

**Diagnostik von Depressivität:
Validierung des
Inventars depressiver Symptome (IDS)**

Dissertation

der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Eberhard Karls Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Sandra Boden
aus Staaken (jetzt Berlin)

Tübingen
2018

Gedruckt mit Genehmigung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen.

Tag der mündlichen Qualifikation: 17.12.2018

Dekan: Prof. Dr. Wolfgang Rosenstiel

1. Gutachter: Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Gutachter: Prof. Dr. Dirk Zimmer

Danksagung

Ich möchte an dieser Stelle allen, die die Entstehung dieser Arbeit über die Jahre begleitet haben, sehr herzlich danken.

Mein besonderer Dank gilt dabei Herrn Prof. Dr. Martin Hautzinger. Er hat mich für das Thema der Dissertation begeistert, den Zugang zu wichtigen Datensätzen ermöglicht und mich immer unterstützt, wo es nötig war. Von Prof. Hautzinger habe ich Einblicke in die klinische Forschung und die Psyche von Menschen bekommen, die mich und meine Arbeit auch weit über die Dissertation hinaus beeinflussen.

Herrn Prof. Dr. Dirk Zimmer danke ich für seine Bereitschaft, diese Arbeit zu begutachten.

Den Kolleginnen und Kollegen des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie und Psychotherapie am Fachbereich Psychologie der Eberhard Karls Universität Tübingen danke ich für die vielfältigen Anregungen und ihr Interesse am Fortgang der Arbeit. Zu nennen sind insbesondere Herrn Dr. Marco Gulewitsch, Frau Dr. Melanie Wahl, Frau Dr. Kristina Fuhr, Frau Dipl.-Psych. Julia Link, Frau Dr. Katharina Krisch und Frau Dr. Julia Zwick.

Ein großer Dank gebührt zudem Gudrun Ilg und Sabine Heinrich, die im Rahmen ihrer Diplomarbeiten Daten für diese Arbeit erhoben haben. Der salus klinik Lindow danke ich für die Unterstützung bei der Erhebung von Daten für Teilstudien der vorliegenden Arbeit.

Schließlich möchte ich meiner Familie und meinen Freunden herzlich dafür danken, dass sie mich dazu ermuntert haben, diese Arbeit anzugehen und den Weg zum Ziel stets mit großem Verständnis und, wo es nötig wurde, mit Ermutigung begleitet haben.

Zusammenfassung

Mit dieser Arbeit wird eine bislang fehlende umfassende und systematische Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen Version des Inventars depressiver Symptome (IDS; Rush et al., 1986) vorgelegt. Dieses aus dem Englischen übertragene und seit rund zwei Jahrzehnten im deutschen Sprachraum genutzte Instrument zur Messung von Depressivität liegt als Fremdbeurteilungsinstrument (IDS-CR) und korrespondierendes Selbsteinschätzungsinstrument (IDS-SR) vor. Zudem gibt es für beide Varianten eine Kurzfassung (QIDS-CR sowie QIDS-SR). Die Instrumentvarianten des IDS können in der klinischen Forschung, aber auch in der angewandten Praxis eingesetzt werden und dienen der Erfassung depressiver Symptome, der Schätzung des Schweregrades bzw. Ausmaßes der Symptombelastung und können als Screening- und Verlaufsmessungsinstrument eingesetzt werden.

Untersucht wurde die psychometrische Qualität des IDS und seiner Varianten an neun klinischen Stichproben und einer Stichprobe Gesunder; vier dieser Stichproben wurden dabei neu für die vorliegende Arbeit erhoben. Zur umfassenden Validierung wurden zentrale Aspekte von Objektivität (Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität), Reliabilität (interne Konsistenz und Trennschärfe, Retestreliaibilität sowie Interraterreliaibilität) und Validität (Inhaltsvalidität, Interkorrelationen der Instrumentvarianten, konvergente Validität, Sensitivität und Spezifität/Differenzierungsfähigkeit, Veränderungssensitivität und faktorielle Validität) sowie Zusammenhänge mit Personenmerkmalen untersucht. Ein besonderes Augenmerk wurde auf der Basis entsprechender Ausführungen in der Originalliteratur auf fünf Charakteristika des Instruments gelegt. So konnte im Sinne einer hohen inhaltlichen Validität bestätigt werden, dass die in ICD-10 und DSM-5 genannten Symptombereiche im IDS aufgenommen sind. Zweitens wurden eine hohe Korrespondenz bei der Verwendung der IDS-Selbsteinschätzung (IDS-SR/QIDS-SR) sowie IDS-Fremdbeurteilung (IDS-CR/QIDS-CR) gefunden, was einen flexiblen Einsatz von Fremd- und Selbstbericht je nach diagnostischem Anlass sowie nach Rahmenbedingung rechtfertigt. Drittens fand sich auch zwischen Lang- und Kurzform eine hohe Übereinstimmung, wengleich die Kurzformen erwartungsgemäß deskriptiv durch etwas niedriger ausfallende internen Konsistenz und Korrelationen mit Außenkriterien gekennzeichnet war. Insgesamt fiel das Muster der Assoziationen für die Lang- und Kurzformen jedoch sehr ähnlich aus. Viertens konnten im Rahmen einer ausführlichen Prüfung der Sensitivität und Spezifität des Verfahrens empirische Belege für die vorgeschlagenen Grenzwerte gefunden werden. Fünftens konnten in der vorliegenden Arbeit weitere Belege für die Veränderungssensitivität

des Instruments erbracht werden, indem die Verläufe im QIDS-CR mit der Veränderung in klinischen Urteilen per SKID-I über die Zeit in Zusammenhang gebracht wurden.

Zusammengefasst konnte somit gezeigt werden, dass das IDS und seine Instrumentvarianten eine hohe psychometrische Qualität aufweisen und für den Einsatz in der klinischen Forschung und Praxis empfohlen werden können.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis des Anhangs.....	10
1 Einführung.....	11
2 Theoretischer Hintergrund	13
2.1 Depressive Symptomatik, Epidemiologie, Komorbidität und deren Folgen....	13
2.2 Diagnostik von Depressivität.....	19
2.2.1 Fremdbeurteilungsinstrumente.....	19
2.2.2 Selbstbeurteilungsverfahren und Fragebögen.....	23
2.3 Resümee	25
3 Das Inventar depressiver Symptome	26
3.1 Entwicklung des IDS und des QIDS.....	26
3.2 Psychometrische Eigenschaften: Vorliegende Befunde.....	31
3.2.1 Reliabilität.....	31
3.2.2 Validität.....	33
3.2.3 Festlegung von Schwellenwerten und Veränderungssensitivität	38
3.2.4 Studien mit der deutschen Version des IDS	41
4 Schlussfolgerung und Forschungsfragen.....	43
5 Methode.....	46
5.1 Stichproben.....	46
5.2 Instrumente	51
5.3 Methodisches Vorgehen und statistische Analysen	53
6 Ergebnisse	53
6.1 Skalenwerte und Werteverteilungen.....	53
6.2 Objektivität	54
6.2.1 Durchführungsobjektivität	54
6.2.2 Auswertungsobjektivität.....	57
6.2.3 Interpretationsobjektivität	58
6.3 Reliabilität.....	59
6.3.1 Interne Konsistenz und Trennschärfekoeffizienten.....	61
6.3.2 Retestreliabilität	66
6.3.3 Interraterreliabilität.....	67
6.4 Validität	79

6.4.1	Inhaltsvalidität	79
6.4.2	Interkorrelationen der Varianten des IDS	81
6.4.3	Konvergente Validität.....	82
6.4.4	Sensitivität und Spezifität, Differenzierungsfähigkeit und Prozentränge	89
6.4.5	Veränderungssensitivität.....	103
6.4.6	Faktorielle Validität.....	104
6.5	Zusammenhänge mit Personenmerkmalen.....	121
6.5.1	Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund	121
6.5.2	Differenzielle Zusammenhänge von Personenmerkmalen und Ausprägung der Depressivität nach Instrumentenversion	125
6.5.3	Zusammenfassung	125
7	Diskussion und Ausblick.....	126
7.1	Bewertung des IDS und seiner Instrumentvarianten	126
7.2	Grenzen des IDS und der vorliegenden Arbeit	129
7.3	Ausblick.....	130
8	Literaturverzeichnis	131
9	Anhang	154

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichproben und Studien der englischsprachigen Version des IDS und QIDS	30
Tabelle 2 Schweregradeinteilung nach Trivedi et al. (2004)	38
Tabelle 3 Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) aller Stichproben	63
Tabelle 4 Korrelation der Beurteilungen des IDS-CR in der Hausarztstichprobe.....	69
Tabelle 5 Intraklassenkorrelationen der Items des IDS-CR in der Hausarztstichprobe	71
Tabelle 6 Korrelation der Einschätzungen des QIDS-CR durch drei Beurteilerinnen in der Hausarztstichprobe	73
Tabelle 7 Intraklassenkorrelationen der Symptomdomänen des QIDS-CR in der Hausarztstichprobe	74
Tabelle 8 Intraklassenkorrelationen der Items des IDS-CR in der Stichprobe der Gesunden	75
Tabelle 9 Intraklassenkorrelationen der Symptomdomänen des QIDS-CR in der Stichprobe der Gesunden	78
Tabelle 10 Darstellung der Diagnosekriterien einer depressiven Episode bzw. Major depressive Episode nach ICD-10 bzw. DSM-5 und Zuordnung der Items des IDS und QIDS.....	80
Tabelle 11 Interkorrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, IDS-SR und QIDS-CR zum jeweils ersten Messzeitpunkten der Studien	81
Tabelle 12 Interkorrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, BDI, HRSD und CGI-1 zu verschiedenen Messzeitpunkten der MinD-Studie	84
Tabelle 13 Korrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, ADS und GDS zu verschiedenen Messzeitpunkten der DiA-Studie.....	86
Tabelle 14 Korrelationen von QIDS-CR, HRSD und IDS-SR zu verschiedenen Messzeitpunkten der CBASP-Studie	87
Tabelle 15 Übersicht über Korrelationsindices.....	89
Tabelle 16 Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-CR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der MinD-Stichprobe.....	109
Tabelle 17 Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe.....	113
Tabelle 18 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der CBASP-Stichprobe	117
Tabelle 19 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-SR (Hauptkomponentenanalyse) der CBASP-Stichprobe	119
Tabelle 20 Korrelationsindices jeweils zwischen Alter und Summenwert je Instrumentvariante	123

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Beispielitem aus dem Strukturierten Interview für das Inventar depressiver Symptome (IDS-CR)	56
Abbildung 2 Klassifikation mit IDS-CR nach Schweregraden durch drei Beurteilerinnen in der Hausarztstudie (N = 35)	70
Abbildung 3 Klassifikation mit QIDS-CR nach Schweregraden durch drei Beurteilerinnen in der Hausarztstudie (N = 35)	74
Abbildung 4 Klassifikation mit IDS-CR nach Schweregraden durch zwei Beurteilerinnen in der Stichprobe der Gesunden (N = 55)	77
Abbildung 5 Klassifikation mit QIDS-CR nach Schweregraden durch zwei Beurteilerinnen in der Stichprobe der Gesunden (N = 55)	79
Abbildung 6 Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Werten des IDS-CR	92
Abbildung 7 Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Werten des QIDS-CR	93
Abbildung 8 Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Werten des QIDS-SR.....	93
Abbildung 9 Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Werten des IDS-SR.....	94
Abbildung 10 Summenwerte von IDS-CR, IDS-SR, QIDS-CR, QIDS-SR zum Zeitpunkt t1 und t2 bei Patienten (Alkoholabhängige und Psychosomatikpatienten) mit leichter und mittelgradiger Depressivität nach Therapeutenurteil (N = 30).....	95
Abbildung 11 Gruppenunterschiede im mittleren Summenwert des IDS-SR und des QIDS-SR von chronisch depressiven Patienten (CBASP-Studie) mit und ohne Major Depressive Episode (SKID-I) zu den Messzeitpunkten T2 und T3	97
Abbildung 12 Gruppenunterschiede im mittleren Summenwert des QIDS-CR von chronisch depressiven Patienten (CBASP-Studie) mit und ohne Major Depressive Episode (SKID-I) zu den Messzeitpunkten T2 und T3.....	98
Abbildung 13 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf IDS-CR-Summenwerte	99
Abbildung 14 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf IDS-SR-Summenwerte.....	100
Abbildung 15 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf QIDS-CR-Summenwerte	101
Abbildung 16 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf QIDS-SR-Summenwerte.....	102
Abbildung 17 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation des der MinD-Stichprobe (Baselinemessung)	108
Abbildung 18 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des IDS-CR der kombinierten Stichprobe.....	111
Abbildung 19 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des IDS-SR der CBASP-Stichprobe (Baseline)	112
Abbildung 20 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des IDS-SR der kombinierten Stichprobe.....	115
Abbildung 21 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-CR aus der CBASP-Stichprobe	117

Abbildung 22 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-CR der kombinierten Stichprobe (Alkoholabhängige, Psychosomatikpatienten, Patienten einer Hausarztpraxis, Gesunde)	118
Abbildung 23 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-SR der Stichprobe der Chronisch Depressiven (CBASP)	119
Abbildung 24 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-SR der kombinierten Stichprobe	120

Inhaltsverzeichnis des Anhangs

Tabelle A - 1 IDS-CR Mittlere Summenwerte (<i>M</i>) und Standardabweichungen (<i>SD</i>) aller Stichproben.	154
Tabelle A - 2 IDS-SR Mittlere Summenwerte (<i>M</i>) und Standardabweichungen (<i>SD</i>) aller Stichproben	155
Tabelle A - 3 QIDS-CR Mittlere Summenwerte (<i>M</i>) und Standardabweichungen (<i>SD</i>) aller Stichproben	156
Tabelle A - 4 QIDS-SR Mittlere Summenwerte (<i>M</i>) und Standardabweichungen (<i>SD</i>) aller Stichproben	158
Tabelle A - 5 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der MinD-Stichprobe zum Zeitpunkt T1	159
Tabelle A - 6 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Stichprobe älterer Depressiver (DiA) zum Zeitpunkt T1	160
Tabelle A - 7 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Alkoholabhängigen zum Zeitpunkt T1	161
Tabelle A - 8 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Psychosomatikpatienten zum Zeitpunkt T1	162
Tabelle A - 9 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Patienten einer Hausarztpraxis	163
Tabelle A - 10 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Gesunden	164
Tabelle A - 11 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Chronisch Depressiven (CBASP) zur Baselineerhebung.....	165
Tabelle A - 12 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Alkoholabhängigen zum Zeitpunkt T1	166

Tabelle A - 13 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Psychosomatikpatienten zum Zeitpunkt T1.....	167
Tabelle A - 14 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Hausarztpatienten.....	168
Tabelle A - 15 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Gesunden.....	169
Tabelle A - 16 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe Minor Depression (MinD) zur Baselineerhebung	170
Tabelle A - 17 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Diabetiker mit Minor Depression (Mind-Dia).....	170
Tabelle A - 18 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Remittierten Depressiven.....	171
Tabelle A - 19 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Älteren Depressiven (DiA) zum Messzeitpunkt T1	171
Tabelle A - 20 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Chronisch Depressiven (CBASP) zur Baselineerhebung	172
Tabelle A - 21 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Chronisch Depressiven (LAC) zur Baselineerhebung	172
Tabelle A - 22 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Alkoholabhängigen zum Messzeitpunkt T1	173
Tabelle A - 23 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Psychosomatikpatienten zum Messzeitpunkt T1	173
Tabelle A - 24 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Patienten einer Hausarztpraxis	174
Tabelle A - 25 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe Gesunder.....	174
Tabelle A - 26 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Chronisch Depressiven (CBASP) zur Baselineerhebung	175
Tabelle A - 27 Mittelwerte (<i>M</i>), Standardabweichungen (<i>SD</i>) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Chronisch Depressiven (LAC) zum Messzeitpunkt T1	175

Tabelle A - 28 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfkoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe Alkoholabhängiger zum Messzeitpunkt T1.....	176
Tabelle A - 29 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfkoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe der Psychosomatikpatienten zum Messzeitpunkt T1.....	176
Tabelle A - 30 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfkoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe der Patienten einer Hausarztpraxis	177
Tabelle A - 31 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfkoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe Gesunder.....	177
Tabelle A - 32 Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe.....	178
Tabelle A - 33 Ergebnisse der Faktorenanalyse (2-Faktoren-Lösung) des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe.....	179
Tabelle A - 34 Ergebnisse der Faktorenanalyse (4-Faktoren-Lösung) des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe.....	180
Tabelle A - 35 Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe.....	181
Tabelle A - 36 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe.....	182
Tabelle A - 37 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der MinD-Stichprobe.....	182
Tabelle A - 38 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-SR (Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe.....	183
Tabelle A - 39 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t -Test zur Baselineerhebung beim IDS-CR.....	183
Tabelle A - 40 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t -Test zur Baselineerhebung beim IDS-SR	184
Tabelle A - 41 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t -Test zur Baselineerhebung beim QIDS-CR.....	184
Tabelle A - 42 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t -Test zur Baselineerhebung beim QIDS-SR	185
Tabelle A - 43 Vergleich der Summenwerte nach Bildungsstand durch t -Test zur Baselineerhebung.....	186
Tabelle A - 44 Korrelationen zwischen Geschlecht und Summenwert der IDS- Variante bei zwei Stichproben (Baseline)	187

Abbildungsverzeichnis des Anhangs

Abbildung - A 1 Strukturiertes Interview für das Inventar depressiver Symptome (IDS-CR)	188
Abbildung - A 2 Kodierbogen für das Strukturierte Interview für das Inventar depressiver Symptome (IDS-CR)	195
Abbildung - A 3 Inventar depressiver Symptome – Selbstbeurteilungsbogen (IDS-SR)	197
Abbildung - A 4 Strukturiertes Interview für das Quick Inventar depressiver Symptome (QIDS-CR)	202
Abbildung - A 5 Kodierbogen für das Strukturierte Interview für das Quick Inventar depressiver Symptome (QIDS-CR).....	206
Abbildung - A 6 Quick Inventar depressiver Symptome – Selbstbeurteilungsbogen (QIDS-SR)	207

1 Einführung

Die depressive Störung (WHO-Weltgesundheitsorganisation, 1993), gemeinhin bekannt unter „Depression“, ist eine vergleichsweise häufig auftretende psychische Störung, für die inzwischen in Wissenschaft und Öffentlichkeit auch häufig der Begriff „Volkskrankheit“ verwendet wird (vgl. z. B. Spießl, Hübner-Lieberman & Hajak, 2006; Stoppe, Bramesfeld & Schwartz, 2006; ZDF, 2017). Die depressive Störung geht mit einschneidenden Konsequenzen für die Betroffenen einher (Lerner & Henke, 2008; Pincus, Zarin, Tanielian & et al., 1999), bedeutet eine umfangreiche Belastung auch für das soziale Umfeld der Betroffenen (Najman et al., 2014; Rice, Sellers, Hammerton & et al., 2017) und stellt das Gesundheitssystem und die Gesellschaft vor große Herausforderungen (Murray, Vos, Lozano, AlMazroa & Memish, 2013).

Angesichts der Bedeutung der depressiven Störung mag es verwundern, dass es noch immer deutliche Hinweise darauf gibt, dass viele Personen, die von ihr betroffen sind, nicht die notwendige Unterstützung erhalten, die sie benötigen (siehe auch entsprechende Berichte in den populären Medien, z. B. Pratt & Brody, 2014; Vonhoff, 2014). Ein Grund für dieses Problem könnte in der Diagnostik von depressiven Störungen zu suchen sein (vgl. Kersting, 2006): Obschon es eine Vielzahl von Instrumenten zur Diagnose von depressiven Störungen gibt, wurde von unterschiedlicher Seite auf den Bedarf an weiteren Instrumenten hingewiesen, die eine valide Diagnostik von depressiven Störungen bei gleichzeitig vertretbarem Zeitaufwand erlauben.

An genau dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an. Sie nimmt eine intensive psychometrische Prüfung des Inventars depressiver Symptome (IDS; Rush et al., 1986; Rush, Gullion, Basco, Jarrett & Trivedi, 1996) sowie seiner Instrumentvarianten vor. Das IDS ist ein standardisiertes Instrument, das in den USA relativ weit verbreitet ist, in deutschsprachigen Ländern dagegen weniger bekannt ist und – wenn überhaupt – primär im wissenschaftlichen Kontext Anwendung findet. Jedoch weist es eine Reihe von besonderen Charakteristika auf, die – bei entsprechender psychometrischer Bewährung – eine weitere Verbreitung sinnvoll erscheinen lassen.

Erstens erfolgte, wie von Rush et al. (1996) ausgeführt, die Entwicklung des Instruments auf umfassender theoretischer Basis und mit einer engen Orientierung an die gängigen Klassifikationssysteme für psychische Störungen ICD (WHO-Weltgesundheitsorganisation, 1993) und DSM (American Psychiatric Association,

2013). Aus diesem Grund verspricht das Instrument großen Wert für die Forschung bei gleichzeitiger Eignung für die diagnostische Praxis, die sich an die entsprechenden Klassifikationssysteme halten muss. Zweitens liegt das IDS sowohl in einer Fremdeinschätzungsvariante (clinician rating; IDS-CR) als auch in einer Selbsteinschätzungsvariante (self rating; IDS-SR) vor, was sowohl für die klinische Praxis als auch für die Beantwortung wissenschaftlicher Fragen von potenziell hohem Nutzen ist. Drittens gibt es zusätzlich zu den Langformen jeweils Kurzformen (QIDS-CR und QIDS-SR), die insbesondere im Rahmen von Screenings von hohem Wert sein können. Viertens ermöglicht das IDS laut seiner Entwickler (vgl. Rush, Carmody & Reimitz, 2000; Rush et al., 2005) eine Reihe von weiteren diagnostischen Einschätzungen, die viele gängige Instrumente nicht bieten. So ist eine Abschätzung des Schweregrads der depressiven Störung möglich, da entsprechende Grenzwerte vorliegen. Fünftens soll das IDS auch in der Verlaufsmessung von depressiven Störungen eingesetzt werden können, da es eine hohe Änderungssensitivität aufweisen soll.

Das IDS wurde im englischen Sprachraum in vielen Studien mit unterschiedlichen Patienten- und Kontrollstichproben mit vielversprechenden Ergebnissen eingesetzt; auch liegen ausführliche Dokumentationen zum Instrument vor. Deutsche Übersetzungen des Instruments sowie wissenschaftliche Studien, in denen das IDS eingesetzt wurde, liegen ebenfalls vor, die auf eine insgesamt hohe Qualität des Instruments hinweisen, aber es gibt keine Untersuchung, in der grundlegend und umfassend die psychometrische Qualität des Instruments im Sinne einer Validierung vorgenommen worden wäre.

In diesem Sinne wird mit der vorliegenden Arbeit für den deutschen Sprachraum erstmals eine systematische Überprüfung des IDS vorgelegt. Hierzu werden Daten aus insgesamt zehn Stichproben analysiert, wobei vier dieser Stichproben eigens für die Validierung neu erhoben wurden. Grundsätzlich orientiert sich die Arbeit an den gängigen Empfehlungen zur Testentwicklung und Validierung von Tests (vgl. Testkuratorium, 2018) mit dem Ziel, ein für Forschung und Praxis einfach handhabbares Resultat zu schaffen. Gleichzeitig werden in der vorliegenden Arbeit einige Charakteristika des Instruments vertieft behandelt. Entsprechend fällt die Analyse und Darstellung an zahlreichen Stellen detaillierter aus, als es zum Zwecke einer reinen Validierung notwendig wäre.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Depressive Symptomatik, Epidemiologie, Komorbidität und deren Folgen

Die Gruppe der affektiven Störungen umfasst nach Einordnung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, WHO-Weltgesundheitsorganisation, 1993) unterschiedliche Störungsbilder, deren Gemeinsamkeit die deutliche, krankheitswertige Veränderung der Stimmungslage ist. Einerseits sind unter diesem Oberbegriff sowohl manische Episoden mit dem Hauptkennzeichen der gehobenen oder gereizten Stimmung als auch bipolare Störungen eingeordnet, die durch den episodischen Wechsel zwischen gehobener und gedrückter bzw. depressiver Stimmung charakterisiert sind. Andererseits umfasst die Gruppe der affektiven Störungen auch depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen. Eine ähnliche Einteilung fand sich im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR, Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), während in der aktuellen Version, dem Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) durch die Zuordnung zu je einem eigenen Kapitel für unipolare und bipolare Störungsbilder vorgenommen wurde, um letzteren eine Sonderstellung zwischen psychotischen und unipolaren affektiven Störungen einzuräumen.

In der vorliegenden Arbeit wird ein Instrument zur Erfassung von Depressivität zugeordneten Symptomen, das IDS, untersucht, so dass im Folgenden auf die depressive Symptomatik fokussiert wird.

Während manche Depressive kognitive Symptome wie Freud- und Interesselosigkeit, Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Entscheidungsschwierigkeiten, Grübeln, Selbstwerteinbußen und Selbstzweifel oder Hoffnungslosigkeit beklagen, leiden andere vorrangig unter körperlichen Symptomen wie innerer Unruhe oder Anspannung, Nervosität, Antriebslosigkeit, schneller Ermüdbarkeit, Appetitveränderungen mit den entsprechenden Gewichtsveränderungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Ängsten und Schmerzen (WHO-Weltgesundheitsorganisation, 1993). Weiterhin können emotionale Beschwerden wie Verzweiflung, innere Leere und niedergeschlagene Stimmung bestehen. Zur Symptomatik gehören auch Veränderungen des Interaktionsverhaltens wie sozialer Rückzug oder erhöhte Empfindlichkeit im zwischenmenschlichen Kontakt. Diese

Vielfalt des depressiven Symptompektrums stellt eine Herausforderung für die Entwicklung diagnostischer Instrumente dar.

Die hohe Auftretensrate von Depressionen als primäre Erkrankung oder sekundär zu einer bereits bestehenden Erkrankung ist vielfach belegt (Busch, Maske, Ryl, Schlack & Hapke, 2013; Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Für die deutsche Bevölkerung wurde die hohe Belastung durch affektive Störungen zuletzt durch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS, Kamtsiuris et al., 2013) belegt, in der Daten der Allgemeinbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren erhoben wurden. Die Gesamtprävalenz für Depressionen lag bei Selbsteinschätzung der Teilnehmenden mittels des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-9, Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002) bei 8.1%, wobei die Anteile von Frauen (10.1%) und Männern (6.1%) sich deutlich unterschieden (Busch et al., 2013). Die Werte lagen damit etwas niedriger als die Prävalenz für Depressionen (Gesamtstichprobe 10.7%, Männer 7.5%, Frauen 14.0%), die im Rahmen des Bundesgesundheitsurvey 1998/99 (BGS, Jacobi, Klose & Wittchen, 2004; Jacobi, Wittchen, et al., 2004; Wittchen & Jacobi, 2005) erhoben wurden. Die Daten aus dem Zusatzmodul „Psychische Störungen“ (DEGS1-MH), in dem psychische Störungen mit einem für die Studie modifizierten computergestützten Interview, dem Composite International Diagnostic Interview (DIA-X/M-CIDI, Jacobi et al., 2013; Wittchen, 1994; Wittchen & Pfister, 1997) erfasst wurden, zeigen eine ähnliche Schätzung unipolarer Depressionen mit 7.7% für die Gesamtstichprobe, wobei auch hier Frauen (10.6%) deutlich häufiger betroffen sind als Männer (4.8%) Jacobi, Höfler, Strehle, et al. (2014). Die Unterschiede in den Prävalenzen nach Geschlecht betreffen laut DEGS-Studie sowohl die depressive Symptomatik zum Erhebungszeitpunkt als auch die 12-Monats-Prävalenz und die Lebenszeitprävalenz diagnostizierter Depressionen. Die Erkrankungshäufigkeit lag in beiden Gruppen bei geringerem sozioökonomischem Status höher (Busch et al., 2013; Jacobi, Höfler, Strehle, et al., 2014). Die höchsten Auftretensraten aktueller depressiver Symptomatik zeigten sich bei Frauen in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen (11.8%) sowie bei den 30- bis 39-Jährigen (10.5%) und 50- bis 59-Jährigen (10.4%). Bei Männern lagen die Häufigkeitsgipfel in dieser Studie auf niedrigerem Niveau in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen (8.0%) und der 40- bis 49-Jährigen (7.0%).

Die Rate der Erkrankungen an Depressionen zeigte sich in der deutschen Bevölkerung vergleichbar mit der in der Europäischen Union mit einer Prävalenz der

Major Depression von 6.9% (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013; Wittchen & Jacobi, 2005) sowie in den USA (González, H. M., Tarraf, Whitfield & Vega, 2010; Kessler et al., 2003; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005). Nach den Ergebnissen der zweiten nationalen Komorbiditätsstudie (National Comorbidity Survey Replication, NCS-R), die in den USA zwischen 2001 und 2003 durchgeführt wurde, waren die unipolaren depressiven Störungen nach Interview mit der World Mental Health Survey Initiative Version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI, Kessler & Üstün, 2004) mit einer 12-Monats-Prävalenz von 8.2% (6.7% bei Major Depression und 1,5% bei Dysthymia) die zweithäufigste Erkrankung nach der Spezifischen Phobie (8.7%) sowie bezogen auf die Lebenszeitprävalenz einzelner Störungen mit 19.1% (16.6% bei Major Depression, 2.5% bei Dysthymie) die häufigste Erkrankung (Kessler, Berglund, et al., 2005). Ob von einer Zunahme depressiver Störungen ausgegangen werden muss, wird kontrovers diskutiert (Richter, D., Berger & Reker, 2008; Spiessl & Jacobi, 2008). Studienergebnisse scheinen demnach deutlich von methodischen Charakteristika beeinflusst zu sein, vor allem durch den Ein- oder Ausschluss jüngerer bzw. älterer Kohorten, da jüngere Geburtskohorten durch ein früheres Ersterkrankungsalter, ein erhöhtes Erkrankungsrisiko und eine Zunahme der Erkrankungsschwere (Fombonne, 1998; Simon et al., 1995; Wickramaratne & Weissman, 1996) gekennzeichnet sind.

Die besondere Belastung der Depressiven liegt in dem Vorausgehen oder gleichzeitigen Auftreten weiterer psychischer Probleme. In zahlreichen Untersuchungen, die im Folgenden aufgeführt werden, konnte dieser Zusammenhang für die deutsche Population ebenso wie international stabil dargestellt werden.

Die häufigsten komorbiden Störungen der Depression bestehen neben der Dysthymie in der Gruppe der Angststörungen inklusive Posttraumatischer Belastungsstörung und Zwangsstörung sowie Störungen des Substanzkonsums (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen & Lonnqvist, 2001; Mineka, Watson & Clark, 1998; Palmer, Jeste & Sheikh, 1997).

In der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE, Schmitt, Wahl & Kruse, 2008) ergab sich für die Patienten mit manifester Major Depression (n = 115) eine Komorbiditätsrate von mehr als einem Drittel (36.5%), wobei 28.7% auf Angststörungen und 11.3% auf Störungen durch psychotrope Substanzen (Barth, 2004). Die Komorbiditätsraten für Teilnehmer, bei denen eine unipolare Depression

diagnostiziert wurde, lagen im BGS bei 20.8% für eine weiteres diagnostizierte psychische Störung sowie 15.8% für zwei weitere und 24.1% für drei oder mehr weitere psychische Störungen (Jacobi, Wittchen, et al., 2004), wodurch die Belastung der Gruppe der Depressiven eindrucksvoll illustriert wird. Auch die neuesten Ergebnisse der DEGS1-MH bestätigen diesen Zusammenhang: Bei 21.5% der Personen mit unipolarer Depression wurde eine weitere psychische Diagnose gestellt, bei 16.0% zwei und bei 29.9% drei weitere Diagnosen. Die häufigste Kombination bestand mit 17.5% zwischen Angst- und affektiven Störungen (Jacobi, Höfler, Siegert, et al., 2014).

In der Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS, Bijl, Ravelli & van Zessen, 1998) wurde bei einem insgesamt hohen Anteil affektiver Störungen (Major Depression, Dysthymie und bipolare Störung; Lebenszeitprävalenz für Männer 13.6%, 12-Monats-Prävalenz 5.7%; für Frauen 24.5% und 9.7%) eine Komorbiditätsrate von 55% für Frauen und 36% für Männer gefunden. Bei den von einer affektiven Störung Betroffenen war bei 60.5% auch mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert worden. Den größten Anteil darunter hatten die Angststörungen (54.3%), eine Kombination, von denen eher Frauen betroffen waren (5.1% gegenüber 1.9% bei Männern der Gesamtstichprobe). Substanzgebrauchsstörungen traten komorbid zu den affektiven Störungen bei 16.7% auf (de Graaf, Bijl, Smit, Vollebergh & Spijker, 2002). Der hohe Anteil an Angststörungen, hier besonders der Panikstörung, konnte im ersten National Comorbidity Survey (NCS, Kessler et al., 1994) gezeigt werden, wobei eine Korrelation von Symptomschwere und Komorbidität deutlich wurde (Roy-Byrne et al., 2000), die ebenfalls in der Baltimore-ECA-Studie von Chen, Eaton, Gallo und Nestadt (2000) gezeigt wurde. In Abhängigkeit der Schwere der Depressivität stiegen in dieser Studie die Komorbiditätsraten: Der Anteil Depressiver mit leichter oder mittelgradiger depressiver Episode und Angststörung betrug 30.1%, während 53.4% jener mit schwerer depressiver Episode unter einer komorbiden Angststörung litten. Die Komorbidität mit Alkohol- oder anderen substanzbezogenen Störungen lag bei leichter und mittelgradiger Depression bei 25.6% und 20.3%, bei schwerer Depression jedoch bei 28.8% (Chen et al., 2000).

Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, leiden in vielen Fällen gleichzeitig unter körperlichen Erkrankungen. Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Asthma und Krebs zählen zu den häufigsten (Lederbogen, 2006). Im Epidemiologic Catchment Area Survey (ECA, Regier et al., 1984) zeigten die Ergebnisse,

dass Studienteilnehmer bei Vorliegen einer von acht verschiedenen körperlichen Erkrankungen gegenüber nicht Erkrankten ein um 41% erhöhtes Risiko für eine psychische Störung haben, darunter am häufigsten Angststörungen, affektive Störungen und Störungen durch Substanzgebrauch (Wells, Golding & Burnam, 1988). Ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken, besteht nach Daten des Canadian National Population Health Survey (NPHS, Patten, 2001) bei 4% derjenigen, die irgend eine körperliche Krankheit haben, im Vergleich zu 2.8% ohne Vorliegen einer körperlichen Erkrankung. In einer niederländischen Längsschnittstudie zeigte sich ein starker Zusammenhang von erhöhtem Depressionsrisiko bei Älteren mit zunehmender Einschränkung durch körperliche Erkrankung (Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, van Sonderen & Kempen, 2002). Ebenso zeigten Yates et al. (2004) an der Stichprobe des Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression – Programms (STAR*D), dass begleitende körperliche Erkrankungen im Zusammenhang mit einer höheren Anzahl depressiver Episoden und längerer Dauer der letzten Episode stehen. In der Stichprobe gaben 52.8% der Teilnehmer Begleiterkrankungen mit einhergehenden mittelgradigen und schweren Einschränkungen an. Bei Einschluss derer, die durch die körperliche Erkrankung leichte Einschränkungen erlebten, waren es sogar 87.8% der Teilnehmer. Bei den Depressiven mit körperlicher Begleiterkrankung zeigte sich ein späteres Erstauftreten der Depression im Vergleich zu den Teilnehmern ohne körperliche Erkrankung. Gleichzeitig war diese Teilstichprobe soziodemografisch durch häufigere Arbeitslosigkeit, eine höhere Rate an Verwitwung, geringeren Bildungsstand, geringeres Einkommen und schlechtere Krankenversicherungsbedingungen gekennzeichnet.

Durch das häufige gemeinsame Auftreten von Depressionen und körperlichen Erkrankungen besteht bei den Betroffenen eine besondere Belastung. Die ungünstige Auswirkung von komorbider Depression konnte für den Krankheitsverlauf von Diabetes Typ II und Koronarer Herzkrankheit durch Katon (2003) belegt werden, ähnlich bei Anderson, Freedland, Clouse und Lustman (2001). Weitere Befunde über den ungünstigen Einfluss von komorbider Depression liegen für eine Reihe anderer Erkrankungen vor, so für den Zusammenhang von Depression und Myokardinfarkt (Mayou et al., 2000), HIV (Ciesla & Roberts, 2001) und neurologischen Erkrankungen wie Zustand nach Schlaganfall (Whyte & Mulsant, 2002), Morbus Parkinson (Schrag, Jahanshahi & Quinn, 2001) und Multiple Sklerose (Hakim et al., 2000). Für die kanadische NPHS-Stichprobe konnte eine Korrelation von Depressivität und Sinusitis,

Rückenschmerzen und für Bluthochdruck, jedoch nur bei Männern, hergestellt werden (Patten, 2001). Ähnliche Ergebnisse fanden Moldin et al. (1993) in der Stichprobe des National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP, Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985).

Anhand der Ergebnisse der Global Burden of Disease Study der WHO von 1990 und 2010 wurden unipolare Depressionen bei Zunahme der Prävalenz als eine Hauptursache für mit gesundheitlichen Einschränkungen verbrachte Lebensjahre (years lived with disability, YLDs) weltweit identifiziert (Vos et al., 2012). Sie tragen zu einem deutlichen und zunehmenden Anteil an der globalen Krankheitslast bei (Murray et al., 2013). Schätzungen zufolge werden im Jahr 2020 Depressionen weltweit zum zweithäufigsten Faktor für den Verlust an gesunden Lebensjahren (disease adjusted life years - DALYs, Murray & Lopez, 1997). Diese zweite Position bleibt auch nach Einbeziehung neuerer Basisdaten durch Mathers und Loncar (2006) erhalten. In den westlichen Industriestaaten wird unipolare Depression nach dieser Studie sogar als wichtigste Ursache für verringerte DALYs geschätzt.

In Deutschland verursachen affektive Störungen durch ihre direkten und indirekten Folgen enorme finanzielle Kosten (Stamm & Salize, 2006), die aufgrund einer umfangreicheren resultierenden Beeinträchtigung höher liegen als bei vielen anderen so genannten Volkskrankheiten (Davidson & Meltzer-Brody, 1999). Bei den direkten Kosten durch medizinische und nicht-medizinische Behandlung liegt die Gruppe der organisch bedingten psychischen Krankheiten zwar vorn, Depressionen jedoch verursachen innerhalb der psychischen Erkrankungen mit 17% die höchsten Kosten (König, 2009). Indirekte Kosten durch Morbiditätskosten wie Arbeitsunfähigkeit, verminderte Produktivität am Arbeitsplatz bzw. verminderte Erwerbsfähigkeit und Mortalitätskosten durch verlorene Lebenszeit spielen gesundheitsökonomisch gesehen sogar eine noch größere Rolle als die direkten Kosten (König, Luppá & Riedel-Heller, 2011). Kosten im weiteren Sinne entstehen auch durch die negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder, wenn Eltern, insbesondere die Mütter, von Depressivität betroffen sind (Goodman & Gotlib, 1999), wie sie sich beispielsweise in kindlicher Psychopathologie oder einer langsameren und schlechteren Entwicklung geistiger und motorischer Fähigkeiten zeigen können (Batten, 2012; Cummings & Davies, 1994; Dougherty, Tolep, Smith & Rose, 2013; Laucht, 2003; Laucht, Esser & Schmidt, 2002).

2.2 Diagnostik von Depressivität

Seit der Entwicklung erster Messinstrumente für Depressivität wurden Probleme der jeweiligen psychometrischen Eigenschaften, der Nützlichkeit für Forschung und Praxis sowie der Effektivität diskutiert (Santor & Coyne, 2001). Schon frühzeitig wurde auf die Schwächen der unterschiedlichen Instrumente hingewiesen. So merkten Carroll et al. bereits 1973 in einem kritischen Review der damals vorliegenden Instrumente nicht zufriedenstellende Ergebnisse hinsichtlich der Übereinstimmung von Fremd- und Selbstbeurteilung, der Auswahl der erfassten Symptome und der Nützlichkeit von Selbstbeurteilungsinstrumenten an. Gleichzeitig wurde der Einsatz einzelner Instrumente in der Forschung, hier z. B. der Zung Self-Rating Depression Scale (SRS) von Zung (1965), infrage gestellt. Im englischen Sprachraum wurden Santor, Gregus und Welch (2006) zufolge seit 1918 mehr als 280 Instrumente zur Erfassung von Depressivität entwickelt und publiziert, viele davon wurden auch ins Deutsche übertragen. Im Folgenden sollen zunächst die am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Messung von Depressivität dargestellt werden. Zunächst wird auf die Fremdbeurteilungsinstrumente eingegangen, danach werden Selbstbeurteilungsinstrumente vorgestellt.

2.2.1 Fremdbeurteilungsinstrumente

Die *Hamilton Depressionsskala* (HDRS, original: Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton, 1960; Hamilton, 1967) wurde ursprünglich zur Messung der Schwere von Depressionen der Patienten mit bereits diagnostizierter Depression entwickelt. Bei der im Original aus 17 Items bestehenden Skala werden einige Items durch Beobachtung, andere durch direktes Fragen und die folgende Antwort eingeschätzt. Vier weitere Items der ursprünglichen Version (Veränderungen im Tagesverlauf, Derealisation, paranoide Symptome und Zwangssymptome) sollten aufgrund des seltenen Auftretens der entsprechenden Symptome nicht in den Gesamtwert einbezogen werden. Im Zuge der Entwicklung von Antidepressiva nahm sich die Pharmaindustrie des Instruments an, da es u. a. die typischen Wirkungen trizyklischer Antidepressiva wie Sedierung und Appetitsteigerung (Healy, 1997) sowie typische Zielvariablen psychopharmakologischer Studien erfasst. Die HRSD darf als das nach wie vor am häufigsten genutzte Fremdbeurteilungsinstrument depressiver Symptomatik gelten (Williams, J. B. W., 2001). Die HRSD liegt durch mehrere Modifikationen in vielen

Varianten mit unterschiedlicher Itemanzahl – neben der Originalversion mit 17 Items auch mit 6, 21, 24, 28 und 31 Items – vor (Yonkers & Samson, 2008). Die ursprüngliche HRSD umfasst sehr viele somatische Items, aus denen zumindest 50% des möglichen Gesamtwertes entstehen (Möller, 2000), so dass hier von einem somatischen Bias ausgegangen wird (Santor et al., 2006). Wegen seines hohen Anschlagens bei Angstsymptomen ist die Interpretation des Ergebnisses nicht eindeutig. Zwar treten Angst und Depressivität häufig gemeinsam auf, jedoch könnte gleichzeitig interpretiert werden, dass ängstlichere depressive Patienten auch schwerer erkrankt sind. Es bestehen Einschränkungen hinsichtlich der Validität, da z. B. ältere Patienten mit körperlichen Beschwerden häufiger als depressiv eingeschätzt werden aufgrund des Schwerpunktes der HRSD auf körperliche Symptome (Linden, Borchelt, Barnow & Geiselman, 1995). Atypische Symptome der Depression (Hypersomnie, Appetitsteigerung) sind bei der HRSD unterrepräsentiert (Demyttenaere & De Fruyt, 2003). Gleichzeitig wird der Einschluss von Items zu Zwängen, Paranoia, Depersonalisation/Derealisation, die sehr selten im Rahmen einer depressiven Störung auftreten, kritisiert (Nelson & Mazure, 1990). Eine Schwierigkeit der HRSD wird im unterschiedlichen Antwortniveau bzw. der unterschiedlichen Antwortskalierung einzelner Items gesehen: Alle Items werden gleich gewichtet, aber es können bei verschiedenen Items 3 oder 5 als Maximalwert pro Item vergeben werden, so dass eine symptombezogene Gewichtung vorgenommen wird, jedoch gibt es keine inhaltliche Begründung für dieses Vorgehen (Demyttenaere & De Fruyt, 2003). Aufgrund dessen werden Grenzen des Instruments darin gesehen, es zur Unterscheidung diagnostischer Kategorien zu nutzen (Bech, 1993) oder zur Unterscheidung zwischen treatment response und Teil- oder Vollremission (Frank et al., 1991; Tedlow et al., 1998).

Auch für die Nutzung des Instruments in pharmakologischen Studien entstanden Schwierigkeiten, da die HRSD nicht unterscheiden bzw. messen kann, ob unterschiedliche depressive Subtypen spezifisch auf verschiedene Antidepressiva reagieren (Gibbons, Clark & Kupfer, 1993), so dass hier eher die Nutzung der Subskalen (Angst-Somatisierung, Verlangsamung) empfohlen wird. Auch die mangelnde Abbildung pharmakologischer Wirkungen speziell von Antidepressiva durch die Items wurde kritisiert (Nelson & Mazure, 1990). Gibbons et al. (1993) warnten insbesondere davor, die HRSD als hauptsächliches Outcomemaß einzusetzen, da ihr eine mehrfaktorielle Struktur zugrunde liegt (Bech et al., 1981). In einer Überblicksarbeit

kam Snaith (1996) zu dem Schluss, dass der Einsatz des Instruments in bis dahin publizierten Forschungsstudien überaus heterogen ist: Einerseits kommen die verschiedenen Versionen zum Einsatz, allerdings sei dies nur in ca. 60% der Arbeiten auch spezifiziert. Andererseits würde in nahezu der Hälfte der Studien ein selektiver Gesamtwert eingesetzt sowie die Einschätzung der Veränderung von einem beliebigen HRSD-Gesamtwert abhängig gemacht, so dass sich die Anwendung insgesamt willkürlich und uneinheitlich darstellt. Als problematisch erwies sich in der Geschichte der HRSD sicherlich die Veränderung der Skala durch viele Anwender. (Zitman, Mennen, Griez & Hooijer, 1990) untersuchten die in Studien bis 1990 verwendeten Versionen und stellten äußerste Heterogenität bei dem fest, was Forschungszentren als „Hamilton Depression Scale“ eingesetzt hatten. Eine Verbesserung der Situation hin zu einem einheitlicheren Gebrauch durch Arbeitsgruppen und Forschungszentren, der Erhöhung der Vergleichbarkeit zwischen Studien und der psychometrischen Eigenschaften brachte sicherlich die Entwicklung und Publikation des Strukturierten Interview Guide für die HRSD (Williams, J. B. W., 1988; Williams, J. B. W., 2001).

In mehreren Studien erwies sich die Anwendung der Werte unidimensionaler Unterskalen als dem Gesamtwert überlegen (Faries et al., 2000; Helmreich et al., 2012; 2011).

Auch Rush et al. (1986) sah Einschränkungen der HRSD darin, dass die psychometrischen Eigenschaften nur bei der 17-Item-Version gründlich untersucht wurden. Die Kritik bezog sich auf weitere Aspekte: Einige häufig geäußerte Beschwerden Depressiver, z. B. Hypersomnie, Gewichts- oder Appetitzunahme, seien nicht berücksichtigt. Endogene Symptome fehlten ebenfalls, z. B. die Qualität und Veränderbarkeit der Stimmung. Als problematisch erachteten sie auch die Konfundierung mancher Items. So umfasst das Item zu somatischer Energie sowohl Schmerzen als auch körperliche Energie/Erschöpfbarkeit insgesamt. Manche Beschwerden spiegelten sich in zwei oder mehr Items wieder, z. B. Kopfschmerzen, deren Auswirkungen sich niederschlagen bei dem Item zu somatischer Energie und Ängstlichkeit in Bezug auf Körpersymptome. Die Ankerpunkte für einige Items seien schwer einzuschätzen, z. B. bei dem Item zu Libidoveränderungen, so dass die Autoren die Entfernung konfundierter Items (z. B. Libido, Hypochondrie, Verlust von Einsicht, Tagesschwankungen) empfahlen Rush et al. (2000). Weitere Kritik bezog sich auf die Vergabe verschiedener Gewichtungen für Items, das Fehlen von Kriteriumssymptomen

für den melancholischen Subtyp und atypische Symptome, die Aufnahme sehr selten im Zusammenhang mit Depressionen berichteter Symptome (Paranoia/Misstrauen, Zwangssymptome, Derealisation/Depersonalisation) und das Fehlen eines korrespondierenden Selbsteinschätzungsinstruments. Mit der Carroll Rating Scale (CRS, Carroll, Feinberg, Smouse, Rawson & Greden, 1981) wurde der Versuch unternommen, ein Selbsteinschätzungsinstrument vorzulegen. Einschränkungen in der Anwendbarkeit lagen allerdings in anderer Itemanzahl (52 Items) und disparaten Antwortformat (Ja-Nein-Antwortmöglichkeit).

Unbestritten ist, dass die HRSD – auch, weil sie als eines der ersten strukturierten Instrumente zur Einschätzung der Schwere von Depression konzipiert und empirisch untersucht wurde – das am häufigsten eingesetzte Fremdbeurteilungsinstrument ist (Khan, Khan, Shankles & Polissar, 2002; Santor et al., 2006). Jedoch sind Kritikpunkte an der HRSD vielfältig und persistieren, so dass Zimmerman, Posternak und Chelminski (2005) die Frage aufwarfen, ob das Instrument überhaupt als zentrales Outcomemaß in klinischen Studien eingesetzt werden sollte. In einem Review empfahlen Bagby, Ryder, Schuller und Marshall (2004) aufgrund der konzeptuellen und psychometrischen Schwierigkeiten der HRSD, einen alternativen „Goldstandard“ zur Messung von Depressivität zu etablieren.

Die *Montgomery-Åsberg-Depressions-Rating-Skala* (MADRS, Montgomery & Åsberg, 1979), in deutscher Fassung von Neumann und Schulte (1989) vorliegend, wurde zur Messung der Schwere depressiver Symptomatik und als Alternative zur HRSD aus der Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS, Åsberg, Montgomery, Perris, Schalling & Sedvall, 1978) entwickelt, indem 10 Items entnommen wurden, die sich als besonders änderungssensitiv erwiesen hatten (Quilty et al., 2013). Die Einschätzung durch einen Kliniker wird auf einer siebenstufigen Skala (0-6) vorgenommen. Es kann ein Punktwert von 0-60 erreicht werden, wobei eine höhere Punktzahl eine größere Schwere der Depressivität anzeigt. Müller, Szegedi, Wetzel und Benkert (2000) untersuchten die Möglichkeiten der MADRS, besonders zwischen mittelgradig und schwer depressiv Erkrankten zu unterscheiden und stellten im Vergleich zur HRSD bessere Eigenschaften fest. Ein Vorteil der MADRS gegenüber der HRSD wird in den einheitlicheren Faktorenlösungen von zwei (Rocca et al., 2002; Serretti et al., 1999) bzw. drei Faktoren (Galinowski & Lehert, 1995) in verschiedenen Studien gesehen. Quilty et al. (2013) fanden in ihren Untersuchungen an einer

französischsprachigen Stichprobe (De Fruyt, Van Leeuwen, Bagby, Rolland & Rouillon, 2006) eine zeit- und geschlechtsunabhängige 4-faktorielle Lösung. In einer Studie zu psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version der MADRS fanden Neumann und Schulte (1988) eine zweifaktorielle Struktur. Im Vergleich zur älteren HRSD wurden in dieser Studie für die Items der MADRS höhere Trennschärfekoeffizienten (zwischen 0.52 und 0.75) ermittelt. Die im Gegensatz zur HRSD verbesserte Änderungssensitivität, wie sie an einer niederländischen Stichprobe gezeigt wurde (Santen, Danhof & Della Pasqua, 2009), konnte jedoch nicht bestätigt werden. Die MADRS wird neben der HRSD am häufigsten als Fremdbeurteilungsinstrument eingesetzt, konnte sich jedoch v.a. gegenüber der HRSD nicht durchsetzen (Khan et al., 2002; Santor et al., 2006)

Die *Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS)* wurde als Ergebnis psychometrischer Untersuchungen der HRSD und der Cronholm-Ottoson Depression Scale in Validierungsstudien und insofern als eine Weiterentwicklung der HRSD geschaffen, indem sechs Items bzw. vier Items ausgewählt wurden, die auf einer fünfstufigen Skala (0-4) eingeschätzt werden und den Ausprägungsgrad depressiver Symptome messen (Bech, 2002; Bech et al., 1988). Die BRMS liegt neben dem englischen Original (Bech & Rafaelsen, 1986) auch in einer deutschen Übersetzung vor (Stieglitz, Smolka, Bech & Helmchen, 1998) und zeigte in verschiedenen Studien gute und sehr gute psychometrische Eigenschaften (Smolka & Stieglitz, 1999). Aufgrund der Einschränkungen der vorgestellten Verfahren wurden zuletzt auch Versuche unternommen, diese zu umgehen und reliablere, effizientere und änderungssensitivere Lösungen zu finden. Mit der Kombination aus HRSD und MADRS war die Hoffnung verbunden, sich die positiven Aspekte beider Instrumente zunutze zu machen (Iannuzzo, Jaeger, Goldberg, Kafantaris & Sublette, 2006). Die Autoren resümieren, dass durch das semistrukturierte Kombinationsinterview die Interraterreliabilität erhöht und die Vergleichbarkeit zu anderen Studienergebnissen verbessert werden konnte und eine zeiteffizientere Erhebung beider Skalen möglich sei.

2.2.2 Selbstbeurteilungsverfahren und Fragebögen

Das *Beck Depressions Inventar (BDI)*, original: Beck Depression Inventory, Beck, Ward, Medelson, Mock & Erbaugh, 1961) wurde ursprünglich als Interview entwickelt (Loeb, Feshbach, Beck & Wolf, 1964) und setzte sich schließlich als Fragebogen durch. Es dient der Erfassung des Vorhandenseins und des Schweregrads einer Depression und

ist der am häufigsten in verschiedenen Anwendungsbereichen eingesetzte Depressionsfragebogen (Dozois, Dobson & Ahnberg, 1998). Die guten psychometrischen Eigenschaften des BDI konnten in zahlreichen Studien belegt werden (Beck, Steer & Carbin, 1988). Gleichzeitig betrafen die häufigsten Kritikpunkte an der ursprünglichen Version des BDI nach Auffassung verschiedener Autoren übereinstimmend die starke Ausrichtung der Items auf kognitive Symptome (z. B. Snaith, 1993; Vredenburg, Krames & Flett, 1985). Nicht alle für eine Depressionsdiagnose erheblichen Symptombereiche werden erfasst. So fehlen – ebenso wie bei der HRSD – Items z. B. zu Hypersomnie oder Gewichtszunahme, während andere Items als eher unbrauchbar erschienen (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996). Die grundlegende Überarbeitung des Instruments widmete sich dieser Kritik. In Orientierung an den Kriterien des DSM-IV wurden beim BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) vier Items gänzlich ausgeschlossen (Veränderungen des Körperbilds, intensive Beschäftigung mit körperlichen Symptomen, Gewichtsverlust, Arbeitsschwierigkeiten) und durch andere, neu konstruierte Items ersetzt (Unruhe, Wertlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Energieverlust). Bei anderen Items wurden Formulierungen zugunsten einer besseren Verständlichkeit verändert, so dass nur drei Items unverändert blieben. Das BDI-II liegt in deutscher Übersetzung vor (Hautzinger, Keller & Kühner, 2009). Wie in der ursprünglichen Version werden für 21 Items jeweils vier ausformulierte Symptombeschreibungen mit steigender Symptomschwere zur Einschätzung vorgegeben. Das BDI-II wird als weitestgehend objektives, reliables und sehr valides Verfahren zur Erfassung depressiver Beschwerden eingestuft (Herzberg, Goldschmidt & Heinrichs, 2008).

Die *Allgemeine Depressionsskala* (ADS) liegt in einer neu überarbeiteten Version seit 2012 vor (Hautzinger, Bailer, Hofmeister & Keller, 2012) und ist die deutsche Übertragung der Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977). Die ADS ist als Instrument für die grundlagenorientierte und epidemiologische Forschung und auch außerhalb des klinischen Rahmens als Screening-Instrument für Depressivität einsetzbar. Sie besteht aus 20 Items, die bezogen auf die letzten sieben Tage das Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch die angegebenen Symptome auf einer vierstufigen Skala (0 – selten oder überhaupt nicht, 4 – meistens, die ganze Zeit) erfassen. Die ADS zeigt gute psychometrische Eigenschaften und hat

sich als Verlaufs- und Prozessmaß, bei der Qualitätskontrolle sowie bei der Anwendung in verschiedenen Altersgruppen bewährt (Hautzinger & Meyer, 2002).

Die *Self-Rating-Depression Scale* (SDS, Zung, 1965, 1986), ist ein Fragebogen zur Erkennung und Abschätzung aktueller depressiver Zustände mit 20 Items, anhand derer mit einer jeweils vierstufigen Antwortskala eingeschätzt wird, wie oft die vorgegebenen Symptome, Erlebnisse und Beschwerden für die zurückliegende Woche zutreffend waren. Der Skalenwert ergibt eine Summe von mindestens 20 bis maximal 80 Punkten, wobei ein Wert größer 40 als Indikator für eine aktuelle depressive Symptomatik bewertet wird.

Die *D-Skala der Symptom-Checkliste-90-R* (SCL-90-R, Franke, 2002) erfasst mit 13 Items depressive Symptome, die auf einer 5-stufigen Skala (0 – überhaupt nicht, 4 – sehr stark) für die vergangenen sieben Tage erfasst werden. Allerdings finden sich vegetative Symptome, die ebenfalls häufig berichtet werden, unter der Subskala „andere“ der SCL-90. Hier wird bemängelt, dass Items, die klassisch zwischen endogener und nicht endogener Depression unterschieden, fehlen (Rush et al., 1986).

2.3 Resümee

Im vorigen Abschnitt wurde ein Überblick zur Phänomenologie der depressiven Symptomatik, zur Epidemiologie, den auftretenden psychischen und physischen Komorbiditäten und zu den Folgen und Auswirkungen gegeben. Die am häufigsten eingesetzten Instrumente zur Messung von Depressivität wurden unterteilt in Fremdbeurteilungs- und Selbstbeurteilungsinstrumente überblicksartig dargestellt und auf ihren Entwicklungszusammenhang und Grenzen eingegangen.

Für die Messung depressiver Symptomatik ergeben sich als praktische und wissenschaftliche Erfordernisse, für eine leicht handhab- und interpretierbare, hinreichende Symptomerfassung korrespondierender Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente zur Verfügung zu haben, die eine effiziente Erhebung ermöglichen, veränderungssensitiv und in psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Studien einzusetzen sind.

Im folgenden Kapitel wird das Inventar depressiver Symptome beschrieben. Das IDS weist nach bisherigen Studienergebnissen gute Eigenschaften auf, viele der

genannten Mängel der bisher häufig genutzten Instrumente zu vermeiden und aufgrund seiner Vorzüge eine Lücke zu schließen.

3 Das Inventar depressiver Symptome

Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben wurde, sahen Rush und Kollegen aufgrund der problematischen Eigenschaften und Anwendungseinschränkungen der Depressionsmessinstrumente die Notwendigkeit, ein neues Instrument zu entwickeln. Eine erste Überblicksarbeit noch in der Phase der Entwicklung der Fremd- und der Selbstbeurteilungsversion des IDS publizierte Rush mit Mitarbeitern bereits Mitte der 80er Jahre (Rush et al., 1986). In diesem Kapitel werden die Entwicklung des IDS und Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) als Kurzform, Aspekte der Durchführung und Auswertung und Ergebnisse von Studien mit der englischen Originalversion, der deutschen Version und Versionen in anderen Sprachen vorgestellt. Im Anschluss werden die Forschungsfragen für die vorliegende Arbeit beschrieben.

3.1 Entwicklung des IDS und des QIDS

Die Entwicklung des IDS mit Parallelförmigen von Fremd- und Selbsteinschätzungsinstrument wurde durch angemahnte und notwendige Verbesserungen gegenüber bestehenden Verfahren begonnen (Rush et al., 1986). An den klassischen Erhebungsinstrumenten HRSD (Hamilton, 1960, 1967) und MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979) bestand neben anderen Aspekten die Kritik, dass sie die Symptome, die in den diagnostischen Kriterien erfragt werden, weder spezifisch erfassen noch gleich gewichten (Rush, Bernstein, et al., 2006).

