

Diagnostik in der Psychoonkologie

Modul: I.4 Testen & Entscheiden

Institution: HS Magdeburg-Stendal, Hansestadt Stendal

Referentinnen: J. Erz, J. Becker, M. Stieg

Dozentin: Prof. Dr. habil. G. H. Franke

Datum: 13.12.2011

Gliederung

1. Aktuelle Situation
2. Krankheitsverarbeitung – FKV
3. Soziale Unterstützung – F-SozU
4. Angst & Depression – HADS-D

1. Aktuelle Situation

- **Inzidenz (2004):**
 - 230.500 Männer
 - 206.000 Frauen

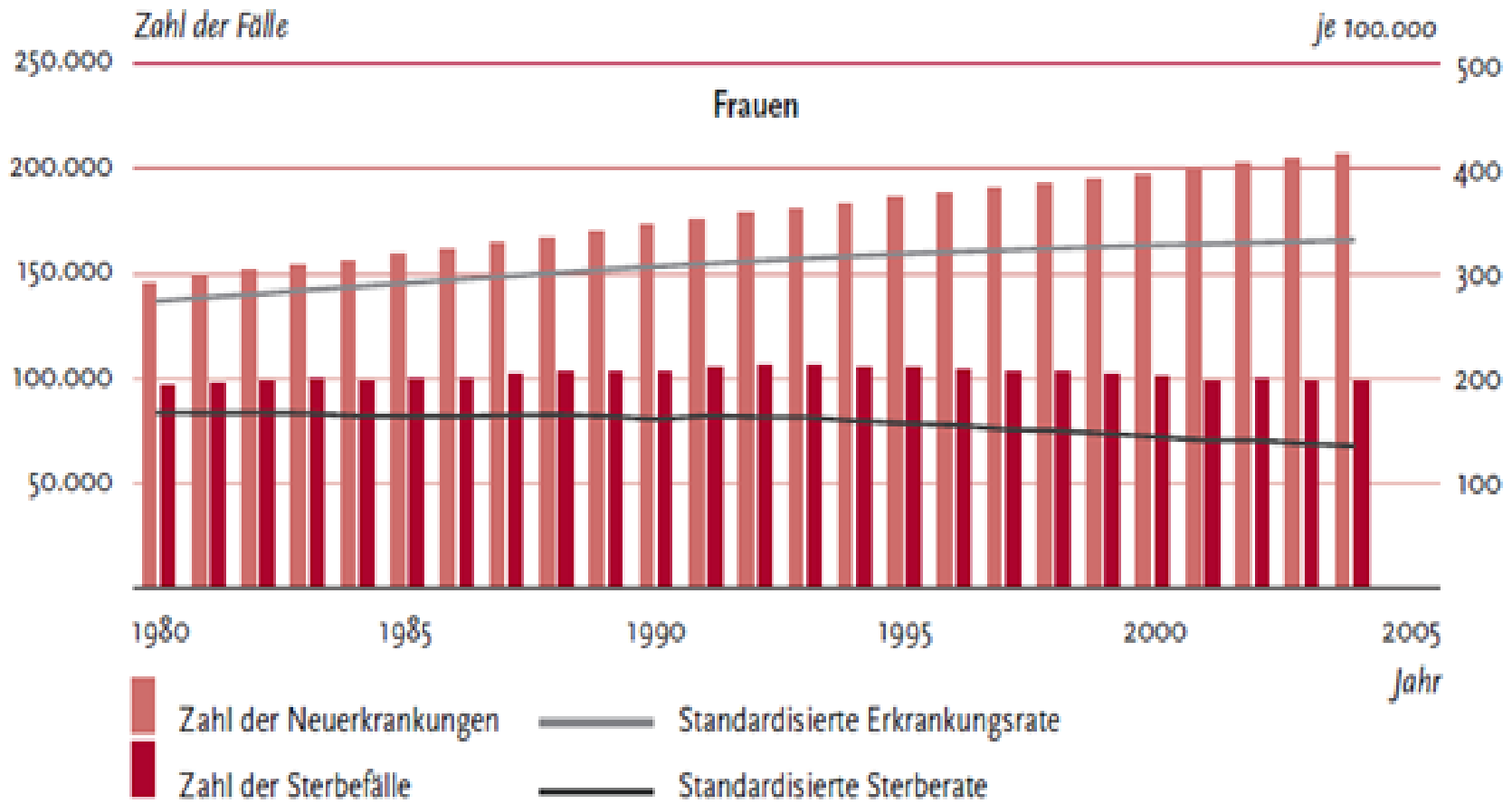
- **Bevölkerungs-Prävalenz (2004):**
 - 1,6 % (5-Jahres-Prävalenz)
 - 2,4 % (10-Jahres-Prävalenz)

- **Seit 1990 Anstieg der Prävalenz:**
 - 35 % bei den Frauen
 - 80 % bei den Männern

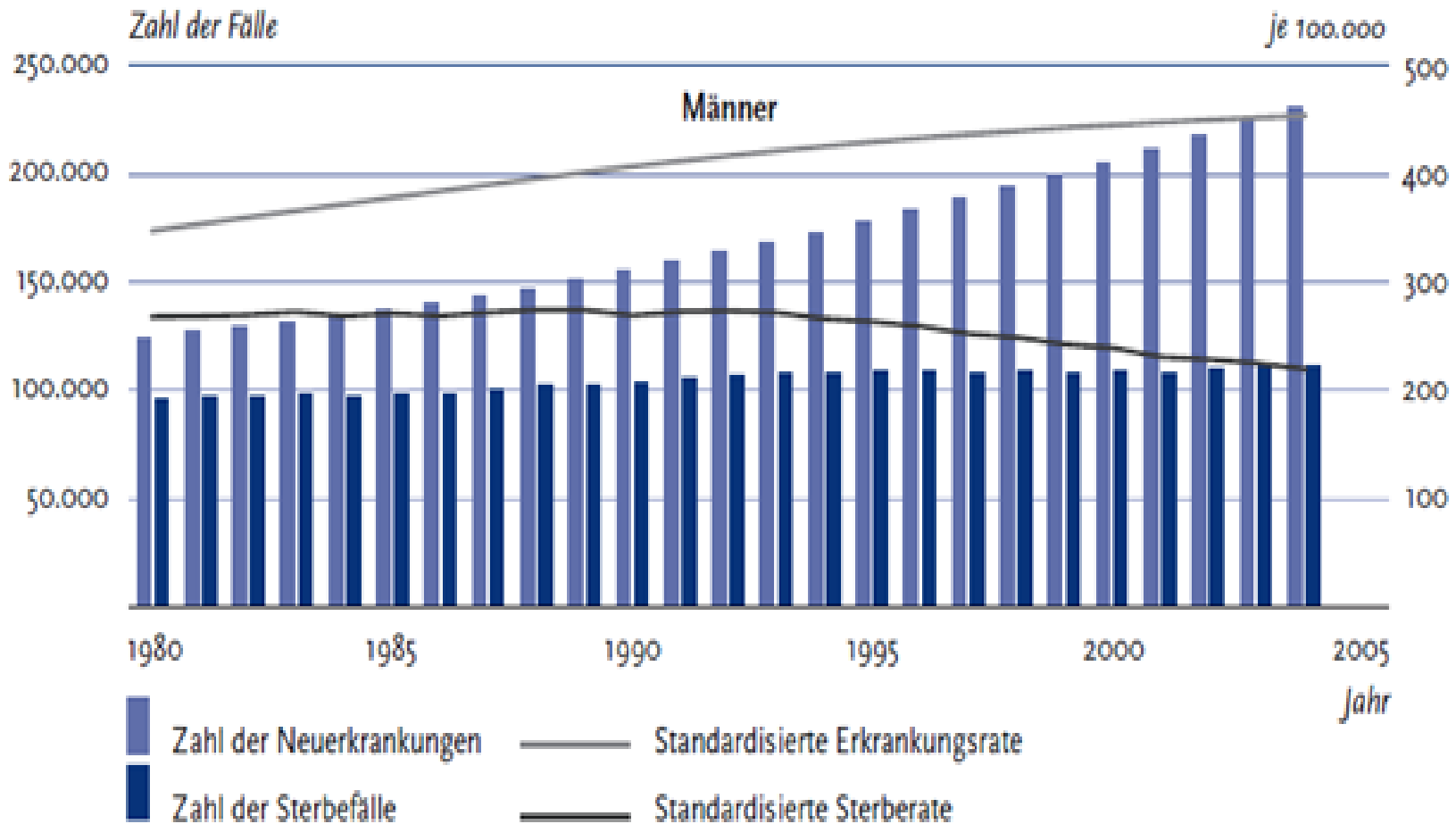
(RKI, 2010)

