

Ein Vergleich von vier Beschwerdenlisten

U. Baumann und R.-D. Stieglitz

Institut für Psychologie der Christian-Albrechts-Universität, D-2300 Kiel,
Bundesrepublik Deutschland

A Comparison of Four Symptom Lists

Summary. At present there are four lists of symptoms in German (BL, FBL, BFB, KASSL) for which sufficient empirical data permit an evaluation. The BL, FBL, and BFB lists relate to items of the physiologic and physiologic/psychic fields, whereas the items of the KASSL refer more to psychic problems. With all four procedures the computation of global scores is justified by factor and item analyses, although the results of the BFB are least satisfactory. Information about reliability exists for all lists and point to favorable formal characteristics, i.e., symptom scores permit reliable assessment. The importance of symptom configurations is still ambiguous and needs further investigation. Measuring change with the four lists is a problem which is unsolved and needs further reflection. Because of its broad basis of test information the BL global score is recommended for use.

Key words: Symptom list – Test comparison.

Zusammenfassung. Zur Zeit stehen im deutschen Sprachbereich 4 Beschwerdenlisten (BL, FBL, BFB, KASSL) zur Verfügung, die empirisch ausreichende Angaben liefern, wodurch eine Beurteilung möglich wird. Im Vordergrund von BL, FBL und BFB stehen Items aus den physiologisch und physiologisch/physischen Bereichen, während die KASSL mehr psychische Probleme anspricht. Bei allen vier Verfahren ist die Berechnung von Globalscores aufgrund der Faktoren- und Itemanalysen gerechtfertigt; am wenigsten trifft dies für den BFB zu. Reliabilitätsangaben sind für alle 4 Verfahren vorhanden und deuten auf gute formale Charakteristika hin, d.h. Beschwerden-Scores lassen sich reliabel erfassen. Der Stellenwert von Beschwerdenbereichen (Subskalen) ist bisher noch zu wenig geklärt und bedarf weiterer Untersuchungen. Bei allen 4 Verfahren ist das Problem der Veränderungsdiagnostik bisher zu wenig geklärt. Für Beschwerdengesamtwerte ist am ehesten die BL aufgrund ihrer breiten Testangaben zu verwenden.

Schlüsselwörter: Beschwerdenlisten – Testvergleich.

Sonderdruckanforderungen an: Prof. Dr. U. Baumann, Institut für Psychologie der Universität Kiel, Olshausenstraße 40/60, D-2300 Kiel, Bundesrepublik Deutschland

1 Stellenwert von Beschwerdenlisten

Zur Beschreibung von Ausmaß und Art einer Störung sind in der Psychologie eine Vielzahl an Untersuchungsverfahren entwickelt worden. Neben der freien Schilderung der Störung erfreuen sich standardisierte Verfahren zunehmender Beliebtheit. Dabei sind im wesentlichen Fremd- und Selbstbeurteilungsverfahren zu unterscheiden. Fremdbeurteilungsverfahren, oft auch Ratings oder Symptom-Ratings genannt, basieren meistens auf einem mehr oder weniger strukturierten Gespräch zwischen Beurteiler und Patienten. Im Anschluß daran stuft der Beurteiler den Patienten in verschiedenen Störbereichen ein (vgl. CIPS-Manual 1977). Die verschiedenen Freiheitsgrade, die bei Ratings möglich sind (vgl. Baumann u. Seidenstücker 1977), machen diese zu methodisch problematischen, aber für die klinische Praxis dennoch unentbehrliche Untersuchungsinstrumente. In vielen Fällen werden Selbstbeurteilungsverfahren (klinische Fragebögen) herangezogen, in denen der Patient direkt über seine Probleme Auskunft gibt.

Wurde früher oft die eine Verfahrensgruppe gegen die andere ausgespielt, so ist im Rahmen einer multimodalen Diagnostik (Seidenstücker u. Baumann 1978) der ergänzende Charakter von Fremd- und Selbstbeurteilung zu sehen, indem der gleiche Tatbestand von zwei Datenquellen (Patient selbst; außenstehende Person: meist Arzt, Psychologe, Pflegepersonal) her beleuchtet wird. Die Frage, welches Instrument objektiv richtig sei, ist daher falsch gestellt. Fremdbeurteilungsverfahren sollten aber „echte“ Fremdbeurteilungsmethoden sein (Idealfall: Verhaltensbeobachtung) und nicht — ein Gemisch zwischen Fremd- und Selbstbeobachtung. So fließt beim Beurteiler z. B. in der Symptombeurteilung „deprimiert“ die Beobachtung „Patient ist traurig“ und die Aussage des Patienten über sich selbst „ich bin traurig“ ein.