Ein Anlass für die Entwicklung eines neuen Instruments war die Beobachtung von Symptomverbesserung, jedoch keiner vollständigen Remission bei Patienten klinischer Studien und im klinischen Praxisalltag. Residualsymptome, die bei einem hohen Anteil der Patienten bestehen blieben, erregten die Aufmerksamkeit der Studienleiter und Behandler (McClintock et al., 2011). Sie sind langfristig mit schlechterem psychosozialen Funktionsniveau einerseits, andererseits mit einer schlechteren Prognose eng verknüpft (Faravelli, Ambonetti, Pallanti & Pazzagli, 1986; Judd et al., 1998a, 1998b; Paykel et al., 1995; Paykel et al., 1999; Thase et al., 1992). Die erfolgreiche Behandlung von Residualsymptomen begünstigt die Prognose nachweislich

(Fava, Grandi, Zielezny, Canestrari & Morphy, 1994; Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari & Morphy, 1998; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti & Belluardo, 1998; Paykel et al., 1999). Für ihre verlässliche Messung und die Messung ihrer Veränderung waren jedoch keine sensitiven Messinstrumente vorhanden, da die HRSD besonders im unteren Wertebereich ungenügend differenziert (Rush et al., 2000). Zudem sollten spezifische Anzeichen und Symptome von Depressivität sollten sowohl für ambulant als auch stationär behandelte Patienten gut messbar werden.

Aus der Forschungsperspektive bestand Bedarf nach vergleichbaren Instrumenten zur Erfassung der Selbstbeurteilung und der Fremdeinschätzung (Rush et al., 2000).

Die Konfundierung von Items sollte vermieden werden. Entsprechend sollten durch drei unterschiedliche Items (traurig, irritierbar, ängstlich) verschiedene Facetten der Stimmung abgebildet und die Verständlichkeit erhöht werden.

Anlass für eine Neuentwicklung war zudem, dass es keinen theoretischen oder klinischen Grund gab, die Items zur Erhebung verschiedener Aspekte der Depression unterschiedlich zu gewichten oder zu bewerten.

Das Ziel bei der Konstruktion des IDS bestand darin, Items zu Symptomen einzubeziehen, die bei den meisten Depressionsformen vorhanden seien, alle Symptome zur Diagnosestellung einer Major Depression inklusive dem melancholischen Typus nach DSM-III und alle Symptome der endogenen Depression entsprechend den Forschungskriterien einzuschließen sowie Items, die zur Differenzierung von Subgruppen und Subtypen der Depression nötig sind (atypisch, endogen, ängstlich).

Rush et al. (1986) berichteten, dass die Items zum einen aus der Sichtung bereits existierender Instrumente, zum anderen auf Grundlage der aktuellen diagnostischen Kriterien und klinischer Expertenurteile generiert wurden. Die Formulierung und Auswahl der Items wurde unter Einbeziehung von Klinikern und Patienten schrittweise vorgenommen.

Absicht war es, die Dimensionen vegetative Symptome (z. B. Schlaf, Veränderungen in Appetit und Gewicht, psychomotorische Veränderungen, sexuelles Interesse), kognitive Veränderungen (z. B. Suizidgedanken, Sicht auf sich selbst, Sicht auf die Zukunft), so genannte endogene Symptome (z. B. Reaktivität der Stimmung, Tagesschwankungen der Stimmung, Stimmungsqualität, Ausmaß an Desinteresse) sowie

Angstsymptome (z. B. somatische und psychische Korrelate der Angst, Panik- und Phobiesymptome) abzubilden und einzubeziehen.

Die Eigenschaften des Instruments wurden auf Grundlage der klassischen Testtheorie untersucht.

Seit der Entwicklung der ursprünglichen Form mit 28 Items (Rush et al., 1986; Rush, Hiser & Giles, 1987) wurden zwei Items zusätzlich entwickelt (Rush et al., 1996). Zudem wurde ein kombiniertes Interview für IDS-CR und HRSD entwickelt, das als SIGHD-IDS online verfügbar ist (Kobak, Williams & Rush), da in Studien traditionell die HRSD eingesetzt oder beide Maße erhoben wurden und so eine effektivere Erhebung möglich wurde (Rush et al., 2000). Übersetzungen in 20 Sprachen liegen vor (Caire, Bowers, Williams & Rush, 2008), jedoch steht die Untersuchung der Äquivalenz der verschiedensprachigen Versionen des SIGHD-IDS noch aus.

Unterdessen liegen viele Studien aus dem englischsprachigen Raum vor, welche die guten psychometrischen Eigenschaften des IDS bzw. QIDS und seine Anwendbarkeit bei verschiedenen Patientengruppen, z. B. mit MDD, bipolarer Störung und dysthymen Störung, belegen (Corruble, Legrand, Duret, Charles & Guelfi, 1999; Gullion & Rush, 1998; Trivedi et al., 2004). Gleichzeitig liegen Umrechnungstabellen vor, mit Hilfe derer die Gesamtwerte des IDS in HRSD-Werte der Versionen mit 17, 21 und 24 Items umgewandelt werden können (Rush, Trivedi, et al., 2003).

Entwicklung des QIDS. Um die Erfassung der depressiven Symptomatik zeiteffizienter zu gestalten, wurde das 16 Items umfassende Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS) entwickelt (Rush, Carmody, et al., 2006; Rush, Trivedi, et al., 2003; Trivedi et al., 2004). Es liegt sowohl als Selbstbeurteilungs- als auch als Fremdbeurteilungsinstrument vor. Alle 16 Items wurden aus der Langform des IDS übernommen, werden ebenso durch Ratings erfasst (0-3) und umfassen Ratings aller 9 Symptombereiche der diagnostischen Kriterien des DSM-IV bzw. DSM-5. Es werden die Bereiche Schlafstörungen (Items 1-4), depressive Stimmung (Item 5), Appetit- oder Gewichtsveränderungen (Items 6-9), Konzentration (Item 10), kritische Selbstbeurteilung (Item 11), Suizidalität bzw. Gedanken an den Tod (Item 12), Interessenverlust (Item 13), Energieniveau/Erschöpfung (Item 14) und psychomotorische Agitation/Verlangsamung (Items 15 und 16) erfasst. Das QIDS umfasst nicht die im IDS vorhandenen Symptome zur Spezifizierung atypischer oder melancholischer Symptome. Die Auswertung erfolgt durch Addition der Punktwerte, wobei von

Symptombereichen, bei denen mehrere Items erfragt werden (Schlafstörungen, Appetit- oder Gewichtsveränderungen, Psychomotorik), nur der jeweils höchste Punktwert in die Auswertung einfließt. Die Summenwerte umfassen den Bereich von 0-27. Untersuchungen zur Korrespondenz zwischen Kurz- und Langform weisen auf hohe Zusammenhänge hin. Rush et al. (2000) berichteten eine Korrelation des QIDS-CR mit dem IDS-CR von $r = 0.93$ sowie von QIDS-SR mit dem IDS-SR von $r = 0.94$.

IDS und QIDS wurden in den Fremd- und Selbstbeurteilungsversionen vor allem im englischsprachigen Raum eingesetzt. Es liegen Studien an unterschiedlichen Stichproben vor, die in der folgenden Übersicht in Tabelle 1 dargestellt werden.

Übersetzungen des IDS und QIDS in viele andere Sprachen wurden vorgenommen, die in klinischen Studien eingesetzt oder auf ihre psychometrischen Eigenschaften untersucht wurden. So setzten Brunoni et al. (2013) die portugiesische Version des IDS-SR bei Schwangeren in Brasilien als Screeninginstrument für pränatale Depression erfolgreich ein. Mit der türkischen Übersetzung des QIDS-SR wurden türkische Studenten untersucht und eine Vergleichsstichprobe US-amerikanischer Studenten herangezogen durch Mergen et al. (2011). Corruble, Legrand, Duret, et al. (1999) untersuchten die psychometrischen Eigenschaften des IDS-SR und des IDS-CR ausführlich an stationär behandelten Depressiven mit der französischen Übersetzung. Die koreanische Version des IDS-CR wurde an ambulanten und stationären Patienten (Kwak & Song, 2006) erprobt. Mit der japanischen Übersetzung wurde die Interraterreliabilität des kombinierten Interview für IDS-CR und HRSD-17 an stationär behandelten depressiven Patienten untersucht (Yamamoto et al., 2011).

Mehrere Arbeiten beziehen sich auf die chinesische Version. Ma et al. (2015) untersuchten die Nützlichkeit des QIDS-SR als Instrument zur Beobachtung depressiver Symptome bei stabilisierten schizophrenen Patienten. Die psychometrischen Eigenschaften des QIDS-SR und QIDS-CR wurden mit sehr guten Ergebnissen von Liu et al. (2013) untersucht. Die Arbeitsgruppe veröffentlichten zudem Vergleichswerte zwischen QIDS-SR und MADRS, dem bisher in China am häufigsten eingesetzten Instrument zu Messung von Depressivität (Liu et al., 2014). In zwei spanischen Arbeiten zeigten sowohl das IDS-SR (Gili et al., 2011) als auch das QIDS-SR (Trujols et al., 2014) an depressiven Patienten ähnlich gute Eigenschaften wie in anderen Versionen.

Tabelle 1 *Stichproben und Studien der englischsprachigen Version des IDS und QIDS*

Stichprobe	Autoren
Schüler und junge Erwachsene	Flury und Ickes (2007); González, D. A., Boals, Jenkins, Schuler und Taylor (2013); Gunstad und Suhr (2004); Roelofs et al. (2007); Rubin und Boals (2010); Taylor, Clay, Bramoweth, Sethi und Roane (2011)
Kinder und Jugendliche	Bernstein, Rush, Trivedi, et al. (2010); als elektronische Version (Interactive Voice Response IVR) Moore et al. (2007); Mundt et al. (2011)
Chinese Americans mit Major Depression	Yeung et al. (2012)
Patienten mit bipolarer Störung	Bernstein, Rush, et al. (2009)
Patienten mit Asthma	Brown et al. (2008)
Hausarztpatienten	Cameron et al. (2013); Lamoureux et al. (2010)
Ambulante Patienten mit affektiven Störungen (MDD und Bipolar)	Trivedi et al. (2004)
Ältere	Doraiswamy et al. (2010)
Kokainabhängige Inhaftierte	Suris, Kashner, Gillaspay, Biggs und Rush (2001)
Patienten mit Epilepsie	Osuji, Van, Agostini, Cullum und Lacritz (2007)
Englischsprechende Patienten verschiedenen ethnischen Hintergrunds in Hausarztpraxis in Singapur	Sung, Low, Fung und Chan (2013)

In den Niederlanden wurde das IDS-SR in zwei großen Studien mit Depressiven und Gesunden eingesetzt (Wardenaar et al., 2010) bzw. an Älteren vorrangig hinsichtlich seiner Faktorenstruktur (Hegeman et al., 2012) sowie seines Potenzials zur Verlaufsprädiktion von Angststörungen und depressiven Störungen untersucht (Wardenaar, Giltay, van Veen, Zitman & Penninx, 2012).

Im deutschen Sprachraum hielt das IDS Einzug in der Übersetzung von Hautzinger (1988) und fand sich bereits 1989 in einem Standardwerk zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der Depression (Hautzinger, Stark & Treiber, 1989). In späteren Auflagen, z. B. Hautzinger (2003), wird es als Verlaufsdiagnostikinstrument empfohlen. In klinischen Studien wurde es in den letzten Jahren immer häufiger als diagnostisches Instrument, Verlaufs- oder Outcomemaß eingesetzt (Ayen, 2002; Ayen & Hautzinger, 2004; Bailer, 1999; Drieling, 2006; Hautzinger & Kleine, 1995; Hautzinger & Welz, 2004, 2008; Henkel et al., 2004; Keller, Ferdinand & Hautzinger, 2007; Mahnkopf, 2001; Schramm et al., 2011; Zobel et al., 2010). Die psychometrischen Aspekte der deutschen Fassung wurden jedoch nur in einigen wenigen Studien gezielt untersucht (Drieling, Schärer & Langosch, 2007; Grässlin, 2004; Helmreich et al., 2012; Helmreich et al., 2011), wobei sich die Validierung stets auf Teilaspekte bezog. Die Anwendbarkeit des IDS-CR für Kliniker wurde von Wagner, Helmreich, Lieb und Tadić (2011) in einer Studie mit Fokus auf die Interraterreliabilität untersucht.

Zusammenfassend liegen für die englische Originalversion bereits recht umfangreiche Ergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften von IDS und QIDS als Fremd- und Selbstbeurteilungsversion vor. Auch die Eigenschaften einzelner Übersetzungen wurden bereits genauer untersucht (niederländisch, chinesisch, spanisch). Die deutschsprachigen Instrumente sind bisher in wenigen Studien eingesetzt worden, jedoch wurden die psychometrischen Eigenschaften nur selten untersucht bzw. dargestellt.

3.2 Psychometrische Eigenschaften: Vorliegende Befunde

Im folgenden Abschnitt werden bisher vorliegende Ergebnisse zu den psychometrischen Eigenschaften der englischsprachigen Versionen und einiger Übersetzungen in andere Sprachen des IDS-CR und QIDS sowie des IDS-SR und QIDS-SR vorgestellt.

3.2.1 Reliabilität

Interne Konsistenz. In einer der ersten Studien mit dem IDS-CR fanden Rush et al. (1986) eine hohe interne Konsistenz mit $\alpha = 0.88$. Auch in weiteren Studien, z. B.

Rush et al. (2000); Trivedi et al. (2004) oder Biggs et al. (2000), zeigte das IDS-CR eine hohe interne Konsistenz im Bereich zwischen $\alpha = 0.79$ (Corruble, Legrand, Duret, et al., 1999) und $\alpha = 0.94$ Rush et al. (1996).

Die interne Konsistenz des IDS-SR lag in verschiedenen Studien ebenfalls in einem hohen Bereich zwischen $\alpha = 0.77$ und $\alpha = 0.92$ (Bernstein, Rush, Trivedi, et al., 2010; Biggs et al., 2000; González, D. A. et al., 2013; Rush et al., 1996; Trivedi et al., 2004; Vittengl, Clark & Jarrett, 2004).

In einer Übersichtsarbeit zu den Eigenschaften der Kurzformen berichteten Reilly, MacGillivray, Reid und Cameron (2015) Ergebnisse zur internen Konsistenz aus 11 Studien zum QIDS-CR, in denen die Werte zwischen $\alpha = 0.65$ bei euthymen Patienten (Bernstein, Rush, Suppes, Kyotoku & Warden, 2010) und $\alpha = 0.87$ (Doraiswamy et al., 2010; Rush, Bernstein, et al., 2006) lagen.

Ähnliche Ergebnisse zur internen Konsistenz finden sich in weiteren Studien, in denen das QIDS-SR eingesetzt wurde. Hier lagen die Werte zwischen $\alpha = 0.69$ (Bernstein et al., 2008) und $\alpha = 0.89$ (Cameron et al., 2013).

Retestreliaibilität. Zur Retestreliaibilität liegen bisher fast keine Ergebnisse vor. Da davon ausgegangen wird, dass Depressivität ein veränderlicher Zustand ist und bei der Erhebung mit dem IDS bzw. QIDS auf das Symptomerleben in der letzten Woche fokussiert werden soll, ist eine sehr hohe Retestreliaibilität nicht zu erwarten. Zudem stammen die Daten aus klinischen Studien, in denen auf Veränderung zielende Interventionen angewendet werden. Für das QIDS-SR der chinesischen Version fanden Ma et al. (2015) an einer Stichprobe stabilisierter Schizophrener in China einen Wert von $r_{tt} = 0.77$.

Interraterreliaibilität. Zur Interraterreliaibilität liegen ebenfalls noch wenige Ergebnisse vor. Rush et al. (1996) berichteten einen Wert von $r = .96$, ebenso bei Gullion und Rush (1998). Yamamoto et al. (2011) untersuchten mit der japanischen Version des IDS-CR die Interraterreliaibilität an $N = 16$ Studienteilnehmern mit einem kombinierten Rating für HAMD-17 und IDS-CR. Die Intraklassenkorrelationskoeffizienten als Maß für die Interraterreliaibilität für die einzelnen Items lag zwischen $r = .87$ und $r = 1.00$.

Insgesamt zeigen die bisher vorliegenden Studien zu verschiedenen Aspekten der Reliaibilität der englischsprachigen Versionen des IDS und des QIDS gute Ergebnisse. Besonders die interne Konsistenz wurde bereits häufig untersucht und ist durchgehend

zufriedenstellend. Andere Aspekte der Reliabilität, die Retestreliabilität und die Interraterreliabilität wurden bisher sehr selten berichtet.

3.2.2 Validität

Konvergente Validität. In den vorliegenden Studien wurde zur Bestimmung der konvergenten Validität am häufigsten die Korrelation des IDS oder QIDS mit oft verwendeten Depressionsmaßen, der HRSD, dem BDI und der MADRS, vorgenommen. Alle Ergebnisse zeigen in eine ähnliche Richtung. Gute Übereinstimmung konnten beispielsweise bei Corruble, Legrand, Duret, et al. (1999) für IDS-CR und MADRS ($r = 0.81$) sowie für IDS-SR und die Depressionsskala der SCL-90R ($r = 0.95$) belegt werden. Rush et al. (1996) fanden beim Vergleich von IDS-SR mit HRSD eine Korrelation von $r = .88$ und beim Vergleich von IDS-CR und HRSD einen Wert von $r = .95$. Auch mit dem BDI korrelierten die Selbst- und die Fremdbeurteilungsversion des IDS hoch ($r = 0.93$ bzw. 0.86). Trivedi et al. (2004) zeigten eine hohe Übereinstimmung des IDS-CR mit dem Wert des SF-12 Mental Health Summary Score.

Für die Kurzformen liegen folgende Befunde vor: Korrelationen des QIDS-CR mit der MADRS sind hoch und werden mit $r = .86$ (Doraiswamy et al., 2010) und $r = .89$ (Bernstein, Rush, Stegman, et al., 2010) angegeben. Rush et al. (2000) fanden eine Korrelation des QIDS-CR mit der HRSD (17-Item-Version) von $r = .88$. Liu et al. (2013) berichteten für die chinesischen Version ebenso Hinweise auf eine gute konvergente Validität in Form von hohen Korrelationen der HRSD mit dem QIDS-CR ($r = 0.61$ Eingangsmessung und $r = .75$ Abschlussmessung) sowie mit dem QIDS-SR ($r = 0.54$ Eingangsmessung und $r = .72$ Abschlussmessung). Insgesamt liegen deutlich mehr Studien mit Betrachtung konvergenten Validität des QIDS-SR vor als zu allen anderen Versionen. Die Werte für Korrelationen mit der HRSD (17-Item-Version) variieren zwischen $r = .45$ (Studienbeginn) und $r = .85$ (Studienabschluss) (Brown et al., 2008). Ähnlich zeigte sich in der Studie von (Rush et al., 2005) eine hohe Korrelation des QIDS-SR mit der 24-Item-Version der HRSD ($r = 0.85$). Auch mit anderen Instrumenten korreliert das QIDS-SR hoch: $r = .86$ mit der Carroll Depression Rating Scale (Bernstein, Wendt, Nasr & Rush, 2009), mit der MADRS $r = .78$ (Bernstein, Rush, Stegman, et al., 2010) sowie mit dem BDI-II $r = .84$ (Doraiswamy et al., 2010) und $r = .75$ (Mergen et al., 2011).

Insgesamt finden sich somit in der Literatur viele Hinweise auf hohe konvergente Validität der verschiedenen Versionen des IDS mit den etablierten Depressionsmaßen, wobei die meisten Ergebnisse für das QIDS-SR vorliegen.

Diskriminante Validität. Wenige Befunde finden sich bisher zur Untersuchung der diskriminanten Validität. Hinweise auf eine gute Abgrenzung des QIDS-SR zur Subskala positiver Affekt des PANAS und zu Lebensqualität gab die Studie von González, D. A. et al. (2013). Niedrige Korrelationen des QIDS-SR zeigten sich auch zu einer Skala zur Akathisie und Parkinsonsymptomatik bei Lako et al. (2014).

Faktorielle Validität. Die Befunde zur Faktorenstruktur des IDS gestalten sich heterogen. Bei Rush et al. (1996) ergab sich für das IDS-CR eine dreifaktorielle Lösung bestehend aus einem ersten Faktor (kognitiv/Stimmung), einem Faktor „Angst“ und einem Faktor mit Items zu vegetativen Symptomen. Bech, Fava, Trivedi, Wisniewski und Rush (2011) untersuchten die Faktorenstruktur des IDS-CR mit den Daten der STAR*D-Studie und fanden an dieser Stichprobe einen bidirektionalen Faktor mit den Enden „depressive Symptome“ und „neurovegetative Symptome“.

Für das IDS-SR wurde in der ersten Publikation (Rush et al., 1986) eine vierfaktorielle Lösung für die 28-Item-Version gefunden, später eine dreifaktorielle Lösung (Generalfaktor, Faktor Angst und Faktor atypische Symptome/Schlaf) berichtet (Rush, Trivedi, et al., 2003), die ähnlich bei Corruble, Legrand, Duret, et al. (1999) für die französische Version gefunden wurde. In den Studien von Wardenaar et al. (2010) und Hegeman et al. (2012) in den Niederlanden wurde die Faktoren- und Subskalenstruktur des IDS-SR bei älteren Depressiven mit Major Depression (Major depressive disorder, MDD) untersucht. Die jeweils dreifaktorielle Lösung umfasste einen Faktor Stimmung, einen Faktor Motivation und einen Faktor körperliche Beschwerden mit jeweils hohen bis sehr hohen Werten der internen Konsistenz.

Den vorliegenden Studien zufolge zeigten IDS-CR und IDS-SR jeweils einen ähnlichen, stabilen varianzstarken Generalfaktor, der Items zu Stimmung und Gedanken umfasste sowie jeweils einen Faktor, der angstbezogene Items umfasste (Rush et al., 2000). Diese unterschiedliche Faktorenstruktur ist wie bei Trivedi et al. (2004) berichtet durch die verschiedenen Stichproben (euthyme, unipolar und bipolar Depressive,

remittierte, Schizophrene) und durch das unterschiedliche methodische Vorgehen bei der Faktorenanalyse (Faktorextraktion und Rotationsmethode) erklärbar. Eine mehrfaktorielle Struktur des IDS entspricht dem Störungsbild der Depression mit den Leitsymptomen Stimmungsveränderung und Antriebs- bzw. Interessenverlust und den weiteren, heterogenen Symptombereichen und Symptomen.

Einheitlich gestalten sich die Ergebnisse in Bezug auf die Faktorenstruktur bei QIDS-SR und QIDS-CR. Für die englische Version zeigten sich für QIDS-CR und QIDS-SR sowie die QIDS-IVR-Variante einfaktorielles Lösungen (Rush, Bernstein, et al., 2006), ebenso an einer britischen Stichprobe (Cameron et al., 2013). Auch für die chinesische Version zeigten sich je einfaktorielles Lösungen zu zwei Messzeitpunkten (Liu et al., 2013). Reilly et al. (2015) berichteten in ihrer Metaanalyse von insgesamt 15 Studien, in denen die Faktorenstruktur des QIDS-SR untersucht wurde und sieben Studien, in denen die Faktorenstruktur des QIDS-CR untersucht wurde. Bis auf Liu et al. (2014, chinesische Version) kamen alle zu einer einfaktorielles Lösung.

Übereinstimmung von IDS-CR und IDS-SR. Das IDS entstand mit dem Anliegen, anhand derselben Items ein korrespondierendes Instrument zur Selbst- und Fremdeinschätzung zu etablieren. Es wurden unterdessen mehrere Untersuchungen dazu vorgelegt, die gute Übereinstimmungen in den Ergebnissen der beiden Versionen bestätigten. Bei Rush und seiner Arbeitsgruppe (Rush et al., 1996) ergab die Untersuchung an 544 erwachsenen ambulanten Patienten mit MDD (bei $N = 106$ Vorliegen psychotischer Symptome und $N = 438$ ohne Vorliegen psychotischer Symptome) eine gute Übereinstimmung zwischen beiden Instrumenten ($r = 0.91$). Dies steht im Gegensatz zu mitunter geringer Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung, die mit anderen Depressivitätsmaßen gefunden wurde. Typischerweise basieren solche vergleichenden Betrachtungen auf dem Einsatz von BDI und HRSD als etablierten Instrumenten, deren Korrelation bspw. bei Domken, Scott und Kelly (1994) $r = .52$ betrug, so dass die Diskrepanz von Selbst- und Fremdeinschätzung ein häufig genannter Kritikpunkt an ihnen war (Bailey & Coppen, 1976; Rush, Carmody, et al., 2006; Sayer et al., 1993). In der Studie der Arbeitsgruppe von Rush lag der mittlere Wert des IDS-SR 2,2 Punkte höher ($M = 40.9$, $SD = 15.4$) als der mittlere IDS-CR-Wert ($M = 38.7$, $SD = 13.8$). Eine hohe Korrespondenz zwischen IDS-CR und IDS-SR wurde auch von Gullion und Rush (1998) gefunden. In dieser Studie weisen die

Ergebnisse darauf hin, dass der Wert im IDS-SR 1-2 Punkte höher liegt als in der Fremdbeurteilung mit dem IDS-CR (Tondo, Burrai, Scamonatti, Weissenburger & Rush, 1988). Zu den Gründen wurden die Möglichkeit eines Bias durch den Kliniker, Schwierigkeiten bei der Symptombeschreibung oder Symptomwahrnehmung bei den Patienten und der Einfluss von kognitiven und Persönlichkeitsvariablen, insbesondere eines geringen Selbstwertgefühls, aber auch Neurotizismus und dysfunktionaler Einstellungen diskutiert (Domken et al., 1994). Die ethnische Zugehörigkeit konnte laut Rush, Carmody, et al. (2006) als Einfluss auf das Ausmaß des Unterschieds von Selbst- und Fremdbeurteilung identifiziert werden, während Alter, Geschlecht, Alter bei Ersterkrankung, Krankheitsdauer, Bildungsstand, Einkommen oder das Vorliegen von Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit keinen Einfluss hatte. In dieser Studie lag der Median des IDS-SR zwei Punkte höher als im IDS-CR, in der afroamerikanischen Bevölkerung drei Punkte und bei der hispanischen Bevölkerung null Punkte höher. Corruble, Legrand, Zvenigorowski, Duret und Guelfi (1999) wiesen den Einfluss einzelner Symptome nach, nach dem Patienten mit hoher Somatisierung, Angst, phobischer Angst oder Psychotizismus dazu neigen, ihre Symptome zu überschätzen. Weiterhin fanden sie bei Patienten mit niedriger Kooperationsbereitschaft und Selbsttranszendenz eine Unterschätzung der Symptome. Ein niedriger Wert in diesen beiden Persönlichkeitseigenschaften wird mit Persönlichkeitsstörungen in Verbindung gebracht. Vor diesem Hintergrund vermuten sie einen Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften und der Selbsteinschätzung depressiver Symptome.

Beim Vergleich der Kurzfassungen ergab die Selbsteinschätzung mit dem QIDS-SR ebenso einen leicht höheren Gesamtmittelwert mit $M = 8.6$ ($SD = 6.3$) als bei der Fremdeinschätzung mit dem QIDS-CR ($M = 7.7$, $SD = 5.7$), wie Rush, Bernstein, et al. (2006) zeigen konnten. Die Skalen hatten eine gute Übereinstimmung mit einer Korrelation von $r = .89$. In der chinesischen Version des QIDS fanden Liu et al. (2013) keine signifikanten Unterschiede im Gesamtwert zwischen QIDS-CR und QIDS-SR zu Eingangs- und Abschlussmessung.

Alle vier Instrumente (IDS-SR, IDS-CR, QIDS-SR und QIDS-CR) zeigten hohe Übereinstimmung in der Klassifizierung der Patienten in diejenigen, die auf eine Intervention ansprechen (Responder) und Remittierte (Corruble, Legrand, Duret, et al., 1999; Corruble, Legrand, Zvenigorowski, et al., 1999; Domken et al., 1994; Rush et al., 1987; Tondo et al., 1988). Allerdings wurden in der Studie von Tondo et al. (1988) die

englische und die spanische Version der Instrumente eingesetzt, wobei für die spanische Version noch keine weiteren zuverlässigen Daten vorlagen.

Zusammenfassend weist die Studienlage auf eine hohe Übereinstimmung zwischen der Selbstbeurteilungsversion und der Fremdbeurteilungsversion des IDS und des QIDS hin, so dass das Instrument besonders geeignet erscheint, zwischen den verschiedenen Beurteilungsversionen zu wechseln.

Das IDS und QIDS als Screeninginstrument. Obwohl das QIDS als Instrument zur Veränderungsmessung entwickelt wurde, konnte es auch erfolgreich als Screeninginstrument in der ambulanten Grundversorgung eingesetzt werden. Die Verfügbarkeit von effizienten, verlässlichen Instrumenten ist besonders wichtig, da noch immer nur wenige Behandler besonders im ambulanten Setting von einem strukturierten Screening, einer psychometrischen Diagnostik und einer Verlaufskontrolle depressiver Symptome ausreichend Gebrauch machen (Zimmerman & McGlinchey, 2008). Lamoureux et al. (2010) untersuchten das Potential des QIDS-SR als Screeninginstrument für Depressivität an $n = 155$ Patienten einer Hausarztpraxis. Die Patienten wurden gleichzeitig mit dem Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders (SCID; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2002) untersucht. 80.7% der Patienten wurde korrekt als depressiv klassifiziert. Die area under the curve (AUC) betrug 0.82 ($p > .001$). Die interne Konsistenz des QIDS-SR betrug in dieser Studie $\alpha = 0.86$.

Patienten einer psychiatrischen Ambulanz wurden in der Studie von Bernstein, Wendt, et al. (2009) mit der D-Skala der SCL-90 (Derogatis, Rickels & Rock, 1976), der Carroll Depression Rating Scale (Carroll et al., 1981) als Depressivitätsmaßen und dem Mini-SCID (First, Gibbon, Williams & Spitzer, 1990) untersucht. Die Einschätzung anhand des QIDS-SR stimmte am deutlichsten mit den durch das Mini-SCID abgeleiteten Diagnosen überein. Es wurde erfolgreich in einem 2-Stufen-Depressivitätsscreening zur Gesundheitsvorsorge in Unternehmen (Wang, Simon, Avorn & et al., 2007) und die portugiesische Langform der Selbsteinschätzungsversion (IDS-SR) zum Screening von Schwangeren mit guten Ergebnissen eingesetzt (Brunoni et al., 2013).

3.2.3 Festlegung von Schwellenwerten und Veränderungssensitivität

Zur Einschätzung des Schweregrads einer Depression ist die Festlegung von Schwellenwerten notwendig. Eine Einteilung in 5 Kategorien, die der Schweregradeinteilung „keine“, „mild“, „mittelgradig“, „schwer“ und „sehr schwer“ (original: severity none, mild, moderate, severe, very severe) entsprechen, nahmen Trivedi et al. (2004) anhand der Daten bei Studienende des Texas Medication Algorithm Projects (TMAP; Rush, Crismon, et al., 2003) vor, indem die Werte der Studienteilnehmer in Quintile geteilt wurden. Deshalb liegen unterschiedliche Cut-off-Werte für IDS-CR und IDS-SR vor. Für die Einordnung des Symptomverlaufs als Remission, wie in einigen Studien verwendet (Nierenberg et al., 2010; Rush, Carmody, et al., 2006), wurde der Schwellenwert zur milden Depressivität genutzt. Das bedeutet für das IDS-CR einen Punktwert von ≤ 12 , für das IDS-SR einen Punktwert von ≤ 14 . Beim QIDS ergibt sich aus diesem Vorgehen bei der Selbsteinschätzung durch QIDS-SR und bei der Fremdeinschätzung durch QIDS-CR jeweils ein Punktwert von ≤ 5 als Kriterium für Remission der depressiven Symptomatik. Eine Übersicht über die Einteilung der Schweregrade von IDS und QIDS nach Trivedi et al. (2004) wird in Tabelle 2 gegeben.

Tabelle 2 Schweregradeinteilung nach Trivedi et al. (2004)

Schweregrad	IDS-C ₃₀	IDS-SR ₃₀	QIDS-C ₁₆	QIDS-SR ₁₆
0	0-11	0-13	0-5	0-5
1	12-23	14-25	6-10	6-10
2	24-36	26-38	11-15	11-15
3	37-46	39-48	16-20	16-20
4	47-84	49-84	21-27	21-27

Anmerkungen. Schwere der Depression: 0 = keine, 1 = mild, 2 = mittelgradig, 3 = schwer, 4 = sehr schwer.

In der Studie von Lamoureux et al. (2010) konnte zur Klassifizierung von Depressiven und Gesunden für das QIDS-SR die beste Balance zwischen Sensitivität (76.5%) und Spezifität (81.8%) bei einem Punktwert von 13 bzw. 14 gefunden werden. Zimmerman et al. (2012) setzten das QIDS-SR im Vergleich zur Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS, Zimmerman, Chelminski, McGlinchey & Posternak, 2008) ein, um die Fähigkeit der Instrumente zur Erkennung von Remission nach HRSD-Kriterien zu untersuchen. Der vorgeschlagenen Cut-off-Wert für Remission

von ≤ 5 für das QIDS wurde zugrunde gelegt. Die Sensitivität war höher für das QIDS-SR (95.5%) bei geringerer Spezifität (73.0%) als für die CUDOS. Für das QIDS-SR war der optimale Cut-off-Wert mit $\text{QIDS-SR} \leq 10$ höher als in der Originalliteratur und erhöhte die Sensitivität (72.1%) und Spezifität (82.6%).

Gao et al. (2013) nutzten das QIDS-SR zur Vorhersage der Anzahl komorbider Störungen bei 300 unipolar und bipolar Depressiven in der ambulanten Versorgung. Ein Wert von $\text{QIDS-SR} \geq 10$ war positiv assoziiert mit der Schwere der affektiven Störung und Suizidalität der Patienten mit einem prädiktiven Wert von $\geq 90\%$ für mehr als eine komorbide Störung.

Rush, Carmody, et al. (2006) verwendeten in ihrer Studie das Kriterium für Response, i. e. das Wirken der Behandlung auf die Zielsymptome, wie in klinischen Studien mit Depressiven üblich, a priori durch die Verringerung des Punktwertes um mindestens 50% zwischen dem Gesamtwert zur Baselinemessung und dem letzten Diagnostiktermin (siehe auch z. B. Rush, Trivedi, et al., 2003; Szegedi, Wetzel, Angersbach, Philipp & Benkert, 1997). Der Schwellenwert für Remission wurde aus den Ergebnissen vorausgegangener Studien (Rush, Trivedi, et al., 2003; Trivedi et al., 2004) übernommen und war beim $\text{IDS-CR} \leq 12$, beim $\text{IDS-SR} \leq 14$ und beim QIDS-CR und QIDS-SR jeweils ≤ 5 .

Das IDS wurde u. a. mit dem Ziel der Verbesserung der Messung von Veränderungssensitivität gegenüber bisher gebräuchlichen diagnostischen Instrumenten entwickelt. Zur Veränderungssensitivität liegen bisher einige wenige Studien mit – wie in diesem Bereich häufig zu beobachten (Stratford & Riddle, 2005) – methodisch unterschiedlichem Ansatz vor. An 59 depressiven Patienten während einer 10-wöchigen Akutbehandlung mit Fluoxetin wurde deutlich, dass die Steigungsgrade der Kurve der wöchentlichen Gesamtwerte für IDS-CR und IDS-SR steiler waren als bei der gleichzeitig erhobenen HRSD (Rush et al., 1996). Durch Schätzung der Steigung sowie des Achsenabschnittsparameters (slope and intercept) von IDS-CR und HRSD zeigte sich, dass die beiden Fremdbeurteilungsinstrumente stärker miteinander assoziiert waren als IDS-SR und HRSD. Die Regressions slopes waren kleiner für IDS-SR als für IDS-CR . Der Wert des IDS-CR änderte sich um 4 Punkte bei 3 Punkten Veränderung in der HRSD. Die Autoren bewerteten dies als Hinweis darauf, dass das IDS-CR am veränderungssensitivsten dieser 3 Instrumente sei.

Hinsichtlich der Veränderungssensitivität von IDS-SR und IDS-CR konnte in der Studie von Biggs et al. (2000) an 28 stationären und 34 ambulanten Patienten mit aktueller MDD gezeigt werden, dass beide Instrumente eine sinnvolle Alternative zur standardmäßig bei Symptomveränderungsmessung bei MDD eingesetzten Physician Global Rating Scale (PhGRS) darstellen könnte. Eine lineare Regression wurde genutzt um zu prüfen, inwieweit IDS-SR, PhGRES und PTGRS die Veränderung beim Wert im IDS-CR vorhersagen können, jeweils allein und auch kombiniert. Mittels *t*-Tests für 2 Stichproben wurden Responder und Non-responder (definiert als Personen, bei denen eine Verbesserung von 50% von Baseline zu Exit im IDS-CR zu beobachten war) verglichen in Bezug auf die Veränderung von Baseline zu Abschlussmessung in Bezug auf IDS-SR, PhGRS und PTGRS. Zur Prüfung, ob IDS-SR, PhGRS und PTGRS den Abschlussstatus in Bezug auf Response vorherzusagen vermögen, wurde eine logistische Regression genutzt. Sensitivität, Spezifität und Prozentsatz korrekter Ergebnisse wurden berechnet. 83% der Veränderung von Baseline zu Exit des IDS-CR konnte durch die drei verwendeten Instrumente erklärt werden. Anhand der Daten der Studie von Denicoff et al. (2000) mit 141 Patienten mit bipolarer Störung konnte eine ähnliche Veränderungssensitivität von IDS-CR und IDS-SR demonstriert werden (Rush et al., 2000).

In der Rückfallpräventionsstudie mit Nefazodon von Feiger et al. (1999) wurden von 131 depressiven Teilnehmern während der 36-wöchigen Dauer der Erhaltungstherapie wöchentlich Depressionswerte mit den Instrumenten IDS-SR und HRSD erhoben, wobei sich kontinuierlich ein nahezu konstantes Verhältnis der Summenwerte von IDS-SR und HRSD von 1,47 zeigte. Beide Skalen zeigten eine ähnlich gute Sensitivität gegenüber Veränderung bzw. Symptomreduktion (Rush et al., 2000). Die Autoren analysierten diese Daten weiter und konnten zeigen, dass bei der Abschlussmessung entsprechend dem zugrunde gelegten Kriterium der Verringerung von $\geq 50\%$ des Ausgangswertes mit der HRSD 22.5% der Teilnehmer als Responder klassifiziert wurden. Allerdings konnte bei der Gruppe der Responder mit dem IDS-CR eine dem entsprechende 50%-ige Punktwertreduktion nicht gezeigt werden, woraus die Autoren hinsichtlich der Residualsymptomatik eine geringere Sensitivität der HRSD als des IDS-CR ableiteten.

Für die chinesische Version wurde die Veränderungssensitivität des QIDS-SR und QIDS-CR untersucht (Liu et al., 2013). Die Autoren berechneten Effektstärken und

prozentuale Veränderungen der Gesamtwerte von Baseline zu Exit von QIDS-CR (0.76), QIDS-SR (0.74) und HRSD (0.78). Die prozentuale Veränderung von Baseline zu Exit war für die drei Instrumente sehr ähnlich: für QIDS-CR 55%, für QIDS-SR 54% und für die HRSD 57%.

3.2.4 Studien mit der deutschen Version des IDS

Auch in klinischen Studien im deutschsprachigen Raum wurden das IDS und das QIDS bereits mehrfach eingesetzt. Vereinzelt wurden psychometrische Kennwerte berichtet, jedoch erfolgte keine systematische Übersicht. Im folgenden Abschnitt sollen die bereits vorhandenen Studien deshalb kurz zusammenfassend dargestellt werden.

In der Studie von Henkel et al. (2004) wurden die Prävalenz und Charakteristika atypischer Depression an Patienten der medizinischen Grundversorgung (N = 403) mit IDS-CR, CIDI und HAMD-17 untersucht. Atypische Symptomkonstellationen konnten mit den Items IDS-CR Gewichts- oder Appetitzunahme, Hypersomnie, Ermüdbarkeit und Irritierbarkeit gut bestimmt werden. Ein Rating von 0 im Item Reaktivität der Stimmung war obligatorisch zur Einordnung der Symptomatik als atypisch. Diese Patienten waren durch insgesamt geringere IDS-CR-Werte gekennzeichnet. In dieser Studie wurde keine interne Konsistenz oder Faktorenprüfung des IDS-CR berichtet.

Ayen und Hautzinger (2004) bzw. Ayen (2002) nutzten das IDS-CR in einer Interventionsstudie zu Depressionen im Klimakterium bei N = 51 Frauen zwischen 43 und 60 Jahren. Kurz- und langfristige Wirkungen einer dreimonatigen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie wurden mit einer supportiven Therapiegruppe und einer Wartekontrollgruppe verglichen. Die Gruppeninterventionen fanden einmal pro Woche statt. Die Belastung durch depressive Symptome reduzierte sich in den Interventionsgruppen nach der Intervention gegenüber der Wartekontrollgruppe signifikant mit deutlichem Vorteil der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention gegenüber der unspezifischen Gruppentherapie. Psychometrische Eigenschaften des IDS-CR wurden nicht berichtet.

Bei Keller, Ferdinand und Hautzinger (2007) wurden unter Einsatz des IDS-SR methodische Möglichkeiten der Klassifikation von Depressivitätsverläufen ausgelotet. Hier wie auch in dem zugrundeliegenden Datensatz aus der Studie von Hautzinger et

al. (1996) (siehe auch Hautzinger und de Jong-Meyer (1996) finden sich keine Angaben zu psychometrischen Kennwerten.

Schramm et al. (2011) setzten in der multizentrischen Vergleichsstudie von CBASP und SYSP neben dem primäres Outcomemaß HAMD-24 auch das QIDS-CR und zur Verlaufsmessung das IDS-SR ein. Zobel et al. (2010) untersuchten unter Einsatz des IDS-SR die Theory of Mind chronisch depressiver Patienten ($n = 30$ mit $\text{IDS-SR} \geq 39$) und $n = 30$ gesunder Kontrollprobanden. Jedoch wurden hier keine psychometrischen Hinweise für das IDS-SR vorgelegt.

Mahnkopf (2001) untersuchte in ihrer Studie die Wirksamkeit von Psychoedukation stationär behandelter Depressiver und die Auswirkungen auf die Langzeitprognose. Zum Einsatz kam das IDS-CR_{28} bei $N = 292$ Patienten, davon $n = 164$ Patienten mit neurotischer oder unipolar endogener Depression. Die innere Konsistenz des IDS-CR_{28} betrug in dieser Studie bei $\alpha = 0.88$. Es ergaben sich signifikante Korrelationen mit der HRSD ($r = 0.67$) und mit dem BDI ($r = 0.78$) als Hinweise auf eine gute konvergente Validität.

Die methodisch umfangreichsten Betrachtungen zur deutschen Version des IDS-CR legten Helmreich et al. (2011) vor. In der Arbeit wurden die Untersuchungen der deutschen Version des IDS-CR im Vergleich zur HRSD ausführlich an der MinD-Stichprobe (Hegerl et al., 2010) gezeigt. Während einer 10-wöchigen randomisierten Studie zum Vergleich von kognitiver Verhaltenstherapie mit Sertralin und Placebobedingung wurden 340 Patienten zweiwöchentlich mit beiden Instrumenten interviewt. Die Veränderungssensitivität wurde anhand von drei Aspekten untersucht: (1) Veränderung der Werte der Messinstrumente von einem Untersuchungstermin zum Nächsten, (2) in Bezug auf die Klassifizierung des Schweregrads der Depression und (3) in Bezug auf DSM-IV-Kriterien der Depression. Die Autoren berechneten zur Überprüfung der Veränderungssensitivität zwischen den Untersuchungsterminen zunächst den Summenwert und die Standardabweichung für jede Skala und überprüften die Übereinstimmung der Gesamtwerte zwischen den Skalen mit Pearsons Korrelationen. Veränderungen im Summenwert wurden mit t -Tests für abhängige Stichproben getestet und die Effektstärke berechnet. Veränderungen zwischen den Patienten wurde mit einer Erweiterung der Effektstärke für Einzelfälle nach Vittengl, Clark, Kraft und Jarrett (2005) berücksichtigt, indem die standardisierte Differenz zwischen den abhängigen Mittelwerten berechnet wurde. Unterschiede zwischen den

Skalen wurden mit *t*-Tests der Effektstärken berechnet. Schließlich wurde die Richtung der Veränderung von Untersuchung zu Untersuchung (Verringerung, keine Veränderung, Erhöhung) berücksichtigt und die Daten in Fälle umstrukturiert, so dass 1.182 Datenpunkte vorhanden waren (Probanden x Untersuchungstermine) von allen Studienteilnehmern, bei denen die Daten von IDS-CR und HRSD vollständig waren. Der prozentuale Anteil der Veränderung in der Gesamtgruppe sowie Übereinstimmung der Veränderungen wurden mit Berechnung von Kappa und McNemar-Bowker's-Tests überprüft. Die Stärke der Übereinstimmung zwischen den Summenwerten von IDS-CR und HRSD war sehr gut für alle Messzeitpunkte (zwischen 0.86 Baseline und 0.96 in Woche 10). Die Autoren schlussfolgerten aus den Ergebnissen, dass mit Hilfe des IDS-CR die DSM-IV-Kriterien gründlicher erfasst, die Veränderung kognitiver Symptome der Depression besser abgebildet, Residualsymptome besser identifiziert werden konnten und das IDS-CR insgesamt besser geeignet war, kleine Veränderungen der Kernsymptome der Depression darzustellen.

Zusammenfassung. In diesem Kapitel wurden in einem Überblick die bisher vorliegenden Studienergebnisse zu Reliabilität, Validität und Veränderungssensitivität des IDS und des QIDS in ihren beiden Beurteilungsvariantendargestellt. Vor allem für die englischen Versionen der Instrumente liegen vielversprechenden Ergebnisse der psychometrischen Eigenschaften vor. Für die deutsche Version von IDS und QIDS fehlen noch umfassende Studien und eine systematisierende Darstellung der Ergebnisse.

4 Schlussfolgerung und Forschungsfragen

Die depressive Störung gilt als eine oft unterschätzte „Volkskrankheit“, bei der viele Betroffene keinen frühzeitigen Zugang zu einer angemessenen Behandlung finden (vgl. Kapitel 1 und 2). Eine wesentliche Herausforderung für Forschung und Praxis stellt die Diagnostik depressiver Störungen dar. Damit sie systematisch erfolgt und zu validen Befunden führt, werden angemessen praktikable und wissenschaftlich gut beforschte Instrumentarien benötigt, die der Forschung und Praxis breit zugänglich gemacht werden.

Wie aus dem vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, haben IDS und QIDS in der Selbst- und Fremdbeurteilungsversion in englischsprachigen Studien bisher gute

psychometrische Eigenschaften attestiert bekommen. In den vorliegenden Studien konnte eine hohe interne Konsistenz belegt werden; zur Retestreliabilität und Interraterreliabilität liegen bisher nur wenige, jedoch positive Ergebnisse vor. Konvergente und diskriminante Validität konnten gezeigt werden an Patienten mit unipolarer und bipolarer affektiver Störung. Dem Konstrukt der Depressivität mit seinen unterschiedlichen Symptombereichen entsprechend gestaltet sich die Faktorenstruktur abhängig von der Stichprobe und dem Instrument eher heterogen. Die Veränderungssensitivität des IDS-SR scheint ebenso hoch zu sein wie für das IDS-CR und die HRSD (Rush et al., 2000), wobei die Autoren darauf hinwiesen, dass ein Vorzug der IDS- und QIDS-Formen die bessere Differenzierung im unteren Wertebereich zur Erkennung von Residualsymptomen sein könnte, wofür sich auch bereits Belege fanden (Helmreich et al., 2011; Rush, Trivedi, et al., 2003). Wegen der guten psychometrischen Eigenschaften, wie sie in den bislang publizierten Studien gezeigt wurden, könnte das IDS-CR oder QIDS-CR auch als neues Standardinstrument für die Fremdbeurteilung eingesetzt werden (Rush et al., 2000). Rush und Kollegen konnten zudem zeigen, dass das IDS und auch das QIDS in beiden Varianten von verschiedenen Stichprobenmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Alter bei Krankheitsbeginn, Bildungsstand, Familiengröße, verfügbares Einkommen, Vorhandensein psychotischer Symptome, Vorhandensein medizinischer Krankheitsfaktoren, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit unabhängig reagiert (Rush, Carmody, et al., 2006). Einen leichten Einfluss scheint jedoch der kulturelle Hintergrund zu haben.

Das IDS wird seit rund zwei Jahrzehnten auch im deutschen Sprachraum verwendet, aber es fehlt bislang an einer systematischen, umfassenden und doch kompakten Darstellung dieses Instruments, das das Potenzial hat, als Standardinstrument in Forschung und Praxis eingesetzt zu werden. Diagnostiker, die das Instrument verwenden, müssen bislang mit kürzeren Handreichungen Vorlieb nehmen, die keine Aussagen zur Güte des Instruments machen. Erschwerend kommt hinzu, dass trotz einiger Belege für die psychometrische Qualität entscheidende Schritte der Prüfung der psychometrischen Qualität des Instruments im deutschen Sprachraum bislang ausblieben. So müssen beispielsweise die Empfehlungen in den englischsprachigen Originalpublikationen zu Cut-Off-Werten übernommen werden, da deren Eignung für die deutschsprachige Version bislang nicht empirisch geprüft wurde. Entsprechend sind eine umfassende Validierung der deutschsprachigen Version des IDS und die

systematische Darstellung der Befunde als Basis für eine weitergehende Verwendung der IDS-Instrumentenfamilie in Forschung und Praxis notwendig.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht entsprechend darin, diese systematische Validierung der deutschsprachigen Version des IDS vorzunehmen. Zu diesem Zwecke werden Daten von insgesamt zehn Stichproben herangezogen; vier dieser Datensätze wurden eigens zum Zwecke der Validierung neu erhoben, sechs andere Datensätze konnten für gezielte Reanalysen verwendet werden. Die Validierung umfasst die typischen Schritte der Prüfung von Objektivität, Reliabilität und Validität des Verfahrens. Da es sich um eine Übersetzung eines bestehenden Verfahrens handelt, das zudem in wissenschaftlichen Studien auch im deutschsprachigen Raum seit vielen Jahren verwendet wird, werden an geeigneter Stelle immer wieder auch entsprechend berichtete Befunde aufgenommen.

Dem Ziel einer umfassenden Validierung der deutschsprachigen Version des IDS ist es geschuldet, dass die vorliegende Arbeit – anders als das bei typischen wissenschaftlichen Zeitschriftenpublikationen im klinischen Bereich der Fall ist – eher breit angelegt ist und auf spezifische Einzelhypothesen verzichtet. Gleichwohl nimmt die Arbeit bei der Validierung einige Schwerpunktsetzungen vor und orientiert sich hierbei an spezifischen Charakteristika, die als Stärken des IDS (vgl. z. B. Rush et al., 2005; Rush, Trivedi, et al., 2003) benannt wurden.

So wird erstens die enge Orientierung des Verfahrens an gängigen Klassifikationssystemen geprüft, indem einerseits die inhaltliche Validität der vier Varianten des IDS dargestellt wird und andererseits eine Serie von Faktorenanalysen zur Prüfung der Struktur des Verfahrens durchgeführt wurde.

Zweitens gilt es als besondere Stärke des IDS, dass es als Fremd- und Selbsteinschätzungsvariante (IDS-CR und IDS-SR) vorliegt, die je nach diagnostischem Anlass sowie nach den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen ausgewählt werden können. Die Voraussetzung für einen entsprechend flexiblen Einsatz der Selbst- und Fremdeinschätzungsvariante ist jedoch nur gegeben, wenn die Anwendung der unterschiedlichen Varianten mit einer hohen Übereinstimmung im diagnostischen Urteil einhergeht. Fragen nach der Vergleichbarkeit werden u. a. mithilfe von Übereinstimmungskoeffizienten sowie durch Prüfung des Effekts von Personenvariablen auf die Ausprägung der Depressivität in den vier Varianten des IDS nachgegangen.

Drittens stehen Forschung und Praxis zusätzlich zu den Langformen des IDS jeweils auch Kurzformen der Fremdeinschätzung (QIDS-CR) sowie der Selbsteinschätzung (QIDS-SR) zur Verfügung. Diese Kurzformen sind primär als Screeninginstrumente zu betrachten, die eine besondere Attraktivität in solchen Situationen besitzen, in denen eine zeitsparende Erfassung des Vorliegens einer depressiven Symptomatik notwendig ist. Auch hier gilt es, eine Prüfung der Vergleichbarkeit untereinander sowie mit den entsprechenden Langformen vorzunehmen um prüfen zu können, inwieweit die Verwendung der Kurzformen möglicherweise mit negativen Effekten auf die Güte des diagnostischen Urteils einhergeht. Erneut werden zu diesem Zwecke Übereinstimmungskoeffizienten berichtet sowie eine Prüfung der inhaltlichen und faktoriellen Struktur des Instruments vorgenommen.

Viertens erlauben die für das englischsprachige Original des IDS vorgelegten Grenzwerte die Abschätzung des Schweregrads einer depressiven Störung, was für Forschung und Praxis eine potenziell wichtige Stärke des Instruments darstellt. Für den deutschsprachigen Raum fehlt es bislang an entsprechenden Prüfungen. Im Rahmen der Prüfung der Sensitivität und Spezifität des Verfahrens sollen entsprechend auch empirische Belege für die vorgeschlagenen Grenzwerte betrachtet werden.

Fünftens betonen die Entwickler des IDS, dass das Verfahren auch in der Verlaufsmessung von depressiven Störungen eingesetzt werden kann, da es eine hohe Änderungssensitivität aufweise (Rush et al., 2005). Entsprechend sollen in der vorliegenden Arbeit auch Belege für eine Änderungssensitivität des Verfahrens in klinischen Settings geprüft werden.

5 Methode

5.1 Stichproben

Für die umfassende Untersuchung der deutschsprachigen Version des IDS wurden die Daten aus insgesamt sechs bereits vorliegenden Studien, in denen die Instrumente eingesetzt wurden, reanalysiert und vier ergänzende Studien mit neuen Stichproben durchgeführt, die es ermöglichen, die Validierung in wichtigen Bereichen zu komplettieren. Die psychometrischen Eigenschaften des Instruments sollen anhand

dieser insgesamt zehn Stichproben, die im Folgenden beschrieben werden, untersucht werden. Dabei werden, so in den jeweiligen Studien vorhanden, auch weitere Instrumente (z. B. andere Instrumente zur Erfassung von Depression) genannt, die zur Validierung herangezogen werden können; eine ausführlichere Beschreibung dieser Instrumente erfolgt in Kapitel 5.2.

Patienten mit Minor Depression (MinD). An der Studie zum Vergleich der Effektivität von Pharmakotherapie mit Sertralin und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie (Hegerl et al., 2010) nahmen $N = 368$ Patienten (Durchschnittsalter von $M = 46.45$, $SD = 14.63$) teil, davon $n = 251$ Frauen. Die Einschlusskriterien der Studie umfassten ein Mindestalter von 18 Jahren, die Diagnose einer Minor Depression, Dysthymie oder Major Depression in leichter oder mittelgradiger Ausprägung und das Vorliegen eines HRSD-Gesamtwertes (17-Item-Version) zwischen ≥ 8 und ≤ 22 Punkten. Als Ausschlusskriterium wurden psychotherapeutische oder antidepressive pharmakologische Behandlung, akute Suizidalität, kurze Episoden wiederkehrender Depression, bipolare Störung, eine Substanzabhängigkeit von Alkohol, Benzodiazepinen oder illegalen Drogen, Schizophrenie, schizotypische Persönlichkeitsstörung oder wahnhafte Störung, Zwangsstörung und schwere somatische Erkrankungen festgelegt. Die Patienten wurden während des 10-wöchigen Studienzeitraums fünf Studienbedingungen randomisiert zugeteilt: 1) Behandlung mit Sertralin, 2) Placebo, 3) manualisierte kognitive Verhaltenstherapie mit einem Einzeltherapietermin und 9 Gruppentherapieterminen, 4) angeleitete Selbsthilfegruppe oder 5) Behandlung mit Sertralin oder kognitiver Verhaltenstherapie in der Gruppe je nach Wahl der zugewiesenen Patienten. Die Studienteilnehmer wurden zu Studienbeginn und nachfolgend im 2-wöchentlichen Rhythmus untersucht (6 Messzeitpunkte: Studienbeginn und Woche 2, 4, 6, 8, 10). In der MinD-Studie wurde das IDS-CR eingesetzt. Zur Prüfung der konvergenten Validierung konnten zudem die HRSD (17-Item-Version), das BDI und die CGI herangezogen werden.

Diabetiker mit Minor Depression (MIND-DIA). In der multizentrischen Studie zur Wirksamkeit psychotherapeutisch-psychoedukativer Interventionen auf die depressive Symptomatik und die Qualität der Stoffwechseleinstellung bei Diabetespatienten (MIND-DIA, Petrak et al., 2015; Petrak et al., 2010) wurden $N = 249$ Ältere (65 bis 85 Jahre; $M = 72.10$, $SD = 4.97$; davon $n = 131$ Frauen) untersucht, die an Diabetes mellitus Typ 2 und einer Minor Depression oder einer milden Major Depression erkrankt waren,

d. h. drei bis sechs depressive Symptome aufwiesen. Die Studienteilnehmer wurden auf eine von drei Interventionsgruppen randomisiert zugeteilt: eine Diabetes-spezifische kognitive Verhaltenstherapie für Ältere, eine Gesprächs- und Aktivitätsgruppe oder eine intensivierete ärztliche Standardbehandlung. In der Studie kamen das QIDS-CR und die HRSD zur Anwendung; Erhebungszeitpunkte der depressiven Symptomatik mit QIDS-CR und HRSD waren zu Studienbeginn und nach 3, 9 und 12 Monaten.

Remittierte depressive Patienten. In dieser multizentrischen Studie (Stangier et al., 2013; Stangier, Risch, Heidenreich & Hautzinger, 2014) wurden zwei Behandlungsansätze, nämlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Erhaltungstherapie und manualisierte Psychoedukation zusätzlich zur psychiatrischen Regelversorgung, bei $N = 245$ Patienten im Alter von $M = 49.3$, $SD = 11.67$, davon $n = 175$ Frauen, mit remittierter Depression untersucht. Die Studienteilnehmer mussten als Einschlusskriterium drei oder mehr vorangegangene depressive Episoden erlebt haben und seit mindestens zwei Monaten remittiert sein. Die Behandlung umfasste im Laufe von acht Monaten 16 Sitzungen der jeweiligen Intervention. In dieser Studie wurde das QIDS-CR zur Fremdbeurteilung und das BDI zur Selbsteinschätzung eingesetzt.

Ältere Depressive (DiA). In der Studie zum Vergleich von kognitiver Verhaltenstherapie und unterstützender Therapie bei Depression im Alter (vgl. Hautzinger & Welz, 2004, 2008) wurden $N = 109$ Teilnehmer untersucht. Das Alter der Studienteilnehmer umfasste einen Range von 65-86 Jahren ($M = 71.1$, $SD = 5.05$). Der Anteil der Teilnehmerinnen betrug zwei Drittel (66.7%, $n = 73$). Daten wurden zu sechs Messzeitpunkten erhoben. Studienteilnehmer mussten älter als 65 Jahre sein und an einer klinisch relevanten Depression leiden. Als Fremdbeurteilungsmaß wurde das IDS-CR genutzt. Weiterhin kamen die ADS und die GDS zur Selbstbeurteilung zum Einsatz.

Chronisch depressive Patienten (CBASP vs. SYSP). In dieser multizentrischen Psychotherapiestudie (Schramm et al., 2011) zum Vergleich des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP, McCullough, 2003) mit supportiver Therapie (SYSP) wurden $N = 268$ Studienteilnehmer (Alter: $M = 44.8$, $SD = 11.81$; $n = 165$ Frauen) mit chronischer Depression ambulant einzeltherapeutisch behandelt. Die Studie umfasste 20 Wochen akute Behandlung mit 24 Einzeltherapiesitzungen. Danach folgten weitere 28 Wochen fortgeführte Behandlung mit acht Einzeltherapiesitzungen. In dieser Studie wurden QIDS-CR, die 24-Item-Version der HRSD und das IDS-SR eingesetzt. Die

Messzeitpunkte umfassten das Screening, die Baseline, T1 in Woche 12 nach Einschluss, T2 Woche 20 und die Abschlussmessung T3 in Woche 48.