Abbildung 3.21.1

Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle sowie altersstandardisierte Neuerkrankungs- und Sterberaten (Europastandard) nach Geschlecht, Deutschland 1980–2004, ICD-10 C00–C97 ohne C44



(RKI, 2010)

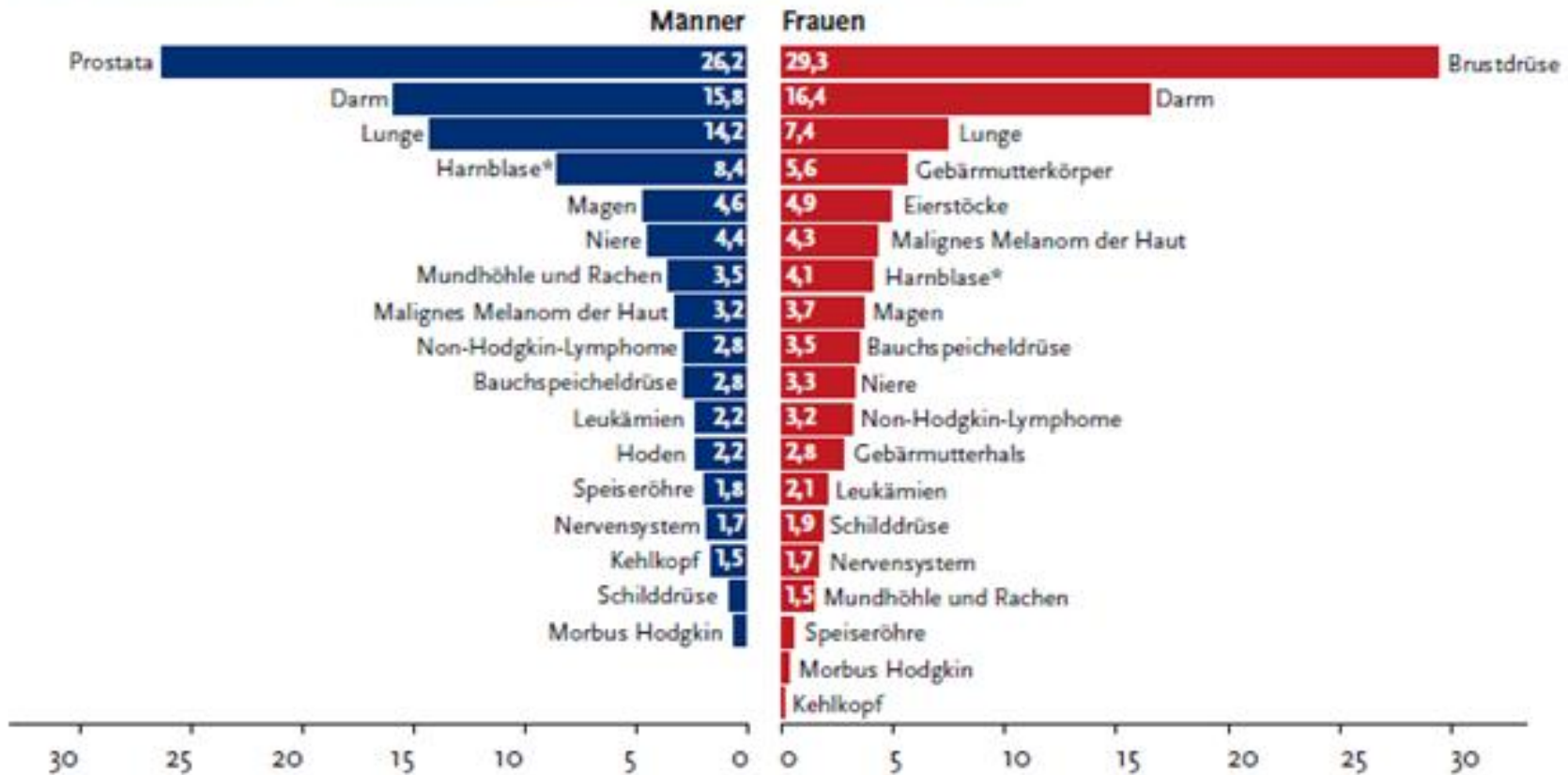


(RKI, 2010)

Abbildung 2.2.1

Prozentualer Anteil ausgewählter Tumorlokalisationen an allen Krebsneuerkrankungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs in Deutschland 2006

Quelle: Schätzung der Dachdokumentation Krebs im Robert Koch-Institut



* einschließlich bösartiger Neubildungen in situ und Neubildungen unsicheren Verhaltens

(RKI, 2010)

- **Träger:**
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Krankheiten werden von der Rentenversicherung erbracht
(§ 15 & § 31 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI)
- **Übergreifende Ziele:**
 - Dauerhafte Wiedereingliederung in Erwerbsleben
 - Positive Beeinflussung von körperlichen, seelischen, sozialen & beruflichen Behinderungen
- **Art der Rehabilitation:**
 - Anschlussrehabilitation (AHB) oder
 - Medizinische Rehabilitation im Antragsverfahren (MRA)

(DRV, 2011)

- **Problem der Psychoonkologie:** Identifikation der Krebskranken, die so belastet sind, dass sie psychoonkologischer Unterstützung bedürfen
- **Kriterien zur Identifikation:**
 - Merkmale der Erkrankung/ Behandlung
 - Selbstzuweisung
 - Psychiatrische Komorbidität
 - Einschätzung des Onkologen
 - Coping
 - Psychosoziale Belastung/ Lebensqualität

(Herschbach, 2008)

Literatur allgemein

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011). *Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung. Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten*. Berlin: DRV.
- Herschbach, P. & Weis, J. (2008). *Screeningverfahren in der Psychoonkologie: Testinstrumente zur Identifikation betreuungsbedürftiger Krebspatienten*.
- Mehnert, A. (2010). Diagnostik in der Psychoonkologie. *Psychotherapie im Dialog*, 11 (02), 159-164.
- Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P. & Koch, U. (2006). Die Erfassung psychosozialer Belastungen und Ressourcen in der Onkologie – Ein Literaturüberblick zu Screeningmethoden und Entwicklungstrends. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 56, 462-479.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010). *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (Hrsg.) (2010). *Krebs in Deutschland 2005/2006. Häufigkeiten und Trends*. (7. Ausgabe). Berlin: RKI.
- Vodermaier, A., Linden, W. & Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute*, 101, 1464 – 1488.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle Frauen
RKI 2010
- Abb. 2 Jährliche Neuerkrankungs- und Sterbefälle Männer
RKI 2010
- Abb. 3 Prozentualer Anteil Tumorlokalisation
RKI 2010

2. Krankheits- verarbeitung – FKV

I Überblicksartige Beschreibung

- **Autor:**
 - F. A. Muthny
- **Erscheinungsjahr:**
 - 1989
- **Titel:**
 - Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
- **Verlag:**
 - Beltz Test GmbH, Weinheim



(Muthny, 1989)

I Überblicksartige Beschreibung

- **Materialien & Preise:**

- Test komplett besteht aus Manual & je 10 Fragebogen & Auswertungsblättern FKV102, FKV-LIS FE, FKV-LIS SE & Mappe → 74,00 €
- Manual → 46,00 €
- 10 Fragebogen & Auswertungsblätter FKV102 → 15,00 €
- 10 Fragebogen & Auswertungsblätter FKV-LIS FE → 7,00 €
- 10 Fragebogen FKV-LIS SE → 3,60 €

I Überblicksartige Beschreibung

- **Materialien & Preise:**

- 10 Auswertungsblätter FKV-LIS SE → 3,60 €
- Mappe leer → 7,50 €
- Software PC-Version inkl. 50 lokale Durchführungen & Manual → 420,00 €
- Software PC-Version 50 weitere lokale Durchführungen → 30,00 €
- 1 lokale Durchführung → 3,50 €
- 1 Durchführung HTS Web Edition → 5,25 €

I Überblicksartige Beschreibung

- **Diagnostische Zielsetzung:**
 - Erfassung der Krankheitsverarbeitung auf den Ebenen von Kognition, Emotion & Verhalten
- **Einordnung:**
 - Anwendung weit verbreitet in BRD
 - Häufig verwendet in Studien
 - Vor allem für chron. Kranke bzw. bei Personen mit Folgeerscheinungen akuter Erkrankungen
 - Anwendbar auch in Remissionsphase in Hinblick auf Komplikationen, erwartete Operationen
 - Anwendbar auch für Verlaufsuntersuchungen, Verarbeitungsprozesse (besonders die Kurzformen)
 - Ab einem Alter von 16 Jahren durchführbar

