in den einzelnen Gruppen gleich sind (Brosius, 1997).

Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Ergebnisse des non-parametrischen Verfahrens sprechen dafür, dass die mittleren Rangwerte im LFPD in den drei Gruppen nicht gleich sind.

Tabelle 6: Ergebnisse Gruppenvergleich: Non-parametrischer Test Kruskal-Wallis-Test.

LFPDend	Mittlerer Rang
Chronisch (n = 30)	22.97
Episodisch (n = 30)	46.12
Gesund (n = 30)	67.42
Gesamt (n = 90)	
Chi-Quadrat	44.57
df	2
Asymptotische Signifikanz	.000

Im Gegensatz zu der ANOVA gibt es bei den non-parametrischen Tests keine post-hoc Analyse, die eine Aussage darüber zulässt welche Gruppen des Vergleichs sich unterscheiden.

Daher wurde der relevante Vergleich: chronisch-depressiv vs. episodisch-depressiv zusätzlich mit dem Mann-Whitney-U-Test geprüft. Dieser Test erfolgt ebenso auf der Basis von Rangunterschieden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Ergebnisse Vergleich chronisch vs. episodisch: Non-parametrischer Test Mann-Whitney-U.

LFPDend	Mittlerer Rang
Chronisch (n = 30)	21.50
Episodisch (n = 30)	39.50
Gesamt (n = 60)	
Mann-Whitney-U	180.00
Asymptotische Signifikanz	.000

Das Ergebnis spricht dafür, dass die Werte im LFPD in den beiden Gruppen - chronisch-depressiv und episodisch-depressiv - nicht gleich sind.

5. Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zu entwickeln, das präoperatorisches Denken im Erwachsenenalter erfasst und den Gütekriterien der klassischen Testtheorie entspricht. Entwickelt wurde der „Lübecker Fragebogen zur Erfassung präoperatorischen Denkens – kurz: LFPD“.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung bewertet (siehe 5.1), bevor im Anschluss ein Ausblick auf weitere wichtige Fragestellungen im Hinblick auf die Evaluation des LFPDs gegeben wird (siehe 5.2).

5.1 Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen und Beantwortung der Fragestellung

Die Datenanalyse zeigt, dass der „Lübecker Fragebogen zur Erfassung präoperatorischen Denkens (LFPD)“ ein valides und reliables Instrument zu sein scheint. Umfangreiche Recherchen im Vorfeld der Studie zeigten, dass es bis dato kein Instrument gab, welches präoperatorisches Denken im Erwachsenenalter misst. Mit der Konstruktion LFPDs ist es somit zum ersten Mal gelungen ein standardisiertes Selbstbeurteilungsinstrument zu entwickeln, welches präoperatorisches Denken im Erwachsenenalter erfasst.

Die *Itemanalyse* ergab zufriedenstellende Ergebnisse: Ziel war es, Items zu entwickeln und zu verwenden, die eine mittlere Schwierigkeit und mittlere Trennschärfen haben, um damit eine maximale Differenz zu gewährleisten (Bühler, 2006). Die Analyse der Kennwerte für die Gesamtstichprobe und getrennt nach den drei Gruppen erbrachte zufriedenstellende Ergebnisse: Von den 22 ursprünglichen Items konnten 20 nach kritischen Überlegungen für die Testendform verwendet werden.

Eine mittlere Schwierigkeit eines Items liegt laut Bühler (2006) vor, wenn der Index zwischen .20 bis .80 liegt. Die Schwierigkeitsindizes liegen nach Entfernung der zwei unbrauchbaren Items in der Gruppe der chronisch-depressiven Patienten zwischen .30 und

.77 und in der Gruppe der episodisch-depressiven Patienten zwischen .53 und 1.00 sowie in der Gruppe der gesunden Probanden zwischen .93 und 1.00.

Von einer mittleren Trennschärfe wird bei Werten zwischen .20 und .50 ausgegangen. Die Trennschärfekoeffizienten liegen nach der Entfernung der zwei unbrauchbaren Items in der Gesamtstichprobe zwischen .330 und .737.

Die *Reliabilitätsanalyse* der zusammengestellten Testendform zeigte, dass die Reliabilität zufriedenstellend ist. Die Split-Half-Reliabilität beträgt .885 und liegt damit laut Fisseni (1997) im guten mittleren Bereich. Bedeutsam ist über die Split-Half-Reliabilität hinaus die interne Konsistenz, die mit einem Cronbachs Alpha von .901 zufriedenstellend ist.

Es bleibt zu prüfen, inwiefern Reliabilitätsanalysen in Folgestudien ebenfalls zufriedenstellende Werte zeigen. Die interne Konsistenz von .901 lässt darauf schließen, dass es sich um einen sehr homogenen Test handelt, welcher gleiche Merkmalsfacetten misst, sodass die hohe Reliabilität möglicherweise darauf zurückzuführen ist (Bühler, 2006).

Die *Validitätsanalyse* führte ebenfalls zu zufriedenstellenden Ergebnissen. Neben der inhaltlichen Validität, die durch die sorgfältige Konstruktion der Items gewährleistet ist, zeigten sich bezüglich der Zusammenhangsanalysen Ergebnisse in die erwartete Richtung: So geht ein niedriger Wert und damit präoperatorisches Denken im LFPD einher mit hohen Werten auf der Skala fatalistischer und sozialer Externalität im „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK; Krampen, 1991)“, niedrigen Werten auf der Internalitätsskala, vermehrten negativen sowie reduzierten positiven Stressverarbeitungsstrategien erfasst mit dem „Stressverarbeitungsfragebogen (SVF; Janke et al., 2002)“ und erhöhten interpersonellen Problemen erfasst mit dem „Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al., 2000)“. Dies kann als erster Hinweis gewertet werden, dass präoperatorisches Denken, welches sich u.a. in der fehlenden Fähigkeit zeigt, zu sehen, dass das eigene Verhalten Einfluss auf das Verhalten anderer hat, durch den entwickelten Fragebogen erfasst wird.

Für die Validität des LFPD spricht weiterhin, dass sich die drei Gruppen (gesunde, episodisch-depressive und chronisch-depressive Probanden) signifikant in dem entwickelten Fragebogen unterscheiden, und zwar mit einer Effektstärke von η^2 .467. Nach Bortz und Döring (2005) entspricht dies einem starken Effekt. Die chronisch-

depressiven Patienten zeigen im Vergleich zu den untersuchten episodisch-depressiven Patienten und den untersuchten gesunden Probanden signifikant schlechtere Leistungen im LFPD. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass das präoperatorische Denken, welches sich bei chronisch-depressiven Patienten finden lässt, in dem entwickelten Fragebogen abgebildet wird.

Damit ist es zum ersten Mal gelungen, ein Selbstbeurteilungsinstrument zu entwickeln, das in der Lage ist, chronisch-depressive Patienten, episodisch-depressive Patienten und gesunde Personen auf der Ebene des präoperatorischen Denkens und den daraus resultierenden Reaktions- und Verhaltensweisen zu unterscheiden. Somit kann der LFPD genutzt werden, um die Gruppe der chronisch-depressiven Patienten in zukünftigen Forschungen besser zu analysieren und zu beschreiben.

Der LFPD kann darüber hinaus zukünftig einen wertvollen Beitrag zu der Untersuchung der Wirksamkeit von Therapien bei chronisch-depressiven Patienten leisten.