Chronisch depressive Patienten im Vergleich von Psychoanalyse und kognitiver Verhaltenstherapie (LAC). In dieser Studie zum Vergleich psychoanalytischer mit kognitiver verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie bei chronisch depressiven Patienten im ambulanten Setting (LAC; Beutel et al., 2012; Leuzinger-Bohleber et al., 2010) wurden $N = 417$ Patienten im Alter zwischen 21 und 60 Jahren (Alter: $M = 40.3$, $SD = 10.46$; $n = 272$ Frauen) entsprechend ihrer Wahl oder durch Randomisierung auf die beiden Interventionen verteilt. Als Einschlusskriterium wurde eine länger als zwölf Monate bestehende Major Depression oder eine Dysthymie verwendet. Die Studienteilnehmer erhielten im ersten Jahr der Studie bis zu 80 Sitzungen PAT und bis zu 60 Sitzungen KVT. Die Therapeuten sollten entsprechend ihrer klinischen Expertise über die Länge der Weiterführung der Psychotherapien entscheiden. Studienteilnehmer verblieben für mindestens 3 Jahre in der Studie. Zum Einsatz kamen QIDS-CR und QIDS-SR sowie das BDI. Messzeitpunkte waren zu Therapiebeginn (t1), am Ende des 3. (t2) und 6. (t3) Behandlungsmonats und am Ende des ersten Behandlungsjahres (t4). Weitere Messzeitpunkte lagen jeweils im 6-monatigen Abstand (t5-t8).

Alkoholabhängige Patienten. Die Stichprobe alkoholabhängiger Patienten wurde im Rahmen der vorliegenden Studie in einer Fachklinik für Alkoholabhängigkeitserkrankungen erhoben und besteht aus $N = 45$ Patienten, die sich zu einer stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung in der Klinik befanden ($n = 9$ Frauen; Altersrange zwischen 29 und 65 Jahre, $M = 47.2$ Jahre, $SD = 7.7$). Weitere Angaben zur Stichproben finden sich bei Heinrich (2012). Alle innerhalb eines 6-Wochen-Zeitraums in die Klinik aufgenommenen Patienten wurden in die Erhebung einbezogen. Bei allen Patienten lag entsprechend der Zuweisung zu einer Entwöhnungsbehandlung als Hauptdiagnose eine von Vorbehandlern wie Suchtberatungsstellen, stationären oder ambulanten Entgiftungseinrichtungen, psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten und zu Beginn der stationären Behandlung ärztlich-therapeutisch überprüften Abhängigkeit von Alkohol vor (ICD 10 – F10.2). Es wurden bis zu zwei Nebendiagnosen gestellt, wobei 53.3% der Patienten zusätzlich unter einer Abhängigkeit von Tabak (ICD-10 F17.2) und 11.1% der Patienten unter einer leichten depressiven Episode litten. Bezieht man auch die rezidivierenden affektiven Störungen unterschiedlichen Schweregrads und die depressive Störung, nicht

näher benannt, ein, litten nach Therapeutenurteil insgesamt 20% ($n = 9$) der alkoholabhängigen Patienten zusätzlich an einer affektiven Störung. Im Rahmen der Studie konnten das IDS-CR und IDS-SR sowie das BDI und SCL-90 eingesetzt werden. Die Erhebungszeitpunkte mit dem IDS-CR waren zu Beginn der Behandlung (T1) und nach 12 Wochen (T3). IDS-SR und BDI wurden zu Behandlungsbeginn (T1), nach 6 Wochen (T2) und am Behandlungsende nach 12 Wochen (T3) eingesetzt, SCL-90 zu T1 und T3.

Psychosomatikpatienten. Die Stichprobe dieser Patienten wurde ebenfalls im Rahmen der vorliegenden Arbeit in einer Fachklinik für psychosomatische Rehabilitation erhoben (vgl. Heinrich, 2012) und umfasst $N = 30$ Patienten, die sich zu einer psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik befanden ($n = 16$ weiblich; Altersrange: 23 bis 65 Jahre, $M = 44.8$ Jahre, $SD = 12.5$). Wie in der psychosomatischen Rehabilitation üblich, zeigen die Hauptdiagnosen ein heterogenes Bild. Die häufigste Diagnosegruppe bestand in affektiven Störungen (auch Anpassungsstörung, verlängerte depressive Reaktion und Neurasthenie) mit 46.7% ($n = 14$). Zusätzlich wurden affektive Störungen als erste oder zweite Nebendiagnose bei 26.6% ($n = 8$) mit anderer Hauptdiagnose vergeben. Insgesamt stellen die Patienten mit affektiven Störungen in der Stichprobe der Psychosomatikpatienten die häufigste Diagnosegruppe mit 73.3% dar. In dieser Studie wurde das IDS-CR und IDS-SR sowie das BDI und SCL-90 eingesetzt. Die Erhebungszeitpunkte mit dem IDS-CR, IDS-SR, BDI und SCL-90 waren jeweils zu Beginn der Behandlung (T1) und nach 6 Wochen (T2).

Patienten einer Hausarztpraxis. In einer weiteren ergänzenden Studie wurden Daten von $N = 80$ Patienten einer Hausarztpraxis, davon $n = 46$ weiblich, erhoben (vgl. Ilg, 2012). Die Probanden waren eher höheren Alters ($M = 56.9$ Jahre, $SD = 20.6$) mit einem Range von 17-93 Jahren. Die Rate der angesprochenen und spontan zur Teilnahme bereiten Patienten belief sich auf 89%. In Hinblick auf ähnliche Studien (z. B. bei Lamoureux et al., 2010, 85%) kann die Teilnahmerate als gut eingestuft werden. Alle Patienten wurden mit dem IDS-CR interviewt und beantworteten das IDS-SR und BDI. Das Interview mit dem IDS-CR wurde bei einer zufälligen Teilstichprobe von $n = 36$ mit dem Einverständnis der Teilnehmer auf Video aufgezeichnet (Männer $n = 15$, Frauen $n = 21$). Zum Untersuchungszeitpunkt befanden sich $n = 3$ gleichzeitig in psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung, $n = 2$ in psychotherapeutischer und $n = 4$ Teilnehmer in psychiatrischer Behandlung.

Gesunde. Die Stichprobe gesunder Probanden, deren Daten ebenfalls im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhoben wurden, umfasste $N = 138$ Teilnehmer (Alter: $M = 33.8$, $SD = 12.99$), davon $n = 98$ weiblich. Die Studienteilnehmer wurden über die Homepage des Arbeitsbereichs Klinische Psychologie rekrutiert. Allen Studieninteressenten wurden auf der Homepage klinische Screeningfragen gestellt. Aus der Menge der Interessenten wurden diejenigen ausgewählt, die als psychisch gesund eingeordnet wurden und kontaktiert. Während der Untersuchung wurde alle Teilnehmer mit SKID I und SKID II (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) interviewt; auf Basis dieses Interviews konnte das Vorliegen einer klinisch relevanten psychischen Störung ausgeschlossen wurde. Die Teilnehmer wurden zum Untersuchungszeitpunkt mit dem IDS-CR interviewt und dabei auf Video aufgezeichnet. Sie beantworteten außerdem IDS-SR und BDI als Selbstbeurteilungsinstrumente.

5.2 Instrumente

Neben dem in Kapitel 3 ausführlich beschriebenen Inventar depressiver Symptome als Fremdbeurteilungsinstrument (IDS-CR) und dessen Kurzform (QIDS-CR) sowie den jeweiligen Selbstbeurteilungsinstrumenten IDS-SR und QIDS-SR wurden in den beschriebenen Studien eine Reihe weiterer Instrumente eingesetzt, die im Rahmen der Validierung zum Einsatz kamen. Diese Instrumente werden im Folgenden beschrieben.

Die Hamilton Depressionsskala (HRSD; Hamilton, 1960; Hamilton, 1967) ist ein Standardinstrument zur Messung der Schwere von Depressionen. Bei der im Original aus 17 Items bestehenden Skala werden einige Items durch Beobachtung, andere durch direktes Fragen und die folgende Antwort eingeschätzt. Sie gilt als das am häufigsten genutzte Fremdbeurteilungsinstrument für die Einschätzung depressiver Symptomatik (Williams, J. B. W., 2001). Für eine ausführliche Beschreibung vgl. Kapitel 2.2.1.

Das Beck Depressions Inventar (BDI bzw. BDI-II; Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994; Hautzinger et al., 2009) zur Erfassung des Vorhandenseins und des Schweregrads einer Depression ist der am häufigsten in verschiedenen Anwendungsbereichen eingesetzte Depressionsfragebogen (Dozois et al., 1998) und gilt BDI-II als weitestgehend objektives, reliables und sehr valides Verfahren zur Erfassung

depressiver Symptome (Herzberg et al., 2008). Für eine ausführliche Beschreibung vgl. Kapitel 2.2.2

Geriatrische Depressionsskala. Die Geriatrische Depressionsskala (GDS, Gauggel & Birkner, 1999; Yesavage et al., 1982) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das in seiner Originalversion 30 Items umfasst. Die Skala wird zur frühzeitigen Erkennung einer möglichen Depression alternder Patienten eingesetzt. Die Antworten auf die 30 Fragen werden als Ja oder Nein angekreuzt. Die Fragen beziehen sich auf kognitive (z. B. „Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?“), emotionale (z. B. „Fühlen Sie sich oft hilflos?“) sowie verhaltensbezogene (z. B. „Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?“) Aspekte. Alle mit „Ja“ beantworteten werden mit einem Punkt bewerte, aus dem sich ein Summenwert ergibt. Die GDS zeigt gute psychometrische Eigenschaften und gilt als bewährtes Instrument zur Diagnostik von Depressivität im Alter (Gauggel & Birkner, 1999).

Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die ADS ist ein aus 20 Items bestehender Selbstbeurteilungsfragebogen, der sowohl in der epidemiologischen Forschung als auch im klinischen Forschungs- und Anwendungsbereich eingesetzt werden kann. Sie liegt in einer neu überarbeiteten Version seit 2012 vor (Hautzinger et al., 2012). Für eine nähere Beschreibung siehe Kapitel 2.2.2.

Clinical Global Impression. Die aus vier Items bestehende Fremdbeurteilungsskala für den Klinischen Gesamteindruck (CGI; Health, 1976; Müller, 2004; Scaram, 1996) gibt die Einschätzung durch die Diagnostiker oder Behandler hinsichtlich der Schwere der Krankheit (Item 1), der Zustandsveränderung der Symptomatik des Patienten bzw. des Probanden im Vergleich zu Baselineerhebung (Item 2), der therapeutischen Wirksamkeit (Item 3a) und des Ausmaßes der unerwünschten Nebenwirkungen (Item 3b) an. Die vier Items werden auf jeweils einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Die Auswertung erfolgt auf Itemebene; die Berechnung eines Gesamtwerts entfällt.

Die *D-Skala der Symptom-Checkliste-90-R* (SCL-90-R, Franke, 2002) erfasst mit 13 Items depressive Symptome, die auf einer 5-stufigen Skala (0 – überhaupt nicht, 4 – sehr stark) für die vergangenen sieben Tage erfasst werden.

5.3 Methodisches Vorgehen und statistische Analysen

Die Prüfung der psychometrischen Qualität der Instrumente erfolgte grundsätzlich auf Basis der Klassischen Testtheorie (KTT), um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit mit den Analysen zum englischsprachigen Originalinstrument, die sich ebenfalls fast durchgängig auf die KTT stützten, gewährleisten zu können. Die berichteten Analysen zur Prüfung der psychometrischen Qualität wurden in Anlehnung an die Kriterien des Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen (Testkuratorium, 2007, 2018) ausgewählt. Die jeweilige Auswahl der statistischen Analysen wird im Ergebnisteil jeweils nochmals detaillierter begründet und beschrieben.

Alle Daten wurden elektronisch erfasst und ausgewertet. Die Angaben aus dem IDS-SR und QIDS-SR wurden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie geschulten Hilfskräften mithilfe entsprechender Programme eingegeben. Die Fremdratings (IDS-CR sowie QIDS-CR) erfolgten auf einem Ratingbogen, der anschließend ebenfalls durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie geschulte Hilfskräfte in ein Datenerfassungssystem übertragen wurde. Es schloss sich eine stichprobenhafte Kontrolle und ggf. Korrektur der Daten durch die jeweiligen Leitungen der insgesamt 10 Teilstudien an.

6 Ergebnisse

6.1 Skalenwerte und Werteverteilungen

Die Skalenwerte und Werteverteilungen für sämtliche Stichproben und alle Messzeitpunkte sind den Tabellen Tabelle A - 1 bis Tabelle A - 4 des Anhangs zu entnehmen. Wie bei der Entwicklung und Prüfung von klinischen Tests üblich, handelt es sich bei den hier eingehenden Stichproben in der Mehrzahl um klinische Stichproben, so dass die Werte in den meisten Stichproben erwartungsgemäß relativ hoch liegen. So fanden sich für das IDS-CR bei den in dieser Studie herangezogenen klinischen Stichproben zum jeweils ersten Messzeitpunkt Mittelwerte zwischen $M = 17.59$ ($SD = 13.25$) für die Stichprobe der Alkoholabhängigen und $M = 26.74$ ($SD = 8.10$) für die Stichprobe der Studienteilnehmer mit Minor Depression. Wie in Kapitel 3.2.3 dargestellt, wurden für die Individualdiagnostik mit dem englischsprachigen Originalinstrument von Trivedi et al. (2004) folgende Grenzwerte vorgeschlagen: Milde Ausprägung = 12-23 Punkte; mittelgradige Ausprägung = 24-36 Punkte; schwere Ausprägung = 37-46; sehr schwere Ausprägung = 47-84 Punkte. Zieht man diese

Grenzwerte für die Individualdiagnostik zur Charakterisierung der Stichproben heran, liegt der Mittelwert in den in der vorliegenden Arbeit herangezogenen klinischen Stichproben über dem Grenzwert für eine milde Ausprägung depressiver Symptome. In der Stichprobe der Gesunden fiel der Mittelwert mit $M = 5.04$ ($SD = 4.95$) erwartungsgemäß niedriger aus und liegt im unauffälligen Bereich.

Für das IDS-SR fanden sich ähnliche Werte für die klinischen Stichproben mit Mittelwerten zwischen $M = 19.73$ ($SD = 13.69$) in der Stichprobe Alkoholabhängiger und $M = 38.90$ ($SD = 9.52$) in der Studie chronisch Depressiver (CBASP-Studie), was auch beim IDS-SR einer milden bis mittelgradigen Ausprägung der Symptomatik (Trivedi et al., 2004) entspricht (milde Ausprägung = 14-25 Punkte; mittelgradige Ausprägung = 26-38 Punkte; schwere Ausprägung = 39-48; sehr schwere Ausprägung = 49-84 Punkte).

Beim QIDS-CR und QIDS-SR, bei denen die Itemanzahl mit 16 Items gegenüber 30 Items beim IDS deutlich geringer ist, zeigten sich beim jeweils ersten Messzeitpunkt erwartungsgemäß niedrigere Mittelwerte als bei den Langformen. Für die klinischen Stichproben lagen sie beim QIDS-CR zwischen $M = 7.27$ ($SD = 5.20$) bei den Alkoholabhängigen und $M = 14.67$ ($SD = 3.67$) bei den Chronisch Depressiven der CBASP-Studie. Dies entspricht ebenso einer milden (6-10 Punkte, (Trivedi et al., 2004) bzw. mittelgradigen Symptomausprägung (11-15 Punkte nach (Trivedi et al., 2004). Die Stichprobe der Gesunden zeigte einen QIDS-CR-Mittelwert mit $M = 2.21$ ($SD = 2.25$), der nach der Einteilung in Schweregrade einen unauffälligen Wert kennzeichnet. In der Selbsteinschätzung durch das QIDS-SR lagen die Mittelwerte für die Stichproben in ähnlichen Bereichen: Die Mittelwerte der klinischen Stichproben lagen zwischen $M = 8.22$ ($SD = 5.01$) bei den Alkoholabhängigen und $M = 14.68$ ($SD = 3.78$) bei den chronisch Depressiven der CBASP-Studie. In der Stichprobe der Gesunden fand sich wiederum erwartungsgemäß ein niedriger Mittelwert von $M = 3.18$ ($SD = 2.68$), der im Falle der Individualdiagnostik als unauffällig einzustufen wäre.

6.2 Objektivität

6.2.1 Durchführungsobjektivität

Testbedingungen. Es gelten die generellen Bedingungen zur Durchführung von diagnostischen Maßnahmen wie die Schaffung einer ruhigen Umgebung und der Minimierung von Ablenkung. Der Diagnostiker sollte sich vorstellen und das Vorgehen

erläutern sowie Nachfragen des Patienten beantworten. Während des Interviews bzw. während des Ausfüllens des Fragebogens sollten keine Bewertungen oder Umdeutungen vorgenommen werden und auf die freie Entscheidung in Bezug auf die Antworten verwiesen werden.

Bearbeitungszeit. In der Originalliteratur sind keine konkreten Erfahrungswerte hinsichtlich der Bearbeitungszeit von IDS oder QIDS berichtet. Während eigener Erhebungen wurde deutlich, dass die zur Durchführung des Interviews und zur Bearbeitung des Fragebogens benötigte Zeit je nach Version (16 Items bei QIDS-CR und QIDS-SR, 30 Items bei IDS-CR und IDS-SR) und mit der Symptombelastung der Patienten variiert, wie es bei der Diagnostik mit Depressiven auch von anderen Arbeitsgruppen für die Diagnostik mit Depressiven berichtet wird (Keller, F., Grieb, Kölch & Spröber, 2012). Weniger belastete Patienten haben in aller Regel weniger Mühe, die am besten zutreffende Antwortkategorie eines Items im Interview und im Fragebogen zu identifizieren. Vor allem nach wiederholtem Beantworten der Fragebogenformen waren nach eigener Beobachtung bei der Datenerhebung Lerneffekte i. S. einer schnelleren Orientierung innerhalb der Antwortkategorien bei den Patienten zu beobachten, so dass sich die Bearbeitungszeit verkürzte. Einen weiteren Einfluss hat das Ausmaß an Übung der Anwender beim Interview. Bei der Datenerhebung an den verschiedenen Stichproben zeigte sich eine zügigere Bearbeitungszeit durch das häufigere Durchführen des Interviews und das Ausmaß an klinischer Einschätzungsfähigkeit und Erfahrung der Diagnostiker.

In den eigenen Untersuchungssituationen ergab die Auswertung von 54 videoaufgezeichneten IDS-CR-Interviews an den Teilnehmern der Hausarztstichprobe eine durchschnittliche Interviewzeit von rund zehn Minuten ($M = 9:47$ min). Die minimale Bearbeitungszeit lag in dieser Stichprobe bei knapp sechs Minuten, die maximale Bearbeitungszeit bei etwas mehr als 20 Minuten.

Die eigene Auswertung von 136 videoaufgezeichneten Interviews mit der Kontrollstichprobe der Gesunden mit dem IDS-CR ergab, dass für die Langform eine vier- bis maximal 14-minütige Bearbeitungszeit benötigt wurde. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug rund fünf Minuten. Die Studienteilnehmer benötigten für die Bearbeitung des Selbstbeurteilungsbogens IDS-SR zwischen fünf und neun Minuten.

Für die Kurzformen QIDS-SR und QIDS-SR berichteten Studiendiagnostiker eine Bearbeitungszeit von acht bis 15 Minuten bei Chronisch Depressiven und bipolaren Patienten (K. Krisch und E. Beck, persönliche Mitteilung, 03.02.2017).

Vorgabe der Items und Durchführung. Das IDS-CR und seine Kurzform QIDS-CR sind Fremdbeurteilungsinstrumente, für die ein in unserer Arbeitsgruppe entwickelter Interviewleitfaden vorliegt. Dieser Interviewleitfaden enthält Formulierungen, die die Interviewer wörtlich übernehmen sollen (z. B. „Ich würde Ihnen gern ein paar Fragen zu Ihrem Befinden während der letzten Woche stellen/während der letzten 7 Tage stellen.“). Zudem existiert ein ebenfalls selbst entwickelter Antwortbogen, auf dem die zutreffende bzw. eingeschätzte Antwort durch die Interviewer direkt während der Durchführung angekreuzt wird.

Zu jedem Symptombereich finden sich Formulierungen im Sinne von Leitfragen, deren Beantwortung durch die Patienten schrittweise in einem diagnostischen Prozess zu einer Identifikation der am besten zutreffenden Antwortkategorie führen sollen. Die Antwortkategorien 0 (Symptom liegt nicht vor) bis 3 (Symptom liegt in starker Ausprägung vor) sind klar definiert, die Symptomausprägungen operationalisiert. Die Zielsymptome und zeitlichen Kriterien sind zur leichteren Handhabbarkeit fett gedruckt, wie das folgende Beispiel in Abbildung 1 für das Item 5 „Stimmung“ zeigt.

<p>5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit) Wie würden Sie Ihre Stimmung in der letzten Woche beschreiben? Fühlten Sie sich niedergeschlagen oder bedrückt? Traurig? Wie oft in der letzten Woche haben Sie sich so gefühlt? Jeden Tag? Mehr oder weniger als die Hälfte der Zeit? Die gesamte Woche?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 War nicht traurig oder niedergeschlagen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Fühlte sich weniger als die Hälfte der Woche traurig und niedergeschlagen</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Fühlte sich mehr als die Hälfte der Woche traurig und niedergeschlagen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Fühlte sich praktisch die gesamte Woche über sehr traurig und niedergeschlagen</p>
--

Abbildung 1 *Beispielitem aus dem Strukturierten Interview für das Inventar depressiver Symptome (IDS-CR)*

Auf den Selbstbeurteilungsfragebögen IDS-SR (Langform) und QIDS-SR (Kurzform) wird am Anfang der Fragebögen die folgende Instruktion gegeben: „Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den letzten 7 Tagen am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.“

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei Beachtung der typischen Standards bei der Testdurchführung, bei entsprechender Compliance der Patienten sowie einer ausreichenden Qualifikation der Diagnostiker von einer hohen Durchführungsobjektivität ausgegangen werden kann. Als eine mögliche und für klinische Interviews gut bekannte Herausforderung ist die Übereinstimmung zwischen den Durchführenden, d. h. den Beurteilern bzw. Diagnostikern, zu nennen, auf die später eingegangen wird (siehe Abschnitt 6.3.3: Interraterreliabilität).

6.2.2 Auswertungsobjektivität

Die Berechnung des Gesamtwerts der Langform IDS-CR ergibt sich aus der Summe der Einzelantworten und kann von 0 bis zu einem Höchstwert von 84 reichen. Zu beachten ist, dass bei Fragen 11 und 12 (Appetitreduktion oder Appetitsteigerung) und Fragen 13 und 14 (Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme) nur jeweils ein Item bewertet werden soll und entsprechend nur jeweils ein Wert eingehen darf. Im Interview sollte die Möglichkeit eines nicht beantworteten Items nahezu ausgeschlossen sein, wenn sich die Interviewenden an den Leitfaden halten. Hier kann es lediglich zu Auslassungen durch Flüchtighkeitsfehler kommen. Trifft die Antwort auf eine Frage trotz des mehrfachen Versuchs der Symptomeingrenzung keine Antwortkategorie, soll das Item mit 0 („Symptom liegt nicht vor“) bewertet werden. Auch die Abwesenheit eines Symptoms ist also in jedem Fall mit 0 zu beurteilen.

Beim QIDS-CR liegt eine Anleitung zur Auswertung vor. Hier ist abweichend von der Langform bei der Auswertung zu beachten, dass von den 16 erfragten Items insgesamt neun Symptomkategorien in Anlehnung an die DSM-Kriterien bewertet werden. In den Bereichen Schlaf (Items 1 bis 4), Veränderungen des Appetits oder des Gewichts (Items 6 bis 9) und psychomotorische Veränderungen (Items 15 und 16) wird jeweils nur der höchste Wert in den Gesamtwert einbezogen. Der Gesamtwert kann also von 0 bis 27 reichen. Die Einhaltung der Instruktion gewährleistet hier eine hohe Auswertungsobjektivität.

Für die Selbstbeurteilungsform IDS-SR und QIDS-SR gilt das gleiche Vorgehen bei der Auswertung. Der Gesamtwert resultiert wieder aus der Addition der Werte für die einzelnen Fragen bzw. Fragenblöcke. Beim IDS-SR wird nur jeweils ein Wert aus den Fragen zu Veränderungen des Appetits (Items 11/12) und Veränderungen des Gewichts (Items 13/14) einbezogen, nämlich der höchste. Dies ergibt sich inhaltlich aus den

gegensätzlichen Möglichkeiten von Appetitreduktion *oder* Appetitsteigerung bzw. Gewichtsabnahme *oder* Gewichtssteigerung. Wenn die Instruktion befolgt wurde, sollte von den Fragen 11 und 12 nur eine Möglichkeit (Appetitverlust oder Appetitsteigerung) beantwortet worden sein. Ebenso verhält es sich bei Fragen 13 und 14. Bei Befolgen der Instruktion sollte es sich entweder um einen Gewichtsverlust oder eine Gewichtssteigerung handeln.

Beim QIDS-SR wird wiederum nur der höchste Punktwert der Symptombereiche Schlaf (Item 1 bis 4), Veränderungen des Appetits oder des Gewichts (Items 6 bis 9) und psychomotorische Veränderungen (Items 15 und 16) hinzugezogen. Fehlende Werte sollen durch den Hinweis auf das vollständige Ausfüllen vermieden werden. Die Diagnostiker werden angewiesen, bei Entgegennahme der Fragebögen direkt die Vollständigkeit der Antworten zu überprüfen und, soweit möglich, um Vervollständigung zu bitten. Können einzelne Fragen nicht beantwortet werden, ist das Item mit 0 zu bewerten.

Der Gesamtwert ergibt sich aus der einfachen Addition der Punktwerte aus den einzelnen Items bzw. Itemblöcken beim QIDS-CR und QIDS-SR, die der Interviewer oder Diagnostiker vornimmt. Die zu vergebende Punktzahl entspricht der Nummerierung der Antwortkategorien pro Item, d. h. je Frage können 0, 1, 2 oder 3 Punkte vergeben werden.

Zusammenfassend liegen für die Fremdbeurteilung per Interview mit dem IDS-CR und dem QIDS-CR und für die Selbstbeurteilungsform IDS-SR und QIDS-SR klare Instruktionen für die Durchführung und Auswertung und für den Umgang mit fehlenden Werten vor, so dass von wenigen Fehlerquellen auszugehen ist.

6.2.3 Interpretationsobjektivität

Bei der Interpretation der Ergebnisse folgen die deutschen Varianten des IDS der Einteilung in Schweregrade, die für das englischsprachige Original (Trivedi et al., 2004) ermittelt wurden. Die Interpretationsobjektivität ist kann also als gegeben angesehen werden, weil jedem Punktwert einer jeden Instrumentvariante direkt eine Bewertung der Ausprägung der Depressivität entspricht.

6.3 Reliabilität

Die Reliabilität eines Verfahrens ist definiert als die Verlässlichkeit der Messung. Sie ist hoch (perfekt), wenn – vereinfacht gesprochen – bei einer nochmaligen Messung unter gleichen Umständen ein ähnliches (identisches) Ergebnis resultieren würde. Die Reliabilität eines Verfahrens kann nicht direkt beobachtet werden, sondern muss über geeignete Maße erschlossen werden. Als Reliabilitätsmaße werden in den englischsprachigen Publikationen zu den IDS-Varianten in aller Regel die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) und die Retestreliaibilität angegeben. Für die Verwendung dieser Maße spricht, dass es sich um die am häufigsten verwendeten Maße für Reliabilität handelt und die interne Konsistenz und Retestreliaibilität die Standardmaße im Bereich von Instrumenten zur Erfassung von Depression sind (Dozois et al., 1998; Segal, Coolidge, Cahill & O'Riley, 2008). Beide Maße haben jedoch aus theoretischen Gründen in Hinblick auf die Bewertung des IDS auch gewisse Grenzen.

So ist die interne Konsistenz ein Maß dafür, wie eng einzelne Fragen (bzw. die Beantwortung dieser Fragen) miteinander zusammenhängen. Die interne Konsistenz ist um so höher, je enger der erfasste Merkmalsbereich ist und je ähnlicher die Fragen in inhaltlicher und sprachlicher Sicht ausfallen. Depressivität wird nun aber durch sehr unterschiedliche Symptome und Symptombereiche beschrieben, die für die Diagnosestellung nicht alle vorliegen müssen. So beschreibt das DSM-5 insgesamt neun Symptome (depressive Verstimmung, Minderung von Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, Appetitminderung oder –steigerung oder deutlicher Gewichtsverlust bzw. –zunahme, Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuldgefühle, verminderte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit oder Entscheidungsfähigkeit, wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizidvorstellungen, -planungen oder –versuch), von denen mindestens fünf während eines Zweiwochenzeitraums vorgelegen haben und unter denen auch die Symptome depressive Stimmung oder Minderung von Interesse oder Freude sein müssen. In der ICD-10 werden die drei Kern- oder Leitsymptome depressive Stimmung, Interessen- und Freudlosigkeit und Antriebsstörung benannt, von denen für eine leichte und mittelgradige Episode zwei, für eine schwere Episode alle drei vorliegen müssen. Als weitere Symptome werden Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen, Selbstwertminderung, Schuldgefühle oder Gefühle der Wertlosigkeit, negative

Zukunftsperspektiven, Selbstverletzungen oder Suizidgedanken, Schlafstörungen und verminderter Appetit genannt, die vorliegen können. Die weiteren möglichen Symptome umfassen eine mangelnde emotionale Reaktionsfähigkeit auf freudige Ereignisse, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Gewichtsveränderung und Libidoverlust. Werden mit Instrumenten wie dem IDS nicht nur die Hauptsymptome erfasst, dann ist davon auszugehen, dass die interne Konsistenz eher eine konservative Schätzung der Reliabilität des Verfahrens darstellt. Gleichwohl wird die interne Konsistenz in bisher vorliegenden Studien (Bernstein, Rush, Trivedi, et al., 2010; Cameron et al., 2013; Trivedi et al., 2004; Vittengl et al., 2004) zu den psychometrischen Eigenschaften des IDS und des QIDS berichtet und soll entsprechend auch hier berichtet werden. Die interne Konsistenz wird für alle zehn Stichproben, die die Datengrundlage für die vorliegende Arbeit bilden, berichtet.

Auf den ersten Blick mag in Bezug auf IDS und QIDS die Retestreliabilität als ein geeigneteres Maß für die Abschätzung der Reliabilität erscheinen. Die Retestreliabilität wird erfasst über die Stabilität der Rangfolgen von Werten einer Gruppe bei einer wiederholten Messung. Allerdings ist hervorzuheben, dass die Retestreliabilität nur bei Annahme einer recht hohen Stabilität eines Konstrukts aussagekräftig ist. Bei Depression handelt es sich um ein Merkmal, bei dem – wenn sie nicht behandelt wird – durchaus von einer substanziellen Stabilität auszugehen ist (vgl. Spijker et al., 2002). Allerdings handelt es sich bei den Varianten des IDS um Instrumente, die bisher v. a. in Psychotherapiestudien eingesetzt wurden und werden und hierbei gerade auch zur Messung von Veränderung der Depressionssymptomatik dienen. Somit würde bei Interventionsstudien – unter der Annahme, dass die Therapieeffekte zwischen den Patienten zumindest teilweise differenziell ausfallen – die Retestreliabilität eine konservative Schätzung der Reliabilität darstellen. Zur Berechnung eignen sich in diesem Sinne am ehesten Daten aus Studien, in denen in relativ kurzem Abstand zur Baselineerhebung eine weitere Messung vorgenommen wurde; in der vorliegenden Arbeit ist dies bei den Studien mit chronisch Depressiven (LAC und CBASP) der Fall.

Sowohl in Hinblick auf die interne Konsistenz als auch in Bezug auf die Retestreliabilität ist zudem darauf hinzuweisen, dass bei der Mehrzahl der in dieser Arbeit verwendeten Stichproben eine vergleichsweise geringe Streuung anzunehmen ist, da das Sampling das Merkmal Depression berücksichtigte. Eine geringe Streuung

geht in der Regel mit tendenziell niedrigeren Werten bei der internen Konsistenz sowie der Retestrelabilität einher.

Im Folgenden werden zunächst die Befunde für die interne Konsistenz (Kapitel 6.3.1), anschließend die Ergebnisse für die Retestrelabilität (Kapitel 6.3.2) berichtet. Abschließend wird auf die Interraterreliabilität (Beurteilerübereinstimmung) bei den Fremdeinschätzungsformen (IDS-CR, QIDS-CR) eingegangen (Kapitel 6.3.3), die bisweilen auch als ein Maß der Objektivität konzeptualisiert wird.

6.3.1 Interne Konsistenz und Trennschärfekoeffizienten

Die Werte für die interne Konsistenz der vier Varianten des IDS werden in Tabelle 3 berichtet.

IDS-CR und IDS-SR

Die Werte der internen Konsistenz lagen beim IDS-CR in allen Stichproben und zu allen Zeitpunkten zwischen Cronbach's Alpha von .74 und .90. In den Stichproben der Studien mit mehreren Messzeitpunkten wird eine Steigerung der internen Konsistenz zwischen Baseline und Abschlussmessung deutlich (Minor Depression, Ältere Depressive). Beim IDS-SR lagen die Werte der internen Konsistenz im Bereich zwischen .78 und .93.

Die Trennschärfe der Items variierte beim IDS-CR zwischen .02 (Item 1 Einschlafschwierigkeiten) und .53 (Item 5 Stimmung – Traurigkeit/Niedergeschlagenheit) in der Stichprobe der älteren Depressiven (Tabelle A - 6). In der Stichprobe der Alkoholabhängigen zeigten die Items eine Trennschärfe zwischen .03 (Item 4 Hypersomnie) und .77 (Item 7 Stimmung – Angst/Anspannung), siehe Tabelle A - 7. In der Stichprobe der Patienten mit Minor Depression lagen die Trennschärfen für die einzelnen Items des IDS-CR zwischen .00 (Item 4 Hypersomnie) und .50 (Item 5 Stimmung), siehe Tabelle A - 5. Bei den Psychosomatikpatienten lagen die Trennschärfekoeffizienten zwischen .11 (Item 13 Gewichtsveränderung) und .62 (Items 18 Suizidvorstellungen und 19 Interesse/Beteiligung am Leben), vgl. Tabelle A - 8. Auch in der Stichprobe der Patienten einer Hausarztpraxis lagen die Werte für die Trennschärfe zwischen .03 (Item 11 Gewichtsveränderung) und .58 (Item 25 Somatische Klagen), Tabelle A - 9. Bei den Gesunden rangierten die Trennschärfekoeffizienten

zwischen -.06 (Item 18 Suizidvorstellungen) und .74 (Item 19 Interesse/Beteiligung am Leben) (Tabelle A - 10).

Beim IDS-SR variierten die Trennschärfekoeffizienten in der Stichprobe der Chronisch Depressiven (CBASP) zwischen -0.04 (Item 4 Hypersomnie) und 0.53 (Item 17 Interesse/Beteiligung am Leben und Item 26 Verdauungsbeschwerden), siehe Tabelle A - 11. In der Stichprobe der Alkoholabhängigen lagen die Trennschärfen zwischen .03 beim Item 4 (Hypersomnie) und Item 13 Konzentration/Entscheidungsvermögen (siehe Tabelle A - 12), bei den Psychosomatikpatienten (Tabelle A - 13) zwischen -.30 (Item 4 Hypersomnie) und .62 für die Items 15 (Sicht der Zukunft) und 17 (Interesse/Beteiligung am Leben). Bei den Patienten der Hausarztpraxis ergab die Berechnung der Trennschärfen (siehe Tabelle A - 14) Werte zwischen -.14 (Item 11 Gewichtsveränderung) und .86 bei Item 26 (Verdauungsbeschwerden), bei der Stichprobe der Gesunden, wie aus Tabelle A - 15 ersichtlich wird, Werte zwischen .10 (Item 4 Hypersomnie) und .70 bei Item 28 (körperliche Schwere).

QIDS-CR und QIDS-SR

Zur Berechnung der internen Konsistenz des QIDS wurden in Anlehnung an das Vorgehen bei Bernstein, Rush, et al. (2009) die Mittelwerte der Symptomdomänen genutzt. Die 16 vorgegebenen Items des QIDS werden auf 9 Symptomdomänen reduziert, indem in den Bereichen Schlaf, psychomotorische Veränderungen, Veränderungen des Appetits oder des Gewichts jeweils nur der höchste Wert in den Gesamtwert einbezogen wird.

Die interne Konsistenz lag beim QIDS-CR für die Stichproben der Patienten mit Minor Depression, für die remittierten Depressiven, die Chronisch Depressiven in den CBASP- und LAC-Studien, für die Alkoholabhängigen und Psychosomatikpatienten, die Patienten einer Hausarztpraxis und die Gesunden zu den verschiedenen Messzeitpunkten bei einem Cronbach's Alpha zwischen $.56 \leq \alpha \leq .86$ (Tabelle 3). Eine Ausnahme bildet die Stichprobe der Diabetiker mit Minor Depression ($\alpha = .26$). Die Trennschärfekoeffizienten lagen in der Stichprobe der Chronisch Depressiven der CBASP-Studie zwischen .59 (Item 2 Stimmung – Traurigkeit/Niedergeschlagenheit) und .70 (Item 3 Appetit- oder Gewichtsveränderung), siehe Tabelle A - 20. Die Trennschärfen für die Items in den weiteren Stichproben lagen zwischen .19 und .47 (MinD), -0.09 und 0.23 (MIND-DIA), .27 und .67 (Remittierte Depressive), .15 und .51

(DiA), .13 und .31 (Chronisch Depressive LAC), .01 und .83 (Alkoholabhängige), .03 und .74 (Psychosomatikpatienten), .07 und .58 (Patienten einer Hausarztpraxis) und zwischen -.06 und .76 in der Stichprobe der Gesunden (siehe Tabellen Tabelle A - 16 bis Tabelle A - 25).

Die aus dem IDS-SR berechneten QIDS-SR-Werte zeigten Trennschärfekoeffizienten der Items zwischen .18 (Item 3 Appetit und Gewicht) und .51 (Stimmung) in der Stichprobe der Chronisch Depressiven (CBASP), siehe Tabelle A - 26. Auch für die Items der Chronisch Depressiven der LAC-Stichprobe lagen die Trennschärfekoeffizienten im guten Bereich zwischen .36 und .65. Bei den Alkoholabhängigen und Psychosomatikpatienten, bei denen die QIDS-SR-Werte ebenfalls aus der Langform IDS-SR berechnet wurden, lagen die Trennschärfekoeffizienten zwischen .50 und .81 (Alkoholabhängige), in der Stichprobe der Psychosomatikpatienten zwischen .31 und .77. Für die Stichprobe der Patienten einer Hausarztpraxis ergaben sich, ebenfalls aus der Langform generierte, QIDS-SR-Werte zwischen -.04 und .72, für die Gesunden zwischen .10 und .66 (siehe Tabellen Tabelle A - 26 bis Tabelle A - 31).

Tabelle 3 Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) aller Stichproben

Ergebnisse

Stichprobe	IDS-CR	IDS-SR	QIDS-CR	QIDS-SR
<i>Minor Depression</i>				
T1 (V2, Baseline)	.76		.66	
T3 (V4, 2 Wochen)	.81		.74	
T5 (V5, 4 Wochen)	.84		.79	
T7 (V6, 6 Wochen)	.87		.80	
T9 (V7, 8 Wochen)	.87		.82	
T11 (V8, 10 Wochen)	.90		.85	
<i>Diabetiker mit Minor Depression</i>			.26	
<i>Remittierte Depressive</i>			.81	
<i>Ältere Depressive</i>				
T1	.74		.62	
T2	.81		.73	
T3	.81		.69	
T6	.82		.71	
T9	.84		.73	
T12	.85		.76	
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>				
Baseline		.81	.66	.66
T1		.91	.76	.81
T2		.93	.81	.85
T3		.93	.85	.85

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 3 *Interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) aller Stichproben*

Diagnostik von Depressivität: Validierung des IDS

Stichprobe	IDS-CR	IDS-SR	QIDS-CR	QIDS-SR
<i>Chronisch Depressive (LAC)</i>				
T0			.56	
T1.1			.70	.81
T1.2				.83
T1.3				.78
T1.4				.86
T1.5				.83
T1.6				.86
T2			.83	
T3			.77	
T4			.82	
<i>Alkoholabhängige</i>				
T1	.90	.93	.85	.88
T2		.92		.85
T3	.89	.93	.86	.85
<i>Psychosomatik</i>				
T1	.85	.88	.79	.78
T2	.82	.92	.84	.88
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>				
	.85	.86	.66	.75
Zweitbeurteilung	.88		.68	
Drittbeurteilung	.87		.65	
<i>Gesunde</i>				
	.86	.78	.76	.75
Zweitbeurteilung	.91		.85	

Anmerkungen. Die Zweitbeurteilung der Stichprobe der Gesunden (N = 138) entstand durch nochmalige Bewertung der Videoaufzeichnungen des Interviews zur Schätzung der Interraterreliabilität und bezieht sich auf eine Teilstichprobe von $n = 55$. Das angegebene Cronbach's Alpha von $\alpha = .82$ des QIDS-CR in der LAC-Stichprobe zum Messzeitpunkt T4 wurde durch einen Studiendiagnostiker erhoben. Zum gleichen Messzeitpunkt wurde auch ein QIDS-CR vom Therapeuten durchgeführt. Der Wert betrug $\alpha = .79$.

Bewertung

Über alle Stichproben hinweg fällt auf, dass Item 5 – Stimmung (Traurigkeit) – häufig den höchsten Trennschärfekoeffizienten zeigt, d. h. aufgrund der Beantwortung des Stimmungsitems ist das Gesamtergebnis gut vorhersagbar. Dies entspricht der Wichtigkeit der Beurteilung der Stimmung im Sinne der Diagnosestellung nach ICD-10, nach dem die Stimmungsbeeinträchtigung zu den drei Hauptkriterien gehört sowie inhaltlich der Konzeption von Depression als affektiver Störung. In den Langformen ist es gelegentlich das Item 4 (Hypersomnie), das negative oder sehr niedrige Trennschärfekoeffizienten aufweist und insofern als Item aus itemanalytischer Sicht verzichtbar erscheint. Im klinischen Kontext ist jedoch das genaue Erfragen des Schlafes als eines der am häufigsten beklagten Symptome wichtig und sollte daher aus inhaltlichen Gründen Teil des Instruments bleiben.

Insgesamt kann anhand der vorliegenden Daten gezeigt werden, dass die Werte für die interne Konsistenz insbesondere beim QIDS-CR ausnahmslos unter denen für das IDS-CR liegen, was das QIDS-CR als besonders geeignet als Screeninginstrument erscheinen lässt.

6.3.2 Retestrelabilität

Für die Ermittlung der Retestrelabilität werden denselben Personen bei zwei Messungen jeweils die gleichen Items vorgelegt und diese Messwertreihen anschließend korreliert. Die Retestrelabilität entspricht also der Korrelation zwischen zwei Messwertreihen. Allerdings setzt diese Art der Reliabilitätsberechnung voraus, dass das zu messende Merkmal über die Zeit stabil ist. Bei wiederholten Messungen im Rahmen von Interventionsstudien und der Beobachtung von Therapieverläufen, wie es bei den in dieser Arbeit vorliegenden Stichproben größtenteils der Fall ist, liegen zwischen den Messzeitpunkten psychotherapeutische Interventionen, so dass diese Daten nur bedingt geeignet sind zur Schätzung der Retestrelabilität. Eine Ermittlung der Retestrelabilität anhand von Daten aus einem Screening sowie Baseline bzw. Entry weisen diese Beeinträchtigung dagegen nicht auf, so dass in der vorliegenden Arbeit für die Beurteilung der Retestrelabilität die Erhebungen aus der CBASP-Studie und der LAC-Studie herangezogen werden, bei denen entsprechende Daten erfasst wurden. Allerdings muss hierbei berücksichtigt werden, dass der Studieneinschluss in beiden Studien das Vorliegen von Depressivität voraussetzte. Entsprechend ist bei beiden

Studien die Spannweite der Depressivitätswerte durch das Studiendesign eingeschränkt. Eine Varianzhomogenität geht wiederum in aller Regel mit niedrigeren Retestrelisabilitäten einher. Dies muss bei der Interpretation der resultierenden Koeffizienten beachtet werden.

Aus der LAC-Studie erscheint die Nutzung der Erhebung des QIDS-CR durch den Studiendiagnostiker bei Studieneinschluss (T0) und den Therapeuten in der ersten Behandlungswoche (T1) als gut geeignet zur Schätzung zur Retestrelisabilität, da zwischen den beiden Zeitpunkten nur wenige Tage bis wenige Wochen lagen und somit die Wahrscheinlichkeit für zwischenzeitliche Veränderungen in der Depressivität relativ niedrig ausfallen dürfte. Zudem handelt es sich eher um eine konservative Abschätzung der Retestrelisabilität, da das Rating von zwei unterschiedlichen Ratern vorgenommen wurde. Die Korrelation der QIDS-CR-Werte zwischen T0 und T1 betrug hier $r = .87$ ($p < .01$). Zum vierten Messzeitpunkt (und damit rund ein Jahr nach dem Start der Therapie) wurde erneut innerhalb weniger Tage eine Einschätzung der Depressivität mithilfe des QIDS-CR durch Diagnostiker und Therapeuten vorgenommen. Hier ergab sich eine Korrelation von $r = .74$ ($p < .01$). Angesichts dessen, dass sich die Studienteilnehmer zum Zeitpunkt T4 in Therapie befanden (was die Retestrelisabilität tendenziell absenken sollte), kann auch dieser Wert als Hinweis auf eine befriedigend hohe Retestrelisabilität gewertet werden.

In der CBASP-Studie wurde das QIDS-CR im Screening und zur Baseline jeweils von den Studiendiagnostikern erhoben. Die Korrelation des QIDS-CR-Wertes in der CBASP-Studie betrug immerhin $r = .59$ ($p < .01$). Daten zur Retestrelisabilität für die Selbstbeurteilung mit dem IDS-SR können ebenfalls aus der CBASP-Studie berücksichtigt werden. Zwischen Entry und erster Messung lagen 12 Wochen. Die Korrelation des IDS-SR-Wertes betrug $r = .52$ ($p < .01$). Bei dem aus der Langform generierten QIDS-SR-Wert lag die Korrelation bei $r = .45$ ($p < .01$). Die Retestrelisabilität des QIDS-CR sowie des IDS-SR und QIDS-SR kann entsprechend auch hier als zumindest befriedigend eingeschätzt werden.

6.3.3 Interraterrelisabilität

Die Interraterrelisabilität ist ein Maß, das die Übereinstimmung von Beurteilungen durch unterschiedliche Beurteiler beschreibt. Grundsätzlich ist eine Überprüfung der Interraterrelisabilität auf unterschiedliche Weise möglich. So ist u. a. denkbar, dass

mehrere unterschiedliche Diagnostiker das IDS-CR bzw. QIDS-CR nacheinander mit denselben Untersuchungsteilnehmern durchführen. Alternativ kann das Interview (z. B. mithilfe einer Videoaufnahme) aufgezeichnet werden und anschließend von mehreren Diagnostikern ausgewertet werden. Die beiden genannten Möglichkeiten haben spezifische Vor- und Nachteile. Eine wiederholte Befragung der Untersuchungsteilnehmer durch unterschiedliche Diagnostiker würde für die Befragten eine hohe zeitliche Beanspruchung bedeuten. Zudem ist zu vermuten, dass sich „Übungseffekte“ bei einer wiederholten Durchführung des Interviews zeigen würden. Diese Übungseffekte könnten sich sowohl in einer veränderten Selbstwahrnehmung als auch in einer veränderten Präsentation gegenüber dem Interviewer ausdrücken. Werden dagegen Videoaufnahmen für eine Zweit- bzw. Drittbeurteilung verwendet, so ist zu beachten, dass die Art der Durchführung des Interviews (z. B. entsprechende Nachfragen) den Zweit- bzw. Drittbeurteilern direkt oder indirekt Anhaltspunkte dafür geben kann, welchen Einschätzung die interviewende Person vornimmt.

Nach Abwägung der jeweiligen Vor- und Nachteile wurde entschieden, die Mehrfachbeurteilung mithilfe von auf Video aufgezeichneten Interviews vorzunehmen und zur Abschätzung der Interraterreliabilität zu nutzen. Die Analyse wurde dem Vorgehen bei Rush et al. (1996) entsprechend gewählt. Hierfür konnten Daten aus zwei Teilstudien der vorliegenden Arbeit verwendet werden, der Hausarztstudie und der Studie mit Gesunden.

Interraterreliabilität in der Hausarztstudie

In der Hausarztstudie wurde entsprechend dem Einverständnis der Teilnehmer zur Videoaufzeichnung bei insgesamt 35 Personen das Interview mit dem IDS-CR durch die Diagnostikerin (Diplom-Psychologin mit Erfahrungen in der Durchführung des Interviews, aber insgesamt noch geringer klinischer Erfahrung) durchgeführt und auf Video aufgezeichnet. Anschließend wurde die Beurteilung mit der Einschätzung von zwei weiteren Beurteilerinnen verglichen. Die zweite Beurteilung wurde von einer berufserfahrenen Psychologischen Psychotherapeutin, der Autorin dieser Arbeit, die Drittbeurteilung von einer Psychologin in Ausbildung vorgenommen. Beide Beurteilerinnen hatten bereits Erfahrung mit dem Instrument IDS im klinischen und forschungsbezogenen Kontext. Die Gruppe der Personen, deren IDS-CR-Interview per Video aufgezeichnet werden durfte, unterschieden sich in demografischen Merkmalen

Geschlecht nicht signifikant von der Gruppe der Patienten, deren Interview nicht aufgezeichnet wurde.

Zur Bestimmung der Interraterreliabilität kann eine ganze Reihe unterschiedlicher Indices herangezogen werden, die sich u. a. auf den Gesamtwert, auf die Einteilung in Subgruppen bzw. auf die einzelnen Items beziehen können (Wirtz & Caspar, 2002). Hierbei ist zu beachten, dass die Bewertung der Interraterreliabilität je nach gewähltem Index sehr unterschiedlich ausfallen kann; so kann im Extremfall beispielsweise auf Ebene der Korrelation eine perfekte „Übereinstimmung“ ($r = 1.00$) zwischen zwei Beurteilern resultieren, obwohl sie in Bezug auf das konkrete Rating kein einziges Item identisch bewertet haben. In der vorliegenden Arbeit werden schrittweise eine Reihe unterschiedlicher Kennwerte herangezogen, um eine verlässliche Einschätzung der Interraterreliabilität vornehmen zu können.

In einem ersten Schritt wurden die Interkorrelationen beim Gesamtwert berechnet. Die Korrelationen der Einschätzungen der drei Beurteiler beim IDS-CR fielen dabei sehr hoch ($.96 \leq r \leq .98$) und statistisch signifikant aus (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4 *Korrelation der Beurteilungen des IDS-CR in der Hausarztstichprobe*

Skala IDS-CR	Zweitbeurteilung	Drittbeurteilung
Erstbeurteilung	.98**	.98**
Zweitbeurteilung		.96**

Anmerkungen. r = Korrelation nach Pearson, IDS-CR = Inventar Depressiver Symptome, Fremdbeurteilungsversion. $N = 35$, weiblich $n = 20$. **. Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p < 0.01$ (2-seitig) signifikant.

Da sich Korrelationen immer auf den Zusammenhang nur zweier Beurteiler beziehen, wurden im zweiten Auswertungsschritt die unjustierten Intraklassenkoeffizienten (ICC; two-way random, absolute agreement) des Gesamtwerts als ein Gesamtmaß der Übereinstimmung berechnet. Der entsprechend dem vorgeschlagenen Vorgehen bei Wirtz und Caspar (2002) zuvor durchzuführende Levene-Tests zur Varianzhomogenität der Wertereihen ergab keine signifikanten Ergebnisse, so dass der Einfluss von mangelnder Zuverlässigkeit als Fehlerquelle als sehr gering einzuschätzen ist. Die ICC (2,3) betrug 0.99, was als sehr hohe Interraterreliabilität interpretiert werden kann.

Das IDS sieht eine Einteilung der untersuchten Personen in Gruppen auf der Basis des Schweregrades der Symptomatik vor. Als eine dritte Möglichkeit zur Abschätzung der Interraterreliabilität wurde nun die Übereinstimmung der Einteilungen in fünf Schweregrade (keine, milde, moderate, schwere, sehr schwere Depression) herangezogen, die die Beurteiler der Einteilung in den englischsprachigen Publikationen folgend vorgenommen hatten. Zunächst lässt sich auf der Basis von Abbildung 2 erkennen, dass die drei Beurteilerinnen in ihrer Einschätzung der Schwere der Symptomatik insgesamt recht ähnlich lagen.

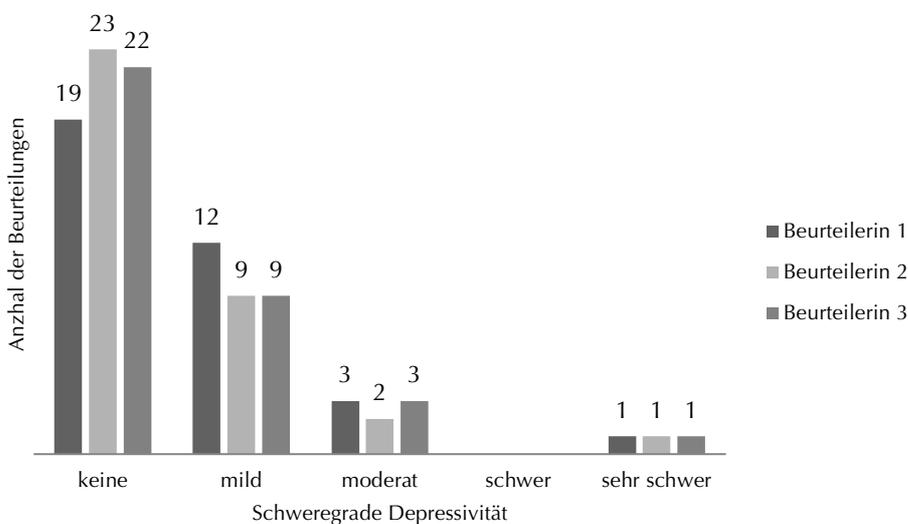


Abbildung 2 Klassifikation mit IDS-CR nach Schweregraden durch drei Beurteilerinnen in der Hausarztstudie ($N = 35$)

Zwar deutet sich an, dass Beurteilerin 1 (die Untersucherin vor Ort) etwas häufiger als die beiden anderen Beurteilerinnen den Probanden keine Depressivität attestierte. Dieser Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant mit $\chi^2_{(1, N=35)} = .26$ ($p = .612$). Daran anschließend wurde die prozentuale Übereinstimmung geprüft (Fleiss, 1973), also wie häufig die Personen durch die drei Beurteilerinnen in eine identische Schweregradgruppe eingeteilt wurden. Hier zeigte sich eine identische Kategorisierung aller drei Beurteilerinnen in 77% der Fälle (in 27 von 35 Fällen). Bei Beurteilerin 1 bestand mit Beurteilerin 2 und 3 jeweils eine Übereinstimmung in 86% der Fälle (in 30 von 35 Fällen), bei Beurteilerin 2 und 3 eine Übereinstimmung von 83% (in 29 von 35 Fällen). Angesichts der relativ starken Differenzierung der Schweregrade im IDS (eine

hohe Differenzierung führt typischerweise zu niedrigeren Übereinstimmungskoeffizienten) ist dies ein akzeptabler Wert.

Im vierten Schritt wurde die Interraterreliabilität für die einzelnen Items des IDS-CR errechnet. Hierfür wurden erneut Intraklassenkorrelationen berechnet. Da die Ratingrohwerte aller Beurteilerinnen vorliegen, wurde der ICC-Typ two-way random, single measure ICC (2,1) berechnet. Die Schätzung erfolgt dabei auf zwei Arten: die Mittelwertunterschiede zwischen den Ratern werden aus der Fehlervarianz herausgerechnet (justiert bzw. „Konsistenz-Typ“) oder bleiben als Teil der Fehlervarianz erhalten (unjustiert bzw. „Absolute Übereinstimmung“). Das unjustierte Modell entspricht der strengeren Prüfung. Bei Berechnung der Beurteilerübereinstimmung für die einzelnen Items des IDS-CR mit Intraklassenkorrelationen (siehe Tabelle 5) lagen die Werte zwischen 0.70 bei IDS-CR-Item 24 (psychomotorische Agitiertheit) und 1.0 bei Item 27 (Panik/phobische Symptome). Die Werte bei justiertem und unjustiertem Typ sind dabei nahezu identisch, was einer hohen Übereinstimmung entspricht.

Tabelle 5 *Intraklassenkorrelationen der Items des IDS-CR in der Hausarztstichprobe*

Item		Konsistenztyp		Absolute Übereinstimmung	
		einzelne Maße	durchschnittliche Maße	einzelne Maße	durchschnittliche Maße
1.	Einschlafschwierigkeiten	.95	.98	.95	.98
2.	Nächtliches Erwachen	.84	.94	.84	.94
3.	Früherwachen	.88	.96	.88	.96
4.	Hypersomnie	.86	.95	.86	.95
5.	Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	.92	.97	.92	.97
6.	Stimmung (Gereiztheit)	.87	.95	.86	.95
7.	Stimmung (Angst, Anspannung)	.94	.98	.94	.98
8.	Reaktivität der Stimmung	.96	.99	.96	.99
9.	Stimmungsvariabilität	.92	.97	.92	.97
10.	Qualität der Stimmung	.90	.96	.90	.96

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 5 *Intraklassenkorrelationen der Items des IDS-CR in der Hausarztstichprobe*

Item	Konsistenztyp		Absolute Übereinstimmung	
	einzelne Maße	durchschnittliche Maße	einzelne Maße	durchschnittliche Maße
11./12. Appetitveränderung	.84	.94	.83	.94
13./14. Gewichtsveränderung	.80	.92	.79	.92
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.91	.97	.91	.97
16. Selbstbewertung	.88	.96	.88	.96
17. Sicht der Zukunft	.95	.98	.95	.98
18. Suizidvorstellungen	.89	.96	.89	.96
19. Interesse/Beteiligung am Leben	.95	.98	.94	.98
20. Energielosigkeit	.93	.98	.93	.98
21. Vergnügen, Lustempfinden	.90	.96	.90	.96
22. sexuelles Interesse	.74	.89	.72	.88
23. Psychomotorische Verlangsamung	.76	.90	.76	.91
24. Psychomotorische Agitiertheit	.70	.87	.70	.88
25. Somatische Klagen	.85	.94	.85	.94
26. Sympathotone Erregung	.92	.97	.92	.97
27. Panik/phobische Symptome	1.00	1.00	1.00	1.00
28. Verdauungsbeschwerden	.96	.99	.98	.99
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	.94	.98	.94	.98
30. Körperliches Schweregefühl	.93	.98	.93	.98

Anmerkungen. $N = 35$.

Insgesamt sprechen das hohe Maß der Übereinstimmungen der Einschätzungen der drei Beurteilerinnen hinsichtlich des IDS-CR-Gesamtwertes, der Einteilung in

Schweregrade und der Einschätzungen auf der Ebene der Einzelitems für eine hohe Interraterreliabilität. Die Ergebnisse entsprechen denen aus der Untersuchung von Rush et al. (1996), in der die Untersuchung der Interraterreliabilität an einer Stichprobe Depressiver eine Intraklassenkorrelation von .96 ergab.