(Söllner, DeVries, Steixner et al., 2001; Muthny, 1989)

I Überblicksartige Beschreibung

- **Einordnung:**
 - Fünfer-Skala (1 = gar nicht bis 5 = sehr stark)
 - Selbstbeurteilung (FKV102) mit 102 Items & 12 Skalen
 - Fremd- (FKV-LIS FE) & Selbstbeurteilung (FKV-LIS SE) in Kurzform mit je 35 Items & 5 Skalen
 - Paper-Pencil-Test oder Durchführung mit PC-Version möglich
 - Kurzform besonders für Verlaufsdiagnostik geeignet
 - Bearbeitungsdauer: Kurzform → 5-15 Minuten; Langform → 10-30 Minuten
 - Durch variable Instruktionen kann die aktuelle & die retrospektive Krankheitsverarbeitung erhoben werden

(Muthny, 1989; Fritzsche, Struss, Stein & Spahn, 2003)

II Testgrundlage

- **Theoretische Grundlage (Konstrukte):**

- Entwicklung auf Basis von versch. Coping-Konstrukten
- Modell von Lazarus & Folkman weit verbreitet → legt ein Prozessverständnis von Coping zugrunde, situative Faktoren beeinflussen besonders die Verarbeitung

(Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986; Bengel, Beutel, Broda et al., 2003)

- „Krankheitsverarbeitung ist die Gesamtheit der Prozesse, um bestehende oder erwartete Belastungen im Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv oder aktional aufzufangen, auszugleichen oder zu meistern. Krankheitsverarbeitung kann sich sowohl auf ein Individuum als auch in systemischer Betrachtung auf eine Sozialstruktur beziehen. Die Krankheitsverarbeitungs-Modi sind prinzipiell unabhängig von Kriterien des Verarbeitungserfolgs zu definieren.“

(Muthny, 1989)

II Testgrundlage

- **Vorannahmen in der Entwicklungsphase des FKV:**
 - Annahme einer kognitiven, emotionalen & aktionalen Ebene der Krankheitsverarbeitung. Jede sollte grundsätzlich gewürdigt werden. Ebenen stehen in multipler Beziehung.
 - Annahme eines Prozesscharakters. Krankheitsverarbeitung verändert sich über einen Zeitraum. Ist abhängig von Anforderungen & Erfahrungen.
 - Annahme der veränderbaren Rolle des sozialen Kontexts auf die Verarbeitung sowie ihr Ergebnis.
 - Annahme von Einflüssen (Persönlichkeit, Situation, Umwelt) auf die Krankheitsverarbeitung.
 - Annahme einer Abhängigkeit zwischen Verarbeitungserfolg, Zeit bzw. Erkrankungsphase.

(Muthny, 1989)

II Testgrundlage

- **Überblick über die Skala/ Skalen:**

Selbstbeurteilung FKV102 mit 102 Items, 12 Skalen & 5-stufige Antwortskala

1. Problemanalyse & Lösungsverhalten (Bsp.: „Ich habe mir vorgenommen, nichts zu überstürzen.“)
2. Depressive Verarbeitung (Bsp.: „Ich habe mich an jeden Strohhalm geklammert, der sich bot.“)
3. Hedonismus (Bsp.: „Ich habe besonders gut gegessen.“)
4. Religiosität & Sinnsuche (Bsp.: „Ich habe Halt im Glauben gefunden.“)
5. Mißtrauen & Pessimismus (Bsp.: „Ich habe mit allem gerechnet.“)
6. Kognitive Vermeidung & Dissimimulation (Bsp.: „Ich habe mir gewünscht, dass das Problem verschwinden oder sich in nichts auflösen werde.“)

(Muthny, 1989)

II Testgrundlage

- **Überblick über die Skala/ Skalen:**

7. Ablenkung & Selbstaufwertung (Bsp.: „Ich habe weitergemacht, als wenn nichts geschehen wäre.“)
8. Gefühlskontrolle & sozialer Rückzug (Bsp.: „Ich dachte, ich müsste alleine damit fertig werden.“)
9. Regressive Tendenz (Bsp.: „Ich wollte mich bei jemanden ausweinen.“)
10. Relativierung durch Vergleich (Bsp.: „Es hat mir Mut gemacht, dass andere damit fertiggeworden sind.“)
11. Compliance-Strategien & Arztvertrauen (Bsp.: „Ich habe mich genau an die ärztlichen Vorschriften & Ratschläge gehalten.“)
12. Selbstermutigung (Bsp.: „Ich war entschlossen, gegen die Krankheit zu kämpfen.“)

(Muthny, 1989)

II Testgrundlage

- **Überblick über die Skala/ Skalen:**

Fremd- (FKV-LIS FE) & Selbstbeurteilung (FKV-LIS SE) in Kurzform mit je 35 Items, 5 Skalen & 5-stufiger Antwortskala

1. Depressive Verarbeitung (Bsp.: „Sich selbst bemitleiden.“)
 2. Aktives problemorientiertes Coping (Bsp.: „Einen Plan machen & danach handeln.“)
 3. Ablenkung & Selbstaufbau (Bsp.: „Sich mehr gönnen.“)
 4. Religiosität & Sinnsuche (Bsp.: „Trost im religiösen Glauben suchen.“)
 5. Bagatellisierung & Wunschdenken (Bsp.: „Nicht-wahrhaben-Wollen des Geschehenen.“)
- Zusatzfrage: „Was hat am meisten geholfen, um mit der Erkrankung fertig zu werden?“

(Muthny, 1989)

II Testgrundlage

- **Nachvollziehbarkeit der Testkonstruktion:**

- Über Aktualität lässt sich diskutieren. Seit 1989 in Anwendung → bis dato keine erneute Auflage
- Skalen nachvollziehbar, Items ebenfalls

ABER:

- Hardt, Petrak, Egle et al. (2003): Überprüfung des FKV-LIS
 - Item „Aktive Bewältigung“ & Item „Depressive Verarbeitung“ können beibehalten werden
 - Modifizierung wird vorgeschlagen mit 15 Items, statt 35 Items
 - Vorschlag: Einführung von 3 neuen Skalen mit je 2 Items: „Ablenkung“, „Bagatellisierung“ & „Compliance“
 - FKV-15 ist von Autoren in Erprobung, um Brauchbarkeit zu überprüfen

III Testdurchführung

- **Handwerk:**
 - Paper-Pencil-Test, PC-Version
 - Verschiedene Instruktionen (Standardinstruktion SI 1 (aktuell), Standardinstruktion SI 2 (Diagnose-Mitteilung), Herzinfarkt-Klienten, Krebs-Klienten, Dialyse-Klienten, Fremdeinschätzung) → Instruktionen liegen ebenfalls teilweise in englischer Sprache vor

(Muthny, 1989)

III Testdurchführung

- **Formales:**
 - **Transparenz:** gegeben durch Instruktion, klar verständliche Fragen & Instruktionen
 - **Zumutbarkeit & Akzeptanz:**
 - FKV102 → 102 Items zumutbar? Bearbeitungsdauer: 10 – 30 Minuten → kurz nach Diagnose → Abbruchgefahr groß bei FKV 102?
 - FKV-LIS → Zumutbar. Bearbeitungsdauer: 5 – 15 Minuten
 - **Verfälschbarkeit & Störanfälligkeit:** hinsichtlich der Beantwortung der Fragen gegeben

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Objektivität:**

- Durchführungsjektivität: gegeben, aufgrund standardisierter Instruktionen & Antwortkategorien
- Auswertungsobjektivität: gegeben, aufgrund standardisierter Auswertungsvorgaben
- Interpretationsobjektivität: gegeben, aufgrund klinischer Stichprobe

(Muthny, 1989)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Reliabilität:**

- Einziges Reliabilitätsmaß ist (z. Zt. 1989!) interne Konsistenz (keine Testhalbierung, kein Retest, kein Paralleltest)
- Interne Konsistenz:
 - FKV102 → Cronbachs α über $\geq .80$
 - FKV-LIS → Cronbachs α zwischen $.68$ & $.77$

(Muthny, 1989)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität:**

- Inhaltliche Validität: wird angenommen, aufgrund theoretischer Coping-Konstrukte. Verschiedene Autoren entwickelten relevant erachtete Dimensionen der Krankheitsverarbeitung
- Kriterienbezogene Validität: problematisch
- Konstruktbezogene Validität: für die Hauptskalen bestätigt
- FKV102 & FKV-LIS → schwer zu replizieren

(Muthny, 1989; Hardt, Petrak, Egle et al., 2003; Franke, Jagla, Salewski & Jäger, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- Weitere Verfahren zur Krankheitsbewältigung:

Berner Bewältigungsformen (BEFO):