Bisher wurde präoperatorisches Denken chronisch-depressiver Patienten, nur in Fallstudien beschrieben oder mittels einer systematischen Beobachtung durch den Therapeuten erfasst (Wilbertz et al., 2010).

5.2 Kritische Anmerkungen und Ausblick auf weitere notwendige Evaluationsschritte

Abschließend sollen wichtige weitere Schritte in der Evaluation des „Lübecker Fragebogens zur Erfassung präoperatorischen Denkens – LFPD“ dargestellt werden, welche sich zum Teil aus Limitationen der vorliegenden Studie ergeben:

Stichprobe

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit beziehen sich ausschließlich auf stationäre Patienten, so dass zu prüfen ist, ob sich die Ergebnisse an weiteren Stichproben, z.B. an ambulanten Patienten, replizieren lassen. Darüber hinaus ist die Gesamtstichprobe von n=90 relativ klein, um abschließende Aussagen über die psychometrische Qualität eines

Fragebogens zu treffen, sodass weitere Studien mit größeren Stichproben für eine abschließende Beurteilung des LFPD sinnvoll sind.

Zudem fand in der Gruppe der chronisch-depressiven Patienten aufgrund des geringen Gruppenumfangs (n=30) keine Trennung nach Patienten mit frühem Beginn und spätem Beginn der Störung statt, sodass zu prüfen ist, ob es zwischen den unterschiedlichen Formen der chronisch-depressiven Störungen Unterschiede gibt.

Aktuell wird jedoch davon ausgegangen, dass diese sich untereinander bezüglich Komorbidität, Einschränkung im psychosozialen Funktionsniveau, Bewältigungsstile und Response auf Psychopharmakotherapie nicht unterscheiden und somit eine homogene Gruppe sind (Klein, 2008).

Validität und Reliabilität

Kritisch anzumerken ist, dass die verwendeten Instrumente (FKK; SVF; IIP-D) lediglich verwandte Konstrukte messen. Umfangreiche Recherchen im Vorfeld der Studie zeigten, dass es bis dato kein Instrument gibt, welches präoperatorisches Denken misst, so dass es kein zufriedenstellendes Maß für die Beurteilung der Konstruktvalidität gibt.

Zur weiteren Validitätsbeurteilung erscheint es jedoch sinnvoll zu überprüfen, ob ein Zusammenhang des LFPDs mit der Fähigkeit, kriteriengerechte Situationsanalysen nach dem CBASP-Konzept durchzuführen, besteht. Die Situationsanalyse ist eine der wichtigen Kernstücke von CBASP mit deren Hilfe der Patient lernen soll, sein präoperatorisches Denken zu überwinden.

McCullough schlägt vor, dass zur Evaluation der Effektivität von CBASP zwei Instrumente zum Einsatz kommen sollen: PPRF und SAd-IDE (McCullough et al., 2010).

Mittels des PPRFs (Patient Performance Rating Form; deutsch: Leistungsfragebogen für den Patienten) wird die Fähigkeit des Patienten erfasst, selbstständig und ohne Hilfe kriteriengerechte Situationsanalysen durchzuführen. Als wichtiges Ziel von CBASP wird u.a. benannt, dass der Patient lernen soll, die Situationsanalysen eigenständig und fehlerfrei durchzuführen.

Dies erfordert bestimmte Wahrnehmungen und Verhaltensfertigkeiten, die der Patient zu Beginn der Therapie noch nicht besitzt (McCullough et al., 2010). McCullough zieht diesbezüglich insbesondere die Verbindung zu „Denken in wahrgenommener Funktionalität“.

Die SAd-IDE wird von McCullough vorgeschlagen, um zu erfassen, inwieweit der Patient in der Lage ist, die interpersonellen Diskriminationsübungen korrekt auszuführen, und damit, zwischen dem Therapeutenverhalten und dem Verhalten früherer prägender Bezugspersonen zu unterscheiden.

Zur Validitätsbeurteilung des LFPDs ist es daher sinnvoll, die erreichten Werte im LFPD mit den Fremdbeurteilungsinstrumenten SAd-DIE und PPRF zu vergleichen. Ein Patient der beispielsweise die maximale Punktzahl im PPRF erreicht, sollte im LFPD ebenfalls eine hohe Punktzahl und somit gering ausgeprägtes präoperatorisches Denken erreichen und umgekehrt.

Die Verknüpfung mit der Fremdbeurteilung könnte auch dazu genutzt werden, Aussagen über die Sensitivität und Spezifität des LFPD zu treffen.

Darüber hinaus sind weitere Studien zur Beurteilung der Zuverlässigkeit des LFPDs wichtig. Ziel war die Erfassung eines einheitlichen Konstrukts. Die interne Konsistenz (.901) spricht zunächst einmal dafür, dass zuverlässig ein Merkmal abgebildet wird. Die Inter-Item-Korrelation beträgt .361. Aufgrund der hohen internen Konsistenz würde man jedoch eine höhere Inter-Item-Korrelation erwarten. Eine durchgeführte Faktorenanalyse führte zu keiner eindeutigen und sinnvollen mehrfaktoriellen Lösung, zeigte jedoch, dass der Test heterogener zu sein scheint, als es bei einem eindimensionalen Konstrukt zu erwarten ist.

Darüber hinaus ist der Vergleich mit Methoden, die „theory of mind“ Defizite messen wichtig. Der LFPD erfasst u.a. die Facette „Egozentrismus“ als Unfähigkeit, den Blickwinkel anderer einzunehmen bzw. sich in die Rolle eines anderen hineinzusetzen und darauf zu reagieren. Dies stellt eine Parallele zu „Theory of mind“ dar. Als adaptive Funktion von „Theory of mind“ wird häufig beschrieben, dass diese 1. zur Vorhersagung und Erklärung von beobachtbarem Verhalten durch die Beurteilung sog. „mental states“

(Wünsche, Intentionen, Bedürfnisse) dient und 2. die sog. „mental states“ aus Hinweisreizen geschlossen werden. Im Unterschied dazu erfasst der LFPD jedoch präoperatorisches Denken. Dies bedeutet, dass Schwierigkeiten bestehen analytisch und logisch zu denken und das Verhalten in interpersonellen Situationen an den antizipierten Konsequenzen auszurichten. Es sollen *keine* Mutmaßungen über Motive, Gedanken und Gefühle des Gegenübers angestellt werden.

Diese Überlegungen und kritische Anmerkungen zeigen, dass weitere Evaluationsstudien erforderlich sind. Jedoch stimmen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit optimistisch, dass mit dem „Lübecker Fragebogen zur Erfassung präoperatorischen Denkens –LFPD“ ein wertvolles und nützliches Instrument entwickelt worden ist, welches eine wichtige Ausgangsbasis für weitere Studien bietet.