Bei den klinischen Selbstbeurteilungsverfahren sind Tests zu unterscheiden, die primär für den Normalbereich konstruiert worden sind, aber dennoch auch erlebte Störungen in einzelnen Skalen durch Extremwerte abzubilden erlauben. So kann man mit Befindlichkeits- und Stimmungsskalen subjektive Beeinträchtigungen im Querschnitt und im Verlauf erfassen (vgl. Rösler et al. 1980). Auch Persönlichkeitsfragebogen (z. B. FPI von Fahrenberg et al. 1973), die für habituelle Persönlichkeitszüge konzipiert worden sind, dienen, wie die Vielzahl an Validierungsstudien zeigen, durchaus auch der Erfassung psychischer Störungen. Man vergleiche dazu die Neurotizismuswerte, deren Veränderungen in vielen Therapiestudien als Indikator für den Therapieerfolg herangezogen werden. Neben den Fragebögen aus dem Normalbereich, die auch für klinische Fragen anwendbar sind, sind die im engeren Sinn klinischen Fragebögen von besonderem Interesse (von Zerssen 1979). Zu nennen sind die Symptom- und Beschwerdenlisten, die — neben psychischen Beschwerden wie sie auch in Neurotizismus-Skalen vorkommen — vor allem somatische Beschwerden abfragen. Daneben sind aber auch Angstskalen und Skalen zur Erfassung der Psychopathologie (SCL-90R, PD-S; vgl. von Zerssen 1979) zu erwähnen.

Der Übergang von Beschwerdenlisten, Befindlichkeitsskalen, Psychopathologieskalen und Persönlichkeitsskalen ist fließend, wie Korrelationsstudien zeigen. So korrelieren bei psychiatrischen Patienten nach von Zerssen (1976a) die Befindlichkeitsskala mit der Beschwerdenliste mit $r = 0.47\text{--}0.51$, die Beschwerdenliste mit der Depressionsskala mit $r = 0.64\text{--}0.73$. Nach von Zerssen (1979) sind auf der subjektiven Ebene zwei Hauptaspekte zu unterscheiden, nämlich das Ausmaß an allgemeiner emotionaler Beeinträchtigung und eine paranoid gefärbte Störung im

kognitiven Bereich. Bei der emotionalen Beeinträchtigung scheint eine Unterteilung in mehr psychisch und mehr körperlich erlebte Formen der Gestörtheit angemessen zu sein (vgl. von Zerssen 1979; Stieglitz et al. 1980). Beschwerdenlisten, wie sie in unterschiedlicher Form unter diesem Namen vorgelegt werden, dienen vor allem der Erfassung der emotionalen Beeinträchtigung; paranoid gefärbte Störungen des kognitiven Bereiches dagegen werden in klinischen Skalen erfaßt, die als Paranoid- oder Psychotizismusskalen bezeichnet werden.

Die Erfassung der subjektiv erlebten Beeinträchtigung scheint uns bei den meisten klinischen Untersuchungen von großer Wichtigkeit zu sein, da die Beschwerdenlisten in der Regel Kategorien verwenden, die der Patient auch zur Spontanschilderung seines Zustandes gebraucht. Dieses Bild über die eigene Störung ist vielfach situationsunspezifisch abgespeichert; erst eine gezielte Exploration erlaubt dann eine Eingrenzung, indem einzelne Beschwerden mit typischen Situationen in Verbindung gebracht werden. Daher können Beschwerdenlisten auch in der Verhaltensdiagnostik als Untersuchungsverfahren sinnvoll angewandt werden, wenn die angegebenen Beschwerden durch ergänzende Fragen spezifiziert werden.

2 Anliegen dieser Arbeit

Da verschiedene Beschwerdenlisten konstruiert worden sind, soll in dieser Arbeit eine vergleichende Analyse für folgende vier Selbstbeurteilungsverfahren vorgenommen werden:

- die „Beschwerden-Liste“ (BL)¹ von von Zerssen (1976b),
- die „Freiburger Beschwerdenliste“ (FBL)¹ von Fahrenberg (1975),
- der „Beschwerdenfragebogen“ (BFB) von Höck und Hess (1975),
- die „Kieler Änderungssensitive Symptomliste“ (KASSL) von Zielke (1979).