- Erwachsene mit körperlichen Erkrankungen, Erfassung der Krankheitsverarbeitung, 30 Dimensionen, Gliederung in handlungs-, kognitions- & emotionsbezogene Bewältigungsformen, Dauer des Interviews: 20 – 40 Minuten
- Abwehrprozesse der Bewältigung werden mit BEFO erfasst, mit FKV nicht
- BEFO gut geeignet, um individuelle Aspekte zu erfassen, FKV als Forschungsinstrument geeignet

(Franke, Jagla, Salewski & Jäger, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK):**
 - Erwachsene mit schweren, körperlichen Erkrankungen, 37 Items, 5 Skalen (Bsp.: Rumination, Suche nach sozialer Einbindung, Suche nach Information & Erfahrungsaustausch), Dauer: 10 – 20 Minuten
- Korrelation zwischen FKV-LIS & TSK nur mäßig
- Beide weisen 5 Skalen auf → Testökonomie vergleichbar, beide benötigen einen Zeitraum von 15 – 20 Minuten
- Publikation gibt keine Empfehlung ab, welches Verfahren bevorzugt werden soll. Hängt von individuellen Faktoren ab (Ziel, Zugang, Anspruch an die Skalenkonsistenz etc.)
- TSK & FKV geeignet in der Forschung

(Franke, Jagla, Salewski & Jäger, 2007)

(Dörner & Muthny, 2008)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Normierung:**

- Verteilungskennwerte von verschiedenen, klinischen Stichproben vorhanden:
 - FKV → Dialyse-Stichprobe (n = 212) & Brustkrebsstichprobe (n = 107)
 - FKV-LIS → chronische Niereninsuffizienz/ Dialyse (n = 272), Koronare Herzkrankheit/ Infarkt (n = 350), Multiple Sklerose (n = 325)

(Muthny, 1989)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Informationsausschöpfung & Vergleichbarkeit:**
Interpretation der Ergebnisse kaum möglich. Bei FKV-LIS werden nur 23 Items zur Bildung der Skalen verwendet.
- **Ökonomie:** vorhanden, dennoch: Items werden abgefragt, die nicht in Auswertung erscheinen
- **Fairness:** vorhanden, mit Ausnahme von Analphabeten
- **Änderungssensitivität:** Kurzform ist für die Verlaufsdagnostik geeignet

V Erfahrungen im individual-diagnostischen Einsatz

Vorteile

- Durchführung des Verfahrens war innerhalb der Zeit möglich
- Optisch ansprechend
- Items sind verständlich formuliert
- Übersichtliche Gestaltung
- Verschiedene Möglichkeiten der Instruktionen → ABER Vorsicht!
- Leichte Durchführbarkeit
- Verlaufsmessung möglich (besonders FKV-LIS)
- In Gruppen durchführbar
- Eignet sich für Forschung

Nachteile

- Langform nicht zumutbar mit 102 Items
- Antworttendenzen, weil zu viele Items
- Kurz nach Diagnose-Stellung: Abbruchgefahr hoch
- Keine bisherige Replikation
- Geringe interne Konsistenz
- Mittelwertspalte bietet zu wenig Platz
- 1989 1. & letzte Auflage?

Literatur FKV

Literatur FKV – direkt:

- Hardt, J., Petrak, F., Egle, U. T., Kappis, B., Schulz, G. & Küstner, E. (2003). Was misst der FKV? Eine Überprüfung des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, 41-50.
- Muthny, F.A. (1989). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual*. Weinheim: Beltz Test GmbH.

Literatur FKV

Deutschsprachige Literatur:

- Bengel, J., Beutel, M., Broda, M., Haag, G., Härter, M., Lucius-Hoene, G., Muthny, F. A., Potreck-Rose, F., Stegie, R. & Weis, J. (2003). Chronische Erkrankungen, psychische Belastungen und Krankheitsbewältigung. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 53, 83-93.
- Dörner, U. & Muthny, F. A. (2008). Testgüte-Vergleich von zwei Instrumenten zur Krankheitsverarbeitung in der kardiologischen Rehabilitation – Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung und Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 17, 125-132.
- Franke, G. H., Jagla, M., Salewski, C. & Jäger, S. (2007). Psychologisch-diagnostische Verfahren zur Erfassung von Stress und Krankheitsbewältigung im deutschsprachigen Raum. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 16, 41-55.
- Fittig, E., Schweizer, J. & Rudolph, U. (2007). Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen – zur Bedeutung von Depressivität, Krankheitsverarbeitung und Sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 15 (1), 23-31.

Literatur FKV

Deutschsprachige Literatur:

- Grube, M. (2005). Das Compliance- und Copingpotenzial betagter konsiliarisch betreuter Karzinompatienten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 18 (1), 23-30.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2001). Stress und Krankheitsverarbeitung – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 10 (4), 201-205.
- Taubert, S. & Förster, C. (2005). Sinnfindung, Krankheitsverarbeitung und Lebensqualität von Tumorpatienten im perioperativen Verlauf. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13 (4), 147-157.

Literatur FKV

Englischsprachige Literatur:

- Baumeister, H. & Bengel, J. (2007). Psycho-social correlates of health and health behaviours: challenges and methodological pitfalls. *International Journal of Public Health*, 52, 6-7.
- Coyne, J. C. & Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55 (6), 655-664.
- Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful live events as risk factors for psychopathology: toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132 (3), 477-495.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10 (3), 195-205.
- Faller, H. & Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 359-363.

Literatur FKV

Englischsprachige Literatur:

- Folkman, S. (2009). Commentary on the special section „theory-based approaches to stress and coping“ – questions, answers, issues, and next steps in stress and coping research. *European Psychologist*, 14 (1), 72-77.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. I. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Reviews of Psychology*, 55, 745–774.
- Fritzsche, K., Struss, Y., Stein, B. & Spahn, C. (2003). Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematological Oncology*, 21, 83-89.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55 (6), 665-673.

Literatur FKV

Englischsprachige Literatur:

- Ptacek, J. T. & Pierce, G. R. (2003). Issues in the study of stress and coping in rehabilitation settings. *Rehabilitation Psychology*, 48 (2), 113-124.
- Söllner, W., DeVries, A., Steixner, E., Lukas, P., Sprinzl, G., Rumpold, G., Maislinger, S. (2001). How successful are oncologists in identifying patient distress, perceived social support, and need for psychosocial counselling? *British Journal of Cancer*, 84 (2), 179-185.
- Velikova, G., Awad, N., Coles-Gale, R., Wright, E., Brown, J., Selby, P. (2007) The clinical value of quality of life assessment in oncology practice – a qualitative study of patient and physician views. *Psycho-Oncology*, pub. online early view.

Abbildungsverzeichnis FKV

- Abb. 1 Layout

<http://www.testzentrale.de/programm/freiburger-fragebogen-zur-krankheitsverarbeitung.html#details>
(letzter Zugriff: 12.12.2011)

3. Soziale Unterstützung – F-SozU

I Überblicksartige Beschreibung

- **Autoren:**
 - Th. Fydrich, G. Sommer, E. Brähler
- **Erscheinungsjahr:**
 - 2007
- **Titel:**
 - Fragebogen zur Sozialen Unterstützung
- **Verlag:**
 - Hogrefe



(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

I Überblicksartige Beschreibung

- Formen:
 - Standardform (S-54), zwei Kurzformen (K-22 & K-14), Teil B
- Verfahren zur Ermittlung der wahrgenommenen/antizipierten Unterstützung durch das soziale Umfeld

(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

I Überblicksartige Beschreibung

- **Materialien & Preise:**

- Preis: 89,- € (Test komplett)
- PC-Version inkl. 50 lokale Durchführungen & Manual 350,00 €

(www.testzentrale.de)

I Überblicksartige Beschreibung

- **Materialien & Preise:**

Artikelnummer	Produktname	Preis
01 186 02	Manual	69,00 € 
01 186 03	50 Fragebogen S-54	17,00 € 
01 186 04	50 Fragebogen K-22	17,00 € 
01 186 05	50 Fragebogen K-14	17,00 € 
01 186 06	50 Fragebogen Teil B	17,00 € 
01 186 07	50 Auswertungsbogen S-54	12,00 € 
01 186 08	50 Auswertungsbogen K-22	12,00 € 
01 186 09	50 Auswertungsbogen K-14	12,00 € 
01 186 10	50 Auswertungsbogen Teil B	12,00 € 
01 186 11	Mappe, leer	8,90 € 

(www.testzentrale.de)

II Testgrundlage

Theoretische Grundlage (Konstrukte):