6. Zusammenfassung

Es fehlte bislang ein standardisiertes Instrument, das die spezifische kognitive Psychopathologie von chronisch-depressiven Patienten erfasst. Bisher wurden präoperatorische Verhaltens- bzw. Denkweisen chronisch-depressiver Patienten lediglich anhand von Fallbeispielen beschrieben oder mittels Fremdbeobachtung durch den Therapeuten erfasst. Ziel der vorliegenden Studie war die Entwicklung und Evaluation eines standardisierten Selbstbeurteilungsverfahrens, das präoperatorisches Denken misst und hinreichend den Gütekriterien der klassischen Testtheorie entspricht. Entwickelt wurde der „Lübecker Fragebogen zur Erfassung präoperatorischen Denkens (LFPD)“ und anhand einer Stichprobe bestehend aus 30 episodisch-depressiven, 30 chronisch-depressiven und 30 gesunden Probanden evaluiert. In einem ersten Schritt wurde der Fragebogen einer Itemanalyse unterzogen und eine Testendform zusammengestellt. In einem weiteren Schritt wurden Reliabilitäts- und Validitätsanalysen durchgeführt. Insgesamt zeigten die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie, dass der entwickelte Fragebogen ein nützliches, reliables und valides Instrument ist. Die Reliabilität (interne Konsistenz .901) und die Korrelationen mit Messinstrumenten zur Erfassung verwandter Konstrukte (Kontrollüberzeugungen, interpersonelle Probleme, Stressverarbeitung) sind zufriedenstellend. Chronisch-depressive Patienten, episodisch-depressive Patienten und gesunde Probanden können signifikant ($p < 0.001$) voneinander unterschieden werden. Der Fragebogen erfüllt die klassischen Gütekriterien der Testtheorie und kann zukünftig zu indikativen und evaluativen Diagnostik eingesetzt werden. Zudem bietet er die Möglichkeit die Pathologie der Gruppe der chronisch-depressiven Patienten genauer zu untersuchen.

7. Literaturverzeichnis

Akiskal HS: Dysthymic disorder: psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *Am J Psychiatry* 140, 11-20 (1983).

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. American Psychiatric Press. Washington, DC, 1994.

Arntz A, Bernstein D, Dorschot M, Schobre P: Theory of mind in borderline and cluster-C personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 197, 11, 801-807 (2009).

Borkenau P, Ostendorf F: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (2., neu normierte und vollst. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe, 2007.

Bortz J und Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin/Heidelberg: Springer, 2005.

Bretherton I: Intentional communication and the development of an understanding of mind. In Frye D und Moore C: Children's theories of mind. 49-75, Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1991.

Brosius F: SPSS 8. Kap. 30, International Thomson Publishing, 1997.

Bühler M: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Studium, 2006.

Choi-Kain LW, Gunderson JG: Mentalization: ontogeny, assessment and application in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 165, 1127-1135 (2008).

Dunner D: Acute and maintenance treatment of chronic depression. *J Clin Psychiatry* 62, 10-16 (2001).

Fisseni HJ: Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe, 1997.

Flavell JH: Metacognitive development. In Scandura JM, Brainerd CJ: Structural process theories of complex human behavior. 213-245, Alphen a. d. Rijn. The Netherlands: Sijthoff and Noordhoff, 1978.

Friedrich S: Eine Replikationsstudie zu den psychologischen Merkmalen chronisch-depressiver Patienten. Diplomarbeit an der Christians-Albrecht-Universität, Kiel in Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie UK S-H, Lübeck. März 2010.

Geyer M: Psychoanalytisch begründete Verfahren: Analytisch und tiefenpsychologisch fundierte (psychodynamische) Psychotherapie. In: Leibing E, Hiller W, Sulz SKD: Lehrbuch der Psychotherapie, Bd. 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. 79-99, CIP-Medien München, 2007.

Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH: Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand* 112, 425-433 (2005).

Hautzinger M: Psychotherapie der Depression. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51, 422-429 (2008).

Horowitz LM, Strauß B, Kordy H: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Verlag für Psychologie. Dr. C. Hogrefe. Göttingen, Toronto, Zürich, 2000.

Inhelder B, Piaget J: The growth of logical thinking from childhood to adolescence: an essay on the construction of formal operational structures. Routledge. New edition, 1999.

Inoue Y, Tonooka Y, Yamada K, Kanba S: Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorders. *J Affect Disord* 82, 403-409 (2004).

Janke W, Erdmann G, Kallus W: Stressverarbeitungsfragebogen (SVF). Verlag für Psychologie. Dr. C. Hogrefe. Göttingen, Toronto, Zürich, 2002.

Keller MB, Hirschfeld RMA, Hanks D: Double depression: a distinctive subtype of unipolar depression. *J Affect Disord* 45, 65-73 (1997).

Keller MB, Gelenberg AJ, Hirschfeld RMA, Rush AJ, Thase ME, Kocsis JH, Markkowitz JC, Fawcett JA, Koran LM, Klein DN, Russell JM, Kornstein SG, McCullough JP, Davis SM, Harrison WM: The treatment of chronic depression: part 2. A double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J Clin Psychiatry* 59, 598-607 (1998).

Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 342, 1462-1470 (2000).

Klein DN, Shankman SA, Rose S: Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* 163, 872-880 (2006).

Klein DN: Dysthymia and chronic depression. In: Craighead WE, Miklowitz DJ, Craighead LW: *Psychopathology: history, theory and diagnosis*. 329-365, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2008.

Klein DN: Chronic depression: diagnosis and classification. *Curr Dir in Psychol Science* 19, 96-100 (2010).

Kocsis JH: Pharmacotherapy for chronic depression. *J Clin Psychol* 59, 885-892 (2003).

Kocsis JH, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, Klein DN, Trivedi MH, Manber R, Keller MB, Leon AC, Wisniewski SR, Arnow BA, Markowitz JC, Thase ME: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponder in chronic depression: the REVAMP trial. *Arch Gen Psychiatry* 66, 1178-1188 (2009).

Krampen G: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen. Verlag für Psychologie. Dr. C. Hogrefe. Göttingen, Toronto, Zürich, 1991.

Lizardi H, Klein DN, Quimette PC, Riso LP, Anderson RL, Donaldson SK: Reports of the childhood home environment in early-onset dysthymia and episodic major depression. *J Abnorm Psychology* 104, 132-139 (1995) .

Manber R, Arnow B, Blasey C, Vivian D, McCullough JP, Blalock JA, Klein, DN, Markowitz JC, Riso LP, Rothbaum B, Rush AJ, Thase ME, Keller MB: Patient's therapeutic skill acquisition and response to psychotherapy, alone or in combination with medication. *Psychol Med* 33, 693-702 (2003).

McCullough JP, Braith J, Chapman R, Kasnetz M, Carr K, Cones J, Fielo J, Shoemaker O, Roberts W: Comparison of early and late onset dysthymia. *J Nerv Metl Dis* 178, 577-581 (1990).

McCullough JP: Psychotherapy of dysthymia: naturalistic study of ten cases. *J Ner Ment Dis* 179, 734-740 (1991).

McCullough JP, McCune K, Kaye A, Braith J, Friend R, Roberts W, Belyea-Caldwell S, Norris S, Hampton C: Comparison of a community dysthymia sample at screening with a matched group of nondepressed community controls. *J Nerv Ment Dis* 182, 402-407 (1994).

McCullough JP: Treatment for chronic depression. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. Guilford Press. New York. 2000.

McCullough JP: Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP. München: Elsevier, 2006.

McCullough JP, Lord BD, Conley KA, Martin AM: A method for conducting intensive psychological studies with early-onset chronically depressed patients. *Am J Psychotherapy* 64, 317-337 (2010).

McDaniel MA, Morgeson FP, Finnegan EB, Campion MA, Braveman EP: Use of situational judgment tests to predict job performance: a clarification of the literature. *J Applied Psychology* 86, 730-740 (2001).

McDaniel MA, Hartman NS, Whetzel DL, Grubb WL: Situational judgment tests, response instructions and validity: a meta-analysis. *Pers Psychol* 60, 63-84 (2007).