Bei der Beurteilung der Interraterreliabilität des QIDS-CR wurde analog vorgegangen. Aus den Einschätzungen der Beurteilerinnen für das IDS-CR wurden die Werte für die 9 Symptomdomänen des QIDS-CR gebildet. Die Korrelationen der drei Beurteilerinnen untereinander fielen mit Werten zwischen 0.93 und 0.98 ebenfalls hoch aus (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6 Korrelation der Einschätzungen des QIDS-CR durch drei Beurteilerinnen in der Hausarztstichprobe

Skala QIDS-CR	Zweitbeurteilung	Drittbeurteilung
Erstbeurteilung	.94**	.98**
Zweitbeurteilung		.93**

Anmerkungen. r = Korrelation nach Pearson. $N = 35$, weiblich $n = 20$. ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $p < .01$ (2-seitig) signifikant.

Die unjustierte Intraklassenkorrelation des QIDS-CR-Gesamtwertes ergab ebenso einen hohen Wert von $ICC(2,3) = 0.94$ für das Einzelmaß und 0.98 für das durchschnittliche Maß. Die Intraklassenkorrelationskoeffizienten der QIDS-Items bzw. QIDS-CR-Domänenscores ergeben hohe Werte zwischen 0.73 (Psychomotorik) und 0.95 bei „Interesse“ (siehe Tabelle 7) und sprechen auch beim QIDS-CR eine hohe Interraterreliabilität.

Bei der Zuordnung der Einschätzungen der Beurteilerinnen zu den fünf Schweregraden (keine, milde, moderate, schwere, sehr schwere Depression) zeigt sich eine übereinstimmende Kategorisierung aller drei Beurteilerinnen in 91.4% der Fälle (in 32 von 35 Fällen). Bei Beurteilerin 1 bestand mit Beurteilerin 2 in 32 von 35 Fällen (91%) Übereinstimmung, bei Beurteilerin 1 und 3 in 34 von 35 Fällen (97%) und bei Beurteilerin 2 und 3 in 33 von 35 Fällen (94.3%). Dies kann als Hinweis auf eine sehr hohe Übereinstimmung zwischen den Beurteilerinnen gewertet werden, die zudem einen wichtigen Hinweis darauf darstellt, dass mithilfe des QIDS-CR zwischen unterschiedlichen Ausprägungen von Depressivität differenziert werden kann.

Tabelle 7 Intraklassenkorrelationen der Symptomdomänen des QIDS-CR in der Hausarztstichprobe

Item	Konsistenztyp		Absolute Übereinstimmung	
	einzelne Maße	durchschnittliche Maße	einzelne Maße	durchschnittliche Maße
1. Schlaf	.85	.94	.84	.94
2. Stimmung	.92	.97	.92	.97
3. Appetit und Gewicht	.82	.93	.80	.92
4. Konzentration	.91	.97	.91	.97
5. Selbstbewertung	.88	.96	.88	.96
6. Suizidalität	.89	.96	.89	.96
7. Interesse	.95	.98	.94	.98
8. Energie, Erschöpfung	.93	.98	.93	.98
9. Psychomotorik	.73	.89	.74	.89

Anmerkungen. N = 35.

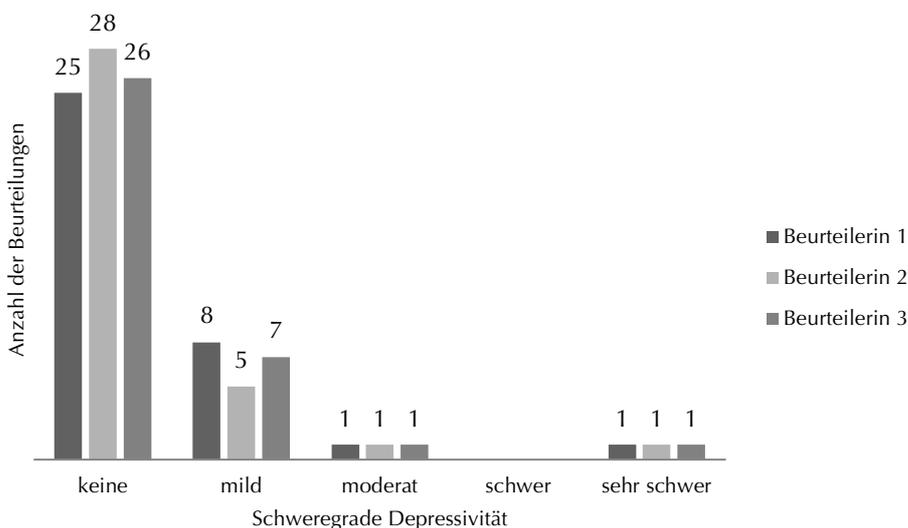


Abbildung 3 Klassifikation mit QIDS-CR nach Schweregraden durch drei Beurteilerinnen in der Hausarztstudie (N = 35)

Interraterreliabilität bei den Gesunden

In der Stichprobe der Gesunden wurde die erste Beurteilung durch die Untersucherin vor Ort, einer interviewerfahrenen Psychologin, und die zweite Einschätzung durch eine im IDS-CR trainierten Psychologiestudentin vorgenommen. Die Überprüfung der Interraterreliabilität des IDS-CR in einer Teilstichprobe ($n= 55$) der videoaufgezeichneten Interviews der Stichprobe der Gesunden zeigte ebenso eine hohe Korrelation mit den Einschätzungen der zweiten Beurteilerin bezüglich des Summenwertes von $r = .99$. Als Maß der Übereinstimmung wurde Cohen's Kappa bestimmt mit einem Wert von $\kappa = .99$ (auch ICC (2,1)).

Im nächsten Schritt wurde auch für die Stichprobe der Gesunden die Interraterreliabilität für die einzelnen Items des IDS-CR errechnet. Hierfür wurden erneut Intraklassenkorrelationen berechnet. Da die Ratingrohwerte beider Beurteilerinnen vorliegen, wurde der ICC-Typ two-way random, single measure ICC (2,1) berechnet. Die Schätzung erfolgt dabei wieder auf zwei Arten durch justierte und unjustierte Werte. Wie in Tabelle 8 ersichtlich wird, ergab die Berechnung der Beurteilerübereinstimmung wegen der Homogenität der Stichprobe erwartungsgemäß insgesamt hohe Intraklassenkorrelationen.

Tabelle 8 *Intraklassenkorrelationen der Items des IDS-CR in der Stichprobe der Gesunden*

Item	Konsistenztyp		Absolute Übereinstimmung	
	einzelne Maße	durchschnittliche Maße	einzelne Maße	durchschnittliche Maße
1. Einschlafschwierigkeiten	.99	.99	.99	.99
2. Nächtliches Erwachen	.98	.99	.98	.99
3. Früherwachen	.79	.89	.80	.89
4. Hypersomnie	1.00	1.00	1.00	1.00
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.00	1.00	1.00	1.00
6. Stimmung (Gereiztheit)	.95	.98	.95	.98
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	.98	.99	.98	.99

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 8 *Intraklassenkorrelationen der Items des IDS-CR in der Stichprobe der Gesunden*

8.	Reaktivität der Stimmung	1.00	1.00	1.00	1.00
9.	Stimmungsvariabilität	1.00	1.00	1.00	1.00
10.	Qualität der Stimmung	.96	.98	.96	.98
11./12.	Appetitveränderung	1.00	1.00	1.00	1.00
13./14.	Gewichtsveränderung	.97	.99	.97	.99
15.	Konzentration, Entscheidungsvermögen	.70	.83	.70	.82
16.	Selbstbewertung	.95	.97	.95	.97
17.	Sicht der Zukunft	1.00	1.00	1.00	1.00
18.	Suizidvorstellungen	a	a	a	a
19.	Interesse/Beteiligung am Leben	1.00	1.00	1.00	1.00
20.	Energielosigkeit	1.00	1.00	1.00	1.00
21.	Vergnügen, Lustempfinden	1.00	1.00	1.00	1.00
22.	sexuelles Interesse	.95	.98	.95	.98
23.	Psychomotorische Verlangsamung	1.00	1.00	1.00	1.00
24.	Psychomotorische Agitiertheit	.80	.89	.80	.89
25.	Somatische Klagen	.90	.95	.90	.95
26.	Sympathotone Erregung	.90	.95	.90	.95
27.	Panik/phobische Symptome	1.00	1.00	1.00	1.00
28.	Verdauungsbeschwerden	.91	.95	.91	.96
29.	Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	.98	.99	.98	.99
30.	Körperliches Schweregefühl	.80	.89	.80	.89

Anmerkungen. $N = 55$. ^aDas Item „Suizidvorstellungen“ wies eine Varianz von 0 auf in beiden Beurteilungen auf, deswegen wird kein Wert angegeben.

Für die einzelnen Items des IDS-CR ergaben sich Werte zwischen 0.70 bei IDS-CR-Item 15 (Konzentration/Entscheidungsfähigkeit) und 1.0 bei insgesamt 11 Items: bei Item 4 (Hypersomnie), 5 (Stimmung), 8 (Reaktivität der Stimmung), 9 (Stimmungsvariabilität), 11 (Appetitveränderung), 17 (Sicht der Zukunft), 19

(Interesse/Beteiligung am Leben), 20 (Energielosigkeit), 21 (Vergnügen, Lustempfinden), 23 (Psychomotorische Verlangsamung) und 27 (Panik/phobische Symptome). Die Werte bei justiertem und unjustiertem Vorgehen sind dabei wiederum nahezu identisch, was einer hohen Übereinstimmung entspricht.

Als weitere Möglichkeit zur Abschätzung der Interraterreliabilität wurde wiederum die Übereinstimmung der Einteilungen in fünf Schweregrade (keine, milde, moderate, schwere, sehr schwere Depression) herangezogen, die die Beurteilerinnen anhand der Summenwerte des IDS-CR vorgenommen hatten. Zunächst lässt sich auf der Basis von Abbildung 4 erkennen, dass die beiden Beurteilerinnen in ihrer Einschätzung der Schwere der Symptomatik hohe Überschneidungen zeigten. Die prozentuale Übereinstimmung (Fleiss, 1973), d. h. wie häufig die Personen durch die beiden Beurteilerinnen in eine identische Schweregradgruppe eingeteilt wurden, lag bei 52 von 55 Fällen (94.5%). Die Ergebnisse sprechen für eine hohe Interraterreliabilität.

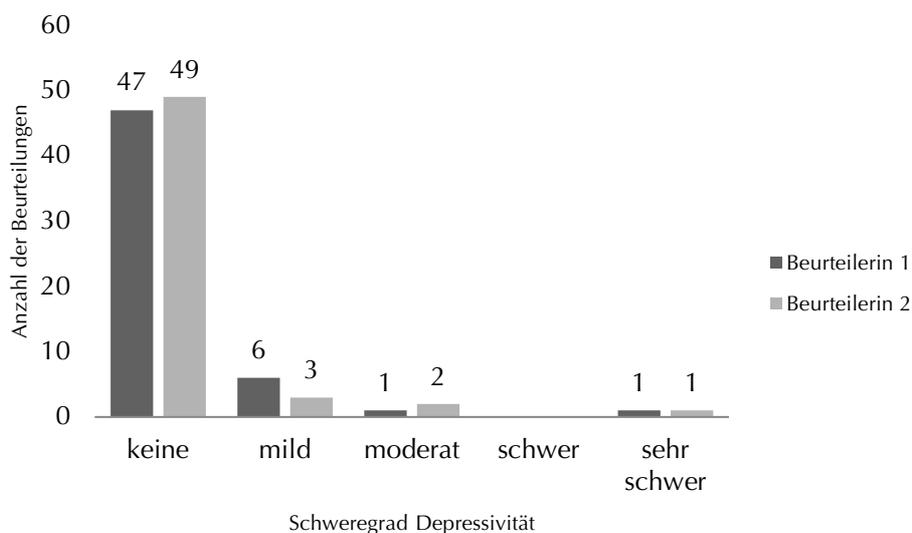


Abbildung 4 Klassifikation mit IDS-CR nach Schweregraden durch zwei Beurteilerinnen in der Stichprobe der Gesunden (N = 55)

Legt man den Summenwert des QIDS-CR der Stichprobe der Gesunden zugrunde, korrelieren die Einschätzungen ebenfalls hoch mit $r = .98$.

Die unjustierte Intraklassenklassenkorrelation des QIDS-CR-Gesamtwertes ergab ebenso einen hohen Wert von ICC (2,3) = 0.98 für das Einzelmaß und 0.99 für das durchschnittliche Maß. Die Intraklassenkorrelationskoeffizienten der QIDS-Items bzw.

QIDS-CR-Domänenscores ergeben hohe Werte zwischen 0.70 (Konzentration) und 1.00 bei den Items 2 (Stimmung), 7 (Interesse), 8 (Energie, Erschöpfung) und 9 (Psychomotorik), wie Tabelle 9 zu entnehmen ist.

Tabelle 9 Intraklassenkorrelationen der Symptomdomänen des QIDS-CR in der Stichprobe der Gesunden

Item	Konsistenztyp		Absolute Übereinstimmung	
	einzelne Maße	durchschnittliche Maße	einzelne Maße	durchschnittliche Maße
1. Schlaf	.94	.97	.94	.97
2. Stimmung	1.00	1.00	1.00	1.00
3. Appetit und Gewicht	.98	.99	.98	.99
4. Konzentration	.70	.83	.70	.83
5. Selbstbewertung	.95	.97	.95	.97
6. Suizidalität	*	*	*	*
7. Interesse	1.00	1.00	1.00	1.00
8. Energie, Erschöpfung	1.00	1.00	1.00	1.00
9. Psychomotorik	1.00	1.00	1.00	1.00

Anmerkungen. $N = 55$.

Die Einschätzung der beiden Beurteilerinnen in die fünf Schweregrade (keine, milde, moderate, schwere, sehr schwere Depression) zeigt sich eine übereinstimmende Kategorisierung in 94.5% der Fälle (in 52 von 55 Fällen).

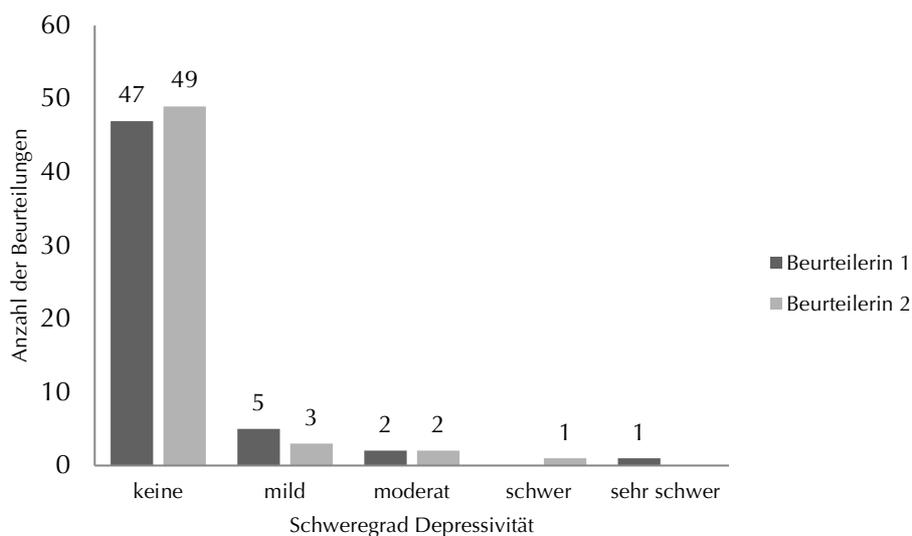


Abbildung 5 *Klassifikation mit QIDS-CR nach Schweregraden durch zwei Beurteilerinnen in der Stichprobe der Gesunden (N = 55)*

Die Ergebnisse sprechen auch hier unter Berücksichtigung aller berechneter Indices für eine hohe Interraterreliabilität.

6.4 Validität

6.4.1 Inhaltsvalidität

Inhaltsvalidität als ein Aspekt der Validität ist gegeben, wenn die Messungen eines Konstrukts dessen Inhalt möglichst vollständig abdecken. Bei dem Konstrukt der Depression als psychischer Auffälligkeit oder Störung ist es angesichts der Bedeutung der Klassifikationsmanuale ICD-10 und DSM-5 in der klinischen Praxis sinnvoll, sich bei Fragen der Inhaltsvalidität an diesen Manualen zu orientieren. Das IDS wurde mit dem Anliegen, alle Diagnosekriterien unipolarer Depressionen zu erfassen, entwickelt. Zum Zeitpunkt der Entwicklung des Instruments galt noch das DSM-IV. In der folgenden Übersicht werden die Diagnosekriterien nach DSM-5 und ICD-10 den in der Lang- und Kurzform erfassten Items zugeordnet.

Tabelle 10 Darstellung der Diagnosekriterien einer depressiven Episode bzw. Major depressive Episode nach ICD-10 bzw. DSM-5 und Zuordnung der Items des IDS und QIDS

ICD-10	DSM-5	IDS-Item	QIDS-Item
	depressive Stimmung	5	5
	Interesseverlust	19	13
verminderte Energie und erhöhte Ermüdbarkeit	Erschöpfung oder Energieverlust	20	14
Appetitverlust Gewichtsverlust	Gewichtsverlust oder -zunahme/Appetitverlust oder -zunahme	11/12, 13/14	6/7, 8/9
Schlafstörungen jeder Art	Schlafstörungen oder Hypersomnie	1, 2, 3, 4	1, 2, 3, 4
	psychomotorische Agitation oder Hemmung	23, 24	15, 16
Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle	Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige/unangemessene Schuldgefühle	16	
Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme	verringerte Denk- oder Konzentrationsfähigkeit, Entscheidungsschwierigkeiten	15	10
Selbstverletzung, suizidale Handlungen oder Gedanken an Suizid	wiederholte Gedanken an den Tod, Suizidgedanken, Suizidversuch oder Planungen	18	12
Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls		16	11
negatives Zukunftsdenken und Pessimismus		17	
^a mangelnde Reaktionsfähigkeit auf positive Ereignisse		8	
^a mindestens zwei Stunden zu frühes Erwachen		3	
^a Morgentief		9	
^a Libidoverlust		22	
	Es handelt sich nicht nur um einfache Trauer.	10	

Anmerkungen. ^aDie gekennzeichneten Symptome bzw. Kriterien sind Teil des im ICD-10 so genannten „somatischen Syndroms“. Die Itemnummern beziehen sich auf die Nummerierung der Items im IDS und im QIDS entsprechend den Abbildungen des Anhangs Abbildung - A 1 und Abbildung - A 3 für IDS bzw. Abbildung - A 4 und Abbildung - A 6 für QIDS.

Aus der Übersicht in Tabelle 10 wird deutlich, dass mit der Langform des IDS alle in der ICD-10 und im DSM-5 aufgeführten möglichen Symptome einer Depression erfasst werden. Für die in der ICD-10 notwendige Erfüllung von zwei bzw. bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode drei Leitsymptomen (Stimmungsveränderung, Antriebsveränderung und Interessenverlust) liegt im IDS keine Entsprechung vor, da es der Symptomerfassung dienen und eine klinische Diagnosestellung unterstützen, jedoch nicht ersetzen soll. Das QIDS erfasst alle zentralen Depressionssymptome nach DSM-5 und ICD-10.

6.4.2 Interkorrelationen der Varianten des IDS

Für die Berechnung der Interkorrelationen zwischen den Varianten des IDS, also zwischen IDS-CR, IDS-SR, QIDS-CR und QIDS-SR, wurden Daten des ersten Messzeitpunkts aus den verschiedenen Stichproben herangezogen und je nach vorliegenden Instrumentvarianten berechnet. Dargestellt werden die Ergebnisse in Tabelle 11. Es zeigten sich durchgehend hohe Interkorrelationen zwischen den Formen des IDS über die verschiedenen Stichproben hinweg.

Tabelle 11 *Interkorrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, IDS-SR und QIDS-SR zum jeweils ersten Messzeitpunkten der Studien*

Studie	QIDS-CR	IDS-SR	QIDS-SR
MinD			
IDS-CR	.89		
DiA			
IDS-CR	.87		
CBASP			
IDS-SR	.89		.89
Alkoholabhängige			
IDS-CR	.98	.95	.93
QIDS-CR		.91	.90
IDS-SR			.97

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 11 *Interkorrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, IDS-SR und QIDS-SR zum jeweils ersten Messzeitpunkten der Studien*

Studie	QIDS-CR	IDS-SR	QIDS-SR
Psychosomatikpatienten			
IDS-CR	.90	.85	.80
QIDS-CR		.76	.81
IDS-SR			.92
Hausarztstudie			
IDS-CR	.92	.80	.71
QIDS-CR		.80	.77
IDS-SR			.91
Gesunde			
IDS-CR	.94	.81	.73
QIDS-CR		.76	.74
IDS-SR			.94

Anmerkungen. Die Werte des QIDS-CR bzw. QIDS-SR wurden bei den Stichproben MinD, DiA, CBASP, Alkoholabhängige, Psychosomatikpatienten, Hausarztstudie und Gesunde aus denen des IDS-CR bzw. IDS-SR berechnet. Alle Korrelationen sind signifikant mit $p < .001$.

6.4.3 Konvergente Validität

Als konvergente Validität wird der Aspekt der Validität bezeichnet, der gegeben ist, wenn ein Test hoch mit anderen Tests korreliert, die vorgeben, das gleiche Konstrukt zu messen. Die Prüfung der konvergenten Validität ist in der vorliegenden Arbeit in zweierlei Hinsicht von großer Bedeutung. Zum einen liegen vier Varianten des IDS vor; hier ist zu prüfen, inwieweit bei Einsatz der Selbst- und Fremdbeurteilungsformen bzw. der Lang- und Kurzformen eine hohe Übereinstimmung der resultierenden Messwerte resultiert. Zum anderen hat die Messung von Depressivität und Erfassung depressiver Syndrome bereits eine lange Geschichte, in deren Verlauf sich einige Instrumente zu einer Art Standardinstrumenten entwickelt haben. Die Betrachtung und Einordnung des Ausmaßes der konvergenten Validität mit diesen Instrumenten ist ein weiterer bedeutsamer Aspekt der Validierung in der vorliegenden Arbeit.

Zur Prüfung der konvergenten Validität mit prominenten anderen Instrumenten wurden in allen Teilstichproben verschiedene gängige Tests zur Erfassung der Depressivität (z. B. BDI, HRSD, Skala Depressivität der SCL-90), die in den Kapiteln 2.2.1 und 2.2.2 näher beschrieben wurden, eingesetzt. Die Ergebnisse der

Betrachtungen zur konvergenten Validität werden im Folgenden dargestellt. Zur Bestimmung der konvergenten Validität wurden hierbei durchgängig die (nicht messfehlerkorrigierten) Interkorrelationen der Instrumente berechnet.

Minor Depression. In der MinD-Studie wurde neben dem QIDS-CR auch die HRSD als Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Ausmaßes der Depressivität eingesetzt. Sie zeigte in dieser Studie eine gute bis sehr gute interne Konsistenz zwischen $.59 \leq \alpha \leq .84$ (zu den einzelnen Messzeitpunkten: V2: $\alpha = .59$, V4: $\alpha = .73$, V5: $\alpha = .77$, V6: $\alpha = .81$, V7: $\alpha = .81$, V8: $\alpha = .84$). Das BDI wurde als Selbstbeurteilungsinstrument ebenfalls zu vier Messzeitpunkten eingesetzt und zeigte dabei durchgehend eine hohe interne Konsistenz (V2: $\alpha = .84$, V5: $\alpha = .89$, V6: $\alpha = .89$, V8: $\alpha = .91$). Bei der CGI, die ebenfalls in dieser Studie eingesetzt wurde, ist nur Item 1, das die Einschätzung der Diagnostiker oder Behandler hinsichtlich der Schwere der Krankheit, zur Schätzung der konvergenten Validität als Außenkriterium sinnvoll nutzbar. Insofern können auch keine Werte für die interne Konsistenz des CGI angegeben werden. Einen Überblick über die Ergebnisse zur Untersuchung der konvergenten Validität an der MinD-Stichprobe gibt die Tabelle 12. Die Korrelationen zwischen dem IDS-CR und der häufig verwendeten HRSD als weiterem Fremdbeurteilungsinstrument liegt für diese Stichprobe zwischen $.87 \leq r \leq .96$. Ebenso zeigt das QIDS-CR eine hohe Korrelation zwischen $.81 \leq r \leq .93$. Diese Ergebnisse können als Beleg für die konvergente Validität beider Instrumente gelten. Moderat fallen die Korrelationen zwischen IDS-CR und BDI als Selbstbeurteilungsinstrument ($.51 \leq r \leq .76$) und QIDS-CR und BDI ($.48 \leq r \leq .74$) aus. Mit der Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung (Item 1 der CGI) korrelieren IDS-CR und QIDS-CR zwischen $.30 \leq r \leq .68$. Der deskriptiv auffällige Unterschied in der Höhe der Korrelation zwischen dem IDS-CR und der HRSD auf der einen Seite und dem IDS-CR und dem BDI auf der anderen Seite wurde zusätzlich anhand der Baselinedaten auf statistische Signifikanz getestet. Hierfür wurde auf den von Steiger (1980) vorgeschlagenen z-Test für den Vergleich von Korrelationskoeffizienten (zweiseitiger Test) zurückgegriffen. Für die entsprechenden Korrelationen (IDS-CR/HRSD: $r = .87$; IDS-CR/BDI: $r = .51$) fand sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($z = -12.01$, $p < .001$). Somit fiel die konvergente Validität zwischen IDS-CR und der HRSD höher aus als der entsprechende Zusammenhang mit dem BDI, obschon auch letzterer statistisch signifikant und von zumindest mittlerer Höhe war. Insgesamt kann das Korrelationsmuster als Bestätigung der konvergenten Validität angesehen werden.

Tabelle 12 *Interkorrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, BDI, HRSD und CGI-1 zu verschiedenen Messzeitpunkten der MinD-Studie*

Messzeitpunkt	BDI	HRSD	CGI-1
T1 (V2, Baseline)			
IDS-CR	.51	.87	.30
QIDS-CR	.48	.81	.31
BDI		.47	.28
HRSD			.34
T3 (V4, 2 Wochen)			
IDS-CR		.93	.50
QIDS-CR		.87	.50
HRSD			.52
T5 (V5, 4 Wochen)			
IDS-CR	.68	.93	.54
QIDS-CR	.66	.88	.50
BDI		.64	.36
HRSD			.56
T7 (V6, 6 Wochen)			
IDS-CR	.63	.94	.59
QIDS-CR	.63	.91	.58
BDI		.65	.48
HRSD			.64
T9 (V7, 8 Wochen)			
IDS-CR		.94	.56
QIDS-CR		.90	.52
HRSD			.55
T11 (V8, 10 Wochen)			
IDS-CR	.76	.96	.69
QIDS-CR	.74	.93	.68
BDI		.76	.51
HRSD			.71

Anmerkungen. Alle Korrelationen sind signifikant mit $p < .001$. Die Werte des QIDS-CR wurden aus denen des IDS-CR berechnet.

Minor Depression mit Diabetes. Auch in der Studie mit Patienten mit Minor Depression und Diabetes wurde neben dem QIDS-CR die HRSD eingesetzt, die in dieser Studie eine interne Konsistenz von $\alpha = .54$ aufwies. Gerade auch in Hinblick auf diese relativ geringe interne Konsistenz bei der HRSD fiel der Zusammenhang von QIDS-CR und HRSD mit $r = .70$ zufriedenstellend hoch aus, was als weiterer Hinweis auf die konvergente Validität der beiden Verfahren gewertet werden kann.

Remittierte chronisch Depressive. Der BDI hatte in dieser Stichprobe eine interne Konsistenz von $\alpha = .92$. Die Korrelation des QIDS-CR mit dem BDI ergab eine vergleichsweise niedrige Korrelation von $r = .40$.

Ältere Depressive. In der Stichprobe der älteren Depressiven wurden neben dem IDS-CR auch die ADS und die GDS als Selbstbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Die ADS zeigte eine hohe interne Konsistenz (T1: $\alpha = .71$, T2: $\alpha = .91$, T3: $\alpha = .89$, T6: $\alpha = .89$, T9: $\alpha = .91$, T12: $\alpha = .90$). Die Werte für die interne Konsistenz der GDS waren ebenso ausreichend bis gut (T1: $\alpha = .27$, T2: $\alpha = .49$, T3: $\alpha = .47$, T6: $\alpha = .57$, T9: $\alpha = .51$, T12: $\alpha = .58$).

Die Betrachtungen zur konvergenten Validität an der Stichprobe der älteren Depressiven zeigt die Tabelle 13. Hier korrelierten IDS-CR und QIDS-CR wieder hoch ($.87 \leq r \leq .93$) miteinander, während die Korrelation mit dem Selbstbeurteilungsinstrument ADS und IDS-CR bzw. QIDS-CR etwas geringer ausfiel ($.42 \leq r \leq .81$). Auch die GDS als spezifisches Erhebungsinstrument für Ältere zeigte mittlere bis hohe Korrelationen mit IDS-CR ($.48 \leq r \leq .79$) und QIDS-CR ($.47 \leq r \leq .76$) und korrelierte mit der ADS ebenfalls hoch ($.56 \leq r \leq .87$). Die Ergebnisse sprechen dafür, dass IDS-CR und QIDS-CR auch im Hinblick auf die Stichprobe älterer Depressiver gute Messeigenschaften im Sinne der konvergenten Validität besitzen.

Tabelle 13 Korrelationen von IDS-CR, QIDS-CR, ADS und GDS zu verschiedenen Messzeitpunkten der DiA-Studie

Messzeitpunkt	ADS	GDS
T1		
IDS-CR	.43	.48
QIDS-CR	.42	.47
ADS		.56
T2		
IDS-CR	.81	.72
QIDS-CR	.76	.72
ADS		.83
T3		
IDS-CR	.51	.71
QIDS-CR	.73	.70
ADS		.79
T6		
IDS-CR	.75	.72
QIDS-CR	.71	.70
ADS		.84
T9		
IDS-CR	.78	.79
QIDS-CR	.73	.75
ADS		.86
T12		
IDS-CR	.77	.78
QIDS-CR	.76	.76
ADS		.87

Anmerkungen. $N = 109$. Die Werte des QIDS-CR wurden aus denen des IDS-CR berechnet.

Chronisch Depressive (CBASP). Zu den vier Hauptmesszeitpunkten der Studie korrelierten in der Stichprobe der chronisch Depressiven QIDS-CR und HRSD zwischen $r = .67$ und $r = .91$. Auch mit dem IDS-SR als Selbstbeurteilungsinstrument korrelierte das QIDS-CR hoch ($.89 \leq r \leq .95$). HRSD und IDS-SR korrelierten ebenso hoch mit Werten zwischen $r = .67$ und $r = .84$. Eine Übersicht gibt die Tabelle 14.

Tabelle 14 *Korrelationen von QIDS-CR, HRSD und IDS-SR zu verschiedenen Messzeitpunkten der CBASP-Studie*

Messzeitpunkt	HRSD
Screening	
IDS-SR	
QIDS-CR	.67
Baseline	
IDS-SR	
QIDS-CR	.83
T1	
IDS-SR	.78
QIDS-CR	.87
T2	
IDS-SR	.84
QIDS-CR	.91
T3	
IDS-SR	.82
QIDS-CR	.91

Anmerkungen. Screening: $N = 263$, Baseline: $N = 255$, T1: $N = 230$ T2: $N = 221$, T3 $N = 203$. Alle Korrelationen sind signifikant auf den Niveau $p < .01$.

Chronisch Depressive (LAC). In der Stichprobe der chronisch Depressiven aus der LAC-Stichprobe war die interne Konsistenz des BDI hoch (T0: $\alpha = .80$, $N = 409$, T1: $\alpha = .93$, $N = 192$). Das QIDS-CR korrelierte zum Zeitpunkt T0 mit dem BDI zu $r = .44$, das QIDS-SR mit dem BDI zu $r = .27$. Zum Zeitpunkt T4 korrelierte das QIDS-CR des Diagnostikers mit dem BDI zu $r = .64$, das QIDS-CR des Therapeuten korrelierte mit dem BDI mit $r = .50$. In dieser Stichprobe ergaben sich schwächere Hinweise auf konvergente Validität durch geringere Korrelationen der Messinstrumente untereinander als z. B. bei den chronisch Depressiven der CBASP-Studie.

Alkoholabhängige. Mit dem BDI korrelierte das IDS-CR zum Messzeitpunkt T1 mit $r = .77$, das QIDS-CR mit $r = .78$, das IDS-SR mit $r = .73$ und das QIDS-SR mit $r = .75$. Als weiteres Außenkriterium wurde in dieser Stichprobe die SCL-90-R von den Studienteilnehmern bearbeitet. Zum Messzeitpunkt T1 korrelierte die Subskala Depressivität des SCL-90-R mit dem IDS-CR $r = .57$, mit dem IDS-SR $r = .58$, mit QIDS-

CR $r = .54$ und mit dem QIDS-SR $r = .57$. BDI und D-Skala des SCL-90-R korrelierten in dieser Stichprobe mit $r = .26$. Zum Messzeitpunkt T3 korrelierten BDI und IDS-CR mit $r = .71$. Das BDI korrelierte mit dem IDS-SR mit $r = .86$, mit dem QIDS-CR mit $r = .66$ und mit dem QIDS-SR $r = .76$. BDI und D-Skala des SCL-90-R korrelierten in dieser Stichprobe mit $r = .82$. Die D-Skala korrelierte mit dem IDS-CR zu $r = .68$ und mit dem QIDS-CR zu $r = .56$ sowie mit dem IDS-SR zu $r = .79$ und dem QIDS-SR zu $r = .75$. Die Werte des QIDS-CR und QIDS-SR wurden dabei jeweils aus den Langformen IDS-CR und IDS-SR berechnet.

Psychosomatikpatienten. Mit dem BDI korrelierte zum Messzeitpunkt T1 das IDS-CR mit $r = .63$, das QIDS-CR mit $r = .60$, das IDS-SR mit $r = .64$ und das QIDS-SR mit $r = .61$. Als weiteres Außenkriterium wurde in dieser Stichprobe der SCL-90-R von den Studienteilnehmern bearbeitet. Zum Messzeitpunkt T1 korrelierte die Subskala Depressivität des SCL-90-R mit dem IDS-CR mit $r = .46$, mit dem IDS-SR mit $r = .49$, mit dem QIDS-CR mit $r = .48$ und mit dem QIDS-SR mit $r = .45$. BDI und D-Skala des SCL-90-R korrelierten in dieser Stichprobe mit $r = .63$. Zum Messzeitpunkt T2 korrelierten BDI und IDS-CR mit $r = .76$ und BDI und QIDS-CR mit $r = .70$. BDI und IDS-SR korrelierten mit $r = .69$ und mit dem QIDS-SR mit $r = .68$. BDI und D-Skala des SCL-90-R korrelierten in dieser Stichprobe mit $r = .72$. Die D-Skala korrelierte mit dem IDS-CR zu $r = .65$ und mit dem QIDS-CR ebenso zu $r = .64$ sowie mit dem IDS-SR zu $r = .60$ und dem QIDS-SR zu $r = .58$. Die Werte des QIDS-CR und QIDS-SR wurden in dieser Stichprobe wiederum jeweils aus den Langformen IDS-CR und IDS-SR berechnet.

Hausarztstudie. Das BDI-II, dessen interne Konsistenz in dieser Studie $\alpha = .89$ betrug, korrelierte mit dem IDS-CR zu $r = .76$, mit der Zweitbeurteilung des IDS-CR zu $r = .83$, mit der Drittbeurteilung des IDS-CR zu $r = .84$. Das BDI-II korrelierte mit dem IDS-SR zu $r = .87$ und mit dem QIDS-SR zu $r = .82$. Etwas niedriger lagen die Korrelationen mit dem QIDS-CR ($r = .75$, Zweitbeurteilung $r = .76$ und Drittbeurteilung $r = .77$). Die Werte des QIDS-CR und QIDS-SR wurden in dieser Stichprobe wiederum jeweils aus den Langformen IDS-CR und IDS-SR berechnet.

Gesunde. Die Korrelation des BDI ($\alpha = .86$) mit dem IDS-CR betrug $r = .68$ und $r = .80$ in der Zweitbeurteilung), mit dem IDS-SR $r = .87$, und mit dem QIDS-SR betrug sie $r = .79$. Mit dem QIDS-CR korrelierte das BDI zu $r = .63$ und zu $r = .76$ in der Zweitbeurteilung. Die Werte des QIDS-CR und QIDS-SR wurden wiederum jeweils aus den Langformen IDS-CR und IDS-SR berechnet.

Nach den im vorangegangenen Abschnitt gezeigten Ergebnissen, die zum besseren Überblick in Tabelle 15 zusammengefasst sind, wird die konvergente Validität nach den Schätzungen durch Korrelationen mit anderen Depressivitätsmaßen insgesamt als gegeben eingeschätzt. Die Fremdbeurteilungsmaße IDS-CR und HRSD korrelieren dabei erwartungsgemäß hoch miteinander. Im Einklang mit der Literatur (Richter, P., Werner, Heerlein, Kraus & Sauer, 1998) fielen die Zusammenhänge zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungsmaßen – hier zwischen HRSD und IDS-SR bzw. zwischen IDS-CR und BDI – etwas geringer aus.

Tabelle 15 *Übersicht über Korrelationsindices*

Messinstrument	IDS-CR	QIDS-CR	IDS-SR	QIDS-SR
HRSD				
MinD	.87 - .96	.81 - .93		
MinD-Dia		.70		
CBASP		.67 - .91	.78 - .84	
BDI				
MinD	.51 - .76	.48 - .74		
Remittierte chronisch		.40		
LAC		.44 - .64		.27
Alkoholabhängige	.77 - .71	.78 - .66	.73 - .86	.75 - .76
Psychosomatikpatienten	.63 - .76	.60 - .70	.64 - .69	.61 - .68
Hausarztpatienten	.76 - .84	.75 - .77	.87	.82
Gesunde	.68 - .80	.63 - .76	.87	.79
ADS				
DiA	.43 - .78	.42 - .76		
GDS				
DiA	.48 - .79	.47 - .76		
CGI-1				
MinD	.30 - .69	.31 - .68		
D-Skala				
Alkoholabhängige	.57 - .68	.54 - .56	.58 - .79	.57 - .64
Psychosomatikpatienten	.46	.48	.49	.45

6.4.4 Sensitivität und Spezifität, Differenzierungsfähigkeit und Prozenträge

Die Möglichkeit, mithilfe eines Instruments zwischen Merkmalsträgern und nicht-Merkmalsträgern unterscheiden zu können, ist ein weiterer Aspekt der Validität, der in der Klinischen Psychologie und Diagnostik sehr relevant ist (Shapiro, 1999). Hierzu

muss immer ein Außenkriterium bzw. ein weiteres Einschätzungsmaß herangezogen werden, das ein Vorhandensein des Merkmals operationalisiert. Einige Autoren, z. B. Hautzinger et al. (2009) und Macha, Proske und Petermann (2005), fassen diesen Aspekt der Validität unter dem Begriff der Differenzierungsfähigkeit. Da die Differenzierungsfähigkeit eines Instruments, das zur Einschätzung des Vorliegens von Symptomen einer Symptomgruppe bzw. eines Syndroms auch im Sinne eines Screenings eingesetzt werden soll, ein zentrales Kriterium der Testgüte darstellt, soll sie in diesem Abschnitt genauer untersucht werden. Unterschiedliche Möglichkeiten der Betrachtung der Differenzierungsfähigkeit werden in der Literatur benannt: Einerseits können Vergleiche dazu dienen, signifikante Unterschiede zwischen Gruppen aufzuzeigen. Andererseits kann die Identifikation von Risikopatienten, die zuvor nach einem Außenkriterium eingeschätzt wurden, vorgenommen werden (Macha et al., 2005). Dies drückt sich in der Sensitivität (Richtig-Positiv-Rate, hier: Depressive werden identifiziert) und der Spezifität (Richtig-Negativ-Rate, hier: nicht-Depressive werden nicht als depressiv bzw. als gesund identifiziert) aus. Zur Untersuchung der Sensitivität und Spezifität eines Tests werden häufig Methoden der Signalentdeckungstheorie verwendet und durch Einsatz von Receiver-Operating-Characteristic-Kurven (ROC-Kurven) oder Grenzwertoptimierungskurven veranschaulicht, die die Abhängigkeit der Effizienz mit der Fehlerrate darstellen. Als Index wird häufig die Area under the curve (AUC) angegeben, die die Unterscheidungsfähigkeit des Tests, Merkmalsträger korrekt zu klassifizieren, angibt und als der prozentuale Anteil an zufällig betrachteten Datenpaaren berechnet wird.

In Beurteilungen der Testgüte deutschsprachiger Depressionsmaße liegen vereinzelt Befunde zur Differenzierungsfähigkeit vor. Hautzinger et al. (2009) verglichen z. B. an einer Stichprobe behandelter Patienten die BDI-II-Werte der Studienteilnehmer nach Einteilung in Nicht- und Teilremittierte und Vollremittierte nach SKID-Einschätzung und MADRS-Punktwert und konnten signifikante Gruppenunterschiede zeigen. Bei der ADS wurden eingehende Betrachtungen der Sensitivität und Spezifität durch Einsatz von Receiver-Operating-Characteristic-Kurven (ROC-Kurven) oder Grenzwertoptimierungskurven vorgenommen (Hautzinger et al., 2012).

Einen Vorteil des IDS, der aus bisherigen Studien bekannt ist, stellt die gegenüber anderen Instrumenten bessere Fähigkeit zur Symptomdetektion im Bereich geringer

ausgeprägter Symptomatik dar (siehe dazu auch Kapitel 3.1 bzw. 3.2.3), wie es bspw. bei der so genannten Minor Depression und Patienten mit Residualsymptomatik (Teilremission) zu finden ist. Weil Studien zeigen (z. B. Paykel et al., 1999), dass das Erkennen und Behandeln von Restsymptomatik für den langfristig günstigen Verlauf einer affektiven Erkrankung wichtig ist, kommt der Sensitivität, Spezifität und Differenzierungsfähigkeit als Aspekten der Validität besondere Bedeutung zu.

Sensitivität und Spezifität

Zur Untersuchung der Sensitivität und Spezifität des IDS und seiner Varianten wurden Daten aus der Studie mit Patienten mit Minor Depression (MinD) für die Untersuchung des IDS-CR und aus der Studie mit chronisch Depressiven (CBASP) für IDS-SR, QIDS-CR und QIDS-SR untersucht.

Bei der MinD-Stichprobe wurden Daten des IDS-CR zum Interventionsende nach 10 Wochen verwendet (N=266). Als Außenkriterium wurde hier die Einschätzung des Schweregrads der Krankheit (Item 1 des CGI, Rating 4-7 mäßig krank bis extrem krank) durch den Diagnostiker verwendet. Für das IDS-CR betrug die AUC = .84 (siehe Abbildung 6), was nach Streiner, Norman und Cairney (2015) oder Kraemer (1999) einen guten Test indiziert ($p < .001$, Konfidenzintervall .79 - .90). Ein guter Trade-off lag mit einem Youden-Index von .54 (Fluss, Faraggi & Reiser, 2005) bei einem IDS-CR-Wert von 21 mit einer Sensitivität von .80 und einer Spezifität .74 (siehe auch Abbildung 6), was gut zu dem vorgeschlagenen oberen Grenzwert der milden Ausprägung von Depressivität von 23 nach Trivedi et al. (2004) passt. Legt man genau den IDS-CR-Wert von 23 zugrunde, beträgt der Youden-Index .52. Die Sensitivität liegt dann bei .74 und die Spezifität bei .79.

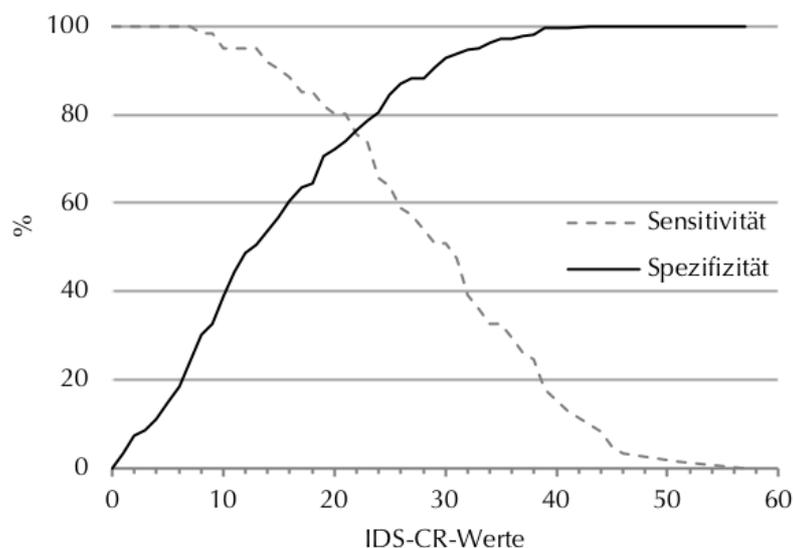


Abbildung 6 Sensitivität und Spezifizität bei verschiedenen Werten des IDS-CR

Für die Untersuchung der Sensitivität und Spezifizität des QIDSCR, IDS-SR und QIDS-SR wurden Daten aus der CBASP-Stichprobe zum Interventionsende T3 untersucht. Das Vorliegen einer Major Depressive Episode als Außenkriterium wurde per SKID-I diagnostiziert. Die AUC betrug .85, was nach Streiner et al. (2015) oder Kraemer (1999) einen guten Test indiziert ($p < .001$, Konfidenzintervall .78 - .92). Ein guter Trade-off lag mit einem Youden-Index von .59 (Fluss et al., 2005) bei einem QIDS-CR-Wert von 9.5 mit einer Sensitivität von .81 und einer Spezifizität von .78 (Abbildung 7), was sehr gut zum vorgeschlagenen oberen Grenzwert der milden Ausprägung von Depressivität nach Trivedi et al. (2004) passt und der ROC-Analyse des QIDS-CR von Bernstein, Rush, Stegman, et al. (2010) entspricht.

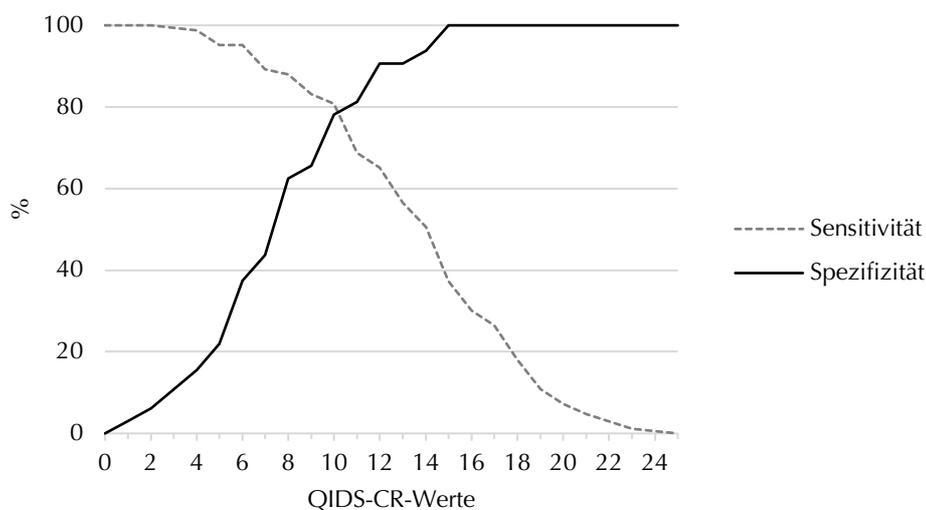


Abbildung 7 Sensitivität und Spezifizität bei verschiedenen Werten des QIDS-CR

Ähnlich gestalteten sich die Ergebnisse beim QIDS-SR: Die AUC betrug .79 ($p < .001$, Konfidenzintervall .69 - .89) mit einem optimalen Verhältnis von Sensitivität (.81) zu Spezifizität (.65) bei einem QIDS-SR-Wert von 9 (siehe Abbildung 8). Dieses Ergebnis ist den Befunden von Untersuchungen mit der englischen Version (z. B. Bernstein, Rush, Stegman, et al., 2010; Brown et al., 2008) sehr ähnlich.

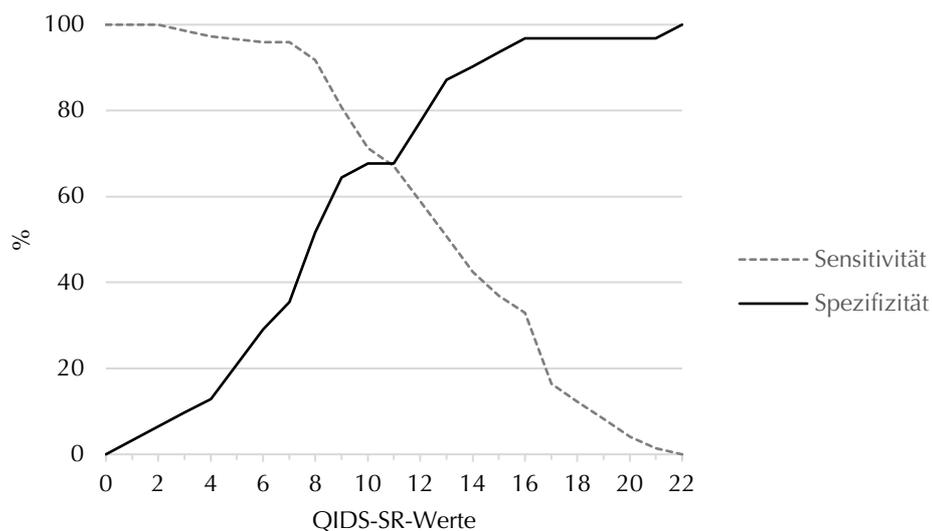


Abbildung 8 Sensitivität und Spezifizität bei verschiedenen Werten des QIDS-SR

Beim IDS-SR betrug die AUC = .79 ($p < .001$, Konfidenzintervall .69 - .88), dargestellt in Abbildung 9. Das beste Verhältnis von Sensitivität (.81) und Spezifität (.69) erhält man hier bei einem Punktwert von 26. Dieser Wert markiert den Grenzwert zum Bereich mittelgradiger Depressivität beim IDS-SR.

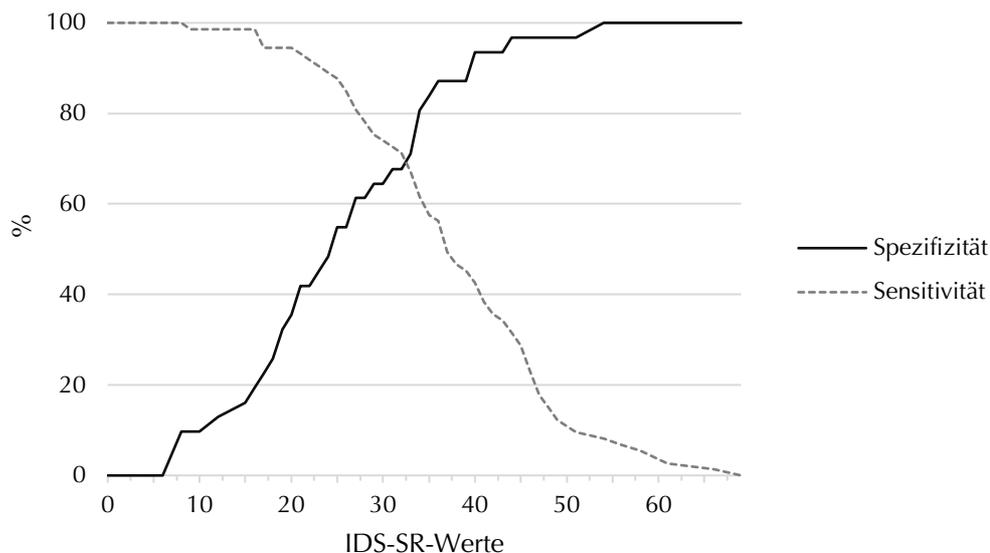


Abbildung 9 Sensitivität und Spezifität bei verschiedenen Werten des IDS-SR

Bezogen auf die Stichproben der chronisch Depressiven können aus ROC-Sicht die vorgeschlagenen Grenzwerte für die Schwelle zwischen unauffälligem/mildem Depressivitätswert und mittelgradiger Ausprägung beibehalten werden. Dies gilt ebenso für die Stichprobe der Patienten mit Minor Depression und die Unterscheidung zwischen mild bzw. mäßig ausgeprägter Depression und unauffälliger Symptomatik. Folgt man der vorgeschlagenen Einteilung der Genauigkeit diagnostischer Tests nach Kraemer (1999); Streiner et al. (2015) oder Tape (2006), können nach den vorliegenden Ergebnissen IDS und QIDS als gut und ausreichend gut eingeschätzt werden.

Differenzierungsfähigkeit

Die Differenzierungsfähigkeit des IDS und des QIDS wurde an Daten der Stichproben der Alkoholabhängigen, Psychosomatikpatienten und chronisch Depressiven (CBASP-Studie) untersucht.

Für die Stichproben Alkoholabhängiger und der Psychosomatikpatienten liegen diagnostische Klassifizierungen in Form von ICD-10-Diagnosen der behandelnden Therapeuten vor. Für die Untersuchung der Differenzierungsfähigkeit wurde eine Teilstichprobe der Patienten mit affektiven Störungen entsprechend der von den behandelnden Therapeuten vergebenen Diagnose in die Gruppen „leicht“ (umfasst die Diagnosen leichte depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht, Anpassungsstörung) bzw. „mittelgradig“ (umfasst die Diagnosen mittelgradige depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, Dysthymia) eingeteilt. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode lag in diesem Datensatz nicht vor. Die Summenwerte der in der Studie verwendeten Depressionsmaße IDS-CR und IDS-SR wurden ausgewertet. Zusätzlich wurden aus den Langformen IDS-CR und IDS-SR die Summenwerte für QIDS-SR und QIDS-CR berechnet.

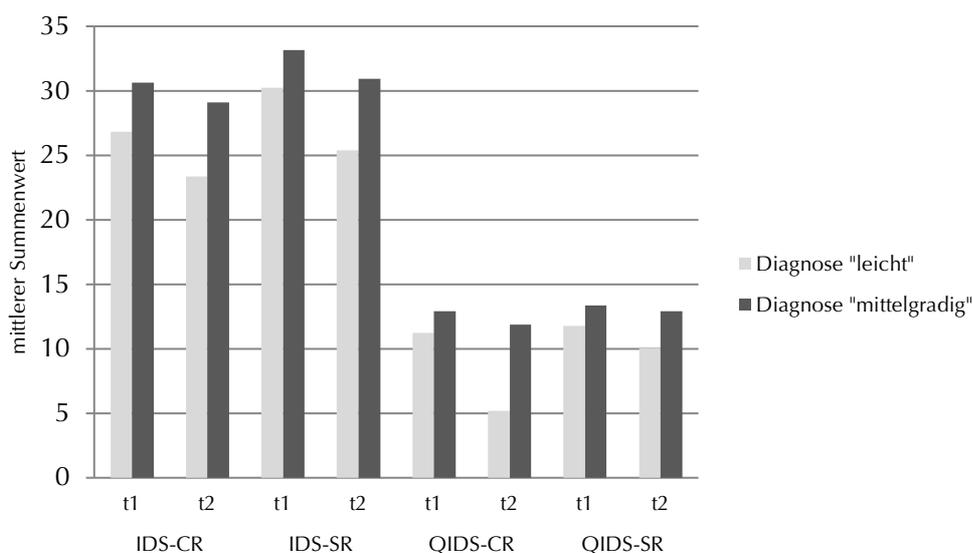


Abbildung 10 Summenwerte von IDS-CR, IDS-SR, QIDS-CR, QIDS-SR zum Zeitpunkt t1 und t2 bei Patienten (Alkoholabhängige und Psychosomatikpatienten) mit leichter und mittelgradiger Depressivität nach Therapeutenurteil (N = 30).

Die Ergebnisse sind in Abbildung 10 dargestellt. Die Mittelwertunterschiede der Depressionswerte von IDS-CR, IDS-SR, QIDS-CR, QIDS-SR zu den Messzeitpunkten T1 und T2 wurden zwischen den von den Therapeuten als „leicht depressiv“ bzw. „mittelgradig depressiv“ diagnostizierten Patienten jeweils durch *t*-Tests überprüft. In allen Fällen unterschieden sich die Werte in den Gruppen signifikant ($p < .001$). Nach

der Einteilung der Schweregrade der Depressivität mit IDS bzw. QIDS nach Trivedi et al. (2004) würden die Mittelwerte der Gruppen der von den Therapeuten als leicht und mittelgradig eingeschätzten Patienten größtenteils in die Kategorie „mittelgradig depressiv“ fallen.

Weiterhin wurde anhand der Stichprobe chronisch Depressiver der CBASP-Studie untersucht, ob sich Responder und Non-Responder auf die Intervention auch in der Fremdbeurteilung durch das QIDS-CR und in der Selbsteinschätzung durch IDS-SR und QIDS-SR zu Messzeitpunkten T2 und T3 unterschieden. Da bei nahezu allen dieser chronisch depressiven Patienten der Stichprobe auch am Ende der Intervention noch die Diagnose Dysthymia vorlag, wurde zur Unterscheidung in Gruppen das Vorliegen einer Episode einer Major Depression, wie durch das SKID-Interview festgestellt, gewählt.

Zum Zeitpunkt T2 lag nach SKID-I-Interview bei 107 Patienten eine MD vor, bei 38 Patienten nicht mehr. In der Selbstbeurteilung durch das IDS betrug der Mittelwert in der Gruppe mit MD $M = 37.07$ ($SD = 11.99$) und in der Gruppe ohne MD $M = 23.13$ ($SD = 9.99$). Der Unterschied wurde mittels t -Test getestet und war statistisch signifikant ($t = -6.41$, $df = 143$, $p < .001$). Das Ergebnis des QIDS-SR lag entsprechend bei den Patienten mit MD bei $M = 13.44$ ($SD = 4.45$) und bei der Gruppe ohne MD bei $M = 8.58$ ($SD = 3.81$), der t -Test war ebenfalls statistisch signifikant ($t = -5.99$, $df = 143$, $p < .001$). Zum Zeitpunkt T3 lag nach SKID-I-Interview bei 73 Patienten eine MD vor, bei 31 Patienten nicht mehr. In der Selbstbeurteilung durch das IDS betrug der Mittelwert in der Gruppe mit MD $M = 37.12$ ($SD = 11.59$) und in der Gruppe ohne MD $M = 24.73$ ($SD = 11.13$). Der Unterschied wurde mittels t -Test getestet und war statistisch signifikant ($t = -5.05$, $df = 102$, $p < .001$). Das Ergebnis des QIDS-SR lag entsprechend bei den Patienten mit MD bei $M = 13.60$ ($SD = 4.20$) und bei der Gruppe ohne MD bei $M = 9.13$ ($SD = 4.36$) ($t = -4.95$, $df = 102$, $p < .001$). Die Ergebnisse für das IDS-SR und das QIDS-SR finden sich in Abbildung 11.

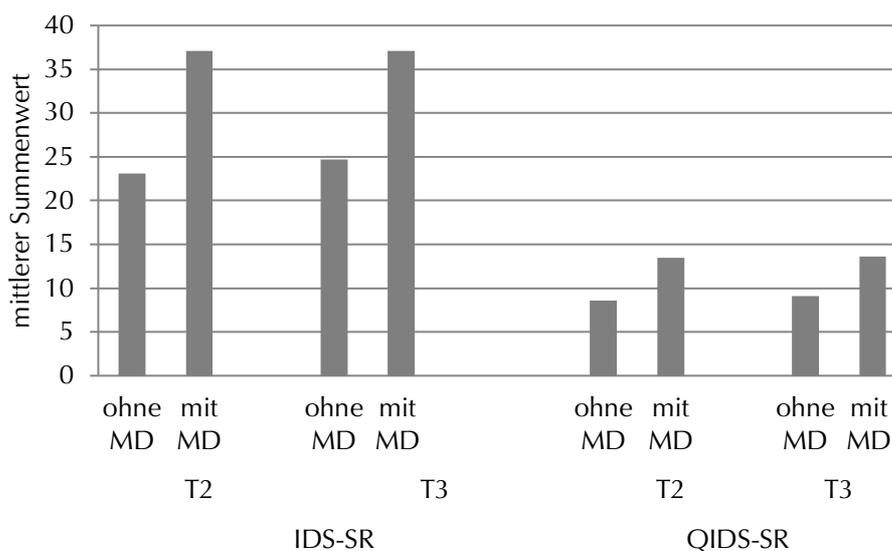


Abbildung 11 Gruppenunterschiede im mittleren Summenwert des IDS-SR und des QIDS-SR von chronisch depressiven Patienten (CBASP-Studie) mit und ohne Major Depressive Episode (SKID-I) zu den Messzeitpunkten T2 und T3

Für das QIDS-CR liegen zum Zeitpunkt T2 Daten von 153 Patienten vor. Das Vorliegen einer Major Depressive Episode wurde durch die Studiendiagnostiker per SKID-I erhoben. Der Mittelwert des QIDS-CR in der Gruppe der Patienten mit MD ($n = 109$) betrug $M = 13.35$ ($SD = 4.55$). Bei der Gruppe der Patienten ohne MD ($n = 44$) betrug der Mittelwert $M = 7.73$ ($SD = 3.74$). Der t -Test war statistisch signifikant ($t = -5.62$, $df = 151$, $p < .001$).