- Soziale Unterstützung betrifft die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei dem Betroffenen Leid auslöst, zu verändern oder, falls das nicht möglich ist, zumindest das Ertragen dieses Zustands zu erleichtern.
 - Qualitative Merkmale einer tatsächlichen sozialen Interaktion
 - Kognitiven Repräsentation sozialer Interaktionen
 - Entscheidend ist nicht die Anzahl potentieller Unterstützungsgeber, sondern in welchem Maße die Interaktionen mit einigen dieser Menschen zur Bewältigung eines Problems beiträgt oder wie positiv die kognitive Repräsentation vergangener & erwarteter zukünftiger Interaktionen ausfällt.
- (Knoll & Kienle, 2007)
- Hauptsächliche Inhalte sozialer Unterstützung: praktische Unterstützung, emotionale Unterstützung & soziale Integration → ergeben die drei Hauptskalen

II Testgrundlage

Überblick über die Skalen des F-SozU:

- „Emotionale Unterstützung“ (EU, 16 Items) Von anderen gemocht & akzeptiert werden; Gefühle mitteilen; Anteilnahme erleben.
- „Praktische Unterstützung“ (PU, 9 Items) Praktische Hilfen bei alltäglichen Problemen erhalten können. Hierzu gehören z.B. etwas ausleihen, praktische Tipps erhalten oder von Aufgaben entlastet zu werden.
- „Soziale Integration“ (SI, 13 Items) Zugehörigkeit zu einem Freundeskreis; gemeinsame Unternehmungen durchführen; Menschen mit ähnlichen Interessen & Wertevorstellungen kennen
- $EU+PU+SI=$ „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ (WasU, 38 Items)

II Testgrundlage

Überblick über die Skalen des F-SozU:

- „Soziale Belastung“ (Bel, 12 Items) Wahrnehmung potenziell negativer oder belastender Merkmale, bzw. Verhaltensweisen von Personen des nahen Umfeldes.
- „Reziprozität sozialer Unterstützung“ (Rez, 4 Items) Ausmaß, in dem die Probanden von anderen um soziale Unterstützung gebeten werden, bzw. diesen Unterstützung zukommen lassen
- „Verfügbarkeit einer Vertrauensperson“ (Vert, 4 Items) Einschätzung der Verfügbarkeit einer nahe stehenden Person, zu der eine vertrauensvolle Beziehung besteht
- „Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung“ (Zuf, 5 Items) Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung, bzw. der Wunsch nach mehr Unterstützung

II Testgrundlage

- Kurzformen:
 - K-22 besteht aus 22 Items (emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung, soziale Integration, Vertrauenspersonen, Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung)
 - K-14 aus 14 Items (emotionale & praktische Unterstützung, soziale Integration)
- Teil B:

Erfasst konkrete Personen, die als sozial unterstützend/
belastend erlebt werden

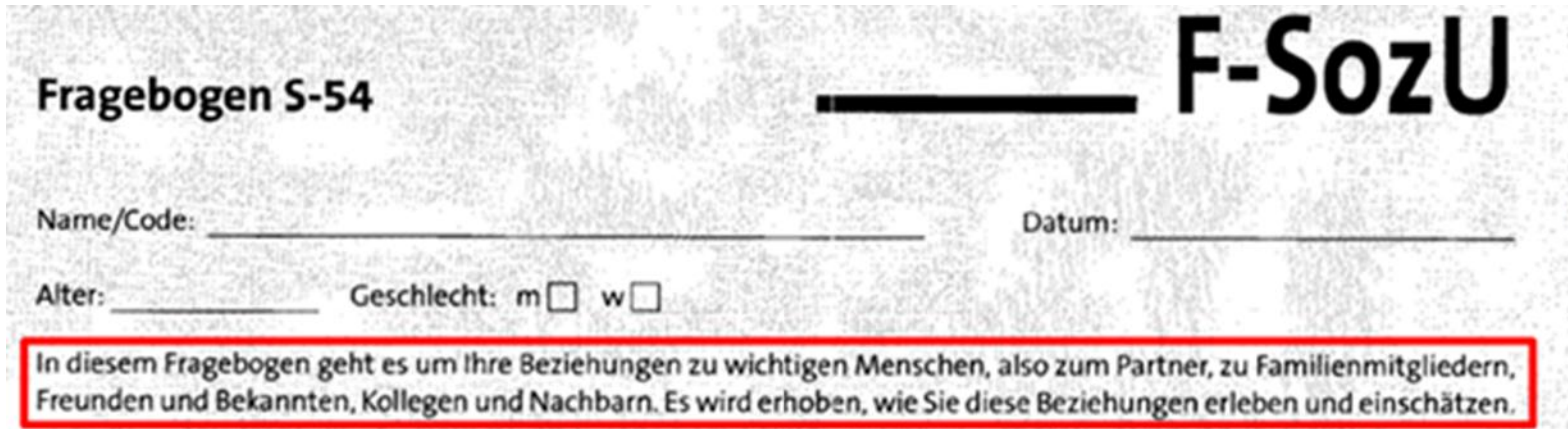
(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

III Testdurchführung

- **Handwerk:**
 - Paper-Pencil-Test
 - Instruktionen auf dem Fragebogen
 - Einzel-oder Gruppentest
 - Items in Aussageform, die der Proband auf einer 5-stufigen Likertskala bewerten sollen (Kodierung von 1 „trifft nicht zu“ bis 5 „trifft genau zu“)
 - Dauer: Langform 12-20 Minuten, die Kurzformen je 5-7, bzw. 1-3 Minuten, Teil B: 5 Minuten

III Testdurchführung

- **Formales:**
- Transparenz ist gegeben:



Fragebogen S-54 **F-SozU**

Name/Code: _____ Datum: _____

Alter: _____ Geschlecht: m w

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Es wird erhoben, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

- Zumutbarkeit: ja, aufgrund der kurzen Bearbeitungszeit
- Verfälschbarkeit & Störanfälligkeit: keine Angaben im Handbuch, aber Tendenz zur Mitte

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Objektivität:**

In allen Bereichen gegeben

- Durchführung: Instruktionen klar vorgegeben
- Auswertung: Auswertungsblatt vorhanden, klare Vorgehensweise im Manual beschrieben
- Interpretation: PR ablesen
 - PR 16-84 → normal
 - PR 3-15/ 85-97 → deutliche Abweichung
 - PR > 3 & < 97 → sehr auffällig

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Reliabilität:**

n = 2179

S-54:

- Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha)
der Hauptskalen: $.81 \leq \alpha \leq .93$
der Nebenskalen: $.70 \leq \alpha \leq .84$
- Split-half:
Hauptskalen zw. $.79$ & $.90$
Nebenskalen zw. $.67$ & $.85$

(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität:**

- Inhaltsvalidität gegeben
- Interkorrelationen der Skalen ist erwartungsgemäß:
 - Die Hauptskalen „Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“ & „Soziale Integration“ korrelieren positiv miteinander ($r = .64$ bis $r = .71$).
 - Diese Skalen korrelieren negativ mit der Hauptskala „Soziale Belastung“ ($r = -.39$ bis $r = -.64$).
 - Die Nennungen unterstützender Personen im Teil B korreliert positiv mit den ersten drei Hauptskalen ($r = .40$ – $.49$) & negativ mit sozialer Belastung ($r = -.28$).

(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität:**
 - Faktorielle Validität
 - 3-Faktoren-Lösung
 - „Emotionale Unterstützung“
 - „Praktische Unterstützung“
 - „Soziale Belastung“
 - entspricht den Hauptskalen der Standardform

(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität:**

- Konstruktvalidität

- Zusammenhang mit sozialer Kompetenz/sozialer Unsicherheit (Grazer Assertivitätstest, Unsicherheitsfragebogen)
 - Zusammenhang mit Persönlichkeitsmerkmalen (Freiburger Persönlichkeitsinventar)
 - Zusammenhang mit psychopathologischen Symptomen (Beck-Depressionsinventar, Symptom-Checkliste 90-R)
 - Zusammenhang mit soziodemographischen/ sozialen Variablen (u.a. Partnerschaft, Aktivitäten in Vereinen)

(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Normierung:**

n = 2.179 für S-54 & K-22

n = 2.507 für K-14

Alter: 14 - 96 Jahre

Die Normwerte umfassen die Gesamtstichprobe sowie die Teilgruppen der über & unter 60-Jährigen.

(Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Ökonomie:** gegeben
- **Fairness:** im dt. Sprachraum gegeben, Übersetzungen liegen jedoch nicht vor
- **Änderungssensitivität:** kann Veränderungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten messen, i.d.R. aber geringe Veränderungen

V Erfahrungen im individualdiagnostischen Einsatz

Auswertung:

- Einige Items müssen umgepolt werden (8,13,17,24,30,34,37,41,45,50)
→ bei der Umpolung wird von der Zahl 6 der Itemwert abgezogen

		trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft zu	trifft genau zu
23.	Ich wünsche, man würde mir nicht überall reinreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Ich kann Freunde/Bekannte bitten, mir bei Amtsangelegenheiten (Behörden) zu helfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V Erfahrungen im individual-diagnostischen Einsatz

Auswertung:

- Pro Skala werden die beurteilten Items addiert & durch die Anzahl der bearbeiteten Items dividiert
- Doppelzuordnung der Skalen Zuf & Vert → Items der Zusatzskalen sind z.T. in den Skalen EU, PU, SI enthalten
- Der ermittelte Wert wird mit der im Anhang dargestellten Normtabellen verglichen & der dazugehörige Prozentrang ermittelt

V Erfahrungen im individual-diagnostischen Einsatz

Diskussion/ Fazit:

- Reliabels & valides Instrument
- Gut geeignet für Einsatz in Forschung
- Die Investition von 89,00 EUR ist für die Einzelpraxis zu überlegen, da sämtliche Informationen problemlos (?) im therapeutischen Gespräch erhoben werden können
- Teil B
 - Auswertungsblatt ggf. zu wenig Zeilen
- Auswertungsschablone für S-54
- Zwei Kurzformen nötig?

Literatur F-SozU

Deutschsprachige Literatur:

- Dunkel, D., Antretter, E., Fröhlich-Walser, A. & Haring, C. (2005). Evaluation der Kurzform des Fragebogens zu sozialen Unterstützung (SOZU-K-22) in klinischen und nichtklinischen Stichproben. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 55, 266-277.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 43 – 48.
- Jäger, S. & Franke, G.H. (2010). Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung: Psychometrische Prüfung an einer Stichprobe Studierender. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 3, 427–446.

Literatur F-SozU

Deutschsprachige Literatur:

- Kienle, R., Daig, I. & Glaesmer, H. (2008). Klinisches Untersuchungsverfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (1), 72–73.
- Kienle, R., Knoll, N. & Renneberg, B. (2006). Soziale Ressourcen und Gesundheit: Soziale Unterstützung und dyadisches Bewältigen. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 107–122). Berlin: Springer.
- Knoll, N. & Kienle, R. (2007). Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 57-71.
- Lischka, A.-M., Popien, C & Linden, M. (2005). Messinstrumente zur Erfassung des sozialen Netzes. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 55, 358-364.
- Rehmet, S. (2008). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU). *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 8, 45.

Literatur F-SozU

Englischsprachige Literatur:

- Goebel, S., Stark, A. M., Kaup, L., von Harscher, M. & Mehdorn, H. M. (2011). Distress in patients with newly diagnosed brain tumours. *Psycho-Oncology*, 20, 623–630.
- Procidano, M. E. & Walker Smith, W. (1997). Assessing perceived social support. In: Pierce, G. R., Lakey, B., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (Eds.), *Sourcebook of social support and personality*, 93-106.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13 (2), 187-202.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119 (3), 488-531.

Abbildungsverzeichnis F-SozU

- Abb. 1 Layout
<http://www.testzentrale.de/programm/fragebogen-zur-sozialen-unterstutzung.html>
- Abb. 2 Preise
<http://www.testzentrale.de/programm/fragebogen-zur-sozialen-unterstutzung.html>
- Abb. 3 Transparenz Fydrich et al., 2007
- Abb. 4 Item-Beispiel Fydrich et al., 2007

4. Angst & Depression – HADS-D

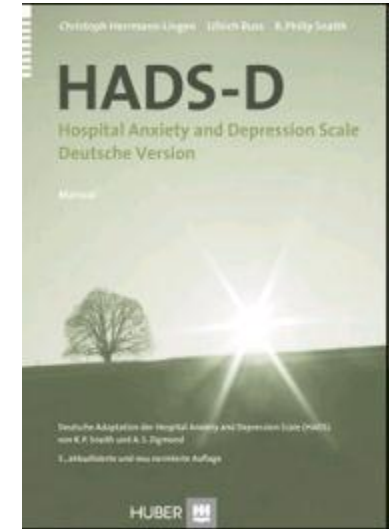
Allgemeines

- Angst & depressive Störungsbilder sind bei Krebspatienten die häufigsten Begleitprobleme
- In der medizinischen Praxis werden diese allerdings oft übersehen
- Zeitige Diagnose & Behandlung ist für adäquate Versorgung wichtig

Kann die HADS-D an dieser Stelle Abhilfe schaffen?

(Akizuki et al., 2003; Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Kost et al, 2009)

I Überblicksartige Beschreibung



- **Autoren:**
 - Christoph Herrmann-Lingen,
Ullrich Buss, R. Philip Snaith
- **Erscheinungsjahr:**
 - 3. (aktual., neu normierte) Auflage 2011
- **Titel:**
 - Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche
Version (HADS-D)
- **Verlag:**
 - Bern: Hans Huber

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2001)

I Überblicksartige Beschreibung

Erklärung der Abkürzungen:

- HADS - englische Originalversion
- HADS-D - deutsche Version
- HADS-D/A - Bezug nehmend auf die Angstsкала der deutschen Version
- HADS-D/D - Bezug nehmend auf die Depressionsskala der deutschen Version
- ...(A) - Berechnungen für die Angstsкала
- ...(D) - Berechnungen für Depressionsskala
- ...(G) - Berechnungen für beide Skalen

I Überblicksartige Beschreibung





- **Materialien:**
 - Handanweisung (68 Seiten)
 - Fragebogen mit Durchschreibebblatt zur Schnellauswertung

(www.testzentrale.de)

I Überblicksartige Beschreibung

- **Preise:**

Testbestandteile

Artikelnummer	Produktname	Preis
03 069 02	Manual	36,00 € 
03 069 03	25 Fragebogen	36,00 € 
03 069 04	ab 25.000 Fragebogen (1.000 Packungen) pro Packung	29,00 € 
03 069 05	ab 37.500 Fragebogen (1.500 Packungen) pro Packung	18,00 € 

Software

Artikelnummer	Produktname	Preis
HT 254 01	HTS* PC-Version inkl. 50 lokale Durchführungen und Manual	290,00 € 
HT 254 02	HTS* PC-Version 50 weitere lokale Durchführungen	60,00 € 
HT 254 70	HTS* 1 lokale Durchführung (Testing on Demand)	4,00 € 
HT 254 90	WEB** 1 Durchführung HTS Web Edition	6,00 € 

(www.testzentrale.de)

I Überblicksartige Beschreibung

- **Diagnostische Zielsetzung:**
 - Standardisiertes Screening-Instrument zur Erfassung von Angst & Depression bei Erwachsenen & Jugendlichen ab 15 Jahren in der somatischen Medizin
- **Einordnung:**
 - Selbstbeurteilung
 - Paper-Pencil-Test oder Durchführung mit PC-Version
 - Anwendungsgebiete:
 - Differentialdiagnostik
 - Verlaufsdokumentation

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2002)

II Testgrundlage

- **Theoretische Grundlage:**

- Zigmont hatte Anspruch im nicht-psychiatrischen Bereich Angst/ Depression-Screening zu etablieren, das psychische Belastung im Kontext körperlicher Krankheit spezifiziert
- Vorwiegend an Ärzte & Internisten gerichtet
- Einteilung in zwei Symptombereiche, wobei eine Konfundierung der Skaleninhalte vermieden werden soll
 1. Generalisierte, frei flottierende Angstsymptomatik
 2. Milde endogenomorphe Symptomatik (herabgesetzte Fähigkeit, Freude zu erleben)

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Petermann, 2011)

II Testgrundlage

- **Theoretische Grundlage:**
 - HADS-D Teil einer sequentiellen Vorgehensweise zur Identifizierung psychischer Morbidität
 - 1. Stufe: Patienten mit relevanten Summenwert auf mindestens einer Subskala ermitteln
 - 2. Stufe: bei auffälligem Wert genauere & aufwendigere Untersuchung nötig
 - Abgrenzung einzelner Störungen erschwert, wo Symptomüberschneidungen (negative Grundemotion) vorliegen
 - Depressionen werden stärker gewichtet als Angst
 - Angst auch ohne depressive Symptome vorhanden
 - Depression schließt Angst häufig ein

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)

II Testgrundlage

- **Überblick über die Skalen:**

- 2 Skalen mit je 7 Items
- Fragen zu Angst & Depression im Wechsel
- Ausformulierte Items hinsichtlich des Zutreffens in den letzten 7 Tagen
- Jeweils 4 ausformulierte Antwortmöglichkeiten

Angst		Depression	
A1	Nervosität	D1, D2, D3, D6	Freudlosigkeit
A2, A3	allgemeine Sorgen & Befürchtungen	D4	Antriebsminderung
A4, A5, A6	motorische Anspannung bzw. Entspannungsdefizite	D5, D7	Interessenverlust
A7	Paniksymptom		

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2001)

A1 Ich fühle mich angespannt oder überreizt.