Milde J: Lübecker Psychologische Testplattform: ein neues computergestütztes Fragebogensystem - Konzeption und erste Überprüfung eines neuen digitalen Testsystems. Diss. Lübeck, 2008.

Schoepf D, Konradt B, Walter H: Spezifische Psychotherapie der chronischen Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. Den Patienten lehren, sein Verhalten so zu verändern, dass er häufiger das erreicht, was er möchte. *Nervenheilkunde* 9, 1-13 (2007).

Schramm E, Caspar F, Berger M: Spezifische Therapie für chronische Depression. Das „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ nach McCullough. *Nervenarzt* 3, 355-370 (2006).

Schramm E, Zobel I, Dykieriek P, Kech S, Brakemeier EL, Külz A, Berger M: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *J Affect Disord* 129, 109-116 (2011).

Schweiger U, Sipos V: Situationsanalyse nach dem Modell des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 30, 56-68 (2009).

Sulz, SKD: Entwicklung als Therapie - von Piagets Entwicklungstheorie zu McCulloughs CBASP und zur strategischen Kurzzeittherapie. *Psychotherapie* 12(1), 60-76 (2007).

Thase ME: Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *J Clin Psychiatry* 53, 32-44 (1992).

Thase ME, Reynolds CF, Frank E, Simons AD, Garmoni GD, McGeary J, Harden T, Fasiczka AL, Cahalane JF: Response to cognitive-behavioral therapy in chronic depression. *J Psychotherapy Pract Res* 3, 204-215 (1994).

Torpey DC, Klein DN: Chronic depression: update on classification and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 10, 458-464 (2008).

Werden D, Elikann L, Linster H, Dykieriek P, Berger M: Theory of mind (ToM) and depression- an explorative study including narrative ToM-performance. *Ann Gen Psychiatry* 7(Suppl 1): S214 (2008).

Wilbertz G, Brakemeier EL, Zobel I, Härter M, Schramm E: Exploring preoperational features in chronic depression. *J Affect Disord* 124, 262-269 (2010).

Zobel I, Werden D, Linster H, Dykieriek P, Drieling T, Berger M, Schramm E: Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depress Anxiety* 27, 821-828 (2010).

8. Anhänge

Anhang A: LFPD - Gesamtform

Auf den folgenden Seiten finden Sie Beschreibungen von Situationen und Ereignissen, welche nur Sie oder Sie und andere Personen betreffen. Im Anschluss an die Situationsbeschreibung finden Sie jeweils zwei Gruppen von Gedanken oder Reaktionen, welche in dieser Situation auftreten können.

Ihre Aufgabe besteht darin, die 22 Situationsbeschreibungen sorgfältig zu lesen und sich anschließend für diejenige Reaktion bzw. Gedankenabfolge zu entscheiden, welche in der jeweiligen Situation am ehesten auf Sie zu trifft. Machen Sie bitte ein Kreuz in das Kästchen vor der für Sie am besten zutreffenden Antwortgruppe. Wählen Sie bitte diejenige Antwortgruppe aus, die am besten beschreibt, wie Sie gerade in diesem Moment wahrscheinlich reagieren oder denken würden. Kreuzen Sie die Antwortgruppe an, die am besten wiedergibt, wie sie wahrscheinlich reagieren würden und nicht diejenige Antwortgruppe, wie sie gerne reagieren möchten. Seien Sie so ehrlich wie möglich zu sich selbst

Lassen Sie bitte keine Situationsbeschreibung aus. Alle Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

1.) *Situation:* Mein Partner und ich haben vereinbart, dass wir heute Abend gemeinsam in unserem Lieblingsrestaurant essen gehen. Wir haben uns schon länger nicht mehr gesehen, da wir beide viel zu tun hatten. Ich habe mich sehr auf diesen Abend gefreut. Nach der Arbeit ruft mich mein Freund an und sagt mir, dass er gerade einen wichtigen Anruf von seiner Mutter hatte und er für sie sofort ein dringendes Problem lösen muss. Er entschuldigt sich und sagt, dass er heute Abend leider nicht essen gehen kann.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- „Du hast mir meinen Abend ruiniert.“
- „Es tut mir Leid um den Abend, aber was ist mit Deiner Mutter? Ich möchte darüber etwas hören.“

2.) *Situation:* Gestern habe ich meinen Personalausweis verloren. Ich habe überall gesucht und schon befürchtet, dass er mir gestohlen worden ist. Nach einer anstrengenden Suche bin ich schließlich ins Bett gegangen und bin heute Morgen aufgewacht und dachte...

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- So etwas passiert nur mir – Mein Leben wird immer voller Pech und Pannen sein. Ich weiß nicht was ich machen soll. Dass ich den Ausweis verloren habe, lässt mich wie ein Versager fühlen.
- Ich muss gleich zur Polizei gehen und melden, dass mir mein Personalausweis fehlt. Dann fühle ich mich besser. Ich gehe noch mal die Wege ab, die ich gestern gegangen bin. Möglicherweise habe ich den Ausweis irgendwo liegen lassen. Irgendwie werde ich das schon schaffen – ich bleibe zuversichtlich.

—

3.) *Situation:* Ich bin kürzlich arbeitslos geworden und bin auf der Suche nach einer neuen Stelle. Ich treffe einen Freund im Einkaufszentrum und er erzählt mir über seine Unzufriedenheit mit seiner Arbeit. Mein Freund erzählt mir, dass er einige Probleme mit seinen Kollegen hat, die Dinge machen, die ihm nicht gefallen. Er erzählt auch, dass er darüber nachdenkt, zu kündigen, und dass er ein Angebot von einer anderen Firma bekommen hat, die jedoch schlechter bezahlt.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Nichts funktioniert bei mir. Ich werde nie wieder eine Arbeit finden.
- Mein Freund ist bei seiner Arbeit in einer schwierigen Situation. Ich frage mich, ob er meine Sorge über seine Situation bemerkt hat – ich hoffe es.

—

4.) *Situation:* Ich hatte einen anstrengenden Tag auf der Arbeit hinter mir. Es kamen einige unerwartete Anrufe von unzufriedenen Kunden rein. Mein guter Freund kommt nach der Arbeit zu mir an die Haustüre und ich bat in herein. Mein Freund erzählt mir, dass er sich wahnsinnig über seine Kinder geärgert und mit Ihnen geschimpft hat. Er sagt, dass er beide Mädchen erschreckt hat. Nun sei er sehr traurig über seine Reaktion.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- „Ist mir auch schon passiert. Mach Dir keine Sorgen.“
- „Du siehst sehr traurig aus. Erzähl mir was zwischen Dir und Deinen Kindern passiert ist.“

—

5.) *Situation:* Heute Morgen war ich in der Innenstadt einkaufen. Auf dem Rückweg wollte ich den Bus nach Hause nehmen. Ich hatte viel zu viele Einkaufstüten zu tragen. Als der Bus kam bin ich eingestiegen und musste bei dem Busfahrer ein Ticket lösen. Ich konnte jedoch meine Geldbörse nicht finden. Der Busfahrer wurde unfreundlich und forderte mich auf, mich zu beeilen. Er sagte, dass er einen Zeitplan einhalten muss und dass ich, wenn ich das Geld nicht finde, den nächsten Bus nehmen muss.
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Typisch für mich – ich kann nicht gewinnen.
Niemand ist rücksichtsvoll, wenn es um mich geht. Ich werde es vielleicht vor heute Abend nicht nach Hause schaffen.
- Was für ein Schlamassel.
Ich muss den Busfahrer fragen, ob er noch einen Moment warten kann.
Möglicherweise muss ich aussteigen, das Geld finden und den nächsten Bus nehmen.