Für den Zeitpunkt T3 liegen Daten von 115 Patienten vor, bei denen das Vorliegen einer Major Depressive Episode durch das SKID-I untersucht wurde. Der Mittelwert des QIDS-CR betrug in der Gruppe der Patienten mit MD ($n = 83$) $M = 13.10$ ($SD = 4.56$), bei denen ohne MD ($n = 32$) 7.03 ($SD = 3.51$). Der t -Test war statistisch signifikant ($t = -6.78$, $df = 113$, $p < .001$). Die Ergebnisse sind in Abbildung 12 dargestellt.

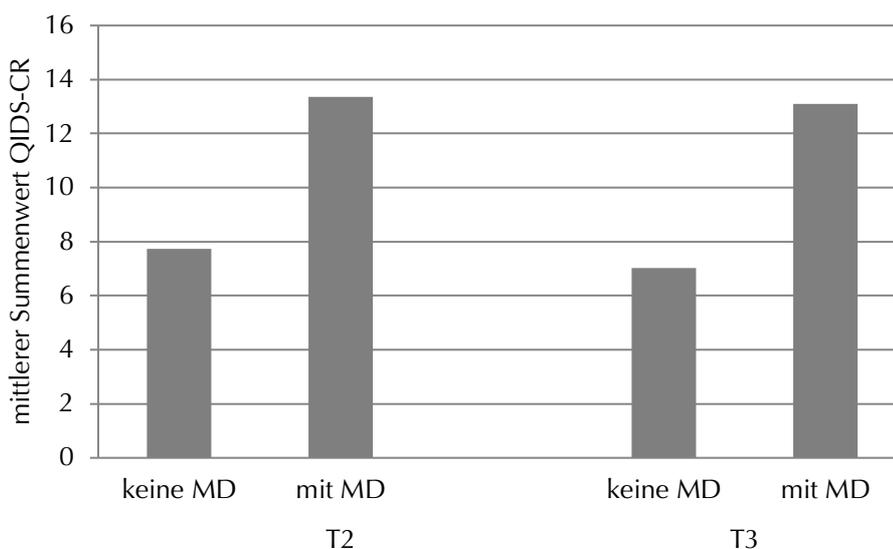


Abbildung 12 Gruppenunterschiede im mittleren Summenwert des QIDS-CR von chronisch depressiven Patienten (CBASP-Studie) mit und ohne Major Depressive Episode (SKID-I) zu den Messzeitpunkten T2 und T3

Prozentränge

Betrachtet man den kumulierten Anteil von Probanden verschiedener Stichproben an der Punkteverteilung im IDS-CR (Abbildung 13), wird deutlich, dass 90.6% der Gesunden einen Punktwert ≤ 11 aufwiesen, was dem unauffälligen Bereich nach Trivedi et al. (2004) entspricht. In der Hausarztstichprobe zeigten 57.5% einen unauffälligen Wert. In den klinischen Stichproben fanden sich unauffällige IDS-CR-Werte bei den folgenden Anteilen an den Stichproben erreicht: Alkoholabhängige 38.6%, Psychosomatik 16.7%, MinD 2.6% und DiA 8.3%.

Bei der Stichprobe der Alkoholabhängigen unterstützt der Anteil der Patienten mit auffälligen Werten im IDS-CR (61.4%) die vielfach berichtete hohe Komorbidität von Alkoholabhängigkeit mit affektiven Störungen. Die Komorbiditätsraten variieren in der Literatur, so z. B. 20-73% bei Lindenmeyer (2005), 8-53% bei (Swendsen & Merikangas, 2000) oder 12-51% bei Soyka und Lieb (2004). Eine neuere Studie fand eine Komorbiditätsrate von 21% (Brière, Rohde, Seeley, Klein & Lewinsohn, 2014). Auch der hohe Anteil an auffälligen Depressionswerten bei den Psychosomatikpatienten (83.3%) unterstützt Zahlen aus Kliniken, so z. B. der Anteil von 45% Patienten mit affektiven Diagnosen (Brase, 2016), wobei hier die Zahl eine Unterschätzung darstellen dürfte, da

affektive Störungen als komorbide Störung zu einer anderen Hauptdiagnose nicht repräsentiert sind.

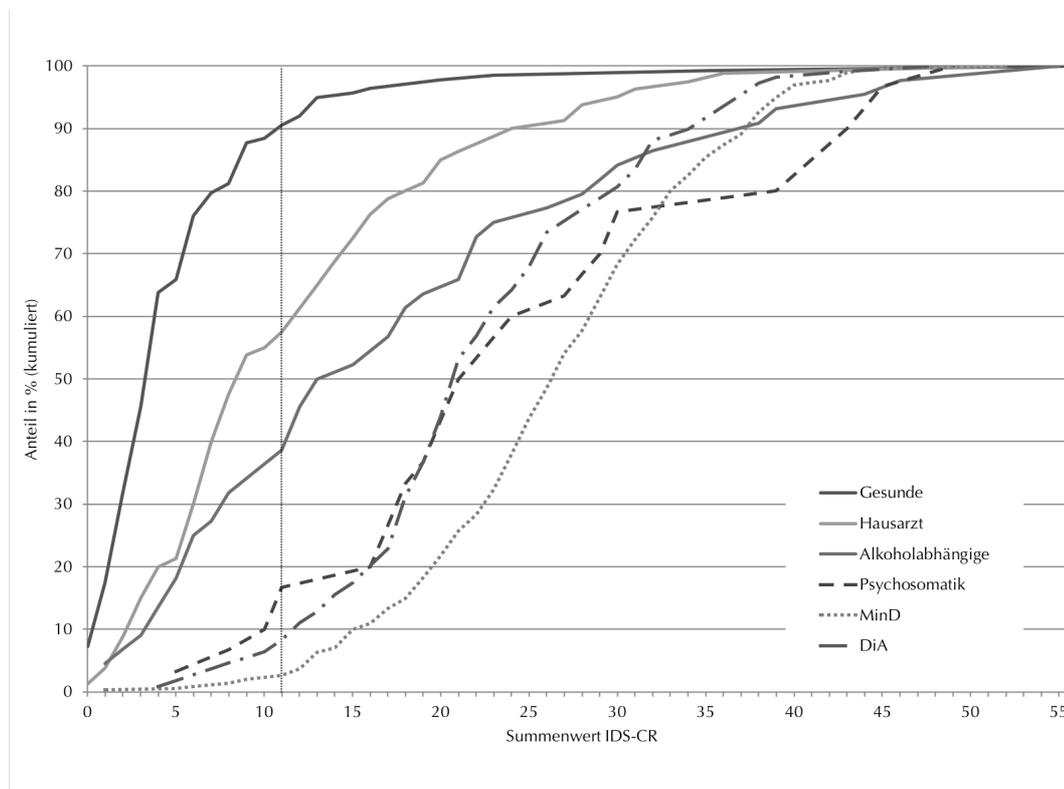


Abbildung 13 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf IDS-CR-Summenwerte

Wie bei Jacobi, Höfler, Meister und Wittchen (2002) dargestellt, erfüllen in deutschen Hausarztpraxen 11.3% der Patienten die Kriterien einer Major Depression. In der vorliegenden Studie wies ein Anteil von 42.5% der Patienten der Hausarztstichprobe erhöhte Depressionswerte auf.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei Betrachtung der kumulierten Punktwerte, die aus der Verwendung des Selbstberichts Instruments IDS-SR resultierten (vgl. Abbildung 14) betrachtet. Hier zeigte sich, dass 84.4% der Gesunden einen Punktwert ≤ 13 aufwiesen, was dem unauffälligen Bereich für das IDS-SR nach Trivedi et al. (2004) entspricht. In der Hausarztstichprobe erreichten 57.5% einen unauffälligen Wert. In den klinischen Stichproben werden unauffällige IDS-SR-Werte bei den Alkoholabhängige 35.6% und bei den Psychosomatikpatienten 16.7% erreicht. Entsprechend der

Eingangskriterien für die CBASP-Studie gibt es auch nach Einschätzung durch das IDS-SR keine Studienteilnehmer mit unauffälligen Werten.

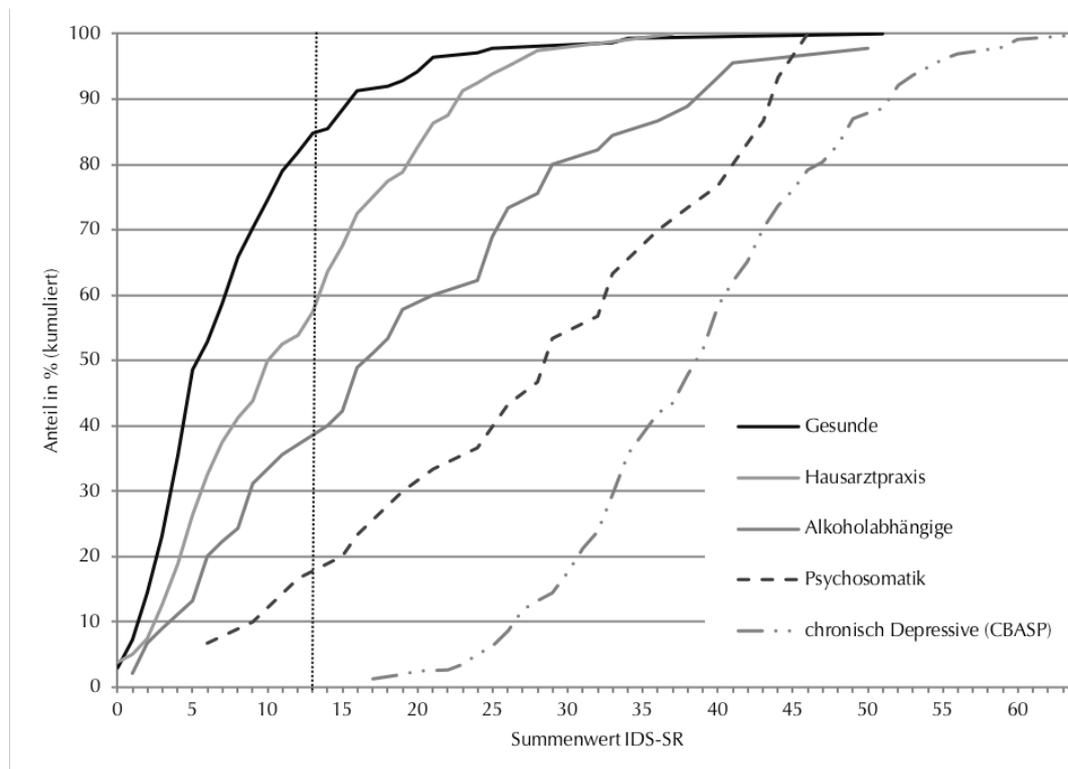


Abbildung 14 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf IDS-SR-Summenwerte

Analoge Analysen wurden auch für die beiden Kurzformen (QIDS-CR und QIDS-SR) vorgenommen. Betrachtet man den kumulierten Anteil von Probanden verschiedener Stichproben an der Punkteverteilung im QIDS-CR (Abbildung 15), zeigt sich, dass 91.3% der Gesunden einen Punktwert ≤ 5 erreichen, was dem unauffälligen Bereich nach Trivedi et al. (2004) entspricht. In der Hausarztstichprobe erreichen 68.8% einen unauffälligen Wert. In den klinischen Stichproben wurden unauffällige QIDS-CR-Werte bei den folgenden Anteilen an den Stichproben gefunden: Alkoholabhängige 51.1%, Psychosomatikpatienten 6.7%, MinD 5.1% und DiA 11.0%. Bei der Stichprobe der remittierten Depressiven lagen 77.0% im unauffälligen Bereich nach QIDS-CR. Einige wenige chronisch Depressive der CBASP-Studie (3.4%) lagen mit den QIDS-CR-Werten unter dem Cut-off-point.

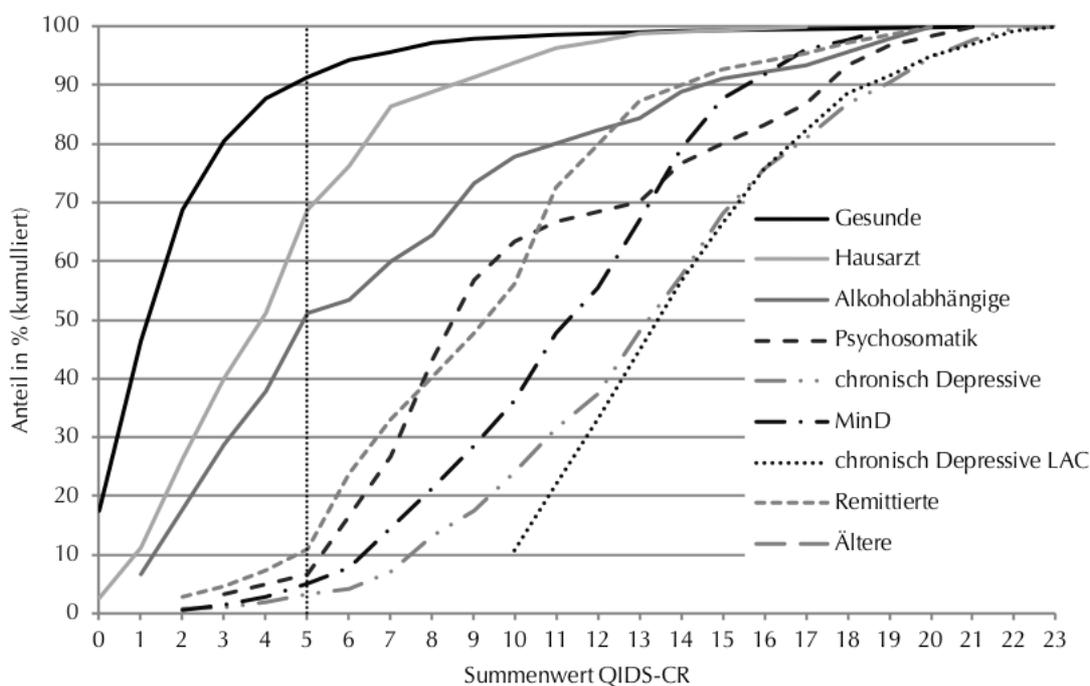


Abbildung 15 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf QIDS-CR-Summenwerte

Betrachtet man abschließend den kumulierten Anteil von Probanden verschiedener Stichproben an der Punkteverteilung im QIDS-SR (Abbildung 16), zeigt sich, dass 87.0% der Gesunden einen Punktwert ≤ 5 entsprechend dem unauffälligen Bereich nach Trivedi et al. (2004) aufwiesen. In der Hausarztstichprobe erreichen 58.8% einen unauffälligen Wert. In den klinischen Stichproben wurden unauffällige QIDS-SR-Werte bei den folgenden Anteilen an den Stichproben gefunden: Alkoholabhängige 35.6%, Psychosomatikpatienten 10.0%. Auch in der Selbsteinschätzung durch das QIDS-SR lagen einige wenige chronisch Depressive der CBASP-Studie (1.2%) mit den QIDS-CR-Werten unter dem Cut-off-point.

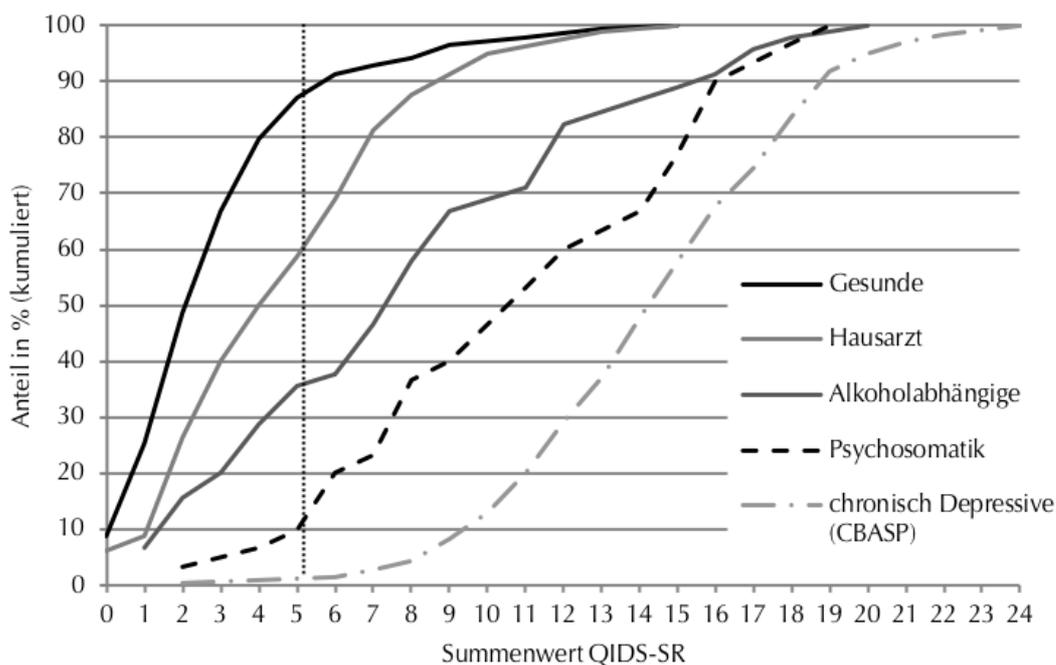


Abbildung 16 Kumulierter Anteil an Personen (verschiedene klinische Stichproben und Gesunde) bezogen auf QIDS-SR-Summenwerte

Im vorangegangenen Abschnitt wurden als Aspekte der Validität die Sensitivität und Spezifität, die Differenzierungsfähigkeit und Prozentränge an unterschiedlichen Stichproben Depressiver und an Gesunden betrachtet. Die für die englischsprachige Originalversion vorgeschlagenen Grenzwerte zur Unterscheidung zwischen unauffälligem/mildem Depressivitätswert und mittelgradiger Ausprägung sollten den Ergebnissen nach beibehalten werden. Dies gilt ebenso für den Grenzwert zwischen mild bzw. mäßig ausgeprägter Depression und unauffälliger Symptomatik.

Bewertung

Im vorangegangenen Abschnitt wurden die Sensitivität und Spezifität, die Differenzierungsfähigkeit und Prozentränge an unterschiedlichen Stichproben Depressiver und an Gesunden als Aspekte der Validität betrachtet. Die für die englischsprachige Originalversion vorgeschlagenen Grenzwerte zur Unterscheidung zwischen unauffälligem/mildem Depressivitätswert und mittelgradiger Ausprägung sollten den hier berichteten Ergebnissen nach beibehalten werden. Dies gilt ebenso für den Grenzwert zwischen mild bzw. mäßig ausgeprägter Depression und unauffälliger

Symptomatik. Insgesamt konnten über die unterschiedlichen Varianten des IDS hinweg ähnlich gute Parameter für die Sensitivität und Spezifität, die Differenzierungsfähigkeit sowie die Prozenträge gefunden werden.

6.4.5 Veränderungssensitivität

Über die Zeit bzw. im Verlauf einer Behandlung kann sich ein krankheitswertiges Merkmal, z. B. Depressivität, verändern, idealerweise in eine positive Richtung. Wie gut diese mögliche Veränderung durch ein Messinstrument erfasst werden kann, stellt eine häufige Frage in der klinischen Forschung dar, die unter dem Begriff „Veränderungssensitivität“ behandelt wird. Durch den Vergleich von Messwerten, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten (z. B. vor und nach einer Intervention) mit korrespondierenden Instrumenten erhoben werden, wird zu erschließen versucht, ob eine Veränderung stattgefunden hat. Ein Veränderungsindex, dessen statistische Signifikanz mit Tests überprüft werden kann, wird dazu aus den Messwerten errechnet und zeigt das Ausmaß an, mit dem sich die Veränderung bei einem Instrument zur korrespondierenden Veränderung in einem anderen bzw. Referenzinstrument verhält (Husted, Cook, Farewell & Gladman, 2000).

Einige Ergebnisse zur Veränderungssensitivität liegen bereits für das englischsprachige IDS vor (Biggs et al., 2000; Corruble, Legrand, Duret, et al., 1999; Rush et al., 2000; Rush et al., 1996), aber auch für die deutsche Version (Helmreich et al., 2012; Helmreich et al., 2011) fanden sich auch anhand der Daten der auch in der vorliegenden Arbeit genutzten MinD-Studie Hinweise darauf, dass beim IDS eine Veränderungssensitivität gegeben ist (vgl. Kapitel 3.2.4).

In der vorliegenden Arbeit wird vor dem Hintergrund der angestrebten Validierung des IDS bei der Bestimmung der Veränderungssensitivität das Ziel verfolgt, die Veränderungssensitivität im Vergleich zu einem anderen Referenzkriterium bzw. Depressionsmaß (externale Veränderungssensitivität) zu überprüfen und damit die bislang vorgelegten Belege zu ergänzen. Externale Veränderungssensitivität hängt entscheidend von der Auswahl des externen Standards bzw. Referenzinstruments ab. Mit Vorliegen der kategorial-diagnostischen Einschätzung per SKID-I durch geschulte Studiendiagnostiker und das Vorliegen der Fremdeinschätzung durch die HRSD sowie in Form des QIDS-CR eignen sich zur Schätzung der Veränderungssensitivität die Daten der Studie mit chronisch Depressiven (CBASP).

Bei dieser Studie liegen für immerhin 147 Patienten, bei denen zum Zeitpunkt des Screenings mittels SKID-I-Interviews eine Major Depression diagnostiziert wurde, Daten zu einem zweiten Messzeitpunkt (T2), bei dem der Abstand zum Screening für alle Patienten identisch war und der 20 Wochen nach Behandlungsbeginn stattfand, vor. Zur Abschätzung der Veränderungssensitivität des QIDS-CR wurde geprüft, ob bei denjenigen Patienten, die zu diesem zweiten Messzeitpunkt laut SKID-I keine Major Depression mehr aufwiesen, eine signifikant stärkere Reduktion der depressiven Symptomatik (operationalisiert über den Differenzwert zwischen den beiden verwendeten Messzeitpunkten) gefunden werden konnte, als bei denjenigen Patienten, die laut SKID-I-Einschätzung nach wie vor unter einer Major Depression litten. Dazu wurde ein *t*-Test durchgeführt, der einen statistisch signifikanten Gruppenunterschied zeigte, $t(145) = -4.22, p < .001$. Im Mittel fand sich eine um 3.62 Punkte im QIDS-CR günstigere Entwicklung bei denjenigen Patienten, die beim zweiten Messzeitpunkt laut SKID-I-Diagnostik keine Major Depression mehr aufwiesen. Eine analoge Analyse wurde auch für die HRSD vorgenommen. Auch hier zeigte sich ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied mit ausgeprägterer Reduktion der depressiven Symptomatik bei denjenigen Patienten, die zum zweiten Messzeitpunkt keine Major Depression attestiert bekommen hatten, $t(145) = 7.24, p < .001$. In einem weiteren Schritt wurde geprüft, inwieweit sich bei QIDS-CR und HRSD eine ähnliche Veränderung in der Symptombelastung über die Zeit zeigte. Hierfür wurde der Zusammenhang der Differenzwerte in der HRSD und im QIDS-CR mittels einer bivariaten Korrelationsanalyse geprüft, wobei eine hohe Assoziation gefunden wurde, $r = .78, p < .001$. Zusammengefasst konnte somit in der vorliegenden Arbeit ein weiterer Beleg für die postulierte Veränderungssensitivität des IDS, speziell des QIDS-CR, erbracht werden.

6.4.6 Faktorielle Validität

Wie oben bereits beschrieben wurde (siehe Kapitel 2), werden als depressive Störungen mehrere Störungsbilder mit jeweils einer Vielzahl an Symptomen bezeichnet. Allen gemeinsam ist die Veränderung der Stimmung (American Psychiatric Association, 2013), die nach ICD-10 neben der Veränderung des Antriebs das Leitsymptom ist (WHO-Weltgesundheitsorganisation, 1993). Zur Diagnosestellung einer affektiven Störung müssen jedoch mehrere Symptome aus unterschiedlichen Funktionsbereichen

vorliegen, beispielsweise kognitive Veränderungen, Veränderungen im sozialen Kontakt, der sexuellen Appetenz oder somatische Beschwerden. Im Bereich der Depressionsforschung weisen die Autoren jeweils auf diesen Umstand der Heterogenität der Depression hin (z. B. Tsuno, Besset & Ritchie, 2005; Zimmermann et al., 2009). Insofern ist Depression bzw. Depressivität im Sinne eines Oberbegriffs eindimensional, jedoch in der symptomatischen Ausgestaltung sehr unterschiedlich.

Für die psychometrische Betrachtung eines Instruments, das Depression mit ihren Facetten messen soll, hat das entsprechende Konsequenzen. So kann nicht automatisch von einer einfaktoriellen Struktur ausgegangen werden. Vielmehr scheint es plausibler, dass bei der faktoriellen Untersuchung von Daten aus Patientengruppen neben einem Faktor, der die Hauptsymptomatik der Depression bindet (Stimmungsveränderung und Veränderung des Antriebs), ggf. ein oder mehrere andere Faktoren resultieren, die bestimmte, nicht bei allen Personen mit Depression auftretende Symptome bzw. Symptomgruppen abbilden.

Tatsächlich gibt es in der vorliegenden Literatur bereits entsprechende Hinweise auf eine mehrfaktorielle Struktur von breit angelegten Instrumenten zur Erfassung von Depression. Solche Befunde liegen vor für die gängigen deutschsprachigen Depressionsinventare BDI-II (Hautzinger et al., 2009; Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007), ADS (Hautzinger et al., 2012) und CDRS-R (Keller, F. et al., 2012) sowie die englischsprachigen Originalversionen, zu denen z. B. Shafer (2006) einen Überblick gab. In seiner Metaanalyse der Faktorenstruktur von vier Depressionsmessinstrumenten (BDI-II, CES-D, HRSD, Zung Depression Scale) berichtete Shafer (2006), dass üblicherweise ein robuster erster Faktor zu beobachten sei, der von einem weiteren „somatischen“ Faktor begleitet würde. Für das IDS wurden, wie oben (vgl. Kapitel 3.2.2) ausgeführt, ebenfalls mehrfaktorielle Lösungen gefunden, sofern es sich um klinische Stichproben handelte. Hier berichteten Rush et al. (1996) für eine Stichprobe depressiver und remittierter Studienteilnehmer eine dreifaktorielle Faktorenstruktur für das IDS-CR mit 30 Items. Faktor 1 band 14 Symptome der Depression wie Interesse, Lustempfinden, Traurigkeit, Energieverlust, Suizidgedanken und wurde von den Autoren als kognitiver/stimmungsbezogener Faktor benannt. Faktor 2, auf dem acht Items (sympathone Erregung, psychomotorische Agitiertheit, Verdauungsbeschwerden, Paniksymptome, Durchschlafschwierigkeiten, Einschlafschwierigkeiten, Ängstlichkeit/Anspannung, Schmerzen) ihre Primärladung

hatten, wurde als Angst- und Erregungsfaktor bezeichnet. Auf Faktor 3 luden die fünf Items, die Appetit- und Gewichtsveränderungen, Hypersomnie, Früherwachen und Energieverlust adressieren.

Demgegenüber ist mit einer einfacheren Faktorenstruktur zu rechnen, wenn lediglich die Erfassung der Kernsymptomatik der Depression vorgenommen werden soll oder wenn lediglich Symptomgruppen, die über ein einzelnes Item oder einen bereits aggregierten Wert erfasst werden, in die Faktorenanalyse eingehen. Tatsächlich finden sich für das QIDS, das als Kurzform des IDS diese Kernsymptomatik adressiert, entsprechende empirische Belege. In einem systematischen Review von Studien zur psychometrischen Struktur von QIDS-CR und QIDS-SR, der 37 Studien umfasste und von denen 16 Studien Ergebnisse zur Dimensionalität einschlossen, fand sich für beide Formen (Fremd- und Selbstbeurteilungsversion) eine unidimensionale Struktur (Reilly et al., 2015) mit Ausnahme einer zweifaktoriellen Struktur in der chinesischen Version des QIDS-SR (Liu et al., 2013).

Die in Faktorenanalysen resultierende Anzahl von Faktoren sowie das Ladungsmuster ist wesentlich von Stichprobencharakteristika abhängig (vgl. Bortz, 1999). Je „ähnlicher“ sich die Personen in einer Stichprobe in Bezug auf die erfassten Hauptmerkmale (im vorliegenden Falle Depression) sind, desto eher werden sich auch kleinere Unterschiede zwischen diesen Personen in zusätzlich zu extrahierenden Faktoren (Symptomgruppen) niederschlagen können; je unterschiedlicher die Personen sind (z. B. Gesunde vs. Personen mit Depression), desto wahrscheinlicher wird ein Hauptfaktor viel Varianz binden (vgl. unten). Die vorliegende reichhaltige Datenbasis erlaubt es, auch diese Vorhersage zu prüfen.

Die Faktorenstrukturen der deutschen Varianten des IDS und des QIDS werden im Folgenden anhand von mehreren Stichproben untersucht. Im Vordergrund der Analysen standen jeweils die Fragen nach (1) Anzahl der zu extrahierenden Faktoren sowie (2) die Vergleichbarkeit der resultierenden Lösungen mit dem englischsprachigen Original. Entsprechend der Empfehlungen von MacCallum, Widaman, Zhang und Hong (1999), dass die Stichprobengröße für eine Faktorenanalyse im Verhältnis von 5:1 zu der Itemanzahl stehen soll, wurden für die Prüfung der Faktorenstruktur beim IDS-CR zwei Samples (zum einen die MinD-Studie und zum anderen die Stichprobe der Gesunde, Hausarztpatienten, Alkoholabhängige und Psychosomatikpatienten als kombinierte Stichprobe) mit entsprechend großen Fallzahlen herangezogen. Bei der

Betrachtung der Faktorenstruktur des IDS-SR gehen Daten aus der CBASP-Studie und die kombinierte Stichprobe aus Alkoholabhängigen, Psychosomatikpatienten, Hausarztpatienten und Gesunden ein. Für das QIDS-CR wurden die Daten aus den Stichproben mit Depressiven der CBASP-Studie und der MinD-Studie ausgewertet sowie die der kombinierten Stichprobe aus Alkoholabhängigen, Psychosomatikpatienten, Hausarztpatienten und Gesunden. Der Beurteilung der Dimensionalität des QIDS-SR liegen Daten aus der CBASP-Studie und der kombinierten Stichprobe der Alkoholabhängigen, Psychosomatikpatienten, Hausarztpatienten und Gesunde zugrunde.

Faktorenstruktur des IDS-CR

Rush et al. (1996) berechneten für die amerikanische Originalversion des IDS-CR Hauptkomponentenanalysen mit iterativer Schätzung der Kommunalitäten und anschließender Varimaxrotation an depressiven und remittierten depressiven Patienten, in denen sich nach dem Bericht der Autoren eine dreifaktorielle Lösung zeigte (der Eigenwerteverlauf wurde allerdings nicht berichtet). In einer anderen Arbeit mit ebenfalls depressiven Studienteilnehmern dokumentierten Bech et al. (2011) hingegen eine zweifaktorielle Struktur. Um die eigenen Ergebnisse mit den Befunden beider Studien vergleichen zu können, wurden Hauptkomponentenanalysen mit Varimaxrotation vorgenommen. Zur Bestimmung der geeigneten Faktorenanzahl wurden sowohl der Scree-Test als auch die inhaltliche Interpretierbarkeit der resultierenden Faktoren herangezogen (Bortz, 1999).

Für die Daten der MinD-Stichprobe (N = 368) bot sich nach Screeplot (siehe Abbildung 17) die Extraktion von drei Faktoren an. Gleichwohl wurde neben der Drei-Faktoren-Lösung auch eine Zwei-Faktoren-Lösung erzeugt und interpretiert.

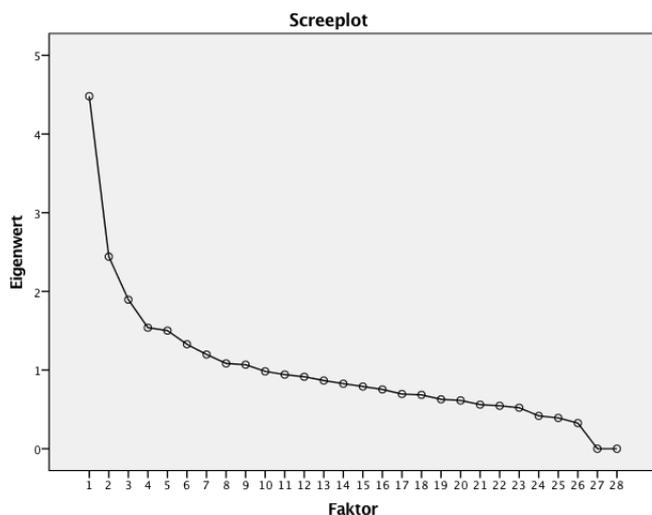


Abbildung 17 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation des der MinD-Stichprobe (Baselinemessung)

In der rotierten Drei-Faktoren-Lösung (Hauptkomponentenanalyse, Varimaxrotation mit Kaiser-Normalisierung mit Extraktion von 3 Faktoren) resultierten folgende Eigenwerte: 3.58, 2.84 und 2.40. Die gemeinsam erklärte Varianz der drei Faktoren betrug 31.5%. Die Ladungsmuster sind in Tabelle 16 dargestellt, wobei substantielle Ladungen ($\geq .30$) in Fettschrift markiert sind. Es zeigte sich ein relativ starker erster Faktor mit Primärladungen von 13 Items (19 - Interesse, Beteiligung am Leben, 21 - Vergnügen, Lustempfinden, 5 - Stimmung/Traurigkeit, 8 - Reaktivität der Stimmung, 20 - Energielosigkeit, 10 - Qualität der Stimmung, 15 - Konzentration, 22 - Sexuelles Interesse, 7 - Stimmung/Angst, 17 - Sicht der Zukunft, 18 - Suizidvorstellung, 16 - Selbstbewertung, 23 - Psychomotorische Verlangsamung). Die Itemverteilung auf diesem ersten Faktor entsprach weitgehend der in der Publikation von Rush et al. (1996) berichteten Lösung: Lediglich Item 6 lud nicht wie dort beschrieben auf diesem ersten Faktor, wohingegen jedoch ein weiteres Stimmungssitem (Item 7 - Stimmung/Angst-Anspannung) seine Primärladung auf dem ersten Faktor hatte. Der zweite Faktor umfasste die Appetit- und Gewichtsveränderung (Items 11/12 und 13/14), die bei Rush, gemeinsam mit einigen weiteren Items, den dritten Faktor bildeten. Der dritte Faktor umfasste größtenteils Items, die bei Rush den zweiten Faktor konstituierten (Item 26 - Sympathotone Erregung, Item 2 - Nächtliches Erwachen, Item 24 - Psychomotorische Agitiertheit, Item 27 - Panik/Phobische Symptome, Item 1 - Einschlafschwierigkeiten Item 6 - Stimmung/Gereiztheit). Wie bei Rush et al. (1996) wies Item 3 - Früherwachen - auf keinem der drei Faktoren eine substantielle Ladung auf. Ebenfalls ohne

substanzielle Ladung auf einem der drei Faktoren waren die Items 25 – somatische Klagen und 28 – Verdauungsbeschwerden, die sich bei Rush dem zweiten Faktor zuordneten. Das Item 4 – Hypersomnie zeigte eine substanzielle negative Ladung auf Faktor 3.

Zusätzlich wurden zum Abgleich mit den von Bech et al. (2011) berichteten Befunden aus Faktorenanalysen die Ladungsmuster aus Zwei-Faktoren-Lösungen untersucht (Hauptkomponentenanalyse, Varimaxrotation mit Kaiser-Normalisierung). Hierbei resultierte jedoch keine sinnvoll zu interpretierende Lösung: Der erste Faktor umfasste 25 der 28 Items, wobei jedoch bei zehn dieser Items nur geringe Ladungen (unter .30) zu verzeichnen waren; die übrigen drei Items waren Gewichtsveränderung, Appetitveränderung und Hypersomnie.

Tabelle 16 *Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-CR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der MinD-Stichprobe*

Item	Faktor			h ²
	1	2	3	
1. Einschlafschwierigkeiten	-.02	.08	.40	.16
2. Nächtliches Erwachen	-.11	.08	.56	.33
3. Früherwachen	.10	.02	.29	.09
4. Hypersomnie	.18	.20	-.38	.22
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	.63	.06	.26	.47
6. Stimmung (Gereiztheit)	.27	-.06	.39	.23
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	.45	-.01	.38	.35
8. Reaktivität der Stimmung	.57	.05	.02	.33
9. Stimmungsvariabilität	.22	-.03	-.05	.05
10. Qualität der Stimmung	.50	.09	.00	.25
11./12. Appetitveränderung	.13	.78	.10	.63
13./14. Gewichtsveränderung	-.01	.82	.05	.67
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.50	.09	.25	.31
16. Selbstbewertung	.39	-.07	.21	.20

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 16 *Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-CR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der MinD-Stichprobe*

Item	Faktor			h ²
	1	2	3	
17. Sicht der Zukunft	.43	-.07	.26	.26
18. Suizidvorstellungen	.40	-.03	.35	.28
19. Interesse/Beteiligung am Leben	.66	.20	.06	.48
20. Energielosigkeit	.52	.28	.09	.36
21. Vergnügen, Lustempfinden	.63	.17	.02	.43
22. Sexuelles Interesse	.46	.03	-.21	.25
23. Psychomotorische Verlangsamung	.35	-.01	-.01	.12
24. Psychomotorische Agitiertheit	-.03	-.03	.52	.27
25. Somatische Klagen	.14	.17	.29	.13
26. Sympathotone Erregung	.09	.10	.61	.39
27. Panik/phobische Symptome	.05	.04	.47	.22
28. Verdauungsbeschwerden	.05	.07	.14	.03
Eigenwert	3.58	2.84	2.40	
% erklärte Varianz	12.80	10.13	8.57	

Anschließend wurde ein kombiniertes Sample aus den Datensätzen der Gesunden (N = 139), der Hausarztstudie (N = 80), der Psychosomatikpatienten (N = 30) und der Alkoholabhängigen (N = 45) mit insgesamt 294 Teilnehmern gebildet. Die unterschiedlich starke Ausprägung von Depressivität in den Subgruppen der Stichprobe führte dazu, dass die Varianz bei allen Items insgesamt höher lag als bei den einzelnen Teilgruppen. Eine hohe Varianz, die durch solche deutlichen Gruppenunterschiede verursacht ist, führt in Faktorenanalysen typischerweise zu einem deutlicher auftretenden ersten Hauptfaktor, der einen großen Teil der Varianz zwischen den Gruppen bindet, sowie damit einhergehend zu einer Reduktion der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren.

Tatsächlich konnte dieses Muster auch hier bestätigt werden. Die Betrachtung des Screeplots legte eine einfaktorielle Lösung nahe (siehe Abbildung 18). Der Eigenwert

des ersten Faktors betrug 8.20. Die durch den Faktor erklärte Varianz betrug 29.3%. Das Ladungsmuster ist im Anhang Tabelle A - 32 dargestellt. Es zeigte sich ein starker erster Faktor mit Ladungen von $\geq .30$ bei allen Items mit Ausnahme des Items 4 – (Hypersomnie). Dies kann als weiterer Beleg für die faktorielle Validität des Instruments angesehen werden, mit dessen Hilfe ja auch Diagnoseentscheidungen getroffen bzw. vorbereitet werden sollen.

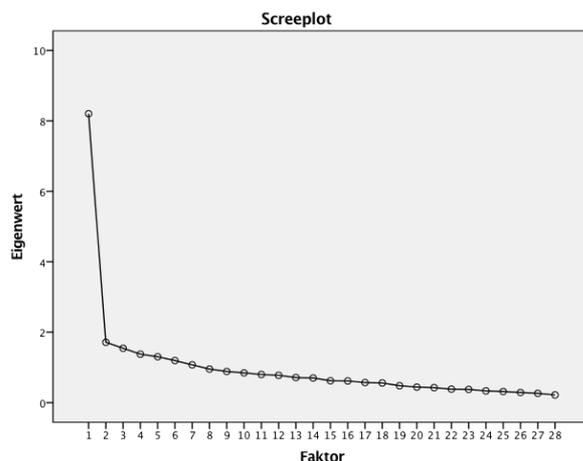


Abbildung 18 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des IDS-CR der kombinierten Stichprobe

Faktorenstruktur des IDS-SR

Beim IDS-SR liegen mehrere Studien zur Faktorenstruktur vor, die unterschiedliche Ergebnisse brachten: Während Trivedi et al. (2004) bei der Untersuchung der Faktorenstruktur an einer Stichprobe mit Depressiven eine Ein-Faktor-Lösung präferierten, fanden Bernstein, Rush, Carmody, Woo und Trivedi (2006) bei Depressiven eine zweifaktorielle Lösung mit einem Depressionsfaktor mit 25 Items und einen somatischen Faktor mit drei Items (somatische Klagen, sympathotone Erregung, Verdauungsbeschwerden). Bei Rush et al. (1996) resultierte hingegen eine dreifaktorielle Lösung mit den Faktoren „Stimmung/Kognition“, „Angst/Anspannung“ und „Schlaf“. Wardenaar et al. (2010) berechneten für eine niederländische Stichprobe (Depressive, remittierte Depressive, Angststörungspatienten, Gesunde) eine Hauptkomponentenanalyse des IDS-SR, in der ebenfalls eine dreifaktorielle Lösung mit den Faktoren „Stimmung/Kognition“, „Angst/somatische Beschwerden“ und „Schlaf“ resultierte; vergleichbare Befunde legten Corruble, Legrand, Duret, et al. (1999) für eine französischsprachige Stichprobe mit Depressiven vor. Beide Autorengruppen

präsentierten damit Ergebnisse, die der Lösung von Rush et al. (1996) sehr ähnlich waren.

Beim IDS-SR liegt für die nachfolgend berichteten Analysen zur faktoriellen Validität ein für eine Faktorenanalyse ausreichend großer Datensatz aus der CBASP-Studie vor. Wiederum wurden Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimaxrotation vorgenommen. Der Screeplot (Abbildung 19) legte eine zwei oder vierfaktorielle Lösung nahe.

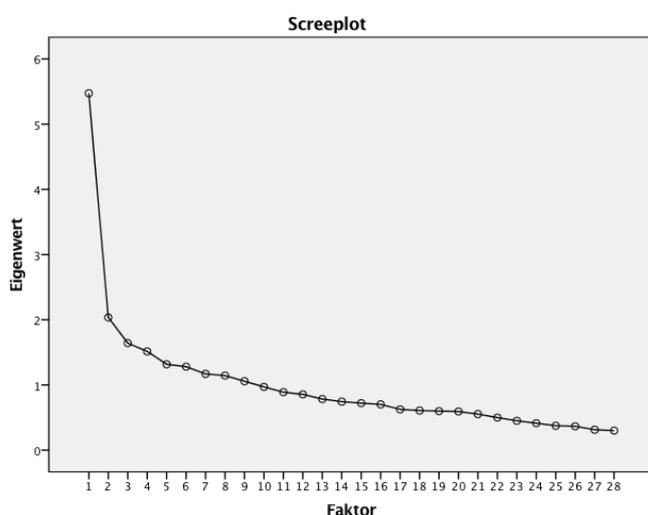


Abbildung 19 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des IDS-SR der CBASP-Stichprobe (Baseline)

Bei der Generierung einer zweifaktoriellen Lösung waren 6 Items nicht zuordenbar (1 - Einschlafschwierigkeiten, 4 - Hypersomnie, 9 - Stimmungsvariabilität, 18 - Suizidvorstellungen, 20 – Energielosigkeit, 29 – zwischenmenschliche Empfindsamkeit). Vom ersten Faktor, inhaltlich als „kognitiv/stimmungsbezogen“ interpretierbar, wurden die Items 5, 6, 8, 10-19, 27, 28 gebunden, während die Items 2, 3, 7, 21-26 und 30 dem zweiten Faktor zugeordnet wurden, der inhaltlich eher „Körperempfindungen“ abbildet (siehe

Tabelle A - 33 des Anhangs). Eine darüber hinaus generierte vierfaktorielle Lösung konnte inhaltlich nicht überzeugen: Der vierte Faktor umfasste nur das Item 9 – Stimmungsvariabilität und Item 13/14 – Gewichtsveränderung, während das Item 6 – Stimmung (Gereiztheit) – auf keinem Faktor eine substantielle Ladung zeigte (vgl. Tabelle A - 34). Um die Faktorenstruktur aus der CBASP-Studie mit einer einfaktoriellen Lösung zu vergleichen, wie sie von Trivedi et al. (2004) berichtet wurde, wurde eine solche einfaktorielle Lösung ebenfalls generiert. Die Faktorladungen von 6 Items (alle schlafbezogenen Items 1- Einschlafschwierigkeiten, 2- nächtliches Erwachen, 3 – Früherwachen, 4 –Hypersomnie sowie 9 - Stimmungsvariabilität und 30 – körperliches Schweregefühl) lagen hierbei unter .30.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen wenig zufriedenstellenden Lösungen wurde zuletzt eine dreifaktorielle Lösung generiert, deren Ergebnisse in bereits vorliegende Studienergebnisse einordenbar waren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 dargestellt ebenso wie die Ladungen auf den Faktoren in den beiden Studien mit dreifaktoriellen Lösungen (Rush et al., 1996; Wardenaar et al., 2010). Alle Items bis auf zwei (20 - Energielosigkeit, 29 - zwischenmenschliche Empfindsamkeit) waren Faktoren eindeutig zuordenbar. Inhaltlich können die generierten Faktoren als „Stimmung/kognitiv“, „Angst/Körpersymptome“ und „Schlaf/somatische Beschwerden“ interpretiert werden.

Tabelle 17 *Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe*

Item	Faktor			Faktor bei Rush et al. (1996)	Faktor bei Wardenaar et al. (2010)	h ²
	1	2	3			
1. Einschlafschwierigkeiten	.17	-.02	.44	3	3	.22
2. Nächtliches Erwachen	.07	.17	.64	3	3	.45
3. Früherwachen	.10	.10	.72	3	3	.54
4. Hypersomnie	.04	.12	-.55	3	3	.32
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	.64	.18	.13	1	1	.45

Ergebnisse

6. Stimmung (Gereiztheit)	.31	.28	.10	2	1	.19
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	.30	.48	.05	2	1	.32
8. Reaktivität der Stimmung	.65	.17	.14	1	1	.48
9. Stimmungsvariabilität	-.08	.10	.11	-	-	.03
10. Qualität der Stimmung	.52	.13	.04	1	1	.28
11./12. Appetitveränderung	.37	.50	-.02	1	2	.39

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 17 *Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe*

Item	Faktor			Faktor bei Rush et al. (1996)	Faktor bei Warden et al. (2010)	h ²
	1	2	3			
13./14. Gewichtsveränderung	.41	.11	.02	1	2	.18
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.63	-.06	.07	2	1	.41
16. Selbstbewertung	.55	-.03	-.03	1	1	.30
17. Sicht der Zukunft	.66	.12	-.07	1	1	.45
18. Suizidvorstellungen	.41	.47	-.09	1	1	.40
19. Interesse/Beteiligung am Leben	.71	.13	.11	1	1	.53
20. Energielosigkeit	.25	.24	-.01	1	1	.12
21. Vergnügen, Lustempfinden	.25	.60	-.06	1	1	.43
22. Sexuelles Interesse	.13	.50	.19	1	1	.30
23. Psychomotorische Verlangsamung	.04	.53	.12	2	1	.29
24. Psychomotorische Agitiertheit	-.10	.67	.08	2	2	.47
25. Somatische Klagen	.08	.59	.03	2	2	.36
26. Sympathotone Erregung	.04	.51	.13	2	2	.27
27. Panik/phobische Symptome	.45	.00	.00	2	2	.21
28. Verdauungsbeschwerden	.54	.40	-.15	2	2	.48

29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	.26	.13	.14	2	1	.10
30. Körperliches Schweregefühl	.00	.20	.42	2	1	.22
Eigenwert	5.48	2.04	1.64			
% erklärte Varianz	19.80	7.27	5.87			

In der Ein-Faktoren-Lösung (Hauptkomponentenanalyse, Varimaxrotation mit Kaiser-Normalisierung mit Extraktion von 1 Faktor) resultierte ein Eigenwert von 10.22, die durch den Faktor erklärte Varianz betrug 36.5%. Das Ladungsmuster ist in Tabelle A - 35 dargestellt. Es zeigte sich ähnlich wie bei Trivedi et al. (2004) ein starker Faktor, der mit einer Ausnahme (Item 4 – Hypersomnie) alle Items band. Wie erwartet fanden sich also in dieser heterogenen Stichprobe Belege für einen starken Hauptfaktor, der im Sinne einer „Depressionsbelastung“ interpretiert werden kann. Erneut kann dies als Beleg für die faktorielle Validität des Instruments gedeutet werden, mit dem Diagnoseentscheidungen (gesund vs. Vorliegen einer Depression) unterstützt werden sollen.

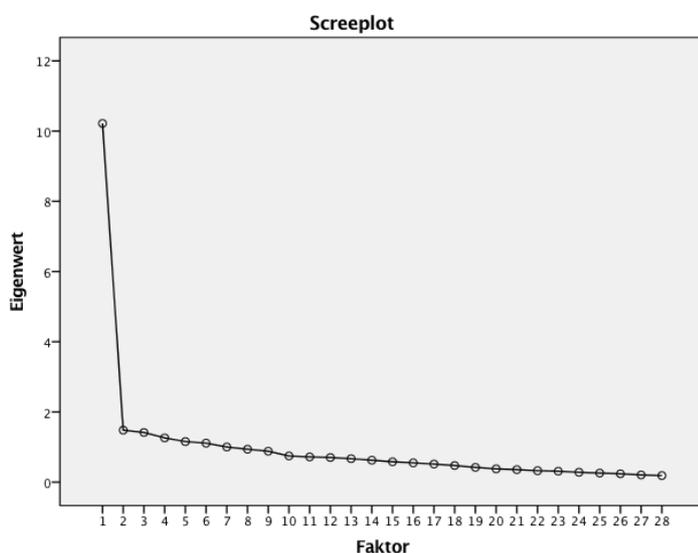


Abbildung 20 Screplot der Hauptkomponentenanalyse des IDS-SR der kombinierten Stichprobe

Faktorenstruktur des QIDS-CR

Im nächsten Schritt wurde die Faktorenstruktur des QIDS-CR geprüft. Bei diesem Instrument, das primär als Screening-Verfahren eingesetzt wird, gibt das Manual vor, dass Items zu Itemgruppen zusammengefügt werden: Bei den schlafbezogenen Items (Items 1, 2, 3 und 4 des QIDS), den Items zu Appetit und Gewicht (Items 6, 7, 8 und 9 des QIDS) und denen zu psychomotorischer Verlangsamung und psychomotorischer Agitiertheit (Items 14 und 15 des QIDS) wird jeweils der höchste Wert aus der Itemgruppe in den Gesamtwert einbezogen. Dies führt dazu, dass Items, die in den oben berichteten Analysen zum IDS teilweise eigene Faktoren bildeten, bei den Analysen mit dem QIDS nur mit einem (zusammengesetzten) Wert eingehen. Dies sollte, so lässt sich vermuten, auch die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass empirisch eine einfaktorielle Struktur identifiziert wird. Auf eine alternative Modellierung mit den Einzelitems wird an dieser Stelle verzichtet, da beim QIDS in der klinischen Praxis grundsätzlich mit den Itemgruppen gearbeitet wird.

Um die eigenen Ergebnisse mit den Befunden der bereits vorliegenden Studien vergleichen zu können (Bernstein, Rush, et al., 2009; Doraiswamy et al., 2010; zusammenfassend siehe Reilly et al., 2015), wurden wieder Hauptkomponentenanalysen vorgenommen. Für die folgenden Faktorenanalysen wurden erneut die Datensätze mit ausreichender Stichprobengröße herangezogen, die aus den Stichproben der Depressiven aus der CBASP- und der MinD-Studie vorliegen sowie der kombinierten Stichprobe der Alkoholabhängigen, Psychosomatik- und Hausarztpatienten sowie Gesunden.

Bei der Stichprobe der chronisch Depressiven aus der CBASP-Studie zeigte sich ein starker erster Faktor mit einem Eigenwert von 3.65 (Varianzaufklärung 40.5%, siehe Screeplot in Abbildung 21). Der zweite Faktor wies einen Eigenwert von lediglich .98 auf. In der daraufhin generierten Lösung mit einem Faktor zeigten alle Items Ladungen von $\geq .30$ (vgl. Tabelle 18).

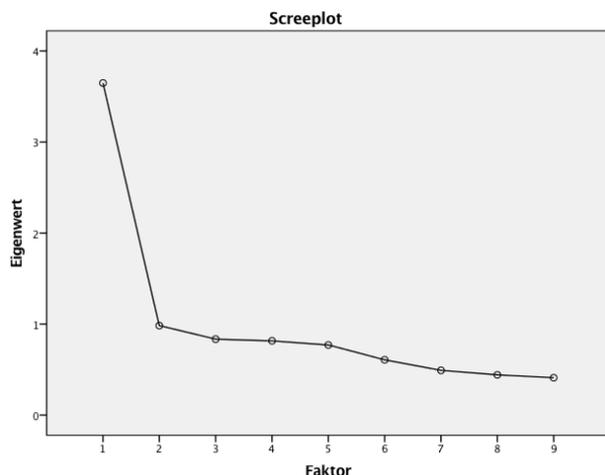


Abbildung 21 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-CR aus der CBASP-Stichprobe

Tabelle 18 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der CBASP-Stichprobe

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Schlaf	.78	.61
2. Stimmung	.65	.43
3. Appetit- und Gewichtsveränderung	.33	.11
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.75	.56
5. Selbstbewertung	.62	.38
6. Suizidvorstellungen	.46	.21
7. Interesse/Beteiligung am Leben	.74	.55
8. Energielosigkeit	.73	.53
9. Psychomotorische Veränderung	.52	.27
Eigenwert	3.65	
% erklärte Varianz	40.54	

Das Muster eines starken Hauptfaktors zeigte sich ebenso für das kombinierte Sample aus den Stichproben der Alkoholabhängigen, Psychosomatik- und Hausarztpatienten und Gesunden. Der Eigenwert des ersten Faktors betrug 3.87, der zweite Faktor war wiederum < 1 und die Varianzaufklärung betrug 43.0% (siehe

Abbildung 22). Auch hier betragen alle Faktorladungen nach Generierung einer einfaktoriellen Lösung $\geq .30$ (vgl. Tabelle A - 36 des Anhangs).

Bei der Stichprobe der Depressiven der MinD-Stichprobe zeigte sich ein nahezu identisches Bild eines starken Hauptfaktors mit einem Eigenwert von 22.54 und einer Varianzaufklärung von 28.2%. Bei der Lösung mit einem Faktor band dieser wieder alle Items. Die Faktorenladungen und Kommunalitäten sind in

Tabelle A - 37 des Anhangs dargestellt.

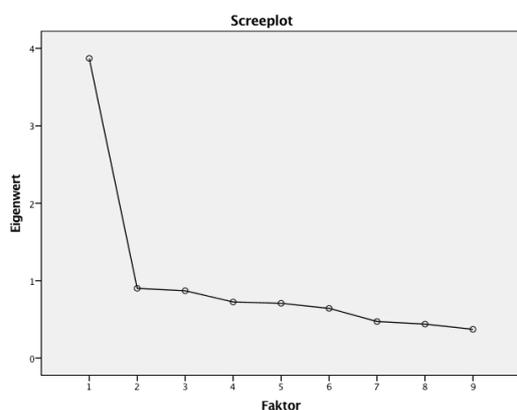


Abbildung 22 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-CR der kombinierten Stichprobe (Alkoholabhängige, Psychosomatikpatienten, Patienten einer Hausarztpraxis, Gesunde)

Faktorenstruktur des QIDS-SR

Abschließend wurde die Faktorenstruktur beim QIDS-SR überprüft. Auch bei diesem Instrument ist von einer einfaktoriellen Struktur auszugehen, da hier ebenso wie beim QIDS-CR Items zu Itemgruppen zusammengefügt werden. Bei den schlafbezogenen Items (Items 1, 2, 3 und 4 des QIDS), den Items zu Appetit und Gewicht (Items 6, 7, 8 und 9 des QIDS) und denen zu psychomotorischer Verlangsamung und psychomotorischer Agitiertheit (Items 14 und 15 des QIDS) wird wieder jeweils der höchste Wert aus der Itemgruppe in den Gesamtwert einbezogen. Um die eigenen Ergebnisse mit den am Beginn des Kapitels beschriebenen Befunden

der bereits vorliegenden Studien vergleichen zu können, zu denen Reilly et al. (2015) einen Überblick geben, wurden erneut Hauptkomponentenanalysen vorgenommen.

Bei der Stichprobe der chronisch Depressiven aus der CBASP-Studie zeigte sich ein starker erster Faktor mit einem Eigenwert von 2.65 (Varianzaufklärung 29.5%). (siehe Screeplot in Abbildung 23). In der generierten Lösung mit einem Faktor wiesen alle Items Ladungen von $\geq .30$ auf (vgl. Tabelle 19).

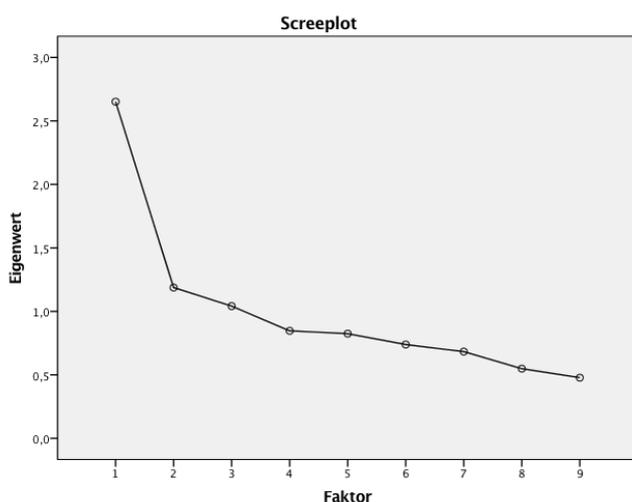


Abbildung 23 Screeplot der Hauptkomponentenanalyse des QIDS-SR der Stichprobe der Chronisch Depressiven (CBASP)

Tabelle 19 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-SR (Hauptkomponentenanalyse) der CBASP-Stichprobe

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Schlaf	.34	.11
2. Stimmung	.69	.47
3. Appetit- und Gewichtsveränderung	.60	.09
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.46	.42
5. Selbstbewertung	.31	.14
6. Suizidvorstellungen	.65	.21
7. Interesse/Beteiligung am Leben	.37	.36
8. Energielosigkeit	.68	.46
9. Psychomotorische Veränderung	.62	.38

Eigenwert	2.65
% erklärte Varianz	29.5

Das Muster eines ersten starken Faktors kombiniert mit substanziellen Ladungen aller Items auf diesem Faktor zeigte sich auch für das kombinierte Sample aus den Stichproben der Alkoholabhängigen, Psychosomatik- und Hausarztpatienten sowie Gesunden, bei dem der Eigenwert des ersten Faktors 4.12 betrug, der zweite Faktor < 1 war und sich die Varianzaufklärung auf 45.6% belief (siehe Abbildung 24). Erwartungsgemäß fiel – wie bei der Untersuchung der Dimensionalität des QIDS-CR dieser kombinierten Stichprobe – die Varianzaufklärung höher aus als in der homogeneren Stichprobe der chronisch Depressiven (CBASP). Zudem besaßen alle Items Ladungen von $\geq .30$ (vgl. Tabelle A - 38 des Anhangs).