- meistens
- oft
- von Zeit zu Zeit /gelegentlich
- überhaupt nicht
- überhaupt nicht

D1 Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch ein wenig
- kaum oder gar nicht

A2 Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.

- ja, sehr stark
- ja, aber nicht allzu stark
- etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- überhaupt nicht

D2 Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen.

- ja, so viel wie immer
- nicht mehr ganz so viel
- inzwischen viel weniger
- überhaupt nicht

A3 Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- nur gelegentlich/nie

D3 Ich fühle mich glücklich.

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

A4 Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

D4 Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

A5 Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

D5 Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren.

- ja, stimmt genau
- ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- ich kümmere mich so viel darum wie immer

A6 Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.

- ja, tatsächlich sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

D6 Ich blicke mit Freude in die Zukunft.

- ja, sehr
- eher weniger als früher
- viel weniger als früher
- kaum bis gar nicht

A7 Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.

- ja, tatsächlich sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

D7 Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen.

- oft
- manchmal
- eher selten
- sehr selten

III Testdurchführung

- **Handwerk:**
 - Ausführliche Testanleitung ermöglicht selbstständige Testbearbeitung:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutraf. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- Paper-Pencil-Test
- Dauer: 2-6 Minuten

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)

III Testdurchführung

- **Formales:**
 - **Transparenz:**
 - Klare, einfache Formulierungen der Fragen & der Instruktion
 - **Zumutbarkeit & Akzeptanz:**
 - Kurze Test- & Auswertungsdauer
 - Wenige Akzeptanzprobleme: Items nicht i. S. v. schwerer Störung
 - **Verfälschbarkeit & Störanfälligkeit**
 - Wechselnde positiv & negativ formulierte Items wirken Antworttendenzen entgegen

(Hinz & Schwarz, 2002)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Objektivität:**
 - Durchführungsobjektivität: gegeben aufgrund ausführlicher standardisierter Instruktionen & Antwortkategorien
 - Auswertungsobjektivität: gegeben aufgrund standardisierter Auswertungsregeln
 - Rückseite des Testbogens ist Auswertungsblatt
 - Zuordnung der Antworten zu Zahlen von 0-3 → anschließende Aufsummierung bis maximal 21 Punkte
 - Interpretationsobjektivität: gegeben, da Angabe von ...
 - ... Prozenträngen bei Normierung der Allgemeinbevölkerung
 - ... Perzentilen & T-Werten bei kardiologischer Normierung

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Petermann, 2011)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

Cut-off Diskussion

- ≤ 7 unauffällig
 - 8-10 grenzwertig
 - ≥ 11 sicher auffällig
- ≥ 8 bei beiden Subskalen als Standard zu verwenden

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)

- Japanischer Cut-off 10/11 (Krebspatienten) (Akizuk et al., 2003)
- Chinesischer Cut-off 15 (klinische Stichprobe) (Hou et al., 2010)
- Mandarin Cut-off 15 (Krebspatienten) (Wang et al., 2011)
- Kantonesisch Cut-off 15-16 (Krebspatienten) (Wang et al., 2011)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Reliabilität – Retest**

Tabelle 4a: Stabilitätskoeffizienten (Pearson) der HADS-D-Subskalen in Abhängigkeit vom Zeitintervall – zwischen zwei Befragungen (N=933 Patienten mit insgesamt 1091 Wiederholungsbefragungen)

	<i>n</i>	Intervall (Tage)	<i>r_{tt}</i> HADS-D/A	<i>r_{tt}</i> HADS-D/D
≤ 1 Woche	25	5.4 (± 1.7)	.81	.89
≤ 2 Wochen	54	11.6 (± 2.0)	.85	.83
≤ 3 Wochen	37	18.1 (± 2.1)	.75	.78
≤ 6 Wochen	74	33.8 (± 5.6)	.72	.75
≤ 1 Jahr	832	165.1 (± 93.7)	.70	.70
> 1 Jahr	69	519.8 (± 143.8)	.69	.69

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Reliabilität – Retest**

Review

Table I.—Item characteristics and reliability of the German HADS version ($n = 6200$)

	Anxiety subscale	Depression subscale
Item characteristics		
Means	0.65–1.33	0.44–1.16
Corrected item-total correlations	0.52–0.68	0.49–0.72
Internal consistency ($n = 5338$) [*]		
Cronbach's α	0.80	0.81
Retest reliability		
0–2 weeks ($n = 79$)	0.84	0.85
>2–6 weeks ($n = 111$)	0.73	0.76
>6 weeks ($n = 901$)	0.70	0.70

^{*} Subjects with complete answers to all of the 14 HADS items.

(Herrmann, 1997)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Reliabilität – Testhalbierung**

- $r(A) = .69$ & $r(D) = .81$ ($n = 2037$) (Hinz & Schwarz, 2001)
- $r(G) = .81$ ($n = 5579$) (Hinz & Schwarz, 2002)
- $r(G) = .88$ ($n = 5338$) (Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Reliabilität – Interne Konsistenz**

- $\alpha (A) = .72 / \alpha (D) = .82$ (n = 2037) (Hinz & Schwarz, 2001)

- $\alpha (A) = .80 / \alpha (D) = .81$ (n = 5579) (Hinz & Schwarz, 2002)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – inhaltlich**

- In der Literatur existieren keine Hinweise, dass andere Selbstbeurteilungen signifikant besser zwischen Angst & Depression unterscheiden als HADS.

(Herrmann, 1997)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Konstruktbezogen**

- Korrelation HADS-D/A mit State-Trait-Angstinventar
 - $r = .68$ ($n = 18$, psychiatrische Stichprobe)
 - $r = .67$ ($n = 136$, Studenten)
- Korrelation mit Angst-Fremdrating $r = .65$ ($n = 602$)
- Korrelation HADS-D/D mit Paranoid-Depressivitäts-Skala
 - $r = .77$ ($n = 18$, psychiatrische Stichprobe)
 - $r = .54$ ($n = 136$, Studenten)
- Korrelation mit Depressions-Fremdrating $r = .70$ ($n = 602$)

→ Im Sinne konvergenter Validität

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz. & Schwarz, 2002)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Konstruktbezogen**
 - Korrelation zwischen HADS-Skalen & Fremdrating der anderen Symptomgruppe
 - $r(A) = .42$ ($n = 391$)
 - $r(D) = .45$ ($n = 391$)

→ Im Sinne divergenter Validität

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2002)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Diskriminativ**

- Interraterkorrelation zwischen HADS-Skalen $r = .65$ ($n = 5946$)
 - Verweist auf deutlichen Zusammenhang
- In Literatur kontrovers über Diskriminationsfähigkeit der HADS-Subskalen diskutiert
 - Bei dem gemittelten $r = .60$ ($n = 4440$) von 12 Studien gab es in 11 Fällen ein signifikant positives $r = .40$ bis $r = .74$
- Ursache dieser Interraterkorrelation muss nicht zwingend Diskriminationsunschärfe der Subskalen sein
 - Teil der Interraterkorrelation bezieht sich auf das gleichzeitige Vorliegen ängstlicher & depressiver Symptome (Komorbidität)
 - Unterhalb einer manifesten Symptomatik kann es substantielle Zusammenhänge zwischen Angst & Depression geben.

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2002)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Faktoriell**

- Faktorenanalyse (n = 2037): 2 Faktoren mit Varianzaufklärung von 47% (Eigenwerte > 1)
- Items A4, A5, D4 können nicht eindeutig zugeordnet werden

	Faktor 1	Faktor 2
A4	0,55	0,30
D4	0,51	0,46
A5	0,36	0,38

- Norwegische Untersuchung (n = 52265) bestätigt Mischladung bei Item A4
 - Faktor 1 → 0.53
 - Faktor 2 → 0.23

(Hinz & Schwarz, 2001; Mykletun et al., 2004)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Faktoriell**

- Neuere Studien beschreiben Drei-Faktorenmodell
 - Psychomotor agitation, psychic anxiety, depression
(Barth et al., 2005)
 - 3-Faktoren in China & Frankreich angewandt
- Zusammenlegen zu einer Skala „Distress“ ebenso möglich
 - In Psychoonkologie würde sich solch ein Globalwert eignen, da ein eher globales Screening psychischer Komorbidität angestrebt wird.
 - Komorbidität äußert sich bei Krebspatienten häufig als unterschwelliger Belastungsreaktion oder ängstlich-depressiver Anpassungsstörung.