—

6.) *Situation:* Meine Freundin und ich teilen eine Wohnung. Vor zwei Tagen ist sie vom Einkaufen zurückgekommen und sie wollte mir einen Gefallen tun und die Einkäufe in den Vorratsraum einräumen. Ich sagte „schön“ aber stell sicher, dass du den Vorratsraum sauber und ordentlich hinterlässt, wenn du die Vorräte einräumst. Heute kamen wir beide vom gemeinsamen Einkaufen nach Hause. Wir waren beide sehr müde und wollten einen entspannenden Abend haben. Meine Freundin hat die Einkaufstüten in den Vorratsraum getragen und sie unausgepackt auf dem Boden stehen lassen. Sie hat außerdem einige Sachen, die ich ordentlich eingeräumt hatte, umgestoßen.
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich muss immer alles alleine machen. Niemand denkt an mich und daran was ich will.
- Ich werde meine Freundin an die Bitte, den Vorratsraum sauber und ordentlich zu hinterlassen, erinnern. Vielleicht müssen wir noch mal darüber verhandeln, wer was macht.

—

7.) *Situation:* Mein Nachbar hat seine jährliche Geburtstagsfeier. Ich bin seit 10 Jahren von meinem Nachbarn zu dieser Feier eingeladen. Dieses Jahr bin ich nicht eingeladen.
(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich wusste, dass mein Nachbar mich niemals wirklich gemocht hatte, das beweist das nur.
- Ich werde meinen Nachbarn anrufen. Ich würde gerne zu der Party gehen.

8.) *Situation:* Ich habe einen Termin bei meinem Chef, da er mit mir seine Sechs-Monats-Beurteilung meiner Arbeit besprechen möchte. Mein Chef teilt mir mit, dass er im Ganzen sehr zufrieden mit meiner Arbeit ist. Ihm sei aber aufgefallen, dass mir in den letzten Wochen einige Fehler unterlaufen sind. Er bittet mich, dass ich in der Zukunft wieder darauf achte, konzentriert zu arbeiten.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Mein Chef wird niemals meine Leistung schätzen.
- Ich hatte in der letzten Zeit Konzentrationsschwierigkeiten und werde meinem Chef erzählen warum.

9.) *Situation:* Ich bin unterwegs, um einen Freund zu besuchen, der kürzlich in eine neue Stadt gezogen ist. Ich bemerke plötzlich, dass ich meine Straßenkarte vergessen habe. Die Karte habe ich zu Hause auf dem Küchentisch liegen lassen. Ich bemerke auch, dass ich mich völlig verfahren habe und nun nicht mehr weiß, wo ich mich befinde.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich mache nie etwas richtig – Ich hasse mich selbst.
Ich bin ein Verlierer und ich werde vielleicht verloren gehen. Ich werde das nicht schaffen. Ich werde immer alles so vermässeln wie diese Sache hier.
- Ich kaufe mir an der nächsten Tankstelle eine neue Straßenkarte.
Ich rufe meinen Freund über Handy an und frage nach dem Weg - nicht aufgegeben. Ich werde aufpassen, dass mir so etwas nicht noch mal passiert - Ich werde aus diesem Fehler lernen.

10.) *Situation:* Ich hatte einen anstrengenden Arbeitstag hinter mir und ich kam müde und erschöpft nach Hause. Ich wollte nur noch einen heißen Tee trinken und mich ausruhen. Nach dem ich mir den Tee gemacht hatte, habe ich mir die Wolldecke genommen und aufs Sofa gelegt. Meine Partnerin kommt nach Hause und fragt mich wie es mir geht. Ich sage ihr, wie müde ich bin und dass ich mich ausruhen möchte. Meine Partnerin beginnt mir einige Unternehmungen vorzuschlagen, welche wir heute noch machen können.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Niemand respektiert wie ich fühle, sie denken nur an sich.
- Ich muss meine Partnerin wissen lassen, dass ich mich nur ausruhen möchte.

11.) *Situation:* Ich habe für ein Abendessen Freunde und Familienmitglieder eingeladen. Am Tag der Feier ruft mich ein Freund an und teilt mir mit, dass er leider nicht kommen kann, da ihm etwas Wichtiges dazwischen gekommen ist. Er sagt, dass er mich morgen anruft und näheres erzählen will.
(*bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...*)

- Niemand mag mich.
Immer wieder werde ich von anderen enttäuscht.
Ich kann mich nicht auf meine Freunde verlassen.
- Schade, dass mein Freund nicht kommen kann.
Ich hoffe, meinem Freund geht es gut.
Ich rufe meinen Freund morgen einfach mal an und frage was los ist.

—

12.) *Situation:* Ich sitze mit meinen Kollegen beim Mittagessen. Einer meiner Kollegen erzählt uns von einer neuen Kneipe, welche in der Stadt aufgemacht hat. Ich bin bei der Unterhaltung still und beteilige mich nicht am Gespräch. Einige meiner Kollegen machen den Vorschlag, sich für den Abend zu verabreden, um die neue Kneipe anzuschauen. Ich sage nichts. Am Abend zu Hause werde ich ärgerlich, weil ich gerne mit den Kollegen in die Kneipe gegangen wäre und keiner mich gefragt hat.
(*bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...*)

- Keiner mag mich – ich werde immer ausgelassen.
- Ich habe meinen Kollegen nicht klar gemacht, dass ich dabei sein will. Ich gehe vielleicht einfach zur Kneipe hin.

—

13.) *Situation:* Ich gehe in ein Kaufhaus, um eine Zeitschrift zu kaufen. Nach dem ich mich umgesehen habe, kann ich die Zeitschriftenabteilung nicht finden. Ich finde einen Verkäufer und frage ihn, wo die Zeitschriftenabteilung ist. Der Verkäufer antwortet mir, dass er nicht weiß wo die Zeitschriftenabteilung ist und dass er nicht zuständig ist. Er dreht sich um und lässt mich ohne weitere Hilfe stehen.
(*bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...*)

- Die Leute sind einfach nicht hilfsbereit.
Ich hätte erst gar nicht um Hilfe bitten sollen. Ich werde immer versagen – niemand kann mich jemals mögen.
- Dieser Verkäufer ist nicht hilfsbereit.
Ich schaue mich nach jemandem um, der mir helfen kann. Wenn mir in diesem Geschäft keiner weiter hilft, gehe ich in ein anderes Geschäft.

—

14.) *Situation:* Ich habe eine Bekannte, welche ich erst kürzlich kennen gelernt habe für Freitag ins Kino eingeladen. Ich war mir nicht sicher, ob die betreffende Person Interesse an meiner Bekanntschaft hat und ob sie mich treffen möchte. Ich habe mich sehr gefreut, dass sie der Einladung zugesagt hat. Am Tag der Verabredung ruft meine Bekannte mich an und teilt mir mit, dass etwas dazwischen gekommen ist und sie nicht mit ins Kino gehen kann.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Die Bekannte hätte mich sowieso nicht gemocht.
- Schade, dass sie nicht kommen kann. Ich werde sie noch mal anrufen.