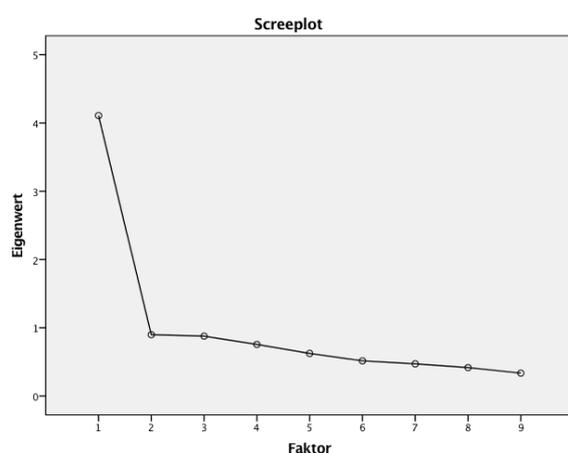


Abbildung 24 Screeplot der *Hauptkomponentenanalyse des QIDS-SR der kombinierten Stichprobe*

Zusammenfassend konnte im vorangegangenen Abschnitt die faktorielle Validität der Instrumente in allen Varianten gut belegt werden. So konnten in Einklang mit Annahmen zur mehrdimensionalen Struktur der Depression in klinischen Stichproben bei den Langformen IDS-CR und IDS-SR Belege für eine mehrfaktorielle Struktur gefunden werden. Zumeist band ein erster starker Faktor einen Großteil der Items und ein bzw. zwei weitere Komponenten konnten identifiziert werden. Insofern erscheint das IDS als Fremd- und Selbstbeurteilungsversion wertvoll für die Arbeit mit klinischen Stichproben, bei denen auch Unterbereiche der depressiven Symptomatik betrachtet

werden können und für die Erfassung des symptomatischen Ausmaßes der Beschwerden wichtig sind. Die Befunde zur Dimensionalität des IDS-CR und IDS-SR stehen im Einklang mit den Befunden bereits vorliegender Untersuchungen des englischen Originals und anderssprachigen Versionen des IDS (Rush et al., 1996; Wardenaar et al., 2010).

Die Ergebnisse der Untersuchung der Faktorenstruktur bei den Kurzformen QIDS-CR und QIDS-SR stehen ebenfalls im Einklang mit vorliegenden Befunden anderssprachiger Versionen (Reilly et al., 2015). Zu berücksichtigen ist hier, dass beim QIDS in der klinischen Praxis Itemgruppen in ein Item zusammengefasst werden. Da diese Itemgruppen auch die Basis für die Faktorenanalysen bildeten, waren Hinweise auf eine einfaktorielle Struktur zu erwarten. In Übereinstimmung mit dieser Annahme konnte in allen Stichproben ein Faktor generiert werden, der alle Items bzw. Itemgruppen band. Dabei spricht die besonders starke Ausprägung des Hauptfaktors bei heterogeneren Stichproben erneut für die hohe Validität des QIDS und seine Eignung zum Einsatz als Screeninginstrument oder zur Unterstützung bei diagnostischen Entscheidungen.

6.5 Zusammenhänge mit Personenmerkmalen

6.5.1 Zusammenhang mit Geschlecht, Alter und Bildungshintergrund

Epidemiologische Studien zu klinischen Ausprägungen von Depressionen weisen darauf hin, dass das Risiko, an Depressionen zu erkranken, mit dem Geschlecht, dem Alter und der Schulbildung zusammenhängt (vgl. Busch et al., 2013). Grundsätzlich gilt, dass Frauen häufiger an Depressionen erkranken als Männer. Zudem erhöht sich die Auftretenswahrscheinlichkeit von Depression mit dem Alter. Außerdem findet sich eine höhere Prävalenz von Depressionen bei Personen mit vergleichsweise niedriger Schulbildung. Auf den ersten Blick könnte deshalb erwartet werden, dass auch in der vorliegenden Studie Gruppenunterschiede zu finden sein sollten. Allerdings muss hierbei beachtet werden, dass es sich bei den hier betrachteten Stichproben nicht um einen zufällig ausgewählten Ausschnitt der Population handelt, sondern dass (mit Ausnahme der Stichprobe der Gesunden und der Stichprobe der Hausarztstudie) eine diagnostizierte Depression Voraussetzung für die Aufnahme in die Studie darstellte.

Hierfür wurden Diagnosekriterien bzw. Cut-Off-Werte verwendet, die für alle Gruppen gleichermaßen galten. Dies führt notwendigerweise zu einer Nivellierung von möglichen Unterschieden in der Ausprägung bei Depression zwischen den Gruppen. Aus diesem Grund ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich in den Patientenstichproben solche Unterschiede finden lassen, wie sie aus epidemiologischen Studien bekannt sind, herabgesetzt. Dementsprechend sollen die im Folgenden berichteten Werte zu Gruppenunterschieden nicht zur Überprüfung der Validität des Instruments verwendet werden; gleichwohl sollen sie der Vollständigkeit halber berichtet werden. Für das Geschlecht sowie den Bildungsstand, der in Form von zwei Kategorien (Abitur vs. ohne Abitur) modelliert wurde, wurden die entsprechenden Analysen auf der Grundlage von Mittelwertunterschieden errechnet; die entsprechenden Analysen für das Alter erfolgten durch Korrelationen von Alter und Ausprägung der Depressivität.

Zusammenhang mit dem Geschlecht

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ausprägung des IDS-Werte, fällt der deskriptiv jeweils etwas höhere Depressionswert der Patientinnen bzw. Probandinnen unabhängig von den Stichproben, Varianten des IDS oder QIDS und über die einzelnen Messzeitpunkte hinweg auf (Tabelle A - 1 bis Tabelle A - 4 des Anhangs): Frauen erhielten abhängig von der Stichprobe durchschnittlich 1,8 (MinD) bis 6,8 (Alkoholabhängige) Punkte mehr in der Fremdbeurteilung mit dem IDS-CR als Männer. Auch bei den gesunden Probanden lag der Unterschied bei durchschnittlich 1,7 Punkten. Wie eine statistische Überprüfung jedoch zeigte, handelte es sich hierbei nicht um statistisch signifikante Unterschiede: Mögliche Geschlechtsunterschiede bei den Summenwerten von IDS-CR, IDS-SR, QIDS-CR und QIDS-SR wurden an allen verfügbaren Datensätzen für den Zeitpunkt des Studieneinschlusses (Baseline) mit *t*-Tests untersucht. Es zeigte sich in keinem Fall ein signifikanter geschlechtsbezogener Unterschied. Die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche durch *t*-Tests finden sich je Variante des Instruments im Anhang (Tabelle A - 39 bis Tabelle A - 42).

Zusammenhang mit dem Alter

Um einen möglichen Zusammenhang der Summenwerte der Instrumente IDS-CR, IDS-SR, QIDS-CR und QIDS-SR mit dem Alter zu überprüfen, wurden die jeweiligen

Pearson-Korrelationen zwischen den Summenwerten und dem Alter der Studienteilnehmer bestimmt. Hierzu wurden Daten aus allen verwendeten Stichproben herangezogen (vgl. Tabelle 20). Insgesamt konnten somit 27 Korrelationskoeffizienten auf statistische Signifikanz geprüft werden, wovon sich lediglich ein Zusammenhang als statistisch signifikant erwies: Für die Stichprobe der chronisch Depressiven (LAC) zeigte sich ein schwacher Zusammenhang zwischen QIDS-CR-Summenwert und Alter ($r = .123$; $p = .015$).

Tabelle 20 *Korrelationsindices jeweils zwischen Alter und Summenwert je Instrumentvariante*

Stichprobe	IDS-CR	QIDS-CR	IDS-SR	QIDS-SR
<i>MinD</i>	-.041	-.084		
<i>MinD-Dia</i>		-.077		
<i>CBASP</i>		-.019	-.048	-.051
<i>DiA</i>	-.100	-.003		
<i>Remittierte chronisch Depressive</i>		.010		
<i>LAC</i>		.123		.129
<i>Alkoholabhängige</i>	-.372	-.360	-.344	-.339
<i>Psychosomatikpatienten</i>	.111	.016	.264	.216
<i>Hausarztpatienten</i>	.115	-.007	.165	.124
<i>Gesunde</i>	-.068	-.063	-.111	-.082

Zusammenhang mit dem Bildungsstand

Analog zu Geschlecht und Alter wurde auch überprüft, ob es in den hier verwendeten Stichproben einen Zusammenhang zwischen Bildungsstand und Ausprägung der Depressivität gab. Auf der Basis von Angaben zu erworbenen Bildungszertifikaten (höchster Schulabschluss) wurden zwei Kategorien generiert: Abitur vs. ohne Abitur. Die statistische Prüfung der Zusammenhänge erfolgte erneut für alle Stichproben und administrierten Instrumente, wobei *t*-Tests zur Anwendung kamen. Die entsprechenden Befunde sind in Tabelle A - 43 dargestellt. Wie sich erkennen lässt, fand sich lediglich für einen Gruppenvergleich ein statistisch signifikanter Befund: In der

Stichprobe der älteren Depressiven (DiA) zeigte sich ein Unterschied zwischen Bildungsgrad und Ausmaß der Depressivität für das QIDS-CR (QIDS-CR $t = 2.006$, $p = .047$). Die ausbleibenden statistisch signifikanten Zusammenhänge dürften, wie bereits ausgeführt, auf die Merkmale der Stichprobenziehung zurückführbar sein.

6.5.2 Differenzielle Zusammenhänge von Personenmerkmalen und Ausprägung der Depressivität nach Instrumentenversion

Eine höhere Relevanz für die Beurteilung der Validität des Instruments hat im vorliegenden Falle ein zweites Set von Analysen mit Personenmerkmalen. Für die beiden großen Patientenstichproben (CBASP und MinD), für die Daten aus mehreren Instrumentvarianten vorliegen, wurde neben den einfachen Mittelwertvergleichen auch überprüft, ob über die vier Varianten des IDS Personenmerkmale differenziell mit der Ausprägung von Depression assoziiert sind. Hierfür wurde als Personenmerkmal das Geschlecht herangezogen und somit geprüft, ob die Ausprägung der Depressivität statistisch signifikant unterschiedlich je nach verwendeter Instrumentvariante ausfiel. Bei diesem zweiten Set von Analysen wäre ein Ausbleiben von statistisch signifikanten Unterschieden in der Assoziation zwischen Personenmerkmalen und Ausprägung der Depressivität über die unterschiedlichen Varianten des Instruments als weiterer Beleg für die Validität der Instrumente zu werten. Die entsprechenden Analysen zu Gruppenunterschieden in den Zusammenhängen mit Depression je nach Instrument erfolgten auf der Basis von z-transformierten Werten (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2017). Die entsprechenden Korrelationen sind in Tabelle A - 44 im Anhang abgetragen.

Wie den Tabellen zu entnehmen ist, fanden sich keinerlei statistisch signifikante Unterschiede in den Zusammenhängen zwischen Geschlecht und Ausprägung der Depressivität im Vergleich der Instrumentvarianten. Dieses Ausbleiben von differenziellen Zusammenhängen ist als weiterer Hinweis auf die Validität des Verfahrens zu werten.

6.5.3 Zusammenfassung

Es fanden sich bei den untersuchten Zusammenhängen zwischen Personenmerkmalen und Ausprägung der Depression nur einzelne statistisch signifikante Korrelationskoeffizienten. Wie oben beschrieben, konnte dieses Ausbleiben eines statistisch signifikanten Zusammenhangs zwischen Geschlecht, Alter und Bildungsstand und der Ausprägung der Depression angesichts der Art und Weise der Zusammenstellung der Stichproben (bei 6 der 10 verwendeten Studien war eine vorhandene Depression das zentrale Einschlusskriterium) erwartet werden.

Zudem wurden keine Hinweise auf differenzielle Zusammenhänge von Personenmerkmalen und Ausprägung der Depression je nach verwendeter Variante des Instruments gefunden. Dies kann als substanzieller Beleg für die Validität des Verfahrens inklusive seiner unterschiedlichen Varianten gewertet werden.

7 Diskussion und Ausblick

Das IDS ist ein seit rund zwei Jahrzehnten auch im deutschen Sprachraum verwendetes Instrument zur Erfassung depressiver Störungen, für das jedoch bisher keine umfassende Validierung der deutschen Version vorlag. Mit dieser Arbeit wurde nun eine solche systematische Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des IDS und seiner Instrumentvarianten vorgelegt. Hierzu konnten Daten von insgesamt zehn Stichproben herangezogen werden. Die Validierung umfasste die typischen Schritte der Prüfung von Objektivität, Reliabilität und Validität bei einem für die klinische Praxis und Forschung bestimmten Verfahren. Im Folgenden wird abschließend zunächst eine resümierende Bewertung des Instruments vorgenommen, bevor auf Grenzen des IDS sowie die Notwendigkeit weiterführender Forschung eingegangen wird. Abschließend erfolgt ein Ausblick auf die Verwendung des Instruments in Forschung und Praxis.

7.1 Bewertung des IDS und seiner Instrumentvarianten

Insgesamt fanden sich in der vorliegenden Arbeit fast durchgängig Hinweise auf eine hohe psychometrische Qualität des IDS. Dank der vorhandenen Materialien, insbesondere des Interviewleitfadens, sowie der detaillierten Vorgaben (u. a. Darstellung der Cut-off-Werte) sollten bei Einhaltung der üblichen Anwendungsstandards der klinischen Diagnostik die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität hoch liegen.

In Hinblick auf die Reliabilität konnte unter Hinzuziehung unterschiedlicher Stichproben eine insgesamt befriedigende bis hoher interne Konsistenz und ausreichende Retestreliabilität aufgewiesen werden, während bei den Trennschärfekoeffizienten gewisse Abstriche zu machen sind (vgl. auch den nächsten Abschnitt). Hervorzuheben ist die insgesamt sehr hohe Interraterreliabilität, die in

ausführlichen Analysen für die Fremdbeurteilungsvarianten des IDS und des QIDS nachgewiesen werden konnten.

Auch zur Abschätzung der Validität des Verfahrens konnte auf eine umfassende Datenbasis zurückgegriffen werden. Die Analysen wiesen insgesamt darauf hin, dass das IDS inhaltlich valide ist und plausible Assoziationen mit anderen bewährten Instrumenten aufweist, die ebenfalls zur Erfassung von Depressivität verwendet werden.

Auf der Basis entsprechender Ausführungen in der Originalliteratur (Rush et al., 1986) soll auf einige potenzielle Stärken des Instruments abschließend zusammenfassend eingegangen werden. Erstens wurde wiederholt die enge Orientierung des Verfahrens an gängige Klassifikationssystem hervorgehoben, was einen Einsatz des Instruments sowohl für die Forschung als auch für die klinische Praxis besonders attraktiv machen könnte. Tatsächlich lässt sich im Sinne einer hohen inhaltlichen Validität sagen (siehe Abschnitt 6.4.1), dass die in ICD-10 und DSM-5 genannten Symptombereiche im IDS aufgenommen sind. Dies ist auch bei den Kurzformen QIDS-CR und QIDS-SR der Fall. Die in der vorliegenden Arbeit berichteten Faktorenanalysen können zudem als Beleg dafür herangezogen werden, dass die Leitsymptome der Depression hinreichend Eingang in den resultierenden IDS-Wert finden, da die Items mit den entsprechenden Leitsymptomen entweder auf dem ersten resultierenden Faktor laden oder eindimensionale Faktorenlösungen resultierten.

Zweitens wurde als besondere Stärke des IDS herausgestellt, dass es als Fremd- und Selbstbeurteilungsvariante (IDS-CR/QIDS-CR und IDS-SR/QIDS-SR) vorliegt und es damit einen flexiblen Einsatz von Fremdbbericht und Selbstbericht je nach diagnostischem Anlass sowie Rahmenbedingung ermögliche. Allerdings setzt dies voraus, dass die Anwendung der unterschiedlichen Varianten mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einer übereinstimmenden Einschätzung führt. Entsprechend wurde in dieser Arbeit der Frage nach der Vergleichbarkeit der Varianten nachgegangen. Insgesamt zeigte sich hierbei eine hohe Übereinstimmung von Selbst- und Fremdbeurteilung, was sich u. a. in hohen Korrelationen zwischen den Varianten, ähnlichen Retestreliaibilitäten, vergleichbaren Faktorenlösungen und der Abwesenheit von differenziellen Zusammenhängen mit Personenmerkmalen ausdrückte.

Drittens gilt als Stärke des Instruments, dass zusätzlich zu den Langformen des IDS jeweils auch Kurzformen der Fremdbeurteilung (QIDS-CR) und der Selbsteinschätzung (QIDS-SR) vorliegen. Kurzformen von bewährten Instrumenten

kommen insbesondere dann zum Einsatz, wenn ein Screening vorgenommen werden soll oder wenn aus bestimmten Gründen eine zeitsparende Erfassung der Symptomatik erforderlich ist, was beispielsweise bei einer mehrmaligen Durchführung von Verfahren im Verlauf einer Psychotherapie oder Studie der Fall sein kann. Allerdings lohnt der Zeitgewinn dann nicht, wenn Kurzformen mit deutlichen Einbußen der psychometrischen Qualität einhergehen. Beim QIDS-CR und QIDS-SR zeigen die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Befunde insgesamt, dass Lang- und Kurzformen eine gute Entsprechung aufweisen. Nicht unerwartet sind die für die Kurzform deskriptiv etwas niedriger ausfallenden internen Konsistenzen sowie Korrelationen mit Außenkriterien. Insgesamt fiel das Muster der Assoziationen für die Lang- und Kurzformen jedoch sehr ähnlich aus. Ebenfalls nicht überraschend waren die Hinweise auf eine eindimensionale Faktorenstruktur der Kurzformen, wohingegen bei den Langformen zwei bis drei Faktoren identifiziert werden konnten. Dieses z. B. bereits bei Rush et al. (1986) und Bech et al. (2011) gezeigte Muster dürfte wesentlich dadurch verursacht werden, dass beim QIDS die die Items aus einzelnen Symptomgruppen zusammengefasst werden.

Die für das IDS vorgelegten Grenzwerte zur Abschätzung des Schweregrads einer depressiven Störung stellen ein viertes wichtiges Charakteristikum dar, das ein hohes Potenzial der Anwendung in Forschung und Praxis mit sich bringt. Allerdings fehlte für den deutschsprachigen Raum eine Abschätzung, ob die im englischsprachigen Original vorgenommenen Empfehlungen für Grenzwerte für die deutschsprachige Version übernommen werden können. Deshalb wurde im Rahmen einer ausführlichen Prüfung der Sensitivität und Spezifität des Verfahrens (vgl. Kapitel 6.4.4) empirische Belege für die vorgeschlagenen Grenzwerte untersucht. Die entsprechenden Analysen für alle vier Varianten des IDS wiesen darauf hin, dass die vorgeschlagenen Grenzwerte übernommen werden können.

Fünftens betonen die Entwickler des IDS (Rush et al., 2005) die Möglichkeit, das Verfahren auch in der Verlaufsmessung während der Behandlung von depressiven Störungen in Forschung oder Praxis einzusetzen. Ein solcher Einsatz setzt voraus, dass das Instrument eine hinreichend hohe Veränderungssensitivität aufweist. Tatsächlich konnten bereits von Helmreich et al. (2011) solche Nachweise geliefert werden. In der vorliegenden Arbeit konnten weitere Belege für die Veränderungssensitivität des

Instruments erbracht werden, indem die Verläufe in den IDS-Varianten mit der Veränderung in klinische Urteilen über die Zeit in Zusammenhang gebracht wurden.

7.2 Grenzen des IDS und der vorliegenden Arbeit

Trotz der insgesamt überzeugenden Belege für die psychometrische Qualität des IDS und seiner Varianten lassen sich eine Reihe von Schwächen und Grenzen des Instruments identifizieren. Zu nennen sind insbesondere die teilweise niedrigen Trennschärfen für einige Items. Dies mögen teilweise in sprachlichen Formulierungen der einzelnen Items begründet sein. Vermutlich entscheidender aber dürfte sein, dass die entsprechenden Symptome – wie beispielsweise die Schlafstörungen – in unterschiedlicher Weise im Rahmen von Depressivität auftreten können. Da im klinischen Kontext das genaue Erfragen des Schlafs wichtig ist, da entsprechende Störungen oft auftreten und als belastend erlebt werden, sollten die entsprechenden Items aus inhaltlichen Gründen Teil des Instruments bleiben. Ähnliches gilt für weitere Items, deren Trennschärfekoeffizienten vergleichsweise niedrig ausfielen. In diesem Zusammenhang sollte auch erwähnt werden, dass die internen Konsistenzen des Instruments bei mehrmaligem Einsatz zunehmend besser ausfallen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit die eher als positiv im Sinne einer höheren diagnostischen Präzision des Gesamtwerts oder als negativ im Sinne einer abnehmenden Beachtung unterschiedlicher Symptombelastung in den einzelnen Bereichen gewertet werden sollte.

In Hinblick auf die Veränderungssensitivität des IDS wurde von Biggs et al. (2000) argumentiert, dass mit dem Instrument auch geprüft werden könne, in welchen Bereichen eine Restsymptomatik vorliege. Für ein solches Vorgehen müssten Diagnostiker auf die Ebene von Einzelitems gehen. Tatsächlich mag dies im Bereich der klinischen Anwendung durchaus als gerechtfertigt erscheinen, insbesondere dann, wenn die Diagnostik mithilfe des IDS auch als Teil des therapeutischen Prozesses verstanden wird. Für die klinische Forschung bedürfte es jedoch zunächst weitere Belege dafür, dass das Instrument eine Einschätzung differenzieller Entwicklungen bei einzelnen Symptomgruppen ermöglicht.

Als eine dritte wesentliche Einschränkung des Instruments bzw. seiner Validierung kann möglicherweise genannt werden, dass die psychometrische Überprüfung mit

Ausnahme einer Arbeit von Bernstein et al. (2006), die sich unter Einsatz von Modellen der Item-Response-Therapie mit der Art der Auswertung befasste, ausschließlich auf der Basis der Klassischen Testtheorie erfolgte. Der Einsatz der Klassischen Testtheorie ist gut zu rechtfertigen, auch in Hinblick darauf, dass Praktiker damit einen vergleichsweise einfachen Zugang zum Instrument finden. Gleichzeitig lässt sich jedoch überlegen, ob zur Erfassung einer klinischen Störung, bei der bestimmte Symptome bzw. Symptomgruppen von besonderer Wichtigkeit sind, nicht alternative Messmodelle eingesetzt werden können.

7.3 Ausblick

Mit der vorliegenden Arbeit liegt nun für den deutschen Sprachraum eine umfassende Überprüfung des IDS vor. Wie gezeigt werden konnte, weist das Instrument insgesamt eine hohe psychometrische Qualität auf. Somit kann die klinische Forschung, aber auch die klinische Praxis auf ein weiteres Instrument zurückgreifen, mit dessen Hilfe objektiv, reliabel und valide geprüft werden kann, ob bei einer Person Depressivität vorliegt und deren Ausmaß schätzen. Das IDS hat aufgrund seiner zahlreichen Vorzüge gegenüber anderen Instrumenten das Potenzial, ein Standardinstrument im Bereich der klinischen Forschung zu werden. Darüber hinaus dürfte es ein besonders hohes Potenzial in solchen Bereichen der klinischen Praxis aufweisen, bei denen – wie beispielsweise in vielen Hausarztpraxen – offensichtliche Einschränkungen in Bezug auf die zur Verfügung stehende Zeit für klinische Interviews sowie die Diagnostik von Depressivität und depressiven Störungen vorhanden sind. Gerade hier verspricht das IDS, bei dem auch durch die Anwendung der Kurzformen bzw. der Selbstbeurteilungsinstrumente ein Wert resultiert, der eine insgesamt zufriedenstellend hohe Übereinstimmung mit Urteilen von Klinikern aufweist, ein hohes Vermögen, die „Volkskrankheit Depression“ besser zu erkennen.

8 Literaturverzeichnis

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. & Lonnqvist, J. (2001). One-month prevalence of depression and other DSM-IV disorders among young adults. *Psychological Medicine*, 31 (5), 791-801.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, 1069-1078.
- Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D. & Sedvall, G. (1978). Comprehensive Psychopathological Rating-Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl. 271*, 5-27.
- Ayen, I. (2002). *Depressionen im Klimakterium. Eine Evaluationsstudie*. Dissertation, Eberhard Karls Universität, Tübingen.
- Ayen, I. & Hautzinger, M. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Klimakterium: Eine kontrollierte, randomisierte Interventionsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (4), 290-299.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., Schuller, D. R. & Marshall, M. B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the gold standard become a lead weight? *American Journal of Psychiatry*, 161 (12), 2163-2177.
- Bailer, M. (1999). *Inventar depressiver Symptome (IDS) im Verlauf von Therapie und Katamnese*. Dissertation, Eberhard Karls Universität, Tübingen.
- Bailey, J. & Coppen, A. (1976). A comparison between the Hamilton Rating Scale and the Beck Inventory in the measurement of depression. *British Journal of Psychiatry*, 128, 486-489.
- Barth, S. (2004). Major Depression, somatische Komorbidität und psychosoziales Wohlbefinden im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität.
- Batten, L. (2012). The impact of parental depression and remission on child psychopathology: Data from two studies. *International Journal of Psychology*, 47, 288-288.
- Bech, P. (1993). Acute therapy of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 18-27.
- Bech, P. (2002). The Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (MES) in clinical trials of therapies in depressive disorders: A 20-year review of its use as outcome measure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (4), 252-264.

- Bech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Kraghsorensen, P., Rafaelsen, O. J., Reisby, N. et al. (1988). The Diagnostic Melancholia Scale (DMS) dimensions of endogenous and reactive depression with relationship to the Newcastle Scales. *Journal of Affective Disorders*, 14 (2), 161-170.
- Bech, P., Allerup, P., Gram, L. F., Reisby, N., Rosenberg, R., Jacobsen, O. et al. (1981). The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63 (3), 290-299.
- Bech, P., Fava, M., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R. & Rush, A. J. (2011). Factor structure and dimensionality of the two depression scales in STAR*D using level 1 datasets. *Journal of Affective Disorders*, 132 (3), 396-400.
- Bech, P. & Rafaelsen, O. J. (1986). The Melancholia Scale: Development, consistency, validity, and utility. In N. Sartorius & T. Ban (Hrsg.), *Assessment of Depression* (S. 259-269). Berlin: Springer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R. & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67 (3), 588-597.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Medelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4 (6), 561-571.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Carmody, T. J., Woo, A. & Trivedi, M. H. (2006). Item response analysis of the inventory of depressive symptomatology. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2 (4), 557-564.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Stegman, D., Macleod, L., Witte, B. & Trivedi, M. H. (2010). A comparison of the QIDS-C16, QIDS-SR16, and the MADRS in an adult outpatient clinical sample. *CNS Spectrums*, 15 (7), 458-468.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Suppes, T., Kyotoku, Y. & Warden, D. (2010). The Quick Inventory of Depressive Symptomatology (clinician and self-report versions) in patients with bipolar disorder. *CNS Spectrums*, 15 (6), 367-373.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Suppes, T., Trivedi, M. H., Woo, A., Kyutoku, Y. et al. (2009). A psychometric evaluation of the clinician-rated Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C16) in patients with bipolar disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18 (2), 138-146.
- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Hughes, C. W., Macleod, L., Witte, B. P. et al. (2010). Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology in adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19 (4), 185-194.

- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Yonkers, K., Carmody, T. J., Woo, A., McConnell, K. et al. (2008). Symptom features of postpartum depression: Are they distinct? *Depression and Anxiety*, 25 (1), 20-26.
- Bernstein, I. H., Wendt, B., Nasr, S. J. & Rush, A. J. (2009). Screening for major depression in private practice. *Journal of Psychiatric Practice*, 15 (2), 87-94.
- Beutel, M. E., Leuzinger-Bohleber, M., Ruger, B., Bahrke, U., Negele, A., Haselbacher, A. et al. (2012). Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 13, 117.
- Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Rush, A. J., Carmody, T. J., Trivedi, M. H., Crismon, M. L. et al. (2000). A comparison of alternative assessments of depressive symptom severity: A pilot study. *Psychiatry Research*, 96 (3), 269-279.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (12), 587-595.
- Brase, R. (2016). *Jahresbericht Klinikum Wahrendorff 2016*. Verfügbar unter: http://www.wahrendorff.de/fileadmin/user_upload/Jahresberichte/Jahresbericht_des_Klinikum_Wahrendorff_2016.pdf [23.02.2018].
- Brière, F. N., Rohde, P., Seeley, J. R., Klein, D. & Lewinsohn, P. M. (2014). Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (3), 526-533.
- Brown, E. S., Murray, M., Carmody, T. J., Kennard, B. D., Hughes, C. W., Khan, D. A. et al. (2008). The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-report: A psychometric evaluation in patients with asthma and major depressive disorder. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 100 (5), 433-438.
- Brunoni, A. R., Benute, G. R. G., Fraguas, R., Santos, N. O., Francisco, R. P. V., de Lucia, M. C. S. et al. (2013). The self-rated Inventory of Depressive Symptomatology for screening prenatal depression. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 121 (3), 243-246.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 733-739.
- Caire, P., Bowers, B., Williams, B. W. J. & Rush, A. J. (2008). International investigation into depression based on the Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale (Sigh-D) and the Clinician Rated Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C). *Value in Health*, 11 (6), A595-A595.
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Cardy, A. H., du Toit, S. W., Lawton, K., Hay, S. et al. (2013). Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive

- Symptomatology (QIDS-SR) in UK primary care. *Journal of Psychiatric Research*, 47 (5), 592-598.
- Carroll, B. J., Feinberg, M., Smouse, P. E., Rawson, S. G. & Greden, J. F. (1981). The Carroll Rating Scale for Depression. Development, reliability and validation. *British Journal of Psychiatry*, 138 (3), 194-200.
- Carroll, B. J., Fielding, J. M. & Blashki, T. G. (1973). Depression rating scales: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 28 (3), 361-366.
- Chen, L. S., Eaton, W. W., Gallo, J. J. & Nestadt, G. (2000). Understanding the heterogeneity of depression through the triad of symptoms, course and risk factors: A longitudinal, population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 59 (1), 1-11.
- Ciesla, J. A. & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158 (5), 725-730.
- Corruble, E., Legrand, J. M., Duret, C., Charles, G. & Guelfi, J. D. (1999). IDS-C and IDS-SR: Psychometric properties in depressed in-patients. *Journal of Affective Disorders*, 56 (2-3), 95-101.
- Corruble, E., Legrand, J. M., Zvenigorowski, H., Duret, C. & Guelfi, J. D. (1999). Concordance between self-report and clinician's assessment of depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33 (5), 457-465.
- Cummings, E. M. & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (1), 73-112.
- Davidson, J. R. & Meltzer-Brody, S. E. (1999). The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 Suppl 7, 4-9; discussion 10-11.
- De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., Bagby, R. M., Rolland, J. P. & Rouillon, F. (2006). Assessing and interpreting personality change and continuity in patients treated for major depression. *Psychological Assessment*, 18 (1), 71-80.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Vollebergh, W. A. M. & Spijker, J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (4), 620-629.
- Demyttenaere, K. & De Fruyt, J. (2003). Getting what you ask for: On the selectivity of depression rating scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (2), 61-70.
- Denicoff, K. D., Leverich, G. S., Nolen, W. A., Rush, A. J., McElroy, S. L., Keck, P. E. et al. (2000). Validation of the prospective NIMH-Life-Chart Method (NIMH-LCMTM-p) for longitudinal assessment of bipolar illness. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1391-1397.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

- Domken, M., Scott, J. & Kelly, P. (1994). What factors predict discrepancies between self and observer ratings of depression? *Journal of Affective Disorders*, 31 (4), 253-259.
- Doraiswamy, P. M., Bernstein, I. H., Rush, A. J., Kyutoku, Y., Carmody, T. J., Macleod, L. et al. (2010). Diagnostic utility of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C16 and QIDS-SR16) in the elderly. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122 (3), 226-234.
- Dougherty, L. R., Tolep, M. R., Smith, V. C. & Rose, S. (2013). Early exposure to parental depression and parenting: Associations with young offspring's stress physiology and oppositional behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41 (8), 1299-1310.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory - II. *Psychological Assessment*, 10 (2), 83-89.
- Drieling, T. (2006). *Die Bedeutung von Stressoren und Persönlichkeit für die Entwicklung depressiver Symptome bei Risikoprobanden und Kontrollpersonen*. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Drieling, T., Schäfer, L. O. & Langosch, J. M. (2007). The Inventory of Depressive Symptomatology: German translation and psychometric validation. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (4), 230-236.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2017). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz.
- Elkin, I., Parloff, M. B., Hadley, S. W. & Autry, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42 (3), 305-316.
- Faravelli, C., Ambonetti, A., Pallanti, S. & Pazzagli, A. (1986). Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *American Journal of Psychiatry*, 143 (7), 888-891.
- Faries, D., Herrera, J., Rayamajhi, J., DeBrotta, D., Demitrack, M. & Potter, W. Z. (2000). The responsiveness of the Hamilton Depression Rating Scale. *Journal of Psychiatric Research*, 34 (1), 3-10.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielesny, M., Canestrari, R. & Morphy, M. A. (1994). Cognitive-behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1295-1299.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R. & Morphy, M. A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155 (10), 1443-1445.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S. & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy - preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55 (9), 816-820.

- Feiger, A. D., Bielski, R. J., Bremner, J., Heiser, J. F., Trivedi, M., Wilcox, C. S. et al. (1999). Double-blind, placebo-substitution study of nefazodone in the prevention of relapse during continuation treatment of outpatients with major depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 14 (1), 19-28.
- First, M. B., Gibbon, M., Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (1990). Mini-SCID. Toronto (ON): Multi-Health Systems.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders - Patient Edition (with Psychotic Screen)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Fleiss, J. L. (1973). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: Wiley.
- Flury, J. M. & Ickes, W. (2007). Having a weak versus strong sense of self: The Sense of Self Scale (SOSS). *Self and Identity*, 6 (4), 281-303.
- Fluss, R., Faraggi, D. & Reiser, B. (2005). Estimation of the Youden Index and its Associated Cutoff Point. *Biometrical Journal*, 47 (4), 458-472.
- Fombonne, E. (1998). Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248 (1), 14-21.
- Frank, E., Prien, R. F., Jarrett, R. B., Keller, M. B., Kupfer, D. J., Lavori, P. W. et al. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder - remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48 (9), 851-855.
- Franke, G. H. (2002). *SCI-90-R - Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (2. vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test.
- Galinowski, A. & Lehert, P. (1995). Structural validity of MADRS during antidepressant treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 157-161.
- Gao, K. M., Wang, Z. W., Chen, J., Kemp, D. E., Chan, P. K., Conroy, C. M. et al. (2013). Should an assessment of Axis I comorbidity be included in the initial diagnostic assessment of mood disorders? Role of QIDS-16-SR total score in predicting number of Axis I comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 148 (2-3), 256-264.
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 28 (1), 18-27.
- Gibbons, R. D., Clark, D. C. & Kupfer, D. J. (1993). Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *Journal of Psychiatric Research*, 27 (3), 259-273.
- Gili, M., Luciano, J. V., Bauza, N., Aguado, J., Serrano, M. J., Armengol, S. et al. (2011). Psychometric properties of the IDS-SR30 for the assessment of depressive symptoms in Spanish population. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 131.

- González, D. A., Boals, A., Jenkins, S. R., Schuler, E. R. & Taylor, D. (2013). Psychometrics and latent structure of the IDS and QIDS with young adult students. *Journal of Affective Disorders*, 149 (1-3), 217-220.
- González, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E. & Vega, W. A. (2010). The epidemiology of major depression and ethnicity in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 44 (15), 1043-1051.
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106 (3), 458-490.
- Grässlin, Y. (2004). *Validierung der deutschen Version des Inventory of Depressive Symptoms (IDS) in einem Selbstbeurteilungsverfahren*. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Gullion, C. M. & Rush, A. J. (1998). Toward a generalizable model of symptoms in major depressive disorder. *Biological Psychiatry*, 44 (10), 959-972.
- Gunstad, J. & Suhr, J. A. (2004). Cognitive factors in Postconcussion Syndrome symptom report. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19 (3), 391-405.
- Hakim, E. A., Bakheit, A. M., Bryant, T. N., Roberts, M. W., McIntosh-Michaelis, S. A., Spackman, A. J. et al. (2000). The social impact of multiple sclerosis - A study of 305 patients and their relatives. *Disability and Rehabilitation*, 22 (6), 288-293.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Hautzinger, M. (1988). *Inventar Depressiver Symptome*.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie der Depression* (6. Auflage). Weinheim: Beltz PVU.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). *Allgemeine Depressionsskala (2012)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (1996). Cognitive-behavioural therapy versus pharmacotherapy in depression. In C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, P. Fiedler & H. M. I. Freeman (Hrsg.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (S. 329-340). London: Gaskell.
- Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G. A. E., Thien, U. & Bailer, M. (1996). Verlaufsanalysen und Prädiktoren des Therapieerfolgs bei psychologischer und pharmakologischer Therapie nicht-endogener Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (2), 146-154.

- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). *Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision*. Frankfurt/M.: Pearson.
- Hautzinger, M. & Kleine, W. (1995). Sportliche Aktivität und psychisches Wohlbefinden: Zur Wirkung von Sport auf depressive Symptomatik. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3 (4), 255-267.
- Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2002). *Diagnostik affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1989). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (1. Auflage). München: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2004). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Alter. Ergebnisse einer kontrollierten Vergleichsstudie unter ambulanten Bedingungen an Depressionen mittleren Schweregrads. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (6), 427-435.
- Hautzinger, M. & Welz, S. (2008). Kurz- und längerfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei Depressionen im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (1), 52-60.
- Health, N. I. o. M. (1976). CGI. Clinical Global Impressions. In W. Guy (Hrsg.), *EDCEU assessment manual for psychopharmacology* (2nd revised ed., S. 283-285). Rockville, Maryland: NIMH.
- Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hegeman, J. M., Wardenaar, K. J., Comijs, H. C., de Waal, M. W. M., Kok, R. M. & van der Mast, R. C. (2012). The subscale structure of the Inventory of Depressive Symptomatology Self Report (IDS-SR) in older persons. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (10), 1383-1388.
- Hegerl, U., Hautzinger, M., Mergl, R., Kohnen, R., Schätze, M., Scheunemann, W. et al. (2010). Effects of pharmacotherapy and psychotherapy in depressed primary-care patients: A randomized, controlled trial including a patients' choice arm. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 13 (1), 31-44.
- Heinrich, S. (2012). *Depressivität im stationären Kontext an verschiedenen Patientenstichproben: Ein Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzung anhand des Inventory of depressive Symptomatology (IDS)*. Unpublizierte Diplomarbeit, Eberhard Karls Universität Tübingen.
- Helmreich, I., Wagner, S., Mergl, R., Allgaier, A.-K., Hautzinger, M., Henkel, V. et al. (2012). Sensitivity to changes during antidepressant treatment: A comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262 (4), 291-304.
- Helmreich, I., Wagner, S., Mergl, R., Allgaier, A. K., Hautzinger, M., Henkel, V. et al. (2011). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C-28) is more sensitive

- to changes in depressive symptomatology than the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261 (5), 357-367.
- Henkel, V., Mergl, R., Coyne, J. C., Kohlen, R., Allgaier, A.-K., Rühl, E. et al. (2004). Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: Prevalence, specific characteristics and consequences. *Journal of Affective Disorders*, 83 (2-3), 237-242.
- Herzberg, P. Y., Goldschmidt, S. & Heinrichs, N. (2008). TBS-TK Rezension Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. *Report Psychologie*, 33 (6), 301-302.
- Husted, J. A., Cook, R. J., Farewell, V. T. & Gladman, D. D. (2000). Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (5), 459-468.
- Iannuzzo, R. W., Jaeger, J., Goldberg, J. F., Kafantaris, V. & Sublette, M. E. (2006). Development and reliability of the HAM-D/MADRS Interview: An integrated depression symptom rating scale. *Psychiatry Research*, 145 (1), 21-37.
- Ilg, G. (2012). *Diagnostik der Depressivität: Vergleich dreier Inventare (BDI II, IDS-SR, IDS-CR) im Rahmen einer Untersuchung an Patienten einer hausärztlichen Praxis*. Unpublizierte Diplomarbeit, Eberhard Karls Universität Tübingen.
- Jacobi, F., Höfler, M., Meister, W. & Wittchen, H. U. (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Der Nervenarzt*, 73 (7), 651-658.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85, 77-87.
- Jacobi, F. & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen. Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut*, 58 (2), 191-203.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47 (8), 736-744.
- Jacobi, F., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Höfler, M., Siegert, J. et al. (2013). The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22 (2), 83-99.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general

- population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34 (4), 597-611.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1998a). Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorders*, 50 (2-3), 97-108.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1998b). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55 (8), 694-700.
- Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R., Schaffrath Rosario, A., Dahm, S., Kuhnert, R. et al. (2013). The first wave of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1): Sample design, response, weighting and representativeness. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56 (5-6), 620-630.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54 (3), 216-226.
- Keller, F., Grieb, J., Kölch, M. & Spröber, N. (2012). *CDRS-R: Children's Depression Rating Scale - Revised by E. O. Poznanski and H. B. Mokros. Deutsche Version.* Göttingen: Hogrefe.
- Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Klassifikation von Verlaufskurven in der Depressionsbehandlung. Ein methodischer Beitrag. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (2), 83-92.
- Kersting, M. (2006). Zur Beurteilung der Qualität von Tests: Resümee und Neubeginn. *Psychologische Rundschau*, 57, 243-253.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095-3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 617-627.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S. Y., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders

- in the United-States - results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1), 8-19.
- Kessler, R. C. & Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13 (2), 93-121.
- Khan, A., Khan, S. R., Shankles, E. B. & Polissar, N. L. (2002). Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression Rating Scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 17 (6), 281-285.
- Kobak, K. A., Williams, J. B. W. & Rush, A. J. (2007, 17.01.2015). *Structured interview guide for the Hamilton Depression Scale (SIGHD) and the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) (SIGHD-IDS)*. Verfügbar unter: <http://www.ids-qids.org/translations/english/SIGHD-IDSCEnglish-USA.pdf>
- König, H.-H. (2009, 5. November 2009). *Gesundheitsökonomische Forschung auf dem Gebiet der Depression: Status Quo und Perspektiven*. Paper presented at the Symposium „10 Jahre Depressionsforschung im Kompetenznetz Depression Suizidalität“, München.
- König, H.-H., Luppä, M. & Riedel-Heller, S. (2011). Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 37 (5), 213-215.
- Kraemer, H. C. K., Alan E. Offord, David R. Kessler, Ronald C. Jensen, Peter S. Kupfer, David J. (1999). Measuring the potency of risk factors for clinical or policy significance. *Psychological Methods*, 4 (3), 257-271.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78 (6), 651-656.
- Kwak, K. P. & Song, C. J. (2006). Validity and reliability of the Korean version of the Inventory of Depressive Symptomatology clinician-rated version (K-IDS-C). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 9, 183.
- Lako, I. M., Wigman, J. T. W., Klaassen, R. M. C., Slooff, C. J., Taxis, K., Bartels-Velthuis, A. A. et al. (2014). Psychometric properties of the self-report version of the Quick Inventory of Depressive Symptoms (QIDS-SR16) questionnaire in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 14.
- Lamoureux, B. E., Linardatos, E., Fresco, D. M., Bartko, D., Logue, E. & Milo, L. (2010). Using the QIDS-SR16 to identify major depressive disorder in primary care medical patients. *Behavior Therapy*, 41 (3), 423-431.
- Laucht, M. (2003). Die Rolle der Väter in der Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (3), 235-242.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (2), 127-134.

- Lederbogen, F. (2006). Körperliche Komorbidität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & C. E. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 257-276). Berlin: Springer.
- Lerner, D. & Henke, R. M. (2008). What Does Research Tell Us About Depression, Job Performance, and Work Productivity? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50 (4).
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., Beutel, M., Deserno, H., Edinger, J., Fiedler, G. et al. (2010). Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression: Die LAC-Depressionsstudie. *Psyche*, 64, 782-832.
- Linden, M., Borchelt, M., Barnow, S. & Geiselman, B. (1995). The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92 (2), 150-154.
- Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit* (Bd. 6). Göttingen: Hogrefe.
- Liu, J., Xiang, Y. T., Lei, H., Wang, Q., Wang, G., Ungvari, G. S. et al. (2014). Guidance on the conversion of the Chinese versions of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (C-QIDS-SR) and the Montgomery-Asberg Scale (C-MADRS) in Chinese patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 152, 530-533.
- Liu, J., Xiang, Y. T., Wang, G., Zhu, X. Z., Ungvari, G. S., Kilbourne, A. M. et al. (2013). Psychometric properties of the Chinese versions of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Clinician Rating (C-QIDS-C) and Self-Report (C-QIDS-SR). *Journal of Affective Disorders*, 147 (1-3), 421-424.
- Loeb, A., Feshbach, S., Beck, A. T. & Wolf, A. (1964). Some effects of reward upon the social perception and motivation of psychiatric patients varying in depression. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68 (6), 609-616.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform*. Karlsruhe: Pfizer.
- Ma, X.-R., Hou, C.-L., Zang, Y., Jia, F.-J., Lin, Y.-Q., Li, Y. et al. (2015). Could the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (QIDS-SR) be used in depressed schizophrenia patients? *Journal of Affective Disorders*, 172, 191-194.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4 (1), 84-99.
- Macha, T., Proske, A. & Petermann, F. (2005). Validität von Entwicklungstests. *Kindheit und Entwicklung*, 14 (3), 150-162.
- Mahnkopf, A. (2001). *Psychoedukation bei Depressiven: Evaluation eines psychoedukativen Zusatzmoduls bei stationär behandelten Patienten mit schwerer unipolarer Depression unter besonderer Berücksichtigung der Krankheitsbewältigung*. Dissertation, Universität Wuppertal.

- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Medicine*, 3 (11), e442.
- Mayou, R. A., Gill, D., Thompson, D. R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J. et al. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62 (2), 212-219.
- McClintock, S. M., Husain, M. M., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Trivedi, M. H. et al. (2011). Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31 (2), 180-186.
- McCullough, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, 59 (8), 833-846.
- Mergen, H., Bernstein, I. H., Tavli, V., Ongel, K., Tavli, T. & Tan, S. (2011). Comparative validity and reliability study of the QIDS-SR16 in Turkish and American college student samples. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21 (4).
- Mineka, S., Watson, D. & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Moldin, S. O., Scheftner, W. A., Rice, J. P., Nelson, E., Knesevich, M. A. & Akiskal, H. (1993). Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychological Medicine*, 23, 755-761.
- Möller, H. J. (2000). Rating depressed patients: Observer- vs. self-assessment. *European Psychiatry*, 15 (3), 160-172.
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134 (4), 382-389.
- Moore, H. K., Hughes, C. W., Mundt, J. C., Rush, A. J., Macleod, L., Emslie, G. J. et al. (2007). A pilot study of an electronic, adolescent version of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (9), 1436-1440.
- Müller, M. J. (2004). CGI. Clinical Global Impressions. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 86-90). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, M. J., Szegedi, A., Wetzel, H. & Benkert, O. (2000). Moderate and severe depression. Gradations for the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of Affective Disorders*, 60 (2), 137-140.
- Mundt, J. C., Emslie, G. J., Reyes, T., Mayes, T. L., Joyner, K. & King, J. (2011). Assessing feasibility, reliability, and validity of computer-automated interactive SMS text messages to self-report depression symptoms in children and adolescents using the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Adolescent. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21 (6), 634.

- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349 (9064), 1498-1504.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., AlMazroa, M. A. & Memish, Z. A. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 381 (9867), 628-628.
- Najman, J. M., Khatun, M., Mamun, A., Clavarino, A., Williams, G. M., Scott, J. et al. (2014). Does depression experienced by mothers leads to a decline in marital quality: a 21-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49 (1), 121-132.
- Nelson, J. C. & Mazure, C. M. (1990). A scale for rating tricyclic response in major depression: The TRIM. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10 (4), 252-260.
- Neumann, N.-U. & Schulte, R.-M. (1988). Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala. Bestimmung und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung. *psycho*, 14, 911-924.
- Neumann, N.-U. & Schulte, R.-M. (1989). *MADR-Skala zur psychometrischen Beurteilung depressiver Syndrome (MADRS)*. Erlangen: perimed.
- Nierenberg, A. A., Husain, M. M., Trivedi, M. H., Fava, M., Warden, D., Wisniewski, S. R. et al. (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: A STAR*D report. *Psychological Medicine*, 40 (1), 41-50.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E. & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57 (4), 338-347.
- Osuji, J., Van, N. P., Agostini, M., Cullum, C. M. & Lacritz, L. H. (2007). Concurrent validity of the IDS-SR with the MMPI-2 in epilepsy. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22 (7), 879-880.
- Palmer, B. W., Jeste, D. V. & Sheikh, J. I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46 (3), 183-190.
- Patten, S. B. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63 (1-3), 35-41.
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J. & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25 (6), 1171-1180.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R. et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy - a controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56 (9), 829-835.

- Petrak, F., Hautzinger, M., Muller, M. J., Kronfeld, K., Ruckes, C. & Herpertz, S. (2015). "Wohlfühlen trotz Diabetes" - Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms zur Steigerung der Lebensqualität bei älteren Menschen mit Typ-II-Diabetes und leichten Depressionen: Eine randomisierte kontrollierte Multizenterstudie (MIND-DIA, Minor Depression in Diabetes). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61 (1), 89-90.
- Petrak, F., Hautzinger, M., Plack, K., Kronfeld, K., Ruckes, C., Herpertz, S. et al. (2010). Cognitive behavioural therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: Study protocol of a randomized controlled trial (MIND-DIA). *BMC Geriatrics*, 10 (1), 21.
- Pincus, H. A., Zarin, D. A., Tanielian, T. L. & et al. (1999). Psychiatric patients and treatments in 1997: Findings from the american psychiatric practice research network. *Archives of General Psychiatry*, 56 (5), 441-449.
- Pratt, L. A. & Brody, D. J. (2014). Depression in the U.S. household population, 2009-2012. In U. S. D. o. H. a. H. Services (Hrsg.). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Quilty, L. C., Robinson, J. J., Rolland, J. P., De Fruyt, F., Rouillon, F. & Bagby, R. M. (2013). The structure of the Montgomery-Åsberg depression rating scale over the course of treatment for depression. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22 (3), 175-184.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1 (3), 385-401.
- Regier, D. A., Myers, J. K., Kramer, M., Robins, L. N., Blazer, D. G., Hough, R. L. et al. (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program - Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Archives of General Psychiatry*, 41 (10), 934-941.
- Reilly, T. J., MacGillivray, S. A., Reid, I. C. & Cameron, I. M. (2015). Psychometric properties of the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 9p.
- Rice, F., Sellers, R., Hammerton, G. & et al. (2017). Antecedents of new-onset major depressive disorder in children and adolescents at high familial risk. *JAMA Psychiatry*, 74 (2), 153-160.
- Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008). Are mental disorders on the increase? A systematic review. *Psychiatrische Praxis*, 35 (7), 321-330.
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory - A review. *Psychopathology*, 31 (3), 160-168.
- Rocca, P., Fonzo, V., Ravizza, L., Rocca, G., Scotta, M., Zanaldi, E. et al. (2002). A comparison of paroxetine and amisulpride in the treatment of dysthymic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 70 (3), 313-317.

- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F. & Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (6), 1295-1305.
- Roy-Byrne, P. P., Stang, P., Wittchen, H.-U., Ustun, B., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2000). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey - Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *British Journal of Psychiatry*, 176, 229-235.
- Rubin, D. C. & Boals, A. (2010). People who expect to enter psychotherapy are prone to believing that they have forgotten memories of childhood trauma and abuse. *Memory*, 18 (5), 556-562.
- Rush, A. J., Bernstein, I. H., Trivedi, M. H., Carmody, T. J., Wisniewski, S., Mundt, J. C. et al. (2006). An evaluation of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology and the Hamilton Rating Scale for Depression: A Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression trial report. *Biological Psychiatry*, 59 (6), 493-501.
- Rush, A. J., Carmody, T. & Reimitz, P.-E. (2000). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Clinician (IDS-C) and self-report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9 (2), 45-59.
- Rush, A. J., Carmody, T. J., Ibrahim, H. M., Trivedi, M. H., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K. et al. (2006). Comparison of self-report and clinician ratings on two Inventories of Depressive Symptomatology. *Psychiatric Services*, 57 (6), 829-837.
- Rush, A. J., Crismon, M. L., Kashner, T. M., Toprac, M. G., Carmody, T. J., Trivedi, M. H. et al. (2003). Texas Medication Algorithm Project, Phase 3 (TMAP-3): Rationale and study design. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (4), 357-369.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessner, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18 (1), 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R., Jarrett, R. B. & Trivedi, M. H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26 (3), 477-486.
- Rush, A. J., Hiser, W. & Giles, D. E. (1987). A comparison of self-reported versus clinician-rated symptoms in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (6), 246-248.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Carmody, T. J., Ibrahim, H. M., Markowitz, J. C., Keitner, G. I. et al. (2005). Self-reported depressive symptom measures: Sensitivity to detecting change in a randomized, controlled trial of chronically depressed, nonpsychotic outpatients. *Neuropsychopharmacology*, 30 (2), 405-416.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N. et al. (2003). The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician

- rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54 (5), 573-583.
- Santen, G., Danhof, M. & Della Pasqua, O. (2009). Sensitivity of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale to response and its consequences for the assessment of efficacy. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (12), 1049-1056.
- Santor, D. A. & Coyne, J. C. (2001). Examining symptom expression as a function of symptom severity: Item performance on the Hamilton Rating Scale for Depression. *Psychological Assessment*, 13 (1), 127-139.
- Santor, D. A., Gregus, M. & Welch, A. (2006). Eight decades of measurement in depression. *Measurement*, 4 (3), 135-155.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe.
- Sayer, N. A., Sackeim, H. A., Moeller, J. R., Prudic, J., Devanand, D. P., Coleman, E. A. et al. (1993). The relations between observer-rating and self-report of depressive symptomatology. *Psychological Assessment*, 5 (3), 350-360.
- Scalarum, C. I. P. (1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4. überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Beltz-Test.
- Schmitt, M., Wahl, H. W. & Kruse, A. (2008). *Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE)*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schrag, A., Jahanshahi, M. & Quinn, N. P. (2001). What contributes to depression in Parkinson's disease? *Psychological Medicine*, 31 (1), 65-73.
- Schramm, E., Hautzinger, M., Zobel, I., Kriston, L., Berger, M. & Härter, M. (2011). Comparative efficacy of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus supportive psychotherapy for early onset chronic depression: Design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry (Online Journal)*, 11, 134-134.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S. & O'Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory II (BDI-II) among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32 (1), 3-20.
- Serretti, A., Jori, M. C., Casadei, G., Ravizza, L., Smeraldi, E. & Akiskal, H. (1999). Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: A study of 512 out-patients without major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56 (1), 17-25.
- Shafer, A. B. (2006). Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. *J Clin Psychol*, 62 (1), 123-146.
- Shapiro, D. E. (1999). The interpretation of diagnostic tests. *Statistical Methods in Medical Research*, 8 (2), 113-134.

- Simon, G. E., Vonkorff, M., Ustun, T. B., Gater, R., Gureje, O. & Sartorius, N. (1995). Is the lifetime risk of depression actually increasing? *Journal of Clinical Epidemiology*, 48 (9), 1109-1118.
- Smolka, M. & Stieglitz, R. D. (1999). On the validity of the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale (BRMS). *Journal of Affective Disorders*, 54 (1-2), 119-128.
- Snaith, R. P. (1993). What do depression rating scales measure? *British Journal of Psychiatry*, 163 (3), 293-298.
- Snaith, R. P. (1996). Present use of the Hamilton Depression Rating Scale: Observations on method of assessment in research of depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168 (5), 594-597.
- Spießl, H., Hübner-Lieberman, B. & Hajak, G. (2006). Volkskrankheit Depression. Epidemiologie, Versorgungssituation, Diagnostik, Therapie und Prävention. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 131 (01/02), 35-40.
- Spiessl, H. & Jacobi, F. (2008). Do mental disorders really increase? *Psychiatrische Praxis*, 35 (7), 318-320.
- Spijker, J., de Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T. F., Ormel, J. & Nolen, W. A. (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181 (3), 208-213.
- Stamm, K. & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Inanspruchnahme und Behandlungskosten bei affektiven Störungen - Eine Analyse des Ressourcenverbrauchs von erst- und wiedererkrankten Patienten in der haus- und fachärztlichen Versorgung. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & C. E. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 109-120). Berlin: Springer.
- Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A. K., Barocka, A., Schlosser, R. et al. (2013). Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 170 (6), 624-632.
- Stangier, U., Risch, A. K., Heidenreich, T. & Hautzinger, M. (2014). Rezidivierende Depressionen - Lassen sich Rückfälle verhindern und psychische Gesundheit erhalten? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 164-169.
- Steiger, J. H. (1980). Tests for comparing elements of a correlation matrix. *Psychological Bulletin*, 87, 245-251.
- Stieglitz, R. D., Smolka, M., Bech, P. & Helmchen, H. (1998). *BRMS - Bech-Rafaelsen Melancholie-Skala*. Göttingen: Hogrefe.
- Stoppe, G., Bramesfeld, A. & Schwartz, C. E. (2006). *Volkskrankheit Depression?* Berlin: Springer.

- Stratford, P. W. & Riddle, D. L. (2005). Assessing sensitivity to change: choosing the appropriate change coefficient. *BMC Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 23.
- Streiner, D. L., Norman, G. R. & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales : a practical guide to their development and use* (Fifth edition.). Oxford: Oxford University Press.
- Sung, S. C., Low, C. C. H., Fung, D. S. S. & Chan, Y. H. (2013). Screening for major and minor depression in a multiethnic sample of Asian primary care patients: A comparison of the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (QIDS-SR16). *Asia-Pacific Psychiatry*, 5 (4), 249-258.
- Suris, A., Kashner, T. M., Gillaspay, J. A., Biggs, M. & Rush, A. J. (2001). Validation of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS) in cocaine dependent inmates. *Journal of Offender Rehabilitation*, 32 (4), 15-30.
- Swendsen, J. D. & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 173-189.
- Szegedi, A., Wetzel, H., Angersbach, D., Philipp, M. & Benkert, O. (1997). Response to treatment in minor and major depression: results of a double-blind comparative study with paroxetine and maprotiline. *J Affect Disord*, 45 (3), 167-178.
- Tape, T. G. (2006). *The area under a ROC curve* Verfügbar unter: <http://gim.unmc.edu/dxtests/ROC3.htm> [01.09.2017].
- Taylor, D. J., Clay, K. C., Bramoweth, A. D., Sethi, K. & Roane, B. M. (2011). Circadian phase preference in college students: Relationships with psychological functioning and academics. *Chronobiology International*, 28 (6), 541-547.
- Tedlow, J., Fava, M., Uebelacker, L., Nierenberg, A. A., Alpert, J. E. & Rosenbaum, J. (1998). Outcome definitions and predictors in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67 (4-5), 266-270.
- Testkuratorium. (2007). TBS-TK: Testbeurteilungssystem des Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen. *Psychologische Rundschau*, 58, 25-30.
- Testkuratorium. (2018). TBS-DTK. Testbeurteilungssystem des Diagnostik- und Testkuratoriums der Föderation Deutscher Psychologinnenvereinigungen. Revidierte Fassung vom 3. Januar 2018. *Psychologische Rundschau*, 69, 109-148.
- Thase, M. E., Simons, A. D., Mcgeary, J., Cahalane, J. F., Hughes, C., Harden, T. et al. (1992). Relapse after cognitive behavior-therapy of depression - Potential implications for longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149 (8), 1046-1052.
- Tondo, L., Burrai, C., Scamonatti, L., Weissenburger, J. & Rush, A. J. (1988). Comparison between clinician-rated and self-reported depressive symptoms in Italian psychiatric patients. *Neuropsychobiology* 19, 1-5.