(Herrmann, 1997; Herrmann-Lingen et al., 2011)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Differentiell**

- Alters- & Geschlechtsabhängigkeit von Angst & Depression
 - Männer der Validierungsstichprobe (n = 5955) weniger ängstlich als Frauen
 - Identisch für kardiologische Patienten (n ≥ 5417)
 - Gipfel der Skalen zwischen 30. & 60. Lebensjahr
 - Ältere besonders niedrige Angstwerte
 - Jüngere niedrigere Depressionswerte

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2001)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Validität – Differentiell**

- Alters- & Geschlechtsabhängigkeit von Angst & Depression
 - In Allgemeinbevölkerung
 - Keine klare Geschlechtsabhängigkeit bei Depressionswerten
 - Lineare Altersabhängigkeit
 - Mittelwerte für Angst & Depression steigen fast linear mit Alter an
 - Anstieg für Depression stärker
 - $r(\text{Depr.} + \text{Alter}) = .36$ vs. $r(\text{Angst} + \text{Alter}) = .14$

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2001)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Normierung**

I Normen von kardiologischen Patienten n = 5579

- Vor 1995 erhoben
- Alters- & geschlechtsbezogene Perzentile & Standard-T-Werte
 - Getrennt in Angst- & Depressionsskala
 - Alterskategorien < 30 / 30-59 / 60-69 / ≥ 70 (n > 98)

II Normen aus Allgemeinbevölkerung n = 2037

- 1998 erhoben
- Alters- & geschlechtsbezogene Prozente
 - Getrennt in Angst- & Depressionsskala
 - Alterskategorien ≤ 39 / 40-59 / ≥ 60

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Hinz & Schwarz, 2001)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Ökonomie**
 - 14 Items mit 2 relevanten Dimensionen
 - Kurze Durchführungs- & Auswertungsdauer
- **Fairness**
 - International weit verbreitet – viele Übersetzungen
 - Schwedisch, französisch, japanisch, norwegisch, chinesisch, kantonesisch, mandarin, griechisch, italienisch, malayisch, niederländisch, portugisisch, ungarisch, arabsch, urdu
 - Allerdings nicht alle validiert
 - Validierung in Arabischen Ländern, China, Frankreich, Deutschland, Schweiz

(Groß et al., 2005; Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011; Herrmann, 1997; Hinz & Schwarz, 2002; Hou et al., 2010; Wang et al., 2011)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Änderungssensitivität**

- Bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung (n = 57) reduzierten sich sowohl die Angst- als auch die Depressionswerte.
 - Bei der Messung vor & 6 Monate nach der Therapie ergeben sich Effektstärken von $d(A) = 2.20$ & $d(D) = 1.26$ ($p < .001$)

Angaben basieren auf Längsschnittbefunde mit der HADS aus Göttinger Patientenkollektiven & Kooperationsprojekten

→ Schlussfolgernd ergibt sich, dass sich die Effektstärken im Kontext psychotherapeutischer Behandlung i. S. v. Cohens Taxonomie als groß bis sehr groß bezeichnen lassen.

(Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011, S. 39)

IV Testverwertung (Ergebnis psychometrischer Prüfungen)

- **Änderungssensitivität**
 - In der onkologischen Akutbehandlung ist die HADS-D in der Lage, Verbesserungen der psychischen Belastung zu erfassen.
 - Bei der Messung zu Beginn der stationären Behandlung & ein Jahr danach ergeben sich für psychisch belastete Krebserkrankte ($n = 128$) Effektstärken von $d (A) = 1.31$ & $d (D) = 1.47$ ($p < .01$).
- Dies bedeutet, dass die als groß zu bewertenden Effektstärken für eine Symptomreduktion im Rahmen einer strukturierten psychoonkologischen Betreuung sprechen.

(Kost et al., 2009)

V Erfahrungen im individual-diagnostischen Einsatz

Vorteile

- Kurze Testdurchführung
→ Nutzung in Alltagsroutine
- Optisch ansprechend
- Items verständlich formuliert
- Verlaufsmessung möglich
- In Gruppen durchführbar
- Viele Übersetzungen (aber Validierung nur in Arabischen Ländern, China, Frankreich, Deutschland, Schweiz)

Nachteile

- Reihenfolge der T-Werte & Perzentile im Handbuch & auf Aufwertungsblatt nicht identisch
→ kann zu Übertragungsfehler führen
- Normierungen zu alt (1994 & 1998)
- Unklarheiten bezüglich Faktorenstruktur → für 3-Faktorenmodell zu wenige Items
- Nutzen für Praxis? (nur Vorstufe diagnostischer Bestimmung)

V Erfahrungen im individual-diagnostischen Einsatz

Fazit:

- Gut anwendbares Verfahren
- Ergebnisse im Sinne einer Orientierungshilfe
 - Hilfestellung für Schwelle unterhalb spezifischer Störungsbilder
- Von Fachgesellschaften, aktuellen Konsenspapieren & Leitlinien ausdrücklich für klinischen Routineeinsatz empfohlen
 - Dt. Gesellschaft zum Studiums des Schmerzes im „Dt. Schmerzfragebogen“ DSF HADS-D als einheitlicher Standard in schmerztherapeutischer Diagnostik

(Petermann, 2011; Herrmann-Lingen, Buss & Snaith, 2011)

Literatur HADS-D

Deutschsprachige Literatur:

- Herrmann-Lingen, Ch., Buss, U. & Snaith, R.P. (2011). HADS-D. Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Deutsche Adaptation der Hospital Anxiety and Depression Scale von R. P. Snaith und A. S. Zigmond. (3., aktualisierte und neu normierte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hinz, A. & Schwarz, R. (2001). Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychotherapie – Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 51, 193-200.
- Hinz, A. & Schwarz, R. (2002). Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version von Ch. Herrmann, U. Buss und R.P. Snaith (1995). [Bern: Huber; kompletter Test: €54,-]. *Diagnostica*, 48(2), 112-113.
- Kost, C., Labouvie, H., Kosfelder, J., Höhl, U., Herrmann-Lingen, C. & Kusch, M. (2009). Veränderung der psychischen Belastung von Krebspatienten im Rahmen einer strukturierten psychoonkologischen Versorgung. Change in Psychological Distress of Cancer In-Patients Attending a Structured Psychooncological Care Program. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 59, 432-439.
- Petermann, F. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59 (3), 251-253.

Literatur HADS-D

Englischsprachige Literatur:

- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, Y. & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 97 (10), 2605-2613.
- Barth, J. & Martin, C. R. (2005). Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in German coronary heart disease patients. *Health and Quality of Life Outcome*, 3 (15).
- Faller, H. & Schmidt, M. (2004). Prognostic value of depressive coping and depression in survival of lung cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13, 359-363.
- Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T. & Fossa, S. D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16, 1185-1191.
- Herrmann, Ch. (1997). International experience with the Hospital Anxiety and Depression Scale - A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 17-41.
- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, Y. & Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: a growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, 29 (5), 484-495.

Literatur HADS-D

Englischsprachige Literatur:

- Katz, M. R., Kopek, N., Waldron, J. & Devins, G. M. (2004). Screening for depression in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 269–280.
- Kornblith, A. B., Dowell, J. M., Herndon, J. E., Engelman, B. J., Bauer-Wu, S., Small, E. J., Morrison, V. A., Atkins, J., Cohen, H. J. & Holland, J. C. (2006). Telephone monitoring of distress in patients aged 65 years or older with advanced stage cancer. A cancer and leukaemia group b study. *Cancer*, 107 (11), 2706-2714.
- Mykletun, A., Stordal, E. & Dahl, A. A. (2001). Hospital Anxiety and Depression scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
- Wang, G.-L., Hsu, S.-H., Feng, A.-C., Chiu, C.-Y., Shen, J.-F., Lin, Y.-J. & Cheng, C.-C. (2011). The HADS and the DT for screening psychosocial distress of cancer patients in Taiwan. *Psycho-Oncology*, 20, 639-646.
- Williams, S. & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression / depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94 (3), 372-290.

Abbildungsverzeichnis HADS-D

- Abb. 1 Layout

www.testzentrale.de/programm/hospital-anxiety-and-depression-scale-deutsche-version.html

- Abb. 2 Preise

www.testzentrale.de/programm/hospital-anxiety-and-depression-scale-deutsche-version.html

- Abb. 3 Testeinleitung Herrmann-Lingen et al., 2011
- Abb. 4 Retest-Reliabilität Herrmann-Lingen et al., 2011
- Abb. 5 Retest-Reliabilität Herrmann, 1997