—

15.) *Situation:* Kurz vor Ladenschluss gehe ich in den Supermarkt einkaufen. Ich nehme ein paar Milchtüten mit. Auf dem Weg zur Kasse lasse ich eine Milchtüte fallen. Die Milchtüte fällt auf den Boden, der Milchkarton geht kaputt und die Milch verteilt sich auf dem Boden. Der Ladenbesitzer beobachtet die Situation, wird ärgerlich und beschimpft mich. Er sagt laut und in einem unfreundlichen Ton zu mir, dass ich vorsichtiger hätte sein sollen, jetzt müsse er länger hier bleiben, um meinen Dreck wieder sauber zu machen.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich habe nie Glück.
Ich bin so ungeschickt. Niemand wird mich je verstehen.
- Das ist keine leichte Situation für mich.
Ich werde mich für die Umstände, die ich gemacht habe, entschuldigen. Ich werde den Ladenbesitzer fragen, ob ich ihm als Entschädigung für die Arbeit, die ich ihm gemacht habe, ein Trinkgeld geben kann.

—

16.) *Situation:* Mein Bruder möchte heiraten und hat mich zu seiner Hochzeitsfeier eingeladen. Um an der Hochzeitsfeier teilzunehmen, benötige ich zwei Tage Urlaub. Ich habe allerdings wichtige Aufträge erhalten, die sehr dringend sind und bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, der nicht verändert werden kann, fertig gestellt sein müssen. Mein Chef hat mich bereits darauf hingewiesen, dass die Aufträge fristgerecht erledigt sein müssen. Die Aufträge fertig zu stellen bedeutet jedoch, dass es schwierig ist an der Hochzeit teilzunehmen.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich werde es nie schaffen von meinem Chef die zwei Tage Urlaub zu erhalten.
- Ich muss mit meinem Chef reden und schauen, was sich machen lässt.

—

17.) *Situation:* Meine Chefin hatte mir einen Auftrag gegeben und eine Frist bis wann ich den Auftrag erledigen sollte. Der Auftrag kam zu einem sehr hektischen Zeitpunkt und ich hatte unglücklicherweise einige andere Aufgaben zu erledigen. Daher habe ich es nicht geschafft, den Auftrag fristgerecht zu erledigen. Ich bin zu meiner Chefin gegangen und habe ihr gesagt, dass ich den Auftrag nicht erledigt habe. Sie war sehr verständnisvoll. Sie sagte: „Das kann vorkommen, aber ich bin sicher, dass sie den Auftrag bis Montagmorgen um 9.00 Uhr erledigt haben“.
(*bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...*)

- Meine Chefin muss sehr sauer auf mich sein.
Meine Chefin bemitleidet mich – ich bin so ein Verlierer. Ich darf nicht glauben, dass sie einfach hilfsbereit ist.
- Meine Chefin hat meinen vollen Zeitplan verstanden.
Ich sehe jetzt zu, dass ich den Auftrag erledige. Die Reaktion meiner Chefin hat mir wirklich geholfen – ich fühle mich erleichtert.

—

18.) *Situation:* Ich habe eine Auseinandersetzung mit einer Kollegin, die Singel ist, wegen der Urlaubsplanung. Sie sagt, dass sie zu derselben Zeit ein paar Tage frei nehmen will, zu der meine Familie und ich in Urlaub fahren wollen. Wir diskutieren über die Termine und ich sage ihr, dass sie egoistisch ist und nicht daran denkt, was meine Familie und ich wollen. Plötzlich verlässt mein Kollege mein Büro.
(*bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...*)

- Meine Beziehungen zu anderen Menschen sind eine einfache Katastrophe – Ich bin ein Versager, wenn es um andere Menschen geht.
- Ich habe meinen Kollegen mit dem was ich gesagt habe beleidigt. Ich will sie anrufen bevor sie fährt und mit ihr über meine Reaktion sprechen.

—

19.) *Situation:* Ich möchte ins Ausland verreisen und benötige einen Reisepass. Daher gehe ich das Bürgerbüro, um einen Reisepass zu beantragen. Im Bürgerbüro setze ich mich in den Wartebereich und warte, dass ich aufgerufen werde. Nach dem ich 15 Minuten gewartet habe, bemerke ich, dass ich eine Nummer ziehen muss und die Nummer dann aufgerufen wird. Ich gehe zu einem freien Schalter und erzähle dem Angestellten, dass ich vergessen habe, eine Nummer zu ziehen. Ich frage ihn, ob ich auch so dran genommen werden kann, da ich schon 15 Minuten gewartet habe. Der Beamte am Schalter sagt mir in einem unfreundlichen Ton, dass ich zurückgehen soll, um eine Nummer zu ziehen und zu warten bis ich an der Reihe bin.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich bin so blöd. Pech verfolgt mich wohin ich auch immer gehe. Niemand mag mich. Jeder behandelt mich schlecht.
- Ich habe es vermasselt, eine Nummer zu ziehen. Ich gehe zurück und ziehe direkt eine Nummer. Ich muss mich in der Reihe anstellen.

—

20.) *Situation:* Mir geht es sehr schlecht und ich glaube ich werde krank. Ich entscheide mich dazu, einen Freund aufzusuchen und ihn nach der Nummer seines Arztes zu fragen, den ich aufsuchen kann. Außerdem denke ich, dass es mir vielleicht hilft, wenn ich das Haus verlasse. Ich komme bei meinem Freund zu Hause an und dieser erzählt mir, dass er nicht mit mir sprechen kann. Er sagt, dass er starke Kopfschmerzen hat und sich hinlegt. Er schließt die Türe und ich gehe.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Eine Katastrophe nach der anderen.
- Es tut mir leid, dass es meinem Freund schlecht geht. Ich spreche mit ihm, wenn es ihm besser geht. Ich brauche immer noch die Nummer seines Doktors.

—

21.) *Situation:* Ich bin gerade in eine neue Stadt gezogen, um eine neue Arbeitsstelle anzunehmen. Am Tag des Umzuges komme ich vor meiner neuen Wohnung an und gehe zur Haustüre. Ich stelle mein Gepäck ab und fühle mich plötzlich in der neuen Umgebung fremd und alleine.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- Ich hätte nicht umziehen sollen. Ich habe immer Pech – das wird mir auch hier so gehen. Ich werde mich hier nie zu Hause fühlen.
- Ich werde mir Pläne machen müssen, wie ich an einem neuen Ort leben kann. Ich werde mir meine neue Wohnung anschauen. Es wird vielleicht zunächst schwierig sein, aber ich lebe mich hier schon ein und gewöhne mich an die neue Wohnung.

—

22.) *Situation:* Ich hatte einem befreundeten Paar versprochen, dass das Paar mein Auto am Wochenende leihen kann. Meine Frau und ich hatten geplant, das ganze Wochenende zu Hause zu bleiben und im Garten zu arbeiten. Ich hatte allerdings vergessen, dass mein Sohn am Samstagabend ein Fußballturnier hat und ich meinem Sohn versprochen hatte, bei dem Spiel dabei zu sein und ihn und seine Freunde zu dem Spiel hinzufahren. Ich sagte meinen Freunden, dass ich Ihnen das Auto nicht leihen kann.

(bitte kreuzen Sie diejenige Antwortgruppe an, die am besten ausdrückt, wie Sie in diesem Moment wahrscheinlich denken und reagieren würden ...)