- Trivedi, M. H., Rush, A. J., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Biggs, M. M., Suppes, T. et al. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, clinician rating (IDS-C) and self-report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, clinician rating (QIDS-C) and self-report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34 (1), 73-82.
- Trujols, J., de Diego-Adelino, J., Feliu-Soler, A., Iraurgi, I., Puigdemont, D., Alvarez, E. et al. (2014). The Spanish version of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (QIDS-5R(16)): A psychometric analysis in a clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 169, 189-196.
- Tsuno, N., Besset, A. & Ritchie, K. (2005). Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*, 66 (10), 1254-1269.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2004). Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychological Medicine*, 34 (4), 643-658.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Kraft, D. & Jarrett, R. B. (2005). Multiple measures, methods, and moments: a factor-analytic investigation of change in depressive symptoms during acute-phase cognitive therapy for depression. *Psychological Medicine*, 35 (5), 693-704.
- Vonhoff, A. (2014, 09.07.2014). *Das einsame Leiden Depression. Unterschätzte Volkskrankheit*. Verfügbar unter: https://www.focus.de/gesundheitsratgeber/depression/symptome/tid-26295/volkskrankheit-depression-1-das-einsame-leiden_aid_772383.html [23.03.2018].
- Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M. et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380 (9859), 2163-2196.
- Vredenburg, K., Krames, L. & Flett, G. L. (1985). Reexamining the Beck Depression Inventory: The long and the short of it. *Psychological Reports*, 56 (3), 767-778.
- Wagner, S., Helmreich, I., Lieb, K. & Tadić, A. (2011). Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) and the Inventory of Depressive Symptoms (IDS-C30). *Psychopathology*, 44 (1), 68-70.
- Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J. & et al. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes: A randomized controlled trial. *JAMA*, 298 (12), 1401-1411.
- Wardenaar, K. J., Giltay, E. J., van Veen, T., Zitman, F. G. & Penninx, B. W. J. H. (2012). Dimensions of the Inventory of Depressive Symptomatology as predictors of the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 46 (12), 1655-1661.

- Wardenaar, K. J., van Veen, T., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M., Penninx, B. W. J. H. & Zitman, F. G. (2010). The structure and dimensionality of the Inventory of Depressive Symptomatology Self Report (IDS-SR) in patients with depressive disorders and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 125 (1-3), 146-154.
- Wells, K. B., Golding, J. M. & Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145 (8), 976-981.
- WHO-Weltgesundheitsorganisation. (1993). *Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Huber.
- Whyte, E. M. & Mulsant, B. H. (2002). Post stroke depression: Epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Biological Psychiatry*, 52 (3), 253-264.
- Wickramaratne, P. J. & Weissman, M. M. (1996). Time trends in risk of depression. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49 (9), 1077-1077.
- Williams, J. B. W. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45, 742-744.
- Williams, J. B. W. (2001). Standardizing the Hamilton Depression Rating Scale: past, present, and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251 (2), 6-12.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28 (1), 57-84.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 357-376.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen* (No. 978-3-89606-205-5). Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *Diagnostisches Expertensystem*. Frankfurt: Pearson.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Yamamoto, N., Kawakami, S., Sato, K., Takimura, T., Inagaki, A. & Inada, T. (2011). The inter-rater reliability of the Japanese version of the Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician version. *Human Psychopharmacology - Clinical and Experimental*, 26 (3), 267-269.
- Yates, W. R., Mitchell, J., Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Warden, D. et al. (2004). Clinical features of depressed outpatients with and without

- co-occurring general medical conditions in STAR*D. *General Hospital Psychiatry*, 26 (6), 421-429.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.
- Yeung, A., Feldman, G., Pedrelli, P., Hails, K., Fava, M., Reyes, T. et al. (2012). The Quick Inventory of Depressive Symptomatology, clinician rated and self-report. A psychometric assessment in Chinese Americans with major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200 (8), 712-715.
- Yonkers, K. A. & Samson, J. A. (2008). Mood disorders measures. In A. J. Rush, M. B. First, D. Blacker & T. F. F. T. H. O. P. M. American Psychiatric Association (Hrsg.), *Handbook of psychiatric measures* (2nd ed., S. 499-528). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- ZDF. (2017). *Angst vor dem Leben. Volkskrankheit Depression*. [TV]. Verfügbar unter: <https://www.zdf.de/verbraucher/volle-kanne/videos/praxis-taeglich-volkskrankheit-depressionen-100.html> [07.07.2018].
- Zimmerman, M., Chelminski, I., McGlinchey, J. B. & Posternak, M. A. (2008). A clinically useful depression outcome scale. *Comprehensive Psychiatry*, 49 (2), 131-140.
- Zimmerman, M., Martinez, J., Attiullah, N., Friedman, M., Toba, C., Boerescu, D. A. et al. (2012). Determining remission from depression on two self-report symptom scales: A comparison of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology and the Clinically Useful Depression Outcome Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (7), 1034-1038.
- Zimmerman, M. & McGlinchey, J. B. (2008). Why don't psychiatrists use scales to measure outcome when treating depressed patients? *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (12), 1916-1919.
- Zimmerman, M., Posternak, M. A. & Chelminski, I. (2005). Is it time to replace the Hamilton Depression Rating Scale as the primary outcome measure in treatment studies of depression? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25 (2), 105-110.
- Zimmermann, P., Bruckl, T., Nocon, A., Pfister, H., Lieb, R., Wittchen, H. U. et al. (2009). Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. *Arch Gen Psychiatry*, 66 (12), 1341-1352.
- Zitman, F. G., Mennen, M. F. G., Griez, E. & Hooijer, C. (1990). The different versions of the Hamilton Depression Rating Scale. In P. Bech & A. Coppen (Hrsg.), *The Hamilton Scales* (Bd. 9, S. 28-34). Berlin: Springer.
- Zobel, I., Werden, D., Linster, H., Dykieriek, P., Drieling, T., Berger, M. et al. (2010). Theory of mind deficits in chronically depressed patients. *Depression and Anxiety*, 27 (9), 821-828.

- Zung, W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12 (1), 63-70.
- Zung, W. K. (1986). Selbstbeurteilungs-Depressions-Skala. In Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Hogrefe.

9 Anhang

Tabelle A - 1 IDS-CR Mittlere Summenwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) aller Stichproben.

Stichprobe	Gesamtwert		Frauen		Männer	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Minor Depression</i>						
T1 (V2, Baseline)	26.74	8.10	27.32	8.16	25.52	7.86
T3 (V4, 2 Wochen)	23.91	9.58	24.77	9.38	22.21	9.80
T5 (V5, 4 Wochen)	22.04	10.24	22.48	10.09	21.08	10.55
T7 (V6, 6 Wochen)	20.48	11.14	21.40	11.15	18.53	10.92
T9 (V7, 8 Wochen)	18.44	10.56	19.77	10.10	15.75	11.05
T11 (V8, 10 Wochen)	17.53	11.58	18.29	11.56	15.91	11.53
<i>Ältere Depressive</i>						
T1	22.50	8.42	23.40	8.40	20.69	8.27
T2	18.14	9.17	18.40	9.04	17.61	9.54
T3	18.92	9.44	19.74	9.24	17.25	9.75
T6	18.65	9.75	19.74	10.17	16.44	8.55
T9	18.75	10.15	20.22	10.53	15.78	8.75
T12	19.33	10.04	20.56	10.70	16.83	8.12
<i>Alkoholabhängige</i>						
T1	17.59	13.25	23.00	15.94	16.20	12.35
T3	14.10	11.21	18.00	10.28	13.13	11.37
<i>Psychosomatik</i>						
T1	25.07	12.21	27.94	13.13	21.79	10.58
T2	24.33	10.78	26.19	11.66	22.21	9.67
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>						
	12.09	9.45	13.24	8.49	10.53	7.56
Zweitbeurteilung	11.20	10.33	12.75	13.07	9.13	4.37
Drittbeurteilung	11.46	9.67	12.35	12.22	10.27	4.64
<i>Gesunde</i>						
	5.04	4.95	5.53	5.54	3.85	2.79
Zweitbeurteilung	5.61	6.22	6.05	6.80	4.08	2.71

Anmerkungen. Minor Depression: $N = 368$ (männlich $n = 117$, weiblich $n = 251$). Ältere Depressive $N = 109$ (männlich $n = 36$, weiblich $n = 73$). Alkoholabhängige: $N = 45$ (männlich $n = 36$ weiblich $n = 9$). Psychosomatik: $N = 30$ (männlich $n = 14$, weiblich $n = 16$). Patienten einer Hausarztpraxis: $N = 80$ (männlich $n = 34$, weiblich $n = 46$). Gesunde: $N = 137$ (männlich $n = 40$, weiblich $n = 97$); Zweitbeurteilung $n = 54$ (männlich $n = 12$, weiblich $n = 42$). *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle A - 2 IDS-SR Mittlere Summenwerte (M) und Standardabweichungen (SD) aller Stichproben

Stichprobe	Gesamtwert		Frauen		Männer	
	M	SD	M	SD	M	SD
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>						
Baseline	38.90	9.52	39.57	9.19	37.62	10.03
T1	31.10	12.72	31.71	12.84	29.91	12.49
T2	28.80	13.97	29.04	13.99	28.35	14.01
T3	25.72	14.19	25.67	13.92	25.81	14.79
<i>Alkoholabhängige</i>						
T1	19.73	13.69	22.78	15.35	18.97	13.37
T2	16.68	11.54	18.50	13.69	16.22	11.15
T3	14.15	10.84	17.50	10.14	13.31	10.99
<i>Psychosomatik</i>						
T1	28.40	12.59	31.87	12.39	24.43	12.04
T2	26.07	13.18	28.44	13.56	23.36	12.67
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>						
	12.15	8.19	12.43	8.49	11.76	7.87
<i>Gesunde</i>						
	8.09	7.21	8.42	7.49	7.30	6.49

Anmerkungen. Minor Depression: $N = 368$ (männlich $n = 117$, weiblich $n = 251$). Ältere Depressive $N = 109$ (männlich $n = 36$, weiblich $n = 73$). Chronisch Depressive (CBASP): Baseline $N = 255$ (männlich $n = 90$, weiblich $n = 165$), T1 $N = 220$ (männlich $n = 78$, weiblich $n = 152$), T2 $N = 221$ (männlich $n = 77$, weiblich $n = 144$), T3 $N = 202$ (männlich $n = 70$, weiblich $n = 132$). Alkoholabhängige: $N = 45$ (männlich $n = 36$, weiblich $n = 9$). Psychosomatik: $N = 30$ (männlich $n = 14$, weiblich $n = 16$). Patienten einer Hausarztpraxis: $N = 80$ (männlich $n = 34$, weiblich $n = 46$). Gesunde: $N = 137$ (männlich $n = 40$, weiblich $n = 97$). M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Tabelle A - 3 QIDS-CR Mittlere Summenwerte (M) und Standardabweichungen (SD) aller Stichproben

Stichprobe	Gesamtwert		Frauen		Männer	
	M	SD	M	SD	M	SD
<i>Minor Depression</i>						
T1 (V2, Baseline)	11.60	3.62	11.64	3.65	11.51	3.57
T3 (V4, 2 Wochen)	10.22	3.97	10.47	3.84	9.73	4.20
T5 (V5, 4 Wochen)	9.41	4.30	9.44	4.28	9.37	4.36
T7 (V6, 6 Wochen)	8.73	4.57	9.01	4.58	8.14	4.53
T9 (V7, 8 Wochen)	7.97	4.43	8.49	4.25	6.92	4.61
T11 (V8, 10 Wochen)	7.64	4.99	7.85	4.97	7.20	5.04
<i>Diabetiker mit Minor Depression</i>						
Remittierte Depressive	3.56	3.72	3.66	3.73	3.29	3.69
<i>Ältere Depressive</i>						
T1	9.69	3.92	10.12	3.97	8.81	3.73
T2	7.56	4.25	7.84	3.99	7.00	4.73
T3	8.32	4.08	8.63	3.89	7.69	4.45
T6	7.93	4.37	8.67	4.4	6.42	3.94
T9	8.18	4.43	8.88	4.55	6.78	3.89
T12	7.83	4.22	8.38	4.36	6.72	3.72
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>						
Screening	14.67	3.67	14.70	3.75	14.51	3.52
Baseline	13.58	4.26	13.59	3.99	13.56	4.77
T1	11.14	4.92	11.11	4.84	11.18	5.09
T2	9.97	5.41	10.08	5.35	9.79	5.54
T3	8.03	5.5	8.38	5.76	7.35	5.40
<i>Chronisch Depressive (LAC)</i>						
T0-Diagnostiker	14.42	3.20	14.54	3.17	14.15	3.27
T1-Therapeut	11.05	5.04	11.39	4.76	10.37	5.59
T2-Therapeut	8.30	5.05	8.46	5.37	7.90	4.26
T3-Therapeut	8.53	5.19	9.07	5.66	7.13	3.42
T4-Therapeut	6.98	4.71	7.80	4.82	5.25	4.00
T4-Diagnostiker	7.47	4.89	8.07	5.09	6.24	4.23
<i>Alkoholabhängige</i>						
T1	7.27	5.20	9.22	5.43	6.79	5.10
T3	5.00	4.61	6.33	4.70	4.67	4.59

Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle A – 3 QIDS-CR Mittlere Summenwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) aller Stichproben

Stichprobe	Gesamtwert		Frauen		Männer	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Psychosomatik</i>						
T1	10.63	4.71	12.00	4.65	9.07	4.43
T2	10.87	5.04	11.63	5.02	10.00	5.11
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>						
	4.75	3.15	5.02	3.44	4.38	2.73
Zweitbeurteilung	1.86	2.93	2.09	3.42	1.56	2.11
Drittbeurteilung	4.60	3.14	4.85	3.96	4.27	1.53
<i>Gesunde</i>						
	2.21	2.25	2.39	2.52	1.78	1.33
Zweitbeurteilung	2.48	2.82	2.60	3.12	2.08	1.31

Anmerkungen. Minor Depression: *N* = 368 (männlich *n* = 117, weiblich *n* = 251). Minor Depression mit Diabetes: *N* = 46 (männlich *n* = 24, weiblich *n* = 22). Remittierte Depressive: *N* = 209 (männlich *n* = 55, weiblich *n* = 154). Ältere Depressive *N* = 109 (männlich *n* = 36, weiblich *n* = 73). Chronisch Depressive (CBASP): Baseline *N* = 263 (männlich *n* = 90, weiblich *n* = 173). T1 *N* = 241 (männlich *n* = 83, weiblich *n* = 158), T2 *N* = 235 (männlich *n* = 84, weiblich *n* = 151), T3 *N* = 230 (männlich *n* = 78, weiblich *n* = 152). Chronisch Depressive (LAC): T0 *N* = 399 (männlich *n* = 127, weiblich = 272), T1 *N* = 81 (männlich *n* = 27, weiblich = 54), T2 *N* = 76 (männlich *n* = 22, weiblich = 54), T3 *N* = 58 (männlich *n* = 16, weiblich = 42), T4 Therapeut *N* = 99 (männlich *n* = 32, weiblich = 67), T4 Diagnostiker *N* = 182 (männlich *n* = 59, weiblich = 123). Alkoholabhängige: *N* = 45 (männlich *n* = 36 weiblich *n* = 9). Psychosomatik: *N* = 30 (männlich *n* = 14, weiblich *n* = 16). Patienten einer Hausarztpraxis: *N* = 80 (männlich *n* = 34, weiblich *n* = 46); Zweit- und Drittbeurteilung *n* = 35 (männlich *n* = 15, weiblich *n* = 20). Gesunde: *N* = 137 (männlich *n* = 40, weiblich *n* = 97); Zweitbeurteilung *n* = 54 (männlich *n* = 12, weiblich *n* = 42). *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle A - 4 QIDS-SR Mittlere Summenwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) aller Stichproben

Stichprobe	Gesamtwert		Frauen		Männer	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>						
Baseline	14.68	3.78	14.83	3.55	14.41	4.18
T1	11.33	4.69	11.32	4.69	11.35	4.71
T2	10.46	5.18	10.47	5.26	10.44	5.08
T3	9.46	5.25	9.26	5.27	9.38	5.24
<i>Chronisch Depressive (LAC)</i>						
T1.1	13.56	5.04	13.78	5.17	13.09	4.83
T1.2	12.78	5.16	13.03	5.22	12.24	5.09
T1.3	11.72	4.86	12.67	4.93	9.87	4.19
T1.4	11.85	5.12	12.00	5.17	11.56	5.09
T1.5	11.69	5.29	12.06	5.22	10.89	5.45
T1.6	11.59	5.39	11.62	5.32	11.52	5.68
T2	10.06	5.87	10.37	5.98	9.28	5.62
T3	10.81	5.88	11.30	6.19	9.57	4.94
<i>Alkoholabhängige</i>						
T1	8.22	5.01	9.56	5.00	7.89	5.09
T2	6.00	4.56	6.67	6.00	5.83	4.22
T3	5.09	4.32	6.22	4.63	4.81	4.26
<i>Psychosomatik</i>						
T1	11.10	4.59	12.44	4.37	9.57	4.50
T2	10.77	5.30	11.69	5.60	9.71	4.92
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>						
	4.95	3.18	4.85	3.03	5.09	3.42
<i>Gesunde</i>						
	3.18	2.68	3.23	2.70	3.05	2.65

Anmerkungen. Minor Depression: *N* = 368 (männlich *n* = 117, weiblich *n* = 251). Ältere Depressive *N* = 109 (männlich *n* = 36, weiblich *n* = 73). Chronisch Depressive (CBASP): Baseline *N* = 255 (männlich *n* = 90, weiblich *n* = 165), T1 *N* = 220 (männlich *n* = 78, weiblich *n* = 152), T2 *N* = 221 (männlich *n* = 77, weiblich *n* = 144), T3 *N* = 202 (männlich *n* = 70, weiblich *n* = 132). Chronisch Depressive (LAC): T1.1 *N* = 98 (männlich *n* = 31, weiblich = 67), T1.2 *N* = 101 (männlich *n* = 32, weiblich = 69), T1.3 *N* = 92 (männlich *n* = 31, weiblich = 62), T1.4 *N* = 95 (männlich *n* = 32, weiblich = 63), T1.5 *N* = 92 (männlich *n* = 29, weiblich = 63), T1.6 *N* = 87 (männlich *n* = 27, weiblich = 60), T2 *N* = 88 (männlich *n* = 25, weiblich = 63), T3 *N* = 74 (männlich *n* = 21, weiblich = 53). Alkoholabhängige: *N* = 45 (männlich *n* = 36 weiblich *n* = 9). Psychosomatik: *N* = 30 (männlich *n* = 14, weiblich *n* = 16). Patienten einer Hausarztpraxis: *N* = 80 (männlich *n* = 34, weiblich *n* = 46). Gesunde: *N* = 137 (männlich *n* = 40, weiblich *n* = 97). *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

Tabelle A - 5 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der MinD-Stichprobe zum Zeitpunkt T1

Item	Stichprobe MinD		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	1.14	1.27	.16
2. Nächtliches Erwachen	1.32	1.22	.18
3. Früherwachen	0.88	1.20	.16
4. Hypersomnie	0.27	0.55	.00
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.73	0.64	.50
6. Stimmung (Gereiztheit)	1.10	0.93	.30
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.69	0.64	.43
8. Reaktivität der Stimmung	0.82	0.73	.37
9. Stimmungsvariabilität	1.23	1.36	.09
10. Qualität der Stimmung	1.46	0.77	.34
11./12. Appetitveränderung	0.60	0.68	.29
13./14. Gewichtsveränderung	0.43	0.84	.16
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.49	0.88	.42
16. Selbstbewertung	1.25	0.79	.29
17. Sicht der Zukunft	1.26	0.77	.33
18. Suizidvorstellungen	0.64	0.71	.38
19. Interesse/Beteiligung am Leben	1.21	0.75	.50
20. Energielosigkeit	1.56	0.72	.43
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.96	0.81	.42
22. Sexuelles Interesse	1.18	1.16	.18
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.43	0.52	.20
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.61	0.67	.18
25. Somatische Klagen	1.31	0.89	.24
26. Sympathotone Erregung	1.14	0.80	.35
27. Panik/phobische Symptome	0.63	1.00	.24
28. Verdauungsbeschwerden	0.44	0.71	.10

Anmerkungen. $N = 348$.

Tabelle A - 6 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Stichprobe älterer Depressiver (DiA) zum Zeitpunkt T1

Item	Stichprobe Ältere Depressive (DiA)		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.60	0.97	.02
2. Nächtliches Erwachen	1.61	1.19	.05
3. Früherwachen	0.55	0.99	.07
4. Hypersomnie	0.16	0.39	.29
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.81	0.99	.53
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.78	1.00	.39
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.31	1.05	.43
8. Reaktivität der Stimmung	0.85	0.87	.48
9. Stimmungsvariabilität	1.63	1.33	.09
10. Qualität der Stimmung	1.59	1.09	.36
11./12. Appetitveränderung	0.50	0.77	.19
13./14. Gewichtsveränderung	0.37	0.70	.28
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.02	0.87	.40
16. Selbstbewertung	0.89	1.07	.33
17. Sicht der Zukunft	1.41	0.93	.43
18. Suizidvorstellungen	0.75	0.82	.34
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.94	0.96	.43
20. Energielosigkeit	1.20	0.88	.30
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.85	0.97	.52
22. Sexuelles Interesse			
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.16	0.39	.26
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.31	0.57	.22
25. Somatische Klagen	1.23	1.00	.17
26. Sympathotone Erregung	1.26	0.80	.13
27. Panik/phobische Symptome	0.26	0.64	.34
28. Verdauungsbeschwerden	0.48	0.86	.08

Anmerkungen. $N = 109$. Das Item "Sexuelles Interesse" wurde bei dieser Stichprobe nicht erhoben.

Tabelle A - 7 Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Alkoholabhängigen zum Zeitpunkt T1

Item	Stichprobe Alkoholabhängiger		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.95	1.12	.57
2. Nächtliches Erwachen	1.23	1.08	.21
3. Früherwachen	0.98	1.00	.47
4. Hypersomnie	0.23	0.42	.03
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.93	1.11	.65
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.52	0.93	.38
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.09	1.16	.77
8. Reaktivität der Stimmung	0.61	0.90	.50
9. Stimmungsvariabilität	0.45	0.98	.34
10. Qualität der Stimmung	0.14	0.41	.47
11./12. Appetitveränderung	0.68	1.01	.46
13./14. Gewichtsveränderung	1.11	1.21	.36
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.48	0.66	.70
16. Selbstbewertung	0.64	0.84	.50
17. Sicht der Zukunft	0.43	0.79	.51
18. Suizidvorstellungen	0.20	0.55	.45
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.45	0.93	.69
20. Energielosigkeit	0.77	1.01	.63
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.43	0.85	.37
22. Sexuelles Interesse	0.66	1.16	.49
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.36	0.65	.53
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.57	0.93	.42
25. Somatische Klagen	1.09	0.96	.32
26. Sympathotone Erregung	0.89	0.99	.49
27. Panik/phobische Symptome	0.34	0.75	.22
28. Verdauungsbeschwerden	0.32	0.64	.56
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.39	0.87	.63
30. Körperliche Schwere	0.64	0.94	.56

Anmerkungen. *N* = 44.

Tabelle A - 8 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Psychosomatikpatienten zum Zeitpunkt T1

Item	Stichprobe Psychosomatikpatienten		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	1.20	1.27	.43
2. Nächtliches Erwachen	1.57	1.22	.14
3. Früherwachen	1.23	1.14	.13
4. Hypersomnie	0.07	0.25	-.30
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.63	0.93	.60
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.80	0.85	.58
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.43	1.19	.59
8. Reaktivität der Stimmung	0.60	0.89	.37
9. Stimmungsvariabilität	1.00	1.31	.40
10. Qualität der Stimmung	0.10	0.31	.41
11./12. Appetitveränderung	0.40	0.62	.18
13./14. Gewichtsveränderung	0.87	0.86	.11
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.27	1.17	.40
16. Selbstbewertung	0.87	0.82	.53
17. Sicht der Zukunft	0.73	0.87	.57
18. Suizidvorstellungen	0.37	0.72	.62
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.53	0.73	.62
20. Energielosigkeit	1.17	0.99	.56
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.57	1.07	.36
22. Sexuelles Interesse	1.10	1.35	.32
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.57	0.57	.29
24. Psychomotorische Agitiertheit	1.27	1.02	.51
25. Somatische Klagen	1.27	0.98	.34
26. Sympathotone Erregung	1.07	0.91	.31
27. Panik/phobische Symptome	0.97	1.19	.56
28. Verdauungsbeschwerden	0.40	0.77	.45
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.83	1.15	.29
30. Körperliche Schwere	1.20	1.10	.38

Anmerkungen. $N = 30$.

Tabelle A - 9 Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Patienten einer Hausarztpraxis

Item	Stichprobe Hausarztpatienten		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.63	0.98	.47
2. Nächtliches Erwachen	1.53	1.07	.42
3. Früherwachen	0.38	0.78	.40
4. Hypersomnie	0.31	0.49	.08
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.69	0.92	.62
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.50	0.75	.48
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	0.44	0.82	.45
8. Reaktivität der Stimmung	0.14	0.53	.49
9. Stimmungsvariabilität	0.18	0.64	.26
10. Qualität der Stimmung	0.19	0.69	.22
11./12. Appetitveränderung	0.36	0.77	.29
13./14. Gewichtsveränderung	0.55	0.98	.03
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.28	0.62	.44
16. Selbstbewertung	0.21	0.61	.27
17. Sicht der Zukunft	0.60	0.74	.54
18. Suizidvorstellungen	0.08	0.42	.21
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.14	0.45	.45
20. Energielosigkeit	0.68	0.81	.51
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.19	0.65	.16
22. Sexuelles Interesse	0.85	1.32	.51
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.08	0.27	.37
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.18	0.53	.32
25. Somatische Klagen	1.33	1.08	.58
26. Sympathotone Erregung	0.54	0.92	.44
27. Panik/phobische Symptome	0.05	0.36	.44
28. Verdauungsbeschwerden	0.38	0.74	.33
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.23	0.62	.35
30. Körperliche Schwere	0.53	0.89	.64

Anmerkungen. *N* = 78.

Tabelle A - 10 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-CR der Gesunden

Item	Stichprobe Gesunde		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.36	0.75	.28
2. Nächtliches Erwachen	0.66	0.90	.20
3. Früherwachen	0.14	0.40	.22
4. Hypersomnie	0.31	0.52	-.03
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.22	0.56	.66
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.26	0.57	.44
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	0.20	0.54	.59
8. Reaktivität der Stimmung	0.01	0.09	.18
9. Stimmungsvariabilität	0.18	0.60	.59
10. Qualität der Stimmung	0.04	0.27	.53
11./12. Appetitveränderung	0.11	0.34	.45
13./14. Gewichtsveränderung	0.28	0.59	.16
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.23	0.67	.48
16. Selbstbewertung	0.07	0.32	.54
17. Sicht der Zukunft	0.27	0.53	.42
18. Suizidvorstellungen	0.01	0.09	-.06
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.11	0.40	.74
20. Energielosigkeit	0.22	0.52	.64
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.02	0.26	.64
22. Sexuelles Interesse	0.12	0.46	.42
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.04	0.24	.72
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.08	0.30	.36
25. Somatische Klagen	0.73	0.84	.40
26. Sympathotone Erregung	0.21	0.55	.54
27. Panik/phobische Symptome	0.03	0.27	.60
28. Verdauungsbeschwerden	0.16	0.56	.35
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.13	0.45	.51
30. Körperliche Schwere	0.20	0.54	.67

Anmerkungen. $N = 138$.

Tabelle A - 11 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Chronisch Depressiven (CBASP) zur Baselineerhebung

Item	Stichprobe CBASP		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	1.49	1.00	.17
2. Nächtliches Erwachen	1.88	0.99	.24
3. Früherwachen	1.00	1.08	.23
4. Hypersomnie	0.45	0.67	-.04
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.93	0.76	.52
6. Stimmung (Gereiztheit)	1.30	0.73	.34
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.63	0.74	.67
8. Reaktivität der Stimmung	1.45	0.63	.51
9. Stimmungsvariabilität	0.91	0.69	.03
10. Qualität der Stimmung	1.83	1.10	.37
11./12. Appetitveränderung	1.70	0.76	.48
13./ 14. Gewichtsveränderung	1.86	1.10	.32
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.92	0.76	.37
16. Selbstbewertung	0.99	0.77	.32
17. Sicht der Zukunft	1.64	0.78	.46
18. Suizidvorstellungen	1.67	0.70	.49
19. Interesse/Beteiligung am Leben	1.39	0.77	.53
20. Energielosigkeit	1.53	1.04	.28
21. Vergnügen, Lustempfinden	1.09	0.83	.46
22. Sexuelles Interesse	0.89	0.78	.36
23. Psychomotorische Verlangsamung	1.50	0.81	.31
24. Psychomotorische Agitiertheit	1.20	0.86	.29
25. Somatische Klagen	0.88	0.85	.36
26. Sympathotone Erregung	1.15	0.91	.32
27. Panik/phobische Symptome	1.76	1.01	.30
28. Verdauungsbeschwerden	1.92	0.76	.53
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.99	0.89	.25
30. Körperliche Schwere	0.84	0.84	.20

Anmerkungen. $N = 245$.

Tabelle A - 12 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Alkoholabhängigen zum Zeitpunkt T1

Item	Stichprobe Alkoholabhängiger		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.95	1.12	.57
2. Nächtliches Erwachen	1.23	1.08	.21
3. Früherwachen	0.98	1.00	.47
4. Hypersomnie	0.23	0.42	.03
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.93	1.11	.65
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.53	0.93	.38
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.09	1.16	.77
8. Reaktivität der Stimmung	0.61	0.90	.50
9. Stimmungsvariabilität	0.45	0.98	.34
10. Qualität der Stimmung	0.14	0.41	.47
11./12. Appetitveränderung	0.68	1.01	.46
13./14. Gewichtsveränderung	1.11	1.21	.36
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.48	0.66	.70
16. Selbstbewertung	0.64	0.84	.50
17. Sicht der Zukunft	0.43	0.79	.51
18. Suizidvorstellungen	0.20	0.55	.45
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.45	0.93	.69
20. Energielosigkeit	0.77	1.02	.63
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.43	0.85	.37
22. Sexuelles Interesse	0.66	2.26	.49
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.36	0.65	.53
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.57	0.93	.42
25. Somatische Klagen	1.09	0.96	.32
26. Sympathotone Erregung	0.89	0.99	.49
27. Panik/phobische Symptome	0.34	0.75	.22
28. Verdauungsbeschwerden	0.32	0.64	.56
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.39	0.87	.63
30. Körperliche Schwere	0.64	0.94	.56

Anmerkungen. $N = 44$.

Tabelle A - 13 Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Psychosomatikpatienten zum Zeitpunkt T1

Item	Stichprobe Psychosomatikpatienten		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	1.20	1.27	.43
2. Nächtliches Erwachen	1.57	1.22	.14
3. Früherwachen	1.23	1.14	.13
4. Hypersomnie	0.07	0.25	-.30
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.63	0.93	.60
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.80	0.85	.58
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	1.43	1.19	.59
8. Reaktivität der Stimmung	0.60	0.89	.37
9. Stimmungsvariabilität	1.00	1..31	.40
10. Qualität der Stimmung	0.10	0.31	.41
11./12. Appetitveränderung	0.40	0.62	.18
13./14. Gewichtsveränderung	0.87	0.86	.11
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.27	1.17	.40
16. Selbstbewertung	0.87	0.82	.53
17. Sicht der Zukunft	0.73	0.87	.57
18. Suizidvorstellungen	0.37	0.72	.62
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.53	0.73	.62
20. Energielosigkeit	1.17	0.99	.56
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.57	1.07	.36
22. Sexuelles Interesse	1.10	1.35	.32
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.57	0.57	.29
24. Psychomotorische Agitiertheit	1.27	1.02	.51
25. Somatische Klagen	1.27	0.98	.34
26. Sympathotone Erregung	1.07	0.91	.31
27. Panik/phobische Symptome	0.97	1.19	.56
28. Verdauungsbeschwerden	0.40	0.77	.45
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.83	1.15	.29
30. Körperliche Schwere	1.20	1.10	.38

Anmerkungen. *N* = 30.

Tabelle A - 14 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Hausarztpatienten

Item	Stichprobe Hausarztpatienten		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.50	0.82	.32
2. Nächtliches Erwachen	1.50	1.04	.44
3. Früherwachen	0.30	0.61	.27
4. Hypersomnie	0.39	0.52	.05
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.45	0.50	.56
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.53	0.56	.39
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	0.41	0.56	.58
8. Reaktivität der Stimmung	0.20	0.44	.50
9. Stimmungsvariabilität	0.22	0.45	.37
10. Qualität der Stimmung	0.19	0.47	.59
11./12. Appetitveränderung	0.20	0.41	.20
13./14. Gewichtsveränderung	0.45	0.73	-.14
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.44	0.56	.61
16. Selbstbewertung	0.25	0.59	.48
17. Sicht der Zukunft	0.64	0.57	.57
18. Suizidvorstellungen	0.25	0.62	.38
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.17	0.42	.47
20. Energielosigkeit	0.39	0.52	.60
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.17	0.42	.54
22. Sexuelles Interesse	0.67	1.01	.31
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.20	0.41	.42
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.23	0.56	.22
25. Somatische Klagen	0.97	0.69	.58
26. Sympathotone Erregung	0.67	0.71	.47
27. Panik/phobische Symptome	0.28	0.55	.25
28. Verdauungsbeschwerden	0.31	0.64	.86
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.19	0.43	.48
30. Körperliche Schwere	0.42	0.56	.65

Anmerkungen. $N = 64$.

Tabelle A - 15 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des IDS-SR der Gesunden

Item	Stichprobe Gesunde		
	M	SD	r_{it}
1. Einschlafschwierigkeiten	0.53	0.73	.28
2. Nächtliches Erwachen	0.86	0.97	.12
3. Früherwachen	0.18	0.52	.39
4. Hypersomnie	0.44	0.59	.10
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.39	0.53	.59
6. Stimmung (Gereiztheit)	0.43	0.57	.49
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	0.39	0.53	.49
8. Reaktivität der Stimmung	0.20	0.33	.59
9. Stimmungsvariabilität	0.25	0.54	.40
10. Qualität der Stimmung	0.12	0.45	.55
11./12. Appetitveränderung	0.15	0.45	.59
13./14. Gewichtsveränderung	0.36	0.62	.42
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.41	0.56	.49
16. Selbstbewertung	0.18	0.58	.44
17. Sicht der Zukunft	0.47	0.57	.53
18. Suizidvorstellungen	0.04	0.29	.16
19. Interesse/Beteiligung am Leben	0.09	0.29	.54
20. Energielosigkeit	0.26	0.52	.73
21. Vergnügen, Lustempfinden	0.07	0.29	.72
22. Sexuelles Interesse	0.21	0.56	.54
23. Psychomotorische Verlangsamung	0.05	0.22	.64
24. Psychomotorische Agitiertheit	0.14	0.37	.45
25. Somatische Klagen	0.58	0.63	.48
26. Sympathotone Erregung	0.26	0.52	.37
27. Panik/phobische Symptome	0.34	0.57	.25
28. Verdauungsbeschwerden	0.32	0.63	.38
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	0.18	0.47	.62
30. Körperliche Schwere	0.31	0.53	.70

Anmerkungen. $N = 137$.

Tabelle A - 16 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe Minor Depression (MinD) zur Baselineerhebung

Item	Stichprobe Minor Depression (MinD)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.90	0.61	.19
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.73	0.64	.47
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.51	0.62	.24
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.48	0.88	.43
5. Selbstbewertung	1.25	0.79	.26
6. Suizidvorstellungen	0.64	0.71	.29
7. Interesse/Beteiligung am Leben	1.20	0.76	.47
8. Energielosigkeit	1.55	0.72	.45
9. Psychomotorische Veränderung	0.52	0.40	.28

Anmerkungen. $N = 350$.

Tabelle A - 17 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Diabetiker mit Minor Depression (Mind-Dia)

Item	Stichprobe Diabetiker mit Minor Depression (MIND-DIA)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.83	0.60	.14
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.39	0.55	.23
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.09	0.19	-.08
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.20	0.84	.12
5. Selbstbewertung	0.75	0.79	-.09
6. Suizidvorstellungen	0.39	0.63	.09
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.07	0.26	.13
8. Energielosigkeit	1.00	0.91	.09
9. Psychomotorische Veränderung	1.25	0.67	.28

Anmerkungen. $N = 56$.

Tabelle A - 18 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Remittierten Depressiven

Item	Stichprobe Remittierte Depressive		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.41	0.70	.67
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.22	0.50	.52
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.07	0.29	.60
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.21	0.46	.67
5. Selbstbewertung	0.44	0.64	.60
6. Suizidvorstellungen	0.33	0.61	.63
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.35	0.39	.27
8. Energielosigkeit	0.17	0.42	.32
9. Psychomotorische Veränderung	0.07	0.18	.47

Anmerkungen. $N = 209$.

Tabelle A - 19 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Älteren Depressiven (DiA) zum Messzeitpunkt T1

Item	Stichprobe Ältere Depressive (DiA)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.73	0.49	.15
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.81	0.99	.51
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.43	0.62	.24
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.02	0.87	.30
5. Selbstbewertung	0.89	1.07	.31
6. Suizidvorstellungen	0.75	0.82	.33
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.94	0.96	.41
8. Energielosigkeit	1.20	0.88	.21
9. Psychomotorische Veränderung	0.23	0.33	.29

Anmerkungen. $N = 109$.

Tabelle A - 20 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Chronisch Depressiven (CBASP) zur Baselineerhebung

Item	Stichprobe Chronisch Depressive (CBASP)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	2.27	0.91	.69
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.98	0.88	.59
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	1.25	0.71	.70
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.84	0.96	.60
5. Selbstbewertung	1.51	1.14	.63
6. Suizidvorstellungen	0.89	0.77	.63
7. Interesse/Beteiligung am Leben	1.46	0.90	.61
8. Energielosigkeit	1.60	0.85	.61
9. Psychomotorische Veränderung	0.77	0.71	.64

Anmerkungen. $N = 263$.

Tabelle A - 21 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Chronisch Depressiven (LAC) zur Baselineerhebung

Item	Stichprobe Chronisch Depressive (LAC)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.97	0.57	.18
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.52	0.74	.16
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.55	0.45	.29
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.76	0.67	.21
5. Selbstbewertung	1.75	0.93	.13
6. Suizidvorstellungen	0.87	0.66	.14
7. Interesse/Beteiligung am Leben	1.61	0.83	.28
8. Energielosigkeit	1.75	0.63	.31
9. Psychomotorische Veränderung	0.48	0.43	.29

Anmerkungen. $N = 363$.

Tabelle A - 22 Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*) und Trennschärfekoeffizienten (*r_{it}*) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Alkoholabhängigen zum Messzeitpunkt T1

Item	Stichprobe Alkoholabhängiger		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
1. Schlaf	0.85	0.58	.01
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.34	1.11	.65
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.56	0.50	.38
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.93	0.66	.68
5. Selbstbewertung	0.48	0.84	.55
6. Suizidvorstellungen	0.64	0.55	.37
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.20	0.93	.64
8. Energielosigkeit	0.45	1.01	.60
9. Psychomotorische Veränderung	0.77	0.61	.83

Anmerkungen. *N* = 44.

Tabelle A - 23 Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*) und Trennschärfekoeffizienten (*r_{it}*) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Psychosomatikpatienten zum Messzeitpunkt T1

Item	Stichprobe Psychosomatikpatienten		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
1. Schlaf	1.02	0.65	.33
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.63	0.93	.61
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.20	0.31	.03
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.27	1.17	.36
5. Selbstbewertung	0.87	0.82	.55
6. Suizidvorstellungen	0.37	0.72	.60
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.53	0.73	.67
8. Energielosigkeit	1.17	0.99	.44
9. Psychomotorische Veränderung	1.07	0.75	.74

Anmerkungen. *N* = 30.

Tabelle A - 24 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe der Patienten einer Hausarztpraxis

Item	Stichprobe Patienten einer Hausarztpraxis		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.71	0.52	.41
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.68	0.91	.58
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.44	0.74	.07
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.28	0.62	.49
5. Selbstbewertung	0.21	0.61	.24
6. Suizidvorstellungen	0.08	0.41	.23
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.14	0.44	.43
8. Energielosigkeit	0.68	0.81	.43
9. Psychomotorische Veränderung	0.12	0.29	.26

Anmerkungen. $N = 80$.

Tabelle A - 25 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-CR der Stichprobe Gesunder

Item	Stichprobe Gesunder		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.37	0.38	.27
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.22	0.56	.57
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.20	0.34	.33
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.23	0.66	.45
5. Selbstbewertung	0.07	0.32	.46
6. Suizidvorstellungen	0.01	0.09	-.06
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.11	0.39	.76
8. Energielosigkeit	0.22	0.53	.61
9. Psychomotorische Veränderung	0.06	0.20	.66

Anmerkungen. $N = 138$.

Tabelle A - 26 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Chronisch Depressiven (CBASP) zur Baselineerhebung

Item	Stichprobe Chronisch Depressive (CBASP)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	2.27	0.75	.22
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.93	0.75	.51
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	1.27	0.94	.18
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.69	0.70	.42
5. Selbstbewertung	1.87	1.11	.21
6. Suizidvorstellungen	1.00	0.76	.30
7. Interesse/Beteiligung am Leben	1.65	0.78	.42
8. Energielosigkeit	1.68	0.71	.48
9. Psychomotorische Veränderung	1.34	0.78	.41

Anmerkungen. $N = 253$.

Tabelle A - 27 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Chronisch Depressiven (LAC) zum Messzeitpunkt T1

Item	Stichprobe Chronisch Depressive (LAC)		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	1.03	0.60	.47
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.43	0.75	.50
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.34	0.39	.51
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.77	0.85	.61
5. Selbstbewertung	1.85	1.08	.36
6. Suizidvorstellungen	0.74	0.74	.45
7. Interesse/Beteiligung am Leben	1.09	0.79	.65
8. Energielosigkeit	1.72	0.84	.59
9. Psychomotorische Veränderung	0.87	0.58	.53

Anmerkungen. $N = 137$.

Tabelle A - 28 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe Alkoholabhängiger zum Messzeitpunkt T1

Item	Stichprobe Alkoholabhängiger		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.96	0.57	.46
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.86	0.77	.68
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.25	0.45	.50
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.70	0.73	.69
5. Selbstbewertung	0.75	1.01	.66
6. Suizidvorstellungen	0.32	0.60	.55
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.77	0.86	.75
8. Energielosigkeit	0.68	0.93	.61
9. Psychomotorische Veränderung	0.73	0.78	.81

Anmerkungen. $N = 44$.

Tabelle A - 29 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe der Psychosomatikpatienten zum Messzeitpunkt T1

Item	Stichprobe Psychosomatikpatienten		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	1.19	0.58	.32
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	1.23	0.59	.52
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.38	0.41	.36
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	1.27	0.87	.58
5. Selbstbewertung	1.12	1.28	.40
6. Suizidvorstellungen	0.42	0.70	.31
7. Interesse/Beteiligung am Leben	1.12	1.03	.56
8. Energielosigkeit	1.27	0.92	.55
9. Psychomotorische Veränderung	1.19	0.84	.77

Anmerkungen. $N = 26$.

Tabelle A - 30 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe der Patienten einer Hausarztpraxis

Item	Stichprobe Patienten einer Hausarztpraxis		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.71	0.53	.33
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.44	0.50	.58
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.37	0.46	-.04
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.44	0.53	.72
5. Selbstbewertung	0.22	0.49	.45
6. Suizidvorstellungen	0.24	0.60	.38
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.19	0.43	.53
8. Energielosigkeit	0.39	0.53	.58
9. Psychomotorische Veränderung	0.23	0.36	.40

Anmerkungen. $N = 59$.

Tabelle A - 31 Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it}) zu den Items des QIDS-SR der Stichprobe Gesunder

Item	Stichprobe Gesunder		
	M	SD	r_{it}
1. Schlaf	0.50	0.43	.28
2. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	0.40	0.53	.51
3. Appetit- oder Gewichtsveränderung	0.25	0.44	.49
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	0.41	0.56	.50
5. Selbstbewertung	0.17	0.58	.37
6. Suizidvorstellungen	0.04	0.29	.10
7. Interesse/Beteiligung am Leben	0.09	0.29	.50
8. Energielosigkeit	0.25	0.51	.66
9. Psychomotorische Veränderung	0.09	0.24	.61

Anmerkungen. $N = 138$.

Tabelle A - 32 Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-CR
(Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Einschlafschwierigkeiten	.55	.30
2. Nächtliches Erwachen	.39	.15
3. Früherwachen	.52	.27
4. Hypersomnie	-.06	.00
5. Stimmung (Traurigkeit,	.76	.58
6. Stimmung (Gereiztheit)	.53	.28
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	.72	.52
8. Reaktivität der Stimmung	.58	.34
9. Stimmungsvariabilität	.50	.25
10. Qualität der Stimmung	.30	.09
11./12. Appetitveränderung	.42	.18
13./14. Gewichtsveränderung	.30	.09
15. Konzentration,	.61	.38
16. Selbstbewertung	.57	.33
17. Sicht der Zukunft	.56	.31
18. Suizidvorstellungen	.44	.19
19. Interesse/Beteiligung am Leben	.68	.46
20. Energielosigkeit	.68	.47
21. Vergnügen, Lustempfinden	.43	.19
22. Sexuelles Interesse	.53	.28
23. Psychomotorische	.61	.37
24. Psychomotorische Agitiertheit	.57	.33
25. Somatische Klagen	.49	.24
26. Sympathotone Erregung	.58	.33
27. Panik/phobische Symptome	.59	.34
28. Verdauungsbeschwerden	.40	.16
29. Zwischenmenschliche	.55	.30
30. Körperliches Schweregefühl	.69	.47
Eigenwert	8.20	
% erklärte Varianz	29.29	

Tabelle A - 33 Ergebnisse der Faktorenanalyse (2-Faktoren-Lösung) des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe

Item	Faktor		h ²
	1	2	
1. Einschlafschwierigkeiten	.13	.15	.04
2. Nächtliches Erwachen	.05	.43	.18
3. Früherwachen	.06	.39	.16
4. Hypersomnie	.10	-.14	.03
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	.65	.14	.44
6. Stimmung (Gereiztheit)	.35	.26	.19
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	.37	.42	.31
8. Reaktivität der Stimmung	.66	.14	.46
9. Stimmungsvariabilität	-.07	.14	.03
10. Qualität der Stimmung	.53	.07	.28
11./12. Appetitveränderung	.45	.40	.36
13./14. Gewichtsveränderung	.42	.06	.18
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.61	-.09	.38
16. Selbstbewertung	.54	-.09	.30
17. Sicht der Zukunft	.67	.01	.45
18. Suizidvorstellungen	.48	.33	.35
19. Interesse/Beteiligung am Leben	.71	.09	.51
20. Energielosigkeit	.28	.18	.11
21. Vergnügen, Lustempfinden	.35	.49	.36
22. Sexuelles Interesse	.19	.51	.30
23. Psychomotorische Verlangsamung	.12	.52	.28
24. Psychomotorische Agitiertheit	.00	.64	.41
25. Somatische Klagen	.17	.53	.31
26. Sympathotone Erregung	.11	.50	.26
27. Panik/phobische Symptome	.45	-.05	.20
28. Verdauungsbeschwerden	.61	.23	.42
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	.26	.15	.09
30. Körperliches Schweregefühl	.00	.36	.13
Eigenwert	5.48	2.04	
% erklärte Varianz	19.80	7.27	

Tabelle A - 34 Ergebnisse der Faktorenanalyse (4-Faktoren-Lösung) des IDS-SR (Hauptkomponentenanalyse mit Varimaxrotation) der CBASP-Stichprobe

Item	Faktor				h ²
	1	2	3	4	
1. Einschlafschwierigkeiten	.17	-.03	.45	.02	.23
2. Nächtliches Erwachen	.09	.14	.67	-.12	.50
3. Früherwachen	.09	.08	.73	.02	.55
4. Hypersomnie	.13	.11	-.50	-.36	.41
5. Stimmung (Traurigkeit,	.62	.17	.14	.15	.45
6. Stimmung (Gereiztheit)	.29	.28	.10	.15	.19
7. Stimmung (Angst,	.25	.49	.03	.30	.39
8. Reaktivität der Stimmung	.65	.15	.17	.07	.48
9. Stimmungsvariabilität	-.17	.12	.05	.37	.18
10. Qualität der Stimmung	.50	.12	.04	.16	.29
11./12. Appetitveränderung	.39	.49	.02	-.02	.40
13./14. Gewichtsveränderung	.26	.15	-.07	.70	.59
15. Konzentration,	.58	-.06	.05	.30	.43
16. Selbstbewertung	.57	-.04	.01	-.06	.33
17. Sicht der Zukunft	.69	.10	-.02	-.07	.49
18. Suizidvorstellungen	.44	.46	-.06	-.06	.41
19. Interesse/Beteiligung am	.71	.11	.13	.05	.54
20. Energielosigkeit	.25	.23	.01	.04	.12
21. Vergnügen, Lustempfinden	.26	.60	-.04	.01	.43
22. Sexuelles Interesse	.07	.51	.16	.31	.38
23. Psychomotorische	.11	.50	.18	-.29	.38
24. Psychomotorische	-.07	.66	.11	-.13	.47
25. Somatische Klagen	.05	.60	.02	.19	.40
26. Sympathotone Erregung	.02	.51	.12	.15	.30
27. Panik/phobische Symptome	.35	.02	-.06	.52	.40
28. Verdauungsbeschwerden	.60	.38	-.09	-.18	.55
29. Zwischenmenschliche	.30	.11	.18	-.18	.17
30. Körperliches Schweregefühl	.00	.19	.44	-.05	.23
Eigenwert	4.09	3.11	1.84	1.63	
% erklärte Varianz	14.60	11.11	6.57	5.83	

Tabelle A - 35 Ergebnisse der Faktorenanalyse des IDS-SR
(Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Einschlafschwierigkeiten	.53	.28
2. Nächtliches Erwachen	.35	.12
3. Früherwachen	.51	.26
4. Hypersomnie	-.05	.00
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	.75	.56
6. Stimmung (Gereiztheit)	.51	.26
7. Stimmung (Angst, Anspannung)	.68	.46
8. Reaktivität der Stimmung	.79	.63
9. Stimmungsvariabilität	.49	.24
10. Qualität der Stimmung	.79	.62
11./12. Appetitveränderung	.04	.00
13./14. Gewichtsveränderung	.46	.21
15. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.67	.45
16. Selbstbewertung	.62	.38
17. Sicht der Zukunft	.61	.37
18. Suizidvorstellungen	.45	.20
19. Interesse/Beteiligung am Leben	.79	.62
20. Energielosigkeit	.79	.63
21. Vergnügen, Lustempfinden	.81	.66
22. Sexuelles Interesse	.52	.27
23. Psychomotorische Verlangsamung	.68	.46
24. Psychomotorische Agitiertheit	.58	.33
25. Somatische Klagen	.53	.28
26. Sympathotone Erregung	.58	.34
27. Panik/phobische Symptome	.47	.22
28. Verdauungsbeschwerden	.51	.26
29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	.69	.47
30. Körperliches Schweregefühl	.80	.65
Eigenwert	8.20	
% erklärte Varianz	29.29	

Tabelle A - 36 *Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe*

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Schlaf	.57	.32
2. Stimmung	.79	.62
3. Appetit- und Gewichtsveränderung	.77	.60
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.65	.43
5. Selbstbewertung	.44	.19
6. Suizidvorstellungen	.63	.40
7. Interesse/Beteiligung am Leben	.54	.30
8. Energielosigkeit	.72	.52
9. Psychomotorische Veränderung	.70	.49
Eigenwert	3.87	
% erklärte Varianz	43.00	

Tabelle A - 37 *Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-CR (Hauptkomponentenanalyse) der MinD-Stichprobe*

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Schlaf	.39	.54
2. Stimmung	.67	.49
3. Appetit- und Gewichtsveränderung	.32	.39
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.63	.62
5. Selbstbewertung	.42	.55
6. Suizidvorstellungen	.46	.69
7. Interesse/Beteiligung am Leben	.67	.55
8. Energielosigkeit	.67	.60
9. Psychomotorische Veränderung	.45	.35
Eigenwert	2.54	
% erklärte Varianz	28.2	

Tabelle A - 38 Ergebnisse der Faktorenanalyse des QIDS-SR (Hauptkomponentenanalyse) der kombinierten Stichprobe

Item	Faktor	
	1	h ²
1. Schlaf	.48	.23
2. Stimmung	.76	.57
3. Appetit- und Gewichtsveränderung	.51	.26
4. Konzentration, Entscheidungsvermögen	.76	.57
5. Selbstbewertung	.67	.44
6. Suizidvorstellungen	.46	.21
7. Interesse/Beteiligung am Leben	.81	.66
8. Energielosigkeit	.80	.63
9. Psychomotorische Veränderung	.73	.53
Eigenwert	4.12	
% erklärte Varianz	45.6	

Tabelle A - 39 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t-Test zur Baselineerhebung beim IDS-CR

Stichprobe	Frauen		Männer		t	p
	M	SD	M	SD		
<i>Minor Depression</i>	27.32	8.16	25.52	7.86	-1.945	.053
<i>Ältere Depressive</i>	23.40	8.40	20.69	8.27	1.588	.115
<i>Alkoholabhängige</i>	23.00	15.94	16.20	12.35	-1.388	.173
<i>Psychosomatik</i>	27.94	13.13	21.79	10.58	-1.399	.173
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>	13.24	8.49	10.53	7.56	-1.272	.207
<i>Gesunde</i>	5.53	5.54	3.85	2.79	-1.792	.075

Tabelle A - 40 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t-Test zur Baselineerhebung beim IDS-SR

Stichprobe	Frauen		Männer		t	p
	M	SD	M	SD		
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>	39.57	9.19	37.62	10.03	-1.566	.118
<i>Alkoholabhängige</i>	22.78	15.35	18.97	13.37	-.742	.462
<i>Psychosomatik</i>	31.87	12.39	24.43	12.04	-1.664	.107
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>	12.43	8.49	11.76	7.87	-.360	.720
<i>Gesunde</i>	8.42	7.49	7.30	6.49	-.826	.410

Tabelle A - 41 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t-Test zur Baselineerhebung beim QIDS-CR

Stichprobe	Frauen		Männer		t	p
	M	SD	M	SD		
<i>Minor Depression</i>	11.64	3.65	11.51	3.57	-.312	.755
<i>Diabetiker mit Minor Depression</i>	9.05	3.37	9.17	3.94	.112	.912
<i>Remittierte Depressive</i>	3.66	3.73	3.29	3.69	.623	.534
<i>Ältere Depressive</i>	10.12	3.97	8.81	3.73	1.663	.099
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>	13.59	3.99	13.56	4.77	-.056	.955
<i>Chronisch Depressive (LAC)</i>	14.54	3.17	14.15	3.27	-1.136	.257
<i>Alkoholabhängige</i>	9.22	5.43	6.79	5.10	-1.271	.211
<i>Psychosomatik</i>	12.00	4.65	9.07	4.43	-1.760	.089
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>	5.02	3.44	4.38	2.73	-.896	.373
<i>Gesunde</i>	2.39	2.52	1.78	1.33	-1.568	.119

Tabelle A - 42 Ergebnisse des Vergleichs der Gruppenmittelwerte bei Männern und Frauen durch t-Test zur Baselineerhebung beim QIDS-SR

Stichprobe	Frauen		Männer		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>	14.83	3.55	14.41	4.18	-.845	.339
<i>Chronisch Depressive (LAC)</i>	13.78	5.17	13.09	4.83	-.618	.538
<i>Alkoholabhängige</i>	9.56	5.00	7.89	5.09	-.882	.383
<i>Psychosomatik</i>	12.44	4.37	9.57	4.50	-1.768	.088
<i>Patienten einer Hausarztpraxis</i>	4.85	3.03	5.09	3.42	.332	.741
<i>Gesunde</i>	3.23	2.70	3.05	2.65	-.366	.715

Tabelle A - 43 Vergleich der Summenwerte nach Bildungsstand durch t-Test zur Baselineerhebung

Stichprobe	Instrument	Abitur		ohne Abitur		t	p
		M	SD	M	SD		
Diabetiker mit Minor Depression	QIDS-CR	8.40	2.76	9.37	3.89	.735	.466
Remittierte Depressive	QIDS-CR	3.47	3.88	3.64	3.60	.330	.742
Ältere Depressive	IDS-CR	20.97	7.48	23.36	8.83	1.424	.157
	QIDS-CR	8.69	3.40	10.24	4.10	2.006	.047
Chronisch Depressive (CBASP)	QIDS-CR	13.35	3.95	13.966	4.75	1.118	.265
	IDS-SR	38.30	9.21	39.94	10.02	1.325	.186
	QIDS-SR	14.50	3.73	15.01	3.87	1.034	.302
Chronisch Depressive (LAC)	QIDS-CR	14.11	3.07	14.94	3.33	2.41	.02
	QIDS-SR	12.93	5.04	14.11	5.40	1.03	.31
Alkoholabhängige	IDS-CR	18.60	13.51	16.40	12.41	12.41	.591
	QIDS-CR	7.59	4.76	6.81	5.12	5.12	.618
	IDS-SR	20.82	15.51	18.85	12.17	12.17	.643
	QIDS-SR	8.35	5.44	8.08	4.57	4.57	.858
Psychosomatikpatienten	IDS-CR	24.71	12.78	25.54	11.92	.182	.857
	QIDS-CR	10.76	5.03	10.46	4.45	-.175	.863
	IDS-SR	28.59	12.11	28.15	13.70	-.092	.927
	QIDS-SR	11.18	4.63	11.00	4.73	-.103	.919
Patienten einer Hausarztpraxis	IDS-CR	11.39	9.76	12.38	9.17	.463	.645
	QIDS-CR	4.75	3.41	4.60	2.81	-.220	.827
	IDS-SR	11.67	8.34	12.39	7.99	.334	.739
	QIDS-SR	5.03	3.18	4.81	3.19	-.302	.763
Gesunde	IDS-CR	5.57	6.88	4.37	4.07	-.740	.461
	QIDS-CR	2.35	2.84	2.32	2.24	-.054	.957
	IDS-SR	8.45	7.51	5.84	4.43	-1.472	.143
	QIDS-SR	3.29	2.80	2.53	1.61	-1.149	.252

Anmerkungen. Diabetiker mit Minor Depression $N = 45$, mit Abitur $n = 10$, ohne Abitur $n = 35$; Remittierte Depressive $N = 208$, mit Abitur $n = 102$, ohne Abitur $n = 106$; Ältere Depressive $N = 109$, mit Abitur $n = 39$, ohne Abitur $n = 70$; Chronisch Depressiv CBASP $N = 275$, mit Abitur $n = 164$, ohne Abitur $n = 91$; Chronisch Depressive LAC $N = 373$, mit Abitur $n = 244$, ohne Abitur $n = 129$; Alkoholabhängige $N = 43$, mit Abitur $n = 17$, ohne Abitur $n = 26$; Psychosomatikpatienten $N = 30$, mit Abitur $n = 17$, ohne Abitur $n = 13$; Patienten Hausarztpraxis $N = 78$, mit Abitur $n = 36$, ohne Abitur $n = 42$; Gesunde $N = 138$, mit Abitur $n = 119$, ohne Abitur $n = 19$.

Tabelle A - 44 Korrelationen zwischen Geschlecht und Summenwert der IDS-Variante bei zwei Stichproben (Baseline)

Stichprobe	Instrument	Frauen			Männer		
		<i>QIDS</i> -CR	<i>IDS</i> - SR	<i>QIDS</i> -SR	<i>QIDS</i> -CR	<i>IDS</i> - SR	<i>QIDS</i> -SR
<i>Minor Depression</i>	IDS-CR	.89			.88		
<i>Chronisch Depressive (CBASP)</i>	QIDS-CR		.67	.64	.63	.66	
	IDS-SR			.87			.91

Anmerkungen. Korrespondierende Korrelationen, die statistisch signifikant unterschiedlich ausfallen, sind durch Kursivdruck markiert. MinD männlich $n = 112$, weiblich $n = 238$; CBASP männlich $n = 77$, weiblich $n = 152$.

Abbildung - A 1 *Strukturiertes Interview für das Inventar depressiver Symptome (IDS-CR)***IDS-CR: Strukturiertes Interview für das Inventar depressiver Symptome**

Ich würde Ihnen gern ein paar Fragen zu Ihrem Befinden **während der letzten Woche** stellen/**während der letzten 7 Tage** stellen.

1. Einschlafschwierigkeiten
Wie haben Sie letzte Woche geschlafen? Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? Wie lange hat es gedauert, bis Sie eingeschlafen sind? Wie viele Tage der letzten Woche?
<input type="checkbox"/> 0 Brauchte nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen <input type="checkbox"/> 1 Brauchte an weniger als der Hälfte der Woche mindestens 30 Minuten um einzuschlafen <input type="checkbox"/> 2 Brauchte an mehr als der Hälfte der Woche mindestens 30 Minuten um einzuschlafen <input type="checkbox"/> 3 Brauchte mehr als die Hälfte der Woche über eine Stunde um einzuschlafen
2. Nächtliches Erwachen
Sind Sie in der letzten Woche in der Nacht aufgewacht? Wenn ja, wie oft? Wie lange lagen Sie wach? Sind Sie aufgestanden? Was haben Sie getan? Konnten sie gleich wieder einschlafen? Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Schlaf in einigen Nächten unruhig oder gestört war?
<input type="checkbox"/> 0 Wachte nie auf <input type="checkbox"/> 1 Berichtet von ruhlosem, leichtem Schlaf mit einigen Malen Erwachen (unruhiger, gestörter Schlaf) <input type="checkbox"/> 2 Wurde zumindest einmal jede Nacht wach , doch schlief leicht wieder ein (wacht auf) <input type="checkbox"/> 3 Wurde mehr als einmal pro Nacht , wähen mehr als der Hälfte der Woche wach und es dauerte mindestens 20 Minuten um wieder einzuschlafen
3. Früherwachen
Um welche Uhrzeit sind Sie in der letzten Woche aufgewacht? Mit oder ohne Wecker? Wurden Sie wach, bevor Sie aufstehen mussten oder wollten? Wie viel früher? An wie vielen Tagen? Konnten Sie noch einmal einschlafen?
<input type="checkbox"/> 0 Wurde während weniger als der Hälfte der Woche ein halbe Stunde oder weniger früh wach <input type="checkbox"/> 1 Wurde während mehr als der Hälfte der Woche eine halbe Stunde oder mehr früher wach <input type="checkbox"/> 2 Wurde während mehr als der Hälfte der Woche eine Stunde zu früh wach <input type="checkbox"/> 3 Wurde während mehr als der Hälfte der Woche zwei Stunden zu früh wach
4. Schlafdauer
Wie viele Stunden haben Sie letzte Woche während einer 24-Stunden-Periode im Durchschnitt geschlafen? (Tag- & Nachtschlaf zusammengerechnet)? Sind bei dieser Menge Nachmittagsschlafchen enthalten? Ist diese Schlafmenge normal für Sie? Wie viele Stunden haben Sie letzte Woche in einer 24-Stunden-Periode maximal geschlafen? Was war die längste Schlafzeit?
<input type="checkbox"/> 0 Schlief nicht mehr als 8 Stunden <input type="checkbox"/> 1 Schlief nicht mehr als 10 Stunden während 24 Stunden <input type="checkbox"/> 2 Schlief nicht mehr als 12 Stunden während 24 Stunden <input type="checkbox"/> 3 Schlief mehr als 12 Stunden während 24 Stunden
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)
Wie würden Sie Ihre Stimmung in der letzten Woche beschreiben? Fühlten Sie sich niedergeschlagen oder bedrückt? Traurig? Wie oft in der letzten Woche haben Sie sich so gefühlt? Jeden Tag? Mehr oder weniger als die Hälfte der Zeit? Die gesamte Woche?
<input type="checkbox"/> 0 War nicht traurig oder niedergeschlagen <input type="checkbox"/> 1 Fühlte sich weniger als die Hälfte der Woche traurig und niedergeschlagen <input type="checkbox"/> 2 Fühlte sich mehr als die Hälfte der Woche traurig und niedergeschlagen <input type="checkbox"/> 3 Fühlte sich praktisch die gesamte Woche über sehr traurig und niedergeschlagen

<p>6. Stimmung (Gereiztheit) Haben Sie sich in der letzten Woche gereizt gefühlt? Wurden Sie leicht gereizt, auch durch geringe Anlässe? Mehr als Sie es an sich kennen? Wie oft haben Sie das an sich festgestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Fühlte sich nicht gereizt</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Fühlte sich gereizt, doch weniger als die Hälfte der Woche</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Fühlte sich mehr als die Hälfte der Woche gereizt</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Fühlte sich praktisch die ganze Woche sehr gereizt</p>
<p>7. Stimmung (Angst, Anspannung – stärkeres raten) Fühlten Sie sich in der letzten Woche ängstlich oder angespannt? Haben Sie sich Sorgen gemacht über kleine, unwichtige Dinge, Dinge, über die Sie sich normalerweise nicht sorgen würden? Falls ja, Über was haben Sie sich Sorgen gemacht? Können Sie mir ein Beispiel nennen? Wie häufig haben Sie sich letzte Woche Sorgen gemacht? Jeden Tag?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 War nicht ängstlich oder angespannt</p> <p><input type="checkbox"/> 1 War weniger als die Hälfte der Woche ängstlich, angespannt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 War mehr als die Hälfte der Woche ängstlich, angespannt</p> <p><input type="checkbox"/> 3 War praktisch die ganze Woche sehr ängstlich, angespannt</p>
<p>8. Reaktivität der Stimmung Wenn in der letzten Woche etwas Schönes passierte, hellte sich Ihre Stimmung auf, konnten Sie sich freuen? Freuten Sie sich genauso wie immer oder weniger? Wie lange hellte sich Ihre Stimmung auf, wie oft haben Sie das in der letzten Woche bemerkt? Sind Dinge passiert, über die Sie sich freuen konnten? (Falls das verneint wird, fordere den Pat. dazu auf, sich vorzustellen, wie er sich gefühlt hätte, wenn etwas Schönes passiert wäre).</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Nach positiven Ereignissen verbesserte sich die Stimmung bis hin zum Normalbefinden und hielt mehrere Stunden an.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nach positiven Ereignissen hellte sich die Stimmung zwar auf, doch Normalbefinden wurde nicht erreicht.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Zeigte nur geringe Stimmungsaufhellung nach Eintritt eines sehr erwünschten seltenen Ereignisses</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Zeigte keine Stimmungsaufhellung, selbst dann nicht, wenn sehr positive oder sehr erwünschte, herbeigesehnte Ereignisse eintraten</p>
<p>9. Stimmungsvariabilität Haben Sie in der vergangenen Woche bemerkt, dass Ihre Stimmung zu bestimmten Tageszeiten schlechter ist, dass Sie sich niedergeschlagener fühlen? Falls ja: Hängt das mit Ereignissen zusammen, die immer zu dieser Tageszeit stattfinden? Wie stark ist dieser Zusammenhang, tritt es nur an Wochenenden auf?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Kein offensichtlicher Zusammenhang zwischen Stimmungsveränderung und Tageszeit festzustellen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Stimmung schien oft abhängig von Dingen und Umständen, die sich zu bestimmten Tageszeiten ereigneten</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Während der meisten Zeit der Woche schien die Stimmung mehr von der Tageszeit als von Ereignissen abhängig</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stimmung war eindeutig vorhersagbar, indem zu einer bestimmten Tageszeit die Stimmung besser bzw. schlechter war</p> <p>Stimmung üblicherweise schlechter:</p> <p><input type="checkbox"/> morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends</p>

10.	<p>Qualität der Stimmung Haben Sie schon einmal einen Verlust oder große Trauer in Ihrem Leben erfahren, wie zum Beispiel beim Tod eines nahen Freundes oder Verwandten (oder Haustieres, Verlust der Arbeitsstelle, Umzug)? Wissen Sie noch, wie sich das angefühlt hat? Ist die Stimmung, die Sie diese Woche erlebt haben, dem ähnlich oder ist sie anders?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Stimmung und Gefühle waren ungestört bzw. entsprachen echter Traurigkeit (<i>adäquate Reaktion</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Stimmung war meist wie bei Trauer, obgleich nicht immer vermittel- und erklärbar, mit mehr Angst verbunden oder sehr viel intensiver (<i>schwere Reaktion</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Stimmung war weniger als die Hälfte der Woche qualitativ deutlich verändert und von dem Gefühl der Trauer verschieden und daher schwer zu erklären (<i>unerklärlich, zeitweise</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stimmung war praktisch die ganze Woche qualitativ verändert (<i>im Vergleich zur Traurigkeit, unerklärlich, andauernd</i>)</p>
11.	<p>Appetit (Reduktion) Wie war vergangene Woche Ihr Appetit? War es wie immer? War er vermindert? Mussten Sie sich selbst zum Essen zwingen? Haben andere Sie gedrängt oder ans Essen erinnert? Haben Sie Ihre Mahlzeiten genossen? Wie oft haben Sie gegessen? Haben Sie weniger gegessen als normalerweise?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Zeigt keine Veränderung des gewöhnlichen Appetit- und Hungergefühls</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Aß weniger als gewöhnlich (Frequenz und/oder Menge)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Aß deutlich weniger als gewöhnlich und nur unter großer Anstrengung (<i>sich überwinden</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Aß selten während 24 Stunden und nur mit großer Anstrengung oder mit Aufforderung/Kontrolle durch andere</p>
12.	<p>Appetit (Steigerung) Haben Sie in der letzten Woche mehr Appetit als gewöhnlich gehabt? Haben Sie mehr gegessen als normalerweise? Jeden Tag? Haben Sie mehr zwischen den Mahlzeiten gegessen? Haben Sie einen starken inneren Drang zu essen? Hatten Sie Heißhunger- (oder Fress-)anfälle?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Zeigt keine Veränderung des gewöhnlichen Appetit- und Hungergefühls</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Verspürte häufig während der Woche eine Steigerung des Appetitgefühls</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Aß regelmäßig mehr als gewöhnlich (Frequenz und/oder Menge)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Verspürte deutliche Steigerung des Appetits, verbunden mit dem Drang zum Überessen und/oder zu Zwischenmahlzeiten</p>
13.	<p>Gewichtsabnahme (während der letzten 2 Wochen) Haben Sie an sich eine Gewichtsveränderung bemerkt? Passt Ihre Kleidung so gut wie immer? Wie sehr hat sich Ihr Gewicht in den letzten zwei Wochen verändert, haben sie zu- oder abgenommen?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Gewichtsveränderung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Empfindet, als ob geringe Gewichtsreduktion auftrat</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Verlor 1kg oder mehr</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Verlor 2,5kg oder mehr</p>
14.	<p>Gewichtszunahme (während der letzten 2 Wochen)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Gewichtsveränderung</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Empfindet, als ob geringe Gewichtszunahme auftrat</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nahm 1kg oder mehr zu</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Nahm 2,5kg oder mehr zu</p>

15. Konzentration, Entscheidungsvermögen

Hatten Sie in der letzten Woche Konzentrationsschwierigkeiten? Konnten Sie sich auf das konzentrieren, was sie gerade taten (z. B. lesen oder fernsehen)? Hatten Sie in der letzten Woche Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen? Waren kleine Entscheidungen (was man anziehen, essen, fernsehen soll) schwieriger als sonst? Wie oft hatten Sie in der vergangenen Woche Schwierigkeiten damit?

- 0 Zeigte **keine Veränderung** im Konzentrations- und Entscheidungsvermögen
- 1 Fühlte sich **gelegentlich** unentschlossen oder unaufmerksam
- 2 Hatte **die meiste Zeit Schwierigkeiten**, sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden
- 3 Konnte sich **selbst auf Kleinigkeiten wie Lesen nicht konzentrieren** oder Entscheidungen nicht treffen, war entscheidungsunfähig

16. Selbstbewertung

Waren Sie in der letzten Woche besonders selbstkritisch oder unzufrieden mit sich? Fühlten Sie sich, als würden Sie nur Fehler machen oder anderen zur Last fallen? Falls ja: Welche Gedanken waren das? Fühlten Sie sich schuldig wegen Dingen, die Sie getan oder nicht getan haben? Fühlten sie sich, als wäre es eine Art Bestrafung, wie es Ihnen momentan geht? Wie oft fühlten Sie sich in der letzten Woche so? Wie lange dauerte das an?

- 0 Sah sich **ebenso wertvoll** und verdienstwürdig wie andere Menschen
- 1 War **selbstanklagender als üblich**
- 2 Glaubte, dass er/sie **für andere nur eine Last sei und Probleme verursache**
- 3 **Grübelte über sehr viele größere und kleinere Fehler** nach, die er/sie alle in seiner Person begründet sah

17. Sicht der Zukunft

Waren Sie in der letzten Woche eher optimistisch oder pessimistisch, was Ihre Zukunft angeht? Wenn andere Ihnen Mut zusprachen, fühlten Sie sich danach besser? Denken Sie, dass sich die Dinge schon zum Guten wenden werden? Wie oft fühlten Sie sich pessimistisch? Wie lange?

- 0 Sah die Zukunft mit **normalem Optimismus**
- 1 Hatte **gelegentlich pessimistische Phasen**, die jedoch durch andere Personen oder Ereignisse überwunden werden konnten
- 2 War **meist sehr pessimistisch** in Bezug auf seine/ihre nächste Zukunft
- 3 Sah **zu keiner Zeit Hoffnung** für sich und seine/ihre Lage in der Zukunft

18. Suizidvorstellungen

Haben Sie in der letzten Woche das Leben nicht lebenswert empfunden oder sich so gefühlt, als wäre es besser, tot zu sein? Gab es Gedanken, sich selbst zu verletzen oder tot zu sein? Gab es Gedanken, sich selbst zu verletzen oder umzubringen? Falls ja, wie oft dachten Sie daran, wie lange? Was genau dachten Sie? Hatten Sie einen Plan? Haben Sie irgend etwas in dieser Richtung unternommen? Was hat Sie gehindert?

- 0 Hatte **keinerlei Gedanken** an Selbstmord oder Tod
- 1 Empfand das **Leben leer oder nicht lebenswert**
- 2 Dachte **mehrfach während der Woche an Selbstmord** oder den Tod
- 3 Dachte **wiederholt und ernsthaft an Selbstmord oder Tod**, machte spezifische Pläne oder versuchte Selbstmord zu begehen

19. Interesse/Beteiligung am Leben

Wie haben Sie letzte Woche Ihre Zeit verbracht? Wie würden Sie Ihren Grad an Interesse und Motivation beschreiben, Ihren täglichen Aktivitäten nachzukommen? Hatten Sie Interesse daran, diese Dinge zu erledigen oder fühlten Sie sich, als müssten Sie sich dazu zwingen? Falls ja: Gibt es noch etwas, auf das Sie sich freuen, was Sie genießen? Waren sie in der Lage, Ihre persönliche Körperpflege zu erledigen?

- 0 Zeigte **keine Veränderung** des gewöhnlichen Interesses an anderen Menschen und Aktivitäten
- 1 Bemerkte **eine Verminderung des früheren Interesses** an Dingen und Aktivitäten
- 2 **Nur noch ein oder zwei frühere Interessen** erhalten
- 3 **Kein Interesse mehr** an geliebten Dingen und früheren Aktivitäten

20. Energielosigkeit

Wie viel Energie hatten Sie in der letzten Woche? Waren Sie oft müde? Falls nein: Haben Sie an sich beobachtet, dass Sie viel schneller ermüden als normalerweise? Hat Ihr Energiemangel/Ihre Müdigkeit Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre normalen Alltagsaktivitäten auszuführen?

- 0 War **voll unveränderter, gewohnter Energie**
- 1 **Ermüdete leichter** als gewöhnlich
- 2 Musste **sich mehr anstrengen, um alltägliche Dinge zu schaffen** oder durchzuhalten
- 3 War aufgrund von **Energielosigkeit nicht in der Lage, alltägliche Dinge zu schaffen**

21. Vergnügen, Lustempfinden (außer sexuelle Aktivitäten)

Hat Ihnen in der vergangenen Woche irgendetwas Freude bereitet? Falls nein: Gab es irgendetwas, was Sie genossen haben (eine Mahlzeit, einen Film, Zeit mit Freunden)? Falls ja: War die Freude so groß wie normalerweise, oder blieb sie darunter? Wie lange verspürten Sie diese Freude, wie oft?

- 0 **Beteiligte und vergnügte sich in gewohnter Weise** an angenehmen Aktivitäten und Ereignissen
- 1 Zog **weniger Vergnügen** aus angenehmen Aktivitäten und Ereignissen
- 2 Zog **ganz selten Vergnügen/Lust** aus irgend welchen Aktivitäten und Ereignissen
- 3 **War unfähig, jegliche Art von Vergnügen/Lust** aus irgend welchen Aktivitäten oder Ereignissen zu ziehen

22. Sexuelles Interesse

Wie war Ihr Interesse und Verlangen nach Sexualität letzte Woche (nicht tatsächlich Aktivität oder die Gelegenheiten, sondern das Verlangen danach)? Gab es hier eine Veränderung im Vergleich zu Zeiten, zu denen sie auch eine andere Stimmungslage hatten? Haben Sie vergangene Woche an Sex gedacht? Hat sich Ihr Interesse daran verringert, oder ist es vielleicht völlig verschwunden?

- 0 Berichtet von **unverändertem Interesse** an oder Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten
- 1 Berichtet von **leicht verändertem Interesse** an oder Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten
- 2 Berichtet von **deutlich verringertem sexuellem Interesse** oder reduzierten Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten
- 3 Berichtet von Fehlen jeglichen Interesses an oder Vergnügen durch sexuelle Aktivitäten

23. Psychomotorische Verlangsamung

Hatten Sie letzte Woche das Gefühl, wie verlangsamt zu sein im Denken, Sprechen, sich Bewegen? Haben auch andere das bemerkt? Wie viele Tage letzte Woche fühlten Sie sich so? Als Sie sich so fühlten, wie lange dauerte das an?

- 0 Zeigte **normale Geschwindigkeit beim Denken**, Sprechen und der Gestik/Mimik
- 1 Bemerkte **verlangsamtes Denken** und die Stimmmodulation war eingeschränkt
- 2 Berichtet von **verlangsamtem Denken** und es dauerte einige Sekunden, bis Pat. auf Fragen reagierte (**Latenz**)
- 3 **Reagierte auf Fragen ohne ausdrückliches Bestehen darauf meist nicht**

24. Psychomotorische Agitiertheit
 Waren Sie letzte Woche nervös und unruhig? War es manchmal so stark, dass Sie kaum noch still sitzen konnten, evtl. aufstehen und herumlaufen mussten? Wie oft fühlten Sie sich so? Wie lange dauerte es an?

0 Zeigte **keine Steigerung der Geschwindigkeit** oder Desorganisation im Denken, der Gestik/Mimik

1 War **unruhig, rutschte oft hin und her**, rieb seine Hände aneinander, war zappelig o.ä.

2 Beschrieb **Impulse, sich ziellos bewegen** zu müssen oder zeigte motorische Ruhelosigkeit

3 Konnte **nicht stillsitzen**, musste sich, trotz Aufforderung, es nicht zu tun, hin- und herbewegen

25. Somatische Klagen
 Hatten Sie in der vergangenen Woche eines oder mehrere der folgenden körperlichen Symptome: Kopf-, Bauch-, Rücken- oder Gliederschmerzen? Wie oft litten Sie unter dem Symptom in der vergangenen Woche? Wie schlimm war es? Wie lange dauerte es an? Mussten Sie wegen eines Symptoms Medikamente einnehmen? Hat Sie eine dieser Beschwerden davon abgehalten, etwas zu tun, was Sie eigentlich hätten tun müssen? Mussten Sie zu einem Arzt gehen?

0 **Klagte nicht** über Schmerzen und Beschwerden

1 **Klagte** über Kopf-, Bauch-, Rücken- oder Gliederschmerzen, jedoch **behinderten ihn/sie diese Beschwerden nicht**.

2 Die genannten **Beschwerden waren mäßig stark** und während **mehr als der Hälfte der Woche** vorhanden.

3 Die genannten Beschwerden waren **so stark, dass er/sie funktionell beeinträchtigt war**.

26. Sympathotone Erregung
 Hatten Sie in der vergangenen Woche eines oder mehrere der folgenden körperlichen Symptome: Herzrasen, Schwitzen, Zittern, verschwommenes sehen, Hitze-/Kälteschauer, Ohrgeräusche/Ohrensausen, Brustschmerzen, Atemnot/Kurzatmigkeit? Wie oft litten Sie unter dem Symptom in der vergangenen Woche? Wie schlimm war es? Wie lange dauerte es an? Mussten Sie wegen eines Symptoms Medikamente einnehmen? Hat Sie eine dieser Beschwerden davon abgehalten, etwas zu tun, was Sie eigentlich hätten tun müssen? Mussten Sie zu einem Arzt gehen?

0 Zeigte **keine Anzeichen** der Symptome

1 Die genannten Symptome waren **nur leicht oder zeitweilig** vorhanden.

2 Die genannten Beschwerden waren **mäßig stark und während mehr als der Hälfte der Woche** vorhanden.

3 Die genannten Beschwerden waren **so stark, dass der Pat. funktionell beeinträchtigt war**.

27. Panik/phobische Symptome
 Litten Sie letzte Woche unter plötzlich auftretenden starken Angstgefühlen? Fühlten sie sich ganz plötzlich extrem unwohl? Hatten Sie panikähnliche Gefühle, ohne dass es einen äußeren Anlass gegeben hätte oder Panikattacken? Wann bzw. wie oft ist dies in der letzten Woche aufgetreten? Haben Sie Dinge deswegen vermieden? Leiden Sie unter Phobien?

0 Zeigte **keine Anzeichen von Panik** oder phobischen Symptomen

1 **Leichte Symptome** waren **zeitweilig** vorhanden.

2 Die genannten Beschwerden waren **mäßig stark und während mehr als der Hälfte der Woche** vorhanden.

3 Die genannten Beschwerden waren **so stark, dass der Pat. funktionell beeinträchtigt war**.

28. Verdauungsbeschwerden

Hatten Sie in der vergangenen Woche Verdauungsbeschwerden (Verstopfung oder/und Durchfall)? Wie oft litten sie unter dem Symptom in der vergangenen Woche? Wie schlimm war es? Wie lange dauerte es an? Mussten Sie wegen eines Symptoms Medikamente einnehmen? Hat Sie eine dieser Beschwerden davon abgehalten, etwas zu tun, was Sie eigentlich hätten tun müssen? Mussten Sie zu einem Arzt gehen?

- 0 Hatte **normale Verdauung**, keine Veränderung oder Beschwerden
- 1 Hatte **gelegentlich Verstopfung und/oder Durchfall** von leichtem Ausmaß
- 2 Litt die **meiste Zeit unter Verstopfung und/oder Durchfall**, die/der jedoch die Funktionsfähigkeit des Pat. nicht beeinträchtigte
- 3 Litt **wiederholt unter Verstopfung und/oder Durchfall**. Dies erforderte **Behandlung** und bewirkte eine **Funktionsbeeinträchtigung**.

29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit

Haben Sie sich in der vergangenen Woche durch andere abgelehnt, zurückgesetzt gefühlt? Kritisiert oder verletzt? Wie oft war das so? Hat es Sie in Ihrem Handeln beeinträchtigt?

- 0 Fühlte sich **nicht** durch andere leicht zurückgestoßen, kritisiert oder verletzt
- 1 Fühlte sich **nur manchmal** durch andere zurückgestoßen, kritisiert oder verletzt
- 2 Fühlte sich **oft durch andere zurückgestoßen, kritisiert oder verletzt**, jedoch nur mit geringem Einfluss auf soziale/berufliche Aktivitäten
- 3 Fühlte sich **oft durch andere zurückgestoßen, kritisiert oder verletzt**, was zu verringertem Engagement auf soziale/berufliche Aktivitäten führte

30. Körperliches Schweregefühl

Haben Sie sich in der vergangenen Woche körperlich schwer und energielos gefühlt? Niedergedrückt? Wie oft war das so? Hat es Sie in Ihrem Handeln beeinträchtigt?

- 0 Fühlte sich **nicht schwer** und ohne physische Energie
- 1 Fühlte sich **nur manchmal schwer** und ohne physische Energie, aber ohne Auswirkungen auf Arbeit oder Freizeit
- 2 Fühlte sich **mehr als die Hälfte der Zeit körperlich niedergedrückt** und ohne physische Energie, jedoch nur mit geringem Einfluss auf soziale/berufliche Aktivitäten
- 3 Fühlte sich **die meiste Zeit körperlich niedergedrückt** und ohne physische Energie, mit Einfluss auf soziale/berufliche Aktivitäten

Abbildung - A 2 Kodierbogen für das Strukturierte Interview für das Inventar depressiver Symptome (IDS-CR)

Datum:

Chiffre:

IDS-CR: Strukturiertes Interview für das Inventar depressiver Symptome - Kodierbogen

1.	Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2.	Nächtliches Erwachen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.	Früherwachen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4.	Hypersomnie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.	Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6.	Stimmung (Gereiztheit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7.	Stimmung (Angst, Anspannung – stärkeres raten)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8.	Reaktivität der Stimmung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9.	Stimmungsvariabilität	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.	Qualität der Stimmung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11.	Appetit (Reduktion)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12.	Appetit (Steigerung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13.	Gewichtsabnahme (während der letzten 2 Wochen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.	Gewichtszunahme (während der letzten 2 Wochen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.	Konzentration, Entscheidungsvermögen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

16.	Selbstbewertung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17.	Sicht der Zukunft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.	Suizidvorstellungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19.	Interesse/Beteiligung am Leben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20.	Energielosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.	Vergnügen, Lustempfinden (außer sexuelle Aktivitäten)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.	Sexuelles Interesse	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23.	Psychomotorische Verlangsamung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24.	Psychomotorische Agitiertheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
25.	Somatische Klagen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
26.	Sympathotone Erregung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
27.	Panik/phobische Symptome	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
28.	Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
29.	Zwischenmenschliche Empfindsamkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
30.	Körperliches Schweregefühl	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Abbildung - A 3 Inventar depressiver Symptome – Selbstbeurteilungsbogen (IDS-SR)

Datum:

Chiffre:

IDS-SR: Inventar depressiver Symptome

Anleitung: Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

1. Einschlafen
<input type="checkbox"/> 0 Ich brauche nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen.
<input type="checkbox"/> 1 Ich brauche manchmal mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.
<input type="checkbox"/> 2 Ich brauche meistens mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.
<input type="checkbox"/> 3 Ich brauche meistens mehr als 60 Minuten um einzuschlafen.
2. Durchschlafen
<input type="checkbox"/> 0 Ich wache nachts nicht auf.
<input type="checkbox"/> 1 Ich habe einen eher unruhigen, leichten Schlaf.
<input type="checkbox"/> 2 Ich wache mindestens einmal pro Nacht auf, schlafe aber bald wieder ein.
<input type="checkbox"/> 3 Ich wache meistens mehr als einmal pro Nacht auf und bleibe mindestens 20 Minuten wach.
3. Früherwachen
<input type="checkbox"/> 0 Meistens wache ich nicht mehr als 30 Minuten vor der gewohnten Aufstehenszeit auf.
<input type="checkbox"/> 1 Ich wache fast immer mehr als 30 Minuten vor der gewohnten Aufstehenszeit auf.
<input type="checkbox"/> 2 Ich wache fast immer mind. 1 Stunde vor der gewohnten Aufstehenszeit auf, schlafe aber manchmal wieder ein.
<input type="checkbox"/> 3 Ich wache fast immer mindestens 2 Stunden vor der gewohnten Aufstehenszeit auf, ohne wieder einzuschlafen.
4. Schlafdauer
<input type="checkbox"/> 0 Ich schlafe nicht länger als 7-8 Stunden pro Nacht und mache tagsüber kein Nickerchen.
<input type="checkbox"/> 1 Ich schlafe insgesamt nicht länger als 10 Stunden, inklusive Nickerchen.
<input type="checkbox"/> 2 Ich schlafe insgesamt nicht länger als 12 Stunden, inklusive Nickerchen.
<input type="checkbox"/> 3 Ich schlafe insgesamt länger als 12 Stunden, inklusive Nickerchen.
5. Traurige Stimmung/Niedergeschlagenheit
<input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht traurig/niedergeschlagen.
<input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal traurig/niedergeschlagen.
<input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens traurig/niedergeschlagen.
<input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit über sehr traurig/niedergeschlagen.
6. Gereizte Stimmung
<input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht gereizt.
<input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal gereizt.
<input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens gereizt.
<input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit über extrem gereizt.
7. Ängstlichkeit/Anspannung
<input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht ängstlich oder angespannt.
<input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal ängstlich oder angespannt.
<input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens ängstlich oder angespannt.
<input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit über ängstlich oder angespannt.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

8. Auslenkbarkeit der Stimmung	<input type="checkbox"/> 0 Meine Stimmung hellt auf ein normales Niveau auf, wenn schöne Ereignisse auftreten und bleibt dort für mehrere Stunden. <input type="checkbox"/> 1 Meine Stimmung hellt auf, wenn schöne Ereignisse auftreten, fühlt sich aber nicht so an, wie sie sollte. <input type="checkbox"/> 2 Meine Stimmung hellt nur ein wenig auf und nur bei wenigen, sehr erwünschten Ereignissen. <input type="checkbox"/> 3 Meine Stimmung hellt gar nicht auf, selbst wenn sehr schöne oder erwünschte Ereignisse auftreten.
9. Tagesschwankungen	<input type="checkbox"/> 0 Es besteht keine bestimmte Beziehung zwischen meiner Stimmung und der Tageszeit. <input type="checkbox"/> 1 Meine Stimmung steht oft in Beziehung zur Tageszeit und ist dabei abhängig von den Umgebungsbedingungen (z. B. bei der Arbeit, Alleinsein). <input type="checkbox"/> 2 Meine Stimmung ist meistens von der Tageszeit stärker abhängig als von den Umgebungsbedingungen. <input type="checkbox"/> 3 Meine Stimmung ist immer klar und voraussagbar zu bestimmten Tageszeiten besser oder schlechter.
10. Stimmungsqualität	<input type="checkbox"/> 0 Meine Stimmung entspricht weitgehend einer normalen/gesunden Stimmung. <input type="checkbox"/> 1 Meine Stimmung ist Trauer sehr ähnlich, jedoch schlechter erklärbar. <input type="checkbox"/> 2 Meine Stimmung ist traurig, unterscheidet sich jedoch in vielem von Trauer und ist schwer zu erklären. <input type="checkbox"/> 3 Meine Stimmung ist die ganze Zeit über traurig und unterscheidet sich vollkommen von Trauer.
11. Appetitverlust – bitte beantworten Sie nur Frage 11 oder 12	<input type="checkbox"/> 0 Mein Appetit ist normal. <input type="checkbox"/> 1 Ich esse weniger oft oder geringere Mengen als normal. <input type="checkbox"/> 2 Ich esse sehr viel weniger als üblich und nur mit Überwindung. <input type="checkbox"/> 3 Ich esse insgesamt kaum etwas, und wenn, nur mit extremer Überwindung oder weil mich andere zum Essen überreden.
12. Appetitsteigerung	<input type="checkbox"/> 0 Mein Appetit ist normal. <input type="checkbox"/> 1 Ich habe größeres Verlangen nach Essen als normal. <input type="checkbox"/> 2 Ich esse regelmäßig mehr oder häufiger als sonst. <input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich dazu getrieben, mich während oder zwischen den Mahlzeiten zu überessen.
13. Gewichtsverlust in den letzten 2 Wochen – bitte beantworten Sie nur Frage 13 oder 14	<input type="checkbox"/> 0 Mein Gewicht hat sich nicht geändert/ Ich mache bewusst eine Diät. <input type="checkbox"/> 1 Ich habe wahrscheinlich etwas abgenommen. <input type="checkbox"/> 2 Ich habe 1-2,5kg abgenommen. <input type="checkbox"/> 3 Ich habe mehr als 2,5kg abgenommen.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

14. Gewichtssteigerung in den letzten 2 Wochen

- 0 Mein Gewicht hat sich nicht geändert.
- 1 Ich habe wahrscheinlich etwas zugenommen.
- 2 Ich habe 1-2,5kg zugenommen.
- 3 Ich habe mehr als 2,5kg zugenommen.

15. Konzentration und Entscheidungsfähigkeit

- 0 Meine Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit ist unbeeinträchtigt.
- 1 Ich bin gelegentlich unentschlossen oder bemerke, dass meine Aufmerksamkeit wandert.
- 2 Ich muss die meiste Zeit drum kämpfen, mich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen.
- 3 Meine Konzentration ist zu schlecht, um ein Buch zu lesen, selbst kleine Entscheidungen sind mir unmöglich.

16. Selbstwertgefühl

- 0 Ich betrachte mich als genauso achtenswert und wertvoll wie andere Menschen.
- 1 Ich mache mir mehr Selbstvorwürfe als bei anderen Menschen üblich.
- 2 Ich glaube, dass ich anderen Probleme bereite.
- 3 Ich grüble fast ständig über größere und kleinere Fehler nach.

17. Zukunftserwartung

- 0 Ich blicke optimistisch in die Zukunft.
- 1 Ich bin zwar manchmal pessimistisch, aber meistens glaube ich daran, dass sich alles zum Guten wenden wird.
- 2 Ich glaube nicht, dass mir die nahe Zukunft (die nächsten 1-2 Monate) etwas Gutes bringen wird.
- 3 Ich bin hoffnungslos und glaube nicht daran, dass die Zukunft noch irgendwann etwas Gutes bringen wird.

18. Gedanken an den Tod/Suizid

- 0 Ich denke nicht über Tod und Suizid nach.
- 1 Ich empfinde das Leben als leer und frage mich, ob es tatsächlich lebenswert ist.
- 2 Ich denke öfter über den Tod oder Suizid nach, mehrmals in der Woche für einige Minuten.
- 3 Ich habe intensive Todesgedanken oder konkrete Suizidpläne, oder habe in den vergangenen Tagen versucht, mich umzubringen.

19. Allgemeine Interessen

- 0 Mein Interesse an anderen Menschen oder Aktivitäten entspricht dem von Gesunden.
- 1 Ich bemerke, dass ich mich etwas weniger für andere Menschen oder Aktivitäten interessiere.
- 2 Ich interessiere mich nur noch für eine oder zwei meiner früheren Aktivitäten.
- 3 Ich habe gar keine Interessen mehr.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

20. Energieniveau
<input type="checkbox"/> 0 Meine Energie entspricht weitgehend der von vielen anderen Personen.
<input type="checkbox"/> 1 Ich werde schneller müde als sonst.
<input type="checkbox"/> 2 Es macht mir große Mühe, meine täglichen Aktivitäten (z. B. Einkaufen, Kochen, Hausarbeit, zur Arbeit gehen) zu bewältigen.
<input type="checkbox"/> 3 Ich bin zu den meisten täglichen Aktivitäten nicht in der Lage, weil ich keine Energie dazu habe.
21. Genuss/Freude (außer sexuelle Aktivität)
<input type="checkbox"/> 0 Ich genieße angenehme Aktivitäten.
<input type="checkbox"/> 1 Ich empfinde manchmal Vergnügen an angenehmen Aktivitäten.
<input type="checkbox"/> 2 Ich kann bei kaum etwas Freude oder Genuss empfinden.
<input type="checkbox"/> 3 Ich bin nicht mehr in der Lage, bei irgendetwas Freude oder Genuss zu empfinden.
22. Sexuelles Interesse (bitte beurteilen Sie Interesse, nicht Aktivität)
<input type="checkbox"/> 0 Ich habe ein normales Interesse an Sex.
<input type="checkbox"/> 1 Mein sexuelles Interesse ist etwas verringert bzw. ich habe nicht das gleiche Vergnügen.
<input type="checkbox"/> 2 Ich habe wenig Verlangen nach sexuellen Aktivitäten oder empfinde kaum Befriedigung.
<input type="checkbox"/> 3 Ich habe absolut kein sexuelles Interesse oder empfinde dabei keinerlei Befriedigung.
23. Verlangsamung
<input type="checkbox"/> 0 Die Geschwindigkeit meines Denkens, Sprechens und meiner Gesten ist unbeeinträchtigt.
<input type="checkbox"/> 1 Ich bemerke eine Verlangsamung in meinem Denken und/oder eine Veränderung im Tonfall meiner Stimme.
<input type="checkbox"/> 2 Ich brauche für die meisten Fragen mehrere Sekunden Zeit und denke sehr langsam.
<input type="checkbox"/> 3 Es macht mir extrem große Mühe, diese Fragen zu beantworten.
24. Gefühl der Ruhelosigkeit
<input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich körperlich ruhig.
<input type="checkbox"/> 1 Ich bin oft nervös, ringe mit den Händen oder rutsche unruhig auf meinem Sitz umher.
<input type="checkbox"/> 2 Ich habe den ständigen Impuls, mich zu bewegen und bin körperlich ziemlich unruhig.
<input type="checkbox"/> 3 Ich bin nicht in der Lage, stillzusitzen und muss ständig auf und ab gehen.
25. Körperliche Beschwerden
<input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich körperlich gesund und beschwerdefrei.
<input type="checkbox"/> 1 Manchmal habe ich Kopfschmerzen, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die allerdings vorübergehend und nur wenig störend sind.
<input type="checkbox"/> 2 Ich habe fast die ganze Zeit über körperliche Beschwerden.
<input type="checkbox"/> 3 Die körperlichen Beschwerden sind so stark ausgeprägt, dass sie mich in meinem Alltag behindern.

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

26. Vegetative Beschwerden (Herzrasen, verschwommene Sicht, vermehrtes Schwitzen, kalte und heiße Schauer, Ohrgeräusche, Atemnot, Brustschmerzen oder Ähnliches)

- 0 Ich habe keines dieser Symptome.
- 1 Diese Symptome sind mild und nur vorübergehend vorhanden.
- 2 Diese Symptome sind meistens ziemlich ausgeprägt.
- 3 Die Symptome sind so stark ausgeprägt, dass sie mich in meinem Alltag behindern.

27. Panik/Angstanfälle

- 0 Ich habe keine Panikanfälle und auch keine spezifischen Ängste (Phobien), wie z.B. vor Tieren oder Höhen.
- 1 Ich habe leichte Panikanfälle oder Phobien, die jedoch mein Verhalten nicht beeinflussen.
- 2 Ich habe deutliche Panikanfälle oder Phobien, die den Alltag aber nicht schwer behindern.
- 3 Ich habe mind. einmal pro Woche schwere Panikanfälle oder Phobien, die mich stark in meinem Alltag beeinträchtigen.

28. Magen-/Darmbeschwerden

- 0 Mein Stuhlgang ist normal.
- 1 Ich habe zwischendurch einmal leichte Verstopfung oder Durchfall.
- 2 Ich habe meistens leichte Verstopfung oder Durchfall, die mich aber im Alltag nicht behindern.
- 3 Ich habe Verstopfung oder Durchfall, die behandlungsbedürftig sind oder zu Beeinträchtigungen im Alltag führen.

29. Zwischenmenschliche Empfindsamkeit

- 0 Ich fühle mich von anderen akzeptiert und angenommen.
- 1 Manchmal habe ich das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden.
- 2 Ich habe oft das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden, was aber kaum zu Auswirkungen in meinem Handeln führt.
- 3 Ich habe oft das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden, was dazu führt, dass ich mich sozial oder bei der Arbeit weniger einbringe.

30. Körperliches Schweregefühl

- 0 Ich fühle mich körperlich nicht schwer und bin ausreichend energiegeladen.
- 1 Ich fühle mich ab und zu schwer oder ohne körperliche Energie.
- 2 Ich fühle mich die meiste Zeit über körperlich niedergedrückt.
- 3 Ich habe oft das Gefühl, von anderen abgelehnt, kritisiert oder verletzt zu werden, was dazu führt, dass ich mich sozial oder bei der Arbeit weniger einbringe.

Abbildung - A 4 *Strukturiertes Interview für das Quick Inventar depressiver Symptome (QIDS-CR)***QIDS-CR: Strukturiertes Interview für das Quick Inventar depressiver Symptome**

Ich würde Ihnen gern ein paar Fragen zu Ihrem Befinden **während der letzten Woche** stellen/**während der letzten 7 Tage** stellen.

1. Einschlafschwierigkeiten
Wie haben Sie letzte Woche geschlafen? Hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen? Wie lange hat es gedauert, bis Sie eingeschlafen sind? Wie viele Tage der letzten Woche?
<input type="checkbox"/> 0 Brauchte nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen
<input type="checkbox"/> 1 Brauchte an weniger als der Hälfte der Woche mindestens 30 Minuten um einzuschlafen
<input type="checkbox"/> 2 Brauchte an mehr als der Hälfte der Woche mindestens 30 Minuten um einzuschlafen
<input type="checkbox"/> 3 Brauchte mehr als die Hälfte der Woche über eine Stunde um einzuschlafen
2. Nächtliches Erwachen
Sind Sie in der letzten Woche in der Nacht aufgewacht? Wenn ja, wie oft? Wie lange lagen Sie wach? Sind Sie aufgestanden? Was haben Sie getan? Konnten sie gleich wieder einschlafen? Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Schlaf in einigen Nächten unruhig oder gestört war?
<input type="checkbox"/> 0 Wachte nie auf
<input type="checkbox"/> 1 Berichtet von ruhlosem, leichtem Schlaf mit einigen Malen Erwachen (unruhiger, gestörter Schlaf)
<input type="checkbox"/> 2 Wurde zumindest einmal jede Nacht wach , doch schlief leicht wieder ein (wacht auf)
<input type="checkbox"/> 3 Wurde mehr als einmal pro Nacht , währen mehr als der Hälfte der Woche wach und es dauerte mindestens 20 Minuten um wieder einzuschlafen
3. Früherwachen
Um welche Uhrzeit sind Sie in der letzten Woche aufgewacht? Mit oder ohne Wecker? Wurden Sie wach, bevor Sie aufstehen mussten oder wollten? Wie viel früher? An wie vielen Tagen? Konnten Sie noch einmal einschlafen?
<input type="checkbox"/> 0 Wurde während weniger als der Hälfte der Woche ein halbe Stunde oder weniger früh wach
<input type="checkbox"/> 1 Wurde während mehr als der Hälfte der Woche eine halbe Stunde oder mehr früher wach
<input type="checkbox"/> 2 Wurde während mehr als der Hälfte der Woche eine Stunde zu früh wach
<input type="checkbox"/> 3 Wurde während mehr als der Hälfte der Woche zwei Stunden zu früh wach
4. Schlafdauer
Wie viele Stunden haben Sie letzte Woche während einer 24-Stunden-Periode im Durchschnitt geschlafen? (Tag- & Nachtschlaf zusammengerechnet)? Sind bei dieser Menge Nachmittagsschläfchen enthalten? Ist diese Schlafmenge normal für Sie? Wie viele Stunden haben Sie letzte Woche in einer 24-Stunden-Periode maximal geschlafen? Was war die längste Schlafzeit?
<input type="checkbox"/> 0 Schlieft nicht mehr als 8 Stunden
<input type="checkbox"/> 1 Schlieft nicht mehr als 10 Stunden während 24 Stunden
<input type="checkbox"/> 2 Schlieft nicht mehr als 12 Stunden während 24 Stunden
<input type="checkbox"/> 3 Schlieft mehr als 12 Stunden während 24 Stunden
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)
Wie würden Sie Ihre Stimmung in der letzten Woche beschreiben? Fühlten Sie sich niedergeschlagen oder bedrückt? Traurig? Wie oft in der letzten Woche haben Sie sich so gefühlt? Jeden Tag? Mehr oder weniger als die Hälfte der Zeit? Die gesamte Woche?
<input type="checkbox"/> 0 War nicht traurig oder niedergeschlagen
<input type="checkbox"/> 1 Fühlte sich weniger als die Hälfte der Woche traurig und niedergeschlagen
<input type="checkbox"/> 2 Fühlte sich mehr als die Hälfte der Woche traurig und niedergeschlagen
<input type="checkbox"/> 3 Fühlte sich praktisch die gesamte Woche über sehr traurig und niedergeschlagen

6. Appetit (Reduktion)
Wie war vergangene Woche Ihr Appetit? War es wie immer? War er vermindert? Mussten Sie sich selbst zum Essen zwingen? Haben andere Sie gedrängt oder ans Essen erinnert? Haben Sie Ihre Mahlzeiten genossen? Wie oft haben Sie gegessen? Haben Sie weniger gegessen als normalerweise?
<input type="checkbox"/> 0 Zeigt keine Veränderung des gewöhnlichen Appetit- und Hungergefühls <input type="checkbox"/> 1 Aß weniger als gewöhnlich (Frequenz und/oder Menge) <input type="checkbox"/> 2 Aß deutlich weniger als gewöhnlich und nur unter großer Anstrengung (<i>sich überwinden</i>) <input type="checkbox"/> 3 Aß selten während 24 Stunden und nur mit großer Anstrengung oder mit Aufforderung/Kontrolle durch andere
7. Appetit (Steigerung)
Haben Sie in der letzten Woche mehr Appetit als gewöhnlich gehabt? Haben Sie mehr gegessen als normalerweise? Jeden Tag? Haben Sie mehr zwischen den Mahlzeiten gegessen? Haben Sie einen starken inneren Drang zu essen? Hatten Sie Heißhunger- (oder Fress-)anfälle?
<input type="checkbox"/> 0 Zeigt keine Veränderung des gewöhnlichen Appetit- und Hungergefühls <input type="checkbox"/> 1 Verspürte häufig während der Woche eine Steigerung des Appetitgefühls <input type="checkbox"/> 2 Aß regelmäßig mehr als gewöhnlich (Frequenz und/oder Menge) <input type="checkbox"/> 3 Verspürte deutliche Steigerung des Appetits , verbunden mit dem Drang zum Überessen und/oder zu Zwischenmahlzeiten
8. Gewichtsabnahme (während der letzten 2 Wochen)
Haben Sie an sich eine Gewichtsveränderung bemerkt? Passt Ihre Kleidung so gut wie immer? Wie sehr hat sich Ihr Gewicht in den letzten zwei Wochen verändert, haben sie zu- oder abgenommen?
<input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Gewichtsveränderung <input type="checkbox"/> 1 Empfindet, als ob geringe Gewichtsreduktion auftrat <input type="checkbox"/> 2 Verlor 1kg oder mehr <input type="checkbox"/> 3 Verlor 2,5kg oder mehr
9. Gewichtszunahme (während der letzten 2 Wochen)
<input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Gewichtsveränderung <input type="checkbox"/> 1 Empfindet, als ob geringe Gewichtszunahme auftrat <input type="checkbox"/> 2 Nahm 1kg oder mehr zu <input type="checkbox"/> 3 Nahm 2,5kg oder mehr zu
10. Konzentration, Entscheidungsvermögen
Hatten Sie in der letzten Woche Konzentrationsschwierigkeiten? Konnten Sie sich auf das konzentrieren, was sie gerade taten (z. B. lesen oder fernsehen)? Hatten Sie in der letzten Woche Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen? Waren kleine Entscheidungen (was man anziehen, essen, fernsehen soll) schwieriger als sonst? Wie oft hatten Sie in der vergangenen Woche Schwierigkeiten damit?
<input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Veränderung im Konzentrations- und Entscheidungsvermögen <input type="checkbox"/> 1 Fühlte sich gelegentlich unentschlossen oder unaufmerksam <input type="checkbox"/> 2 Hatte die meiste Zeit Schwierigkeiten , sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden <input type="checkbox"/> 3 Konnte sich selbst auf Kleinigkeiten wie Lesen nicht konzentrieren oder Entscheidungen nicht treffen, war entscheidungsunfähig

<p>11. Selbstbewertung</p> <p>Waren Sie in der letzten Woche besonders selbstkritisch oder unzufrieden mit sich? Fühlten Sie sich, als würden Sie nur Fehler machen oder anderen zur Last fallen? Falls ja: Welche Gedanken waren das? Fühlten Sie sich schuldig wegen Dingen, die Sie getan oder nicht getan haben? Fühlten Sie sich, als wäre es eine Art Bestrafung, wie es Ihnen momentan geht? Wie oft fühlten Sie sich in der letzten Woche so? Wie lange dauerte das an?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Sah sich ebenso wertvoll und verdienstwürdig wie andere Menschen</p> <p><input type="checkbox"/> 1 War selbstanklagender als üblich</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Glaubte, dass er/sie für andere nur eine Last sei und Probleme verursache</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Grübelte über sehr viele größere und kleinere Fehler nach, die er/sie alle in seiner Person begründet sah</p>
<p>12. Suizidvorstellungen</p> <p>Haben Sie in der letzten Woche das Leben nicht lebenswert empfunden oder sich so gefühlt, als wäre es besser, tot zu sein? Gab es Gedanken, sich selbst zu verletzen oder tot zu sein? Gab es Gedanken, sich selbst zu verletzen oder umzubringen? Falls ja, wie oft dachten Sie daran, wie lange? Was genau dachten Sie? Hatten Sie einen Plan? Haben Sie irgend etwas in dieser Richtung unternommen? Was hat Sie gehindert?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Hatte keinerlei Gedanken an Selbstmord oder Tod</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Empfand das Leben leer oder nicht lebenswert</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Dachte mehrfach während der Woche an Selbstmord oder den Tod</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Dachte wiederholt und ernsthaft an Selbstmord oder Tod, machte spezifische Pläne oder versuchte Selbstmord zu begehen</p>
<p>13. Interesse/Beteiligung am Leben</p> <p>Wie haben Sie letzte Woche Ihre Zeit verbracht? Wie würden Sie Ihren Grad an Interesse und Motivation beschreiben, Ihren täglichen Aktivitäten nachzukommen? Hatten Sie Interesse daran, diese Dinge zu erledigen oder fühlten Sie sich, als müssten Sie sich dazu zwingen? Falls ja: Gibt es noch etwas, auf das Sie sich freuen, was Sie genießen? Waren sie in der Lage, Ihre persönliche Körperpflege zu erledigen?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Veränderung des gewöhnlichen Interesses an anderen Menschen und Aktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Bemerkte eine Verminderung des früheren Interesses an Dingen und Aktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nur noch ein oder zwei frühere Interessen erhalten</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Kein Interesse mehr an geliebten Dingen und früheren Aktivitäten</p>
<p>14. Energielosigkeit</p> <p>Wie viel Energie hatten Sie in der letzten Woche? Waren Sie oft müde? Falls nein: Haben Sie an sich beobachtet, dass Sie viel schneller ermüden als normalerweise? Hat Ihr Energiemangel/Ihre Müdigkeit Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Ihre normalen Alltagsaktivitäten auszuführen?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0 War voll unveränderter, gewohnter Energie</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ermüdete leichter als gewöhnlich</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Musste sich mehr anstrengen, um alltägliche Dinge zu schaffen oder durchzuhalten</p> <p><input type="checkbox"/> 3 War aufgrund von Energielosigkeit nicht in der Lage, alltägliche Dinge zu schaffen</p>

15. Psychomotorische Verlangsamung Hatten Sie letzte Woche das Gefühl, wie verlangsamt zu sein im Denken, Sprechen, sich Bewegen? Haben auch andere das bemerkt? Wie viele Tage letzte Woche fühlten Sie sich so? Als Sie sich so fühlten, wie lange dauerte das an?
<input type="checkbox"/> 0 Zeigte normale Geschwindigkeit beim Denken , Sprechen und der Gestik/Mimik
<input type="checkbox"/> 1 Bemerkte verlangsamtes Denken und die Stimmmodulation war eingeschränkt
<input type="checkbox"/> 2 Berichtet von verlangsamttem Denken und es dauerte einige Sekunden, bis Pat. auf Fragen reagierte (Latenz)
<input type="checkbox"/> 3 Reagierte auf Fragen ohne ausdrückliches Bestehen darauf meist nicht

16. Psychomotorische Agitiertheit Waren Sie letzte Woche nervös und unruhig? War es manchmal so stark, dass Sie kaum noch still sitzen konnten, evtl. aufstehen und herumlaufen mussten? Wie oft fühlten Sie sich so? Wie lange dauerte es an?
<input type="checkbox"/> 0 Zeigte keine Steigerung der Geschwindigkeit oder Desorganisation im Denken, der Gestik/Mimik
<input type="checkbox"/> 1 War unruhig, rutschte oft hin und her , rieb seine Hände aneinander, war zappelig o.ä.
<input type="checkbox"/> 2 Beschrieb Impulse, sich ziellos bewegen zu müssen oder zeigte motorische Ruhelosigkeit
<input type="checkbox"/> 3 Konnte nicht stillsitzen , musste sich, trotz Aufforderung, es nicht zu tun, hin- und herbewegen

Abbildung - A 5 Kodierbogen für das Strukturierte Interview für das Quick Inventar depressiver Symptome (QIDS-CR)

Datum:

Chiffre:

QIDS-CR: Strukturiertes Interview für das Quick Inventar depressiver Symptome - Kodierbogen

1. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
2. Nächtliches Erwachen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
3. Früherwachen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
4. Hypersomnia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Höchster Wert Frage 1-4 _____
5. Stimmung (Traurigkeit, Niedergeschlagenheit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
6. Appetit (Reduktion)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
7. Appetit (Steigerung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
8. Gewichtsabnahme (während der letzten 2 Wochen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
9. Gewichtszunahme (während der letzten 2 Wochen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Höchster Wert Frage 6-9 _____
10. Konzentration, Entscheidungsvermögen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
11. Selbstbewertung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
12. Suizidvorstellungen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
13. Interesse/Beteiligung am Leben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
14. Energielosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
15. Psychomotorische Verlangsamung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
16. Psychomotorische Agitiertheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Höchster Wert Frage 15-16 _____
Gesamtwert					_____

Abbildung - A 6 *Quick Inventar depressiver Symptome – Selbstbeurteilungsbogen (QIDS-SR)*

Datum:

Chiffre:

QIDS-SR: Quick Inventar depressiver Symptome

Anleitung: Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

<p>1. Einschlafen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich brauche nie länger als 30 Minuten um einzuschlafen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich brauche manchmal mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich brauche meistens mindestens 30 Minuten um einzuschlafen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich brauche meistens mehr als 60 Minuten um einzuschlafen.</p>	
<p>2. Durchschlafen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich wache nachts nicht auf.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich habe einen eher unruhigen, leichten Schlaf.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich wache mindestens einmal pro Nacht auf, schlafe aber bald wieder ein.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich wache meistens mehr als einmal pro Nacht auf und bleibe mindestens 20 Minuten wach.</p>	
<p>3. Früherwachen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Meistens wache ich nicht mehr als 30 Minuten vor der gewohnten Aufstehenszeit auf.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich wache fast immer mehr als 30 Minuten vor der gewohnten Aufstehenszeit auf.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich wache fast immer mind. 1 Stunde vor der gewohnten Aufstehenszeit auf, schlafe aber manchmal wieder ein.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich wache fast immer mindestens 2 Stunden vor der gewohnten Aufstehenszeit auf, ohne wieder einzuschlafen.</p>	
<p>4. Schlafdauer</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich schlafe nicht länger als 7-8 Stunden pro Nacht und mache tagsüber kein Nickerchen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich schlafe insgesamt nicht länger als 10 Stunden, inklusive Nickerchen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich schlafe insgesamt nicht länger als 12 Stunden, inklusive Nickerchen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich schlafe insgesamt länger als 12 Stunden, inklusive Nickerchen.</p>	
<p>5. Traurige Stimmung/Niedergeschlagenheit</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich fühle mich nicht traurig/niedergeschlagen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich fühle mich manchmal traurig/niedergeschlagen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich fühle mich meistens traurig/niedergeschlagen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich nahezu die ganze Zeit über sehr traurig/niedergeschlagen.</p>	
<p><i>Bitte beantworten Sie nur Frage 6 oder 7</i></p>	
<p>6. Appetitverlust</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mein Appetit ist normal.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich esse weniger oft oder geringere Mengen als normal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich esse sehr viel weniger als üblich und nur mit Überwindung.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich esse insgesamt kaum etwas, und wenn, nur mit extremer Überwindung oder weil mich andere zum Essen überreden.</p>	<p>7. Appetitsteigerung</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mein Appetit ist normal.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich habe größeres Verlangen nach Essen als normal.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich esse regelmäßig mehr oder häufiger als sonst.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich fühle mich dazu getrieben, mich während oder zwischen den Mahlzeiten zu überessen.</p>

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

<i>Bitte beantworten Sie nur Frage 8 oder 9</i>	
<p>8. Gewichtsverlust in den letzten 2 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mein Gewicht hat sich nicht geändert/ Ich mache bewusst eine Diät.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich habe wahrscheinlich etwas abgenommen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich habe 1-2,5kg abgenommen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich habe mehr als 2,5kg abgenommen.</p>	<p>9. Gewichtssteigerung in den letzten 2 Wochen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mein Gewicht hat sich nicht geändert.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich habe wahrscheinlich etwas zugenommen.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich habe 1-2,5kg zugenommen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich habe mehr als 2,5kg zugenommen.</p>
<p>10. Konzentration und Entscheidungsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Meine Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit ist unbeeinträchtigt.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich bin gelegentlich unentschlossen oder bemerke, dass meine Aufmerksamkeit wandert.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich muss die meiste Zeit drum kämpfen, mich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Meine Konzentration ist zu schlecht, um ein Buch zu lesen, selbst kleine Entscheidungen sind mir unmöglich.</p>	
<p>11. Selbstwertgefühl</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich betrachte mich als genauso achtenswert und wertvoll wie andere Menschen.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich mache mir mehr Selbstvorwürfe als bei anderen Menschen üblich.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich glaube, dass ich anderen Probleme bereite.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich grübele fast ständig über größere und kleinere Fehler nach.</p>	
<p>12. Gedanken an den Tod/Suizid</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Ich denke nicht über Tod und Suizid nach.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich empfinde das Leben als leer und frage mich, ob es tatsächlich lebenswert ist.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich denke öfter über den Tod oder Suizid nach, mehrmals in der Woche für einige Minuten.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich habe intensive Todesgedanken oder konkrete Suizidpläne, oder habe in den vergangenen Tagen versucht, mich umzubringen.</p>	
<p>13. Allgemeine Interessen</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Mein Interesse an anderen Menschen oder Aktivitäten entspricht dem von Gesunden.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ich bemerke, dass ich mich etwas weniger für andere Menschen oder Aktivitäten interessiere.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Ich interessiere mich nur noch für eine oder zwei meiner früheren Aktivitäten.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ich habe gar keine Interessen mehr.</p>	

Bitte kreuzen Sie in jedem Bereich das Kästchen neben der Antwort an, die in den **letzten 7 Tagen** am besten auf Sie zutrif. Bitte kreuzen Sie pro Bereich nur eines der vier Kästchen an.

14. Verlangsamung

- 0 Die Geschwindigkeit meines Denkens, Sprechens und meiner Gesten ist unbeeinträchtigt.
- 1 Ich bemerke eine Verlangsamung in meinem Denken und/oder eine Veränderung im Tonfall meiner Stimme.
- 2 Ich brauche für die meisten Fragen mehrere Sekunden Zeit und denke sehr langsam.
- 3 Es macht mir extrem große Mühe, diese Fragen zu beantworten.

15. Gefühl der Ruhelosigkeit

- 0 Ich fühle mich körperlich ruhig.
- 1 Ich bin oft nervös, ringe mit den Händen oder rutsche unruhig auf meinem Sitz umher.
- 2 Ich habe den ständigen Impuls, mich zu bewegen und bin körperlich ziemlich unruhig.
- 3 Ich bin nicht in der Lage, stillzusitzen und muss ständig auf und ab gehen.

16. Körperliche Beschwerden

- 0 Ich fühle mich körperlich gesund und beschwerdefrei.
- 1 Manchmal habe ich Kopfschmerzen, Bauch-, Rücken- oder Gelenkschmerzen, die allerdings vorübergehend und nur wenig störend sind.
- 2 Ich habe fast die ganze Zeit über körperliche Beschwerden.
- 3 Die körperlichen Beschwerden sind so stark ausgeprägt, dass sie mich in meinem Alltag behindern.