Unsere Analyse greift Verfahren heraus, die den Anspruch erheben, Beschwerden- bzw. Symptomlisten zu sein, die vor allem das Ausmaß der emotionalen Beeinträchtigung, sei es im körperlichen und/oder im psychischen Bereich, zu erfassen erlauben. Als für den Vergleich geeignete Verfahren können nur Tests herangezogen werden, die bereits mit Testmanualen im Handel erschienen sind (BL, BFB, KASSL) oder die durch umfangreiche andere Angaben eine gründliche Beurteilung zulassen (FBL).

In unserer Analyse nicht miteinbezogen werden Vorformen und „Deviationen“ der angeführten Tests, Verfahren für Kinder und Jugendliche (benötigen andere Beurteilungsgesichtspunkte), Verfahren, die nicht in deutscher Sprache vorliegen, Fremdbeurteilungsverfahren, Verfahren, die zwar mit Beschwerdenlisten kovariieren, aber dennoch unter anderen Zielsetzungen konstruiert worden sind (Persönlichkeitfragebogen, Befindlichkeits- und Stimmungsskalen), Verfahren zur Erfassung paranoider Störungen im kognitiven Bereich, andere Skalen zur Erfassung der Psychopathologie (Depressionsskalen, usw.).

Für den Vergleich benutzen wir Angaben der Autoren, die im Testmanual (BL, KASSL, BFB) oder in Publikationen (FBL) vorliegen, ergänzt durch die

¹ Mit der Abkürzung BL (ohne Bindestrich) und FBL (ohne Zusatz) werden die beiden Verfahren gemeint, mit B-L, B-L', FBL-G usw. die entsprechenden Testversionen

Kurzbeschreibungen im CIPS-Manual (BL, FBL). Die Notwendigkeit einer empirischen Vergleichsstudie wird zwar anerkannt, doch sind einzelne Analysenschritte (z. B. Vergleich der Iteminhalte, Beurteilung der Testkonstruktion usw.) nur theoretisch durchführbar.

In folgenden Punkten sollen die Verfahren verglichen werden:

- Äußere Form (Testlänge, Auswertung usw.)
- Itempool
- Testkonstruktion (Faktorenanalyse, Itemanalyse)
- Gütekriterien (Reliabilität, Validität)
- Verlaufsgesichtspunkt.

Abschließend soll eine zusammenfassende Würdigung der Verfahren aufgrund der einzelnen Gesichtspunkte erfolgen.

3 Vergleich der 4 Beschwerdenlisten

3.1 Beschreibung der Verfahren

Im Gegensatz zu den herkömmlichen Persönlichkeitsfragebogen, die vielfach auf den Persönlichkeitstheorien Eysencks oder Cattells beruhen, sind die 4 Beschwerdenlisten an keiner expliziten Theorie orientiert und stellen eher pragmatische Verfahren zur Erfassung der subjektiven Befindlichkeit, basierend auf der klinischen Praxis, dar. Zielke (1979, S. 9) sieht zwar einen Bezug seiner Liste zur Gesprächspsychotherapie, doch sind die Items nicht explizit daraus abgeleitet. Alle Verfahren sind auch für die Verlaufsdiagnostik geeignet. Der Anwendungsbereich ist umschrieben durch den ambulanten und stationären Sektor bei psychisch und somatisch kranken Personen. Die KASSL nimmt eine Sonderstellung ein, indem sie als therapiebegleitendes Diagnostikum (Gesprächspsychotherapie) bezeichnet wird.

Für die Beschwerdenlisten gilt, daß beim Einzelfall keine endgültigen Entscheidungen vom Ergebnis einer Testung abhängig gemacht werden dürfen, sei es bei der Personalauslese, der medizinischen Diagnose, der Festlegung der Pharmakotherapie usw. Die Tests können zwar entsprechende Hinweise geben, die aber durch andere Methoden ergänzt und abgesichert werden müssen (z. B. ärztliche Untersuchung, Anamnese, andere Testverfahren).

Zur Struktur der Verfahren werden in Tabelle 1 einige Angaben gemacht. Mit Ausnahme der KASSL liegen jeweils pro Verfahren mehr als eine Testform vor, wobei aber nur die BL und die FBL (KA, KB) „echte“ *Parallelformen* vorweisen. Die *Durchführungszeiten* liegen bei allen Testformen unter 10 min, was durch die Kürze der Testformen und/oder der Itemformulierungen bedingt ist. Alle Beschwerdenlisten führen zu einem *Beschwerdengesamtscore*; Untertests sind in der FBL und KASSL vorhanden. *Normen* aus repräsentativen Stichproben werden nur bei der BL angegeben, die Normwerte der übrigen Verfahren beruhen auf „Anfalls“-Stichproben.

3.2 Inhaltlicher Vergleich der Testformen

Die Verfahren unterscheiden sich in den Antwortalternativen, Itemformulierungen und Iteminhalten.

Tabelle 1. Übersicht Testformen

	BL	FBL	BFB	KASSL
Formen und Itemzahl	2 Paralleltests (B-L, B-L') mit je 24 Items	1 Normalform (FBL-G) (78 Items) 1 Wiederholungsform (FBL-W) (40 Items)	BFB-A (89 Items) BFB-B (66 Items)	1 Form (50 Items)
	1 Ergänzungsform (B-L°) mit 17 Items	1 Kurzform (FBI-K) (20 Items) 2 parallele Kurzformen (FBL-KA, KB) (je 10 Items)	(A, B: 63 Items identisch)	
Auswertung	Formen B-L und B-L': je 1 Gesamtwert	Alle Formen: je 1 Gesamtwert zusätzlich: FBL-G: 10 Subskalen FBL-W: 5 Subskalen	1 Gesamtwert	1 Gesamtwert, 6 Subskalen
Antwort-Kategorien	4	FBL-G, K, KA, KB: 5 FBL-W: 6 ^a	A: 2 B: 4	2
Normen-Gruppe -Maßstab	Gesamt, Männer, Frauen T, %, Stanine	Gemischte Gruppe, Studenten Pro Gruppe M und S	Männer; Frauen, aufgeteilt nach Altersgruppen T	Gesamt; Männer, Frauen (z. T. nach Alter aufgeteilt) T, %, z, wahre Differenzwerte

^a Bei FBL-W wird zwar im CIPS-Manual eine sechsstufige Antwortskalierung vorgesehen, doch beziehen sich in der Publikation Fahrenberg (1975) die statistischen Angaben auf die fünfstufige Antwortskalierung (entsprechend auch die Angaben in unserer Tabelle 4)

Bei den *Antwortalternativen* können drei Aspekte unterschieden werden (in Klammer Beispiele):

- Dauer (kurz, lang, Stunden, Wochen)
- Intensität (stark, schwach)
- Häufigkeit (täglich, etwa 3×/Woche).

Nach Fahrenberg (1975) kovariieren bei der FBL Häufigkeit und Dauer der Beschwerden sehr stark, so daß mit gleichsinnigen Ergebnissen gerechnet werden kann. Weitere Untersuchungen zeigen, daß auch die beiden Antwortmodi Häufigkeit und Intensität strukturell und skalentechnisch weitgehend äquivalente Ergebnisse liefern (Fahrenberg 1975, S. 90). Daher dürften die unterschiedlichen Antwortmodi in den Testformen BL (Intensität), BFB-B (Intensität) und FBL-G (Häufigkeit) keine prinzipiellen Unterschiede zwischen diesen drei Testformen darstellen. Der Verzicht auf Abstufungen bei der KASSL und BFB-A bringt — gerade bei kürzeren Skalen der KASSL — einen Verlust an Differenzierungsmöglichkeit.

Für die *Gruppierung nach Items* wurden von uns verschiedene Kategorien aufgestellt. Diese umfassen 8 physiologische Systembereiche (Nr. 1–8; z. B. Magen/Darm, Haut usw.), 4 psychische Bereiche (Nr. 15–18; z. B. Angst, Leistungsbereich) und 6 Klassen, die den physiologischen und psychischen Bereich tangieren (Nr. 9–14; z. B. Spannung: innere Verkrampfung, Verkrampfung des Körpers). Dazu kommt noch eine Restklasse. Teilweise ergeben sich auch Unterklassen (z. B. Sensorik als Hauptkategorie; Sehen, Hören usw. als Unterklassen), so daß wir die Items in 10 Hauptklassen (+ 1 Sammelklasse) oder 30 Unterklassen (zusätzlich 5 Sammelkategorien) einteilen können. Die verschiedenen Klassen sind aufgrund der Faktorenanalysen der Verfahren FBL, BFB und KASSL und nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengestellt worden. Tabelle 2 gibt die Einordnung der Items in die verschiedenen Klassen wieder, während im Anhang pro Klasse die verschiedenen Itemvarianten angeführt werden.

Aus Tabelle 2 geht deutlich hervor, daß in der BL (B-L', B-L°), FBL und BFB vor allem Symptome/Beschwerden aus den Hauptbereichen 1–8 (physiologisch) und 9–14 (physiologisch/psychisch) erfaßt werden, während die KASSL vorwiegend (43 der 50 Items) psychische Inhalte (Kategorien 15–18) abfragt. So ist der Überlappungsbereich (gemessen an den Hauptkategorien) bei BL, FBL und BFB besonders groß (9 der 18 Hauptbereiche sind in den drei Verfahren vertreten), während die KASSL mit den drei übrigen Verfahren nur in 3 Hauptbereichen übereinstimmt (Herz/Kreislauf, emotionale Reaktivität, Leistungsbereich). Wenn auch BL, FBL und BFB starke Überschneidungen in der Grobklassifikation haben (9 + 3 von 18), so sind diese in den Unterbereichen etwas geringer (15 von 30). Unterschiede sind aber vor allem im Auflösungsgrad zu sehen: So wird z. B. der Bereich Magen-Darm in der Testform BL mit 3, in FBL-G und BFB-A aber mit je 8 Items abgebildet.

Wieweit sich die inhaltlichen Unterschiede zwischen BL, FBL, BFB einerseits und KASSL andererseits auch beim Beschwerdengesamtwert auswirken, kann nur empirisch geklärt werden, ebenso die Frage der differentiellen Aussagekraft der verschiedenen Teilbereiche, sofern sie in einer Skala zusammengefaßt sind.

Tabelle 2. Gliederung der Symptome/Beschwerden in Bereiche

Bereich	Unterbereich	B-L/B-L'/B-L°	FBL-G	BFB-A	KASSL
1. Herz-Kreislauf		2/ 2/ 1	9	3	2
2. Kopf-Hals-Reizsyndrom		2/ 1/ 1	8	7	
3. Magen-Darm		3/ 2/ 4	8	8	
4. Sensorik	Sehen	0/ 0/ 1	3	4	
	Hören		1	4	
	Riechen		2	1	
	Schmecken		1		
	Wärme	2/ 1/ 0	3	2	
	Kälte	1/ 2/ 0	2	1	
	taktiler Bereich	0/ 1/ 0	3	2	
5. Haut		0/ 0/ 1	3	3	
6. Motorik		2/ 0/ 0	8	3	
7. Schmerz	Skelettmuskulatur	2/ 1/ 0	5	4	
	Diverses	0/ 1/ 0	2	1	
8. Urogenital-Bereich	Harnausscheidung	0/ 0/ 1		4♂ 1♀	
	Menstruation	0/ 0/ 1		2♀	
	Diverses			2♂ 3♀	
9. Sexualität		0/ 1/ 0		1	
10. Appetit		0/ 1/ 2	1	1	
11. Schlaf		2/ 0/ 0	2	1	
12. Ermüdung		2/ 3/ 0	3	2	
13. Spannungen		0/ 1/ 0	3		3
14. Emotionale Reaktivität	Weinen/Tränen	0/ 1/ 0	1		1
	Sprache		1	2	
	Erröten	0/ 1/ 0	1	1	1
	Atmung	1/ 1/ 0	2	2	
	Diverses		3		
15. Psychische Beschwerden	Ängste	0/ 1/ 0		5	4
	depressive Stimmung	1/ 1/ 1		4	15
	Diverses	2/ 0/ 0		1	5
16. Leistungsbereich	Arbeit, Beruf		1	2	9
	kognitiver Bereich	0/ 1/ 1		1	3
17. Interpersonelle Beziehungen				3	6
18. Schizoide und Zwangreaktionen				4	1
19. Diverses		2/ 1/ 3	2	10	
		24/24/17	78	89	50

3.3 Überblick über die Testkonstruktion

Alle 4 Verfahren basieren auf heterogenen Beschwerdensammlungen (Lehrbücher, Patienten usw.). Item- und Faktorenanalyse dienen der Reduktion der Itempools und der Skalenkonstruktion. Bei der KASSL tritt ergänzend zu den Kriterien der klassischen Testkonstruktion das Konzept der Änderungssensitivität hinzu (vgl. Kapitel 3.6), das zu weiteren Skalen führt.

3.3.1 Ergebnis der Faktorenanalyse. Für BL und FBL-G werden die Ergebnisse der Faktorenanalysen der Endformen mitgeteilt, während bei der KASSL nur Angaben zur ursprünglichen Symptomliste vorhanden sind. Aus technischen Gründen haben die Autoren bei dem BFB nur eine Faktorenanalyse über 47 Items durchgeführt. Für die Testkonstruktion ist aber diese Analyse nicht relevant, da nur ein Gesamtscore gebildet wird.

In Tabelle 3 sind weitere Ergebnisse zu den Faktorenanalysen zusammengestellt. Die Ergebnisse der Faktorenanalysen belegen deutlich, daß die Bildung von Globalskalen gerechtfertigt ist, da die Varianzanteile und Ladungshöhen der ersten Faktoren jeweils sehr hoch sind. Bei dem BFB deuten die niedrigen Ladungen darauf hin, daß einige Items wenig zum Beschwerdescore beitragen und daher besser gestrichen worden wären.

Der deutliche Hinweis auf Globalskalen macht auch klar, daß eine Auffächerung des Systems in Unterbereiche problematisch ist und daher zwischen Subskalen, die aus den rotierten Lösungen (VARIMAX) abgeleitet worden sind, beträchtliche Interkorrelationen resultieren müssen. Dies gilt für die FBL-G, in der die Subskalen zwischen 0.32 und 0.65 interkorrelieren. Die Subskalen selbst korrelieren mit dem Gesamtwert mit 0.63–0.83, so daß zumindest bei einzelnen Skalen gefragt werden muß, wieweit sie gegenüber dem Gesamtwert spezifische Information liefern. Bei der KASSL verhält es sich ähnlich. Die Interkorrelationen der 4 Subskalen, die auf der Faktorenanalyse beruhen, schwanken zwischen 0.31 und 0.62, die Subskalen selbst korrelieren mit dem Gesamtwert mit 0.71–0.75.

3.3.2 Ergebnis Itemanalyse. Die Ergebnisse der Itemanalysen sind in Tabelle 4 dargestellt. Wie bei Beschwerdenlisten (klinische Skalen) zu erwarten, liegen die durchschnittlichen Itemmittelwerte (Gesamtskalen, Subskalen) jeweils unter dem theoretischen Skalenmittelwert. Die Abweichungen sind bei Patientenstichproben geringer als bei Normalpopulationen. Dies wirkt sich auch in der Verteilungsform der Skalen aus, die vorwiegend linksschief ist.

Ein direkter Vergleich der mittleren *Trennschärfekoeffizienten* ist nur schwer möglich, da bei der FBL und der KASSL die „part-whole“-korrigierten Werte mitgeteilt werden, aber bei der BL und dem BFB die Art der Trennschärfestimmung nicht eindeutig hervorgeht². Die mittleren Trennschärfen lassen sich bei BL, FBL und KASSL als durchaus befriedigend bezeichnen ($\bar{r}_{it} \geq 0.42$),

² Zielke teilt in der KASSL die unkorrigierten und korrigierten Trennschärfen mit. Von daher kann man für die BL und BFB grob schätzen, um wieviel sich die Trennschärfen verändern würden, wenn es sich nicht um korrigierte Werte handeln würde. In diesem Falle müßte man bei der BL (24 Items) eine Minderung um den Betrag von 0.05–0.07 vornehmen, um die korrigierten Trennschärfen zu erhalten, bei dem BFB würde dies bei 63 Items weniger ausmachen (0.02)

Tabelle 3. Faktorenanalysen

	BL	FBL-G	BFB	KASSL
Methode der Faktorenanalyse	Hauptkomponentenmethode	Hauptkomponentenmethode	Zentroidmethode (mit 47 Items des BFB-A)	Hauptkomponentenmethode (Vorform: 67 Items)
Stichprobe	Eichstichprobe ($N = 1761$) + Patienten ($N = 379$)	Gesunde und Patienten ($N = 330$)	Patienten und Neurotiker ($N = 1000$)	Personen, die sich zu einer GT angemeldet haben ($N = 209$)
Varianzanteil des 1. unrotierten Faktors	$\geq 28.3\%$	25.0%	17.2%	17.2%
Durchschnittliche Ladung und Variationsbreite auf 1. unrotierten Faktor	$\bar{a} \geq 0.52^a$ (0.31–0.72)	$\bar{a} = 0.48$ (0.25–0.68)	$\bar{a} = 0.40$ (0.18–0.62)	(Keine Angaben)
Intercorrelation der Skalen	(1 Skala)	– Subskalen (0.32–0.65) – Subskalen/Gesamtwert (0.63–0.83)	(1 Skala)	– Subskalen ^b (0.31–0.62) – Subskalen/Gesamtwert (0.71–0.78)

^a Unterschiedliche Werte je nach Testform und Stichprobe

^b Im Manual keine Angaben; persönliche