- „Tut mir leid, ich kann Euch das Auto nicht leihen.“
- „Ich weiß, dass wird für Euch ein Problem sein, aber ich kann euch das Auto leider nicht leihen. Ich habe gerade herausgefunden, dass mein Sohn ein Fußballspiel hat und ich versprochen habe, dabei zu sein.“

Vielen Dank !

Anhang B: Studieninformation



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein
Campus Lübeck Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Campus Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. F. Hohagen

Ansprechpartner: Frau Kühnen
Tel: 0451 / 500-4308
Fax: 0451 / 500-2414

Datum: 01.02.08

INFORMATION FÜR TEILNEHMER DER STUDIE „FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER MERKMALE CHRONISCH DEPRESSIVER PATIENTEN“

ALLGEMEINE INFORMATION

Bitte lesen Sie die Information durch. Ihr Ansprechpartner wird direkt mit Ihnen über die Studie sprechen. Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder zusätzliche Informationen benötigen. Sollten Sie nach der Aufklärung weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Ansprechpartner oder direkt an die Leiterin der Studie Frau Dipl.-Psychologin Tanja Kühnen, Tel. 0451/500-4308.

INFORMATION ZUR STUDIE

Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die depressive Erkrankung ist gekennzeichnet durch eine niedergeschlagene Stimmung, fehlendem Antrieb, Freudlosigkeit sowie einer Reihe weiterer Beschwerden wie Schlaf- und Konzentrationsschwierigkeiten.

Ziel der Studie ist die Überprüfung eines neu entwickelten Fragebogens zur Erfassung von Merkmalen von chronisch-depressiven Patienten.

Eine depressive Erkrankung wird als chronisch bezeichnet, wenn die Beschwerden zwei Jahre oder länger andauern.

Neben den typischen Merkmalen wie Freudlosigkeit und Interesselosigkeit, weisen Betroffene mit einer chronischen Depressionsform einige weitere Beschwerden auf:

Mit einer chronischen Depression fühlt man sich beispielsweise der Welt und Ihren Erwartungen nicht mehr gewachsen und man fühlt sich hilflos und hoffnungslos. Diese Beschwerden und Probleme müssen beispielsweise in einer Psychotherapie besonders beachtet werden, um den Betroffenen möglichst gut zu helfen.

Ziel dieser Studie ist es einen Fragebogen, welcher zur Erfassung der Merkmale chronisch-depressiver Patienten entwickelt worden ist, zu überprüfen. Ziel ist es in Zukunft ein überprüftes und standardisiertes Messinstrument zu haben, um beispielsweise die Diagnose einer chronisch depressiven Erkrankung zu erleichtern und um die richtigen Therapieentscheidungen treffen zu können.

Zu diesem Zweck bekommen Sie in dieser Studie eine Reihe von Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt und es wird überprüft, ob bei Ihnen eine psychiatrische Erkrankung, insbesondere eine Depression, vorliegt.

Der Zeitaufwand beträgt zwischen 1,5 und 4 Stunden. Der Nutzen der Studie besteht für Sie darin, dass sie Aufschluss über Ihrer Erkrankung erhalten.

Ein Risiko besteht für Sie nicht, da es sich um eine Fragebogenstudie handelt und die Fragen nicht psychisch belastend sind.

Die Teilnahme an der Studie ist selbstverständlich freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der Studie beenden, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Nach Beendigung der Teilnahme werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ihre bisherigen Daten werden unwiderruflich anonymisiert, das heißt, sie können nicht mehr anhand der Daten identifiziert werden. Für den Schadensfall als Folge der Maßnahmen, welche im Zusammenhang mit der Studie durchgeführt werden, gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen des UKSH, Campus Lübeck.

DATENSCHUTZRECHTLICHE INFORMATION

Für den Datenschutz verantwortlich ist die Studienleiterin, Frau Dipl.-Psych. Tanja Kühnen. Die Datenerhebung erfolgt zum Zweck der oben genannten Studie. Erhoben werden Geburtsdatum, Beruf, Diagnose sowie die Fragebogendaten. Ihre Daten werden in pseudonomisierter Form, das heißt ohne direkten Bezug zu Ihrem Namen, elektronisch gespeichert und ausgewertet. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden eingehalten. Zugriff auf Ihre Daten haben nur Mitarbeiter dieser Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremden Zugriffen geschützt. Die personenbezogenen Daten werden am Ende der Studie anonymisiert, soweit gesetzliche Vorgaben nicht längere Archivierungszeiten vorschreiben.

Anhang C: Einverständniserklärungen



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein
Campus Lübeck Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck

UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Campus Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. F. Hohagen

Ansprechpartner: Frau Kühnen
Tel: 0451 / 500-4308
Fax: 0451 / 500-2414

Datum: 01.02.08

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR STUDIE „FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG DER MERKMALE CHRONISCH DEPRESSIVER PATIENTEN“

Ich hatte Gelegenheit alle meine Fragen zu stellen, diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich wurde durch _____ über die Studie informiert. Ich habe die schriftliche Information zur oben genannten Studie erhalten, gelesen und verstanden. Ich wurde ausführlich, schriftlich und mündlich, über das Ziel und den Verlauf der Studie, Chancen und Risiken der Untersuchung, meine Rechte und Pflichten, den mir zustehenden Versicherungsschutz und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an der oben genannten Studie. Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich das Recht habe, diese jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu beenden, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten, sowie der Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich einverstanden.

Datum und Unterschrift Studienteilnehmer

Datum und Unterschrift aufklärender Psychologe

Aufklärung Kontrollpersonen

- Aufklärung-

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR STUDIE „FRAGEBOGEN ZUR
ERFASSUNG DER MERKMALE CHRONISCH DEPRESSIVER PATIENTEN“

Falls im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung psychiatrische Beschwerden oder Auffälligkeiten festgestellt wurden:

- Möchte ich informiert und beraten werden
- Möchte ich nicht informiert werden

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Datum und Unterschrift Studienteilnehmer

Datum und Unterschrift aufklärender Psychologe

Anhang D: Votum Ethikkommission



Universität zu Lübeck

Medizinische Fakultät - Der Vorsitzende der Ethikkommission

Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160, D-23538 Lübeck

Frau
Dipl. psych. Tanja Kühnen
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

im Hause

Nachrichtlich:
Prof. Dr. Schweiger

Bearbeiter: Dr. Angelika Hüppe
Telefon: (0451) 7992518
Fax: (0451) 7992522
email:

angelika.hueppe@uk-sh.de
Datum: 08.02.2008
Aktenzeichen:
(immer angeben!) 08-008

Sitzungen der Ethik-Kommission am 05. Februar 2008

Antragsteller: Fr. Kühnen / Prof. Dr. Schweiger

Titel: *Chronische Depression: Psychologische Merkmale unter besonderer Berücksichtigung eines Fragebogens zur Erfassung kognitiver Merkmale chronisch-depressiver Patienten*

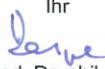
Sehr verehrte Frau Kühnen,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft. Die Kommission hat nach der Berücksichtigung folgender **Hinweise** keine Bedenken: In der Aufklärung sollte auf den Zeitaufwand für die Bearbeitung der Fragebögen hingewiesen werden. Zu Beginn der Studieninformation sollte kein Dank vorab für eine Studienteilnahme ausgesprochen werden (die Information ist ja erst die Grundlage einer positiven oder negativen Entscheidung). In der Aufklärung muss es heißen: „Tritt im Rahmen der Studiendurchführung ein Schaden auf, der den Studienteilnehmern durch das schuldhafte Verhalten eines Beschäftigten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UK SH) zugefügt wurde, haftet die gesetzliche Haftpflicht des UK SH.“ Es könnte in Erwägung gezogen werden, die gesunden Kontrollpersonen zu matchen. Die geplante Reliabilitätsbestimmung könnte spezifiziert werden.

Bei Änderung des Studiendesigns sollte der Antrag erneut vorgelegt werden. Über alle schwerwiegenden oder unerwarteten und unerwünschten Ereignisse, die während der Studie auftreten, muss die Kommission umgehend benachrichtigt werden.

Nach Abschluss des Projektes bitte ich um Übersendung eines knappen Schlussberichtes (unter Angabe unseres Aktenzeichens), aus dem der Erfolg/Misserfolg der Studie sowie Angaben darüber, ob die Studie abgebrochen oder geändert bzw. ob Regressansprüche geltend gemacht wurden, ersichtlich sind. Die ärztliche und juristische Verantwortung des Leiters der klinischen Studie und der an der Studie teilnehmenden Ärzte bleibt entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission durch unsere Stellungnahme unberührt.

Mit freundlichem Gruß bin ich
Ihr


Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Raspe
Vorsitzender

anwesende Kommissionsmitglieder:

Prof. Dr. Dr. H.-H. Raspe
(Sozialmedizin, Vorsitzender der EK)
 Prof. Dr. Schweiger
(Psychiatrie)
Prof. Dr. Dendorfer
(Pharmakologie)

Frau H. Müller
(Pflege)
 Prof. Wessel
(Kinderchirurgie, Stellv. Vorsitzender der EK)
Herr Dr. Fieber
(Richter am Landgericht Lübeck)
Prof. Schwinger
(Humangenetik)

Herr Prof. Dr. Klein
(Medizinische Klinik I)
 Frau Prof. Dr. M. Schrader
(Plastische Chirurgie)
Herr Dr. Schultz
(Pädiatrie)
 Herr D. Stojan
(Präsident des Amtsgerichtes Lübeck)

9. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Fritz Hohagen danke ich, dass er die Forschung ermöglicht hat. Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger und Herrn Prof. Dr. med. Kai G. Kahl danke ich für das Thema dieser Arbeit. Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger gilt auch mein besonderer Dank für die Betreuung der Arbeit und dafür, dass anstehende Fragen jederzeit komplikationslos geklärt werden konnten.

Dipl.-Psychologin Dr. phil. Valerija Sipos danke ich für die stetige Motivierung und die Hilfe bei der Setzung von Prioritäten. Meinen Mitstreiterinnen, Dipl.-Psychologin Franziska Knappke, Dipl.-Psychologin Stephanie Friedrich und Dipl.-Psychologin Tanja Otto, danke ich für die sehr gute Zusammenarbeit, die -trotz oder vielleicht gerade wegen der ein oder anderen Schwierigkeit- immer sehr angenehm und produktiv war. Herrn Dr. rer. hum. biol. Jork Milde danke ich herzlich für die stets gewissenhafte Programmierung der Studien-Notebooks. Herrn Prof. Dr. phil. Michael Hüppe danke ich für seine Unterstützung bei der statistischen Auswertung.

Dem Team der Station 7 des Zentrums für Integrative Psychiatrie, Campus Lübeck, danke ich ganz herzlich dafür, dass es meine Stimmungsschwankungen bei der zum Teil sehr anstrengenden Datenerhebung ausgehalten hat und jederzeit ein nettes Wort oder eine Tasse Kaffee für mich bereit hatte. Dr. med. Jan P. Klein danke ich für wertvolle Anregungen „zwischendurch“. Darüber hinaus danke ich allen Probanden für ihre Bereitschaft an dieser Studie teilzunehmen. Ein besonderer Dank geht an meine Familie und an meine Freunde, die auch wenn ich häufig keine Zeit für sie hatte, dennoch für mich da waren. Ganz besonders danke ich in diesem Zusammenhang Dirk Leonhard.

10. Lebenslauf

Dipl. Psychologin Tanja Kühnen

Psychologische Psychotherapeutin



Persönliches

Geboren am 25. November 1978 in Koblenz

Schulischer Werdegang

1985 - 1989	<i>Augst-Schule-Neuhäusel</i>
1989 - 1995	<i>Max-von-Laue Gymnasium, Koblenz</i>
1995 - 1998	<i>Wirtschaftsgymnasium, Koblenz</i>
05/1998	<i>Abitur</i>

Studium und Ausbildung

09/1998 - 10/2004	<i>Justus-Liebig-Universität Giessen: Diplomstudiengang Psychologie</i> <ul style="list-style-type: none">○ Mit Studienschwerpunkt Klinische Psychologie und Verhaltensmedizin; Abschluss Oktober 2004○ Diplom-Arbeit: „Phobie vom Blut-, Spritzen und Verletzungstypus: Angst oder Ekel- was steht bei der phobischen Reaktion im Vordergrund? Eine fMRT-Studie“○ Wahlpflichtfach: Medizin für Psychologen
04/2005 - 10/2010	<i>Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) mit vertiefter Ausbildung in Verhaltenstherapie am IFT Nord, Kiel</i> <ul style="list-style-type: none">○ Staatlicher Abschluss: Oktober 2010

Berufliche Tätigkeit

- 04/2005 - 10/2006 *Praktische Tätigkeit nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin in der Klinik für Psychotherapie und Psychiatrie, UK-SH Campus Lübeck*
- Allgemein-Psychiatrische Station
 - Depressionsstation
 - Alkoholmotivationsstation
- 10/2006 - 03/2012 *Tätigkeit als Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UK-SH Campus Lübeck*
- Beginn Promotion: 10/2006
 - Psychotherapiestation zur Behandlung chronisch depressiver Patienten mit Schwerpunkt Behandlung nach CBASP: Einzel- und Gruppentherapie
 - Psychiatrische Institutsambulanz
 - Angehörigenarbeit (Leitung Angehörigengruppe Affektive Erkrankungen)
 - Lehrtätigkeit (Anleitung Praktika, Praxisunterricht Studenten der Medizinischen Universität Lübeck, Betreuung von Wahlfachstudenten und Diplomandenbetreuung)

Zusätzliches

- 08/2002 - 12/2003 Nachtwache im Schlaflabor der Psychiatrischen Universitätsklinik, Giessen; Durchführung und Auswertung von Polysomnographischen Ableitungen
- 02/2002 - 04/2002 Psychologisches Praktikum in der Psychiatrischen Universitätsklinik, Giessen (Station 4, geschützte Station)
- 08/2002 - 09/2002 Psychologisches Praktikum in der Psychiatrischen Universitätsklinik, Giessen (Station 6, Psychotherapiestation)
- 10/2002 - 12/2002 Praktikum im Schlaf- und Kognitionslabor der Psychiatrischen Universitätsklinik, Giessen

Veröffentlichung:

Tanja Kühnen, Franziska Knappke, Tanja Otto, Stephanie Friedrich, Jan P Klein, Kai G Kahl, Michael Hüppe, Valerija Sipos and Ulrich Schweiger. **Chronic depression: development and evaluation of the luebeck questionnaire for recording preoperational thinking (LQPT)**. BMC Psychiatry 2011, **11**:199.

Posterpräsentation:

3. CBASP – Network-Meeting; Dept. of Psychiatry and Psychotherapy; University of Luebeck, 25.08 -27.08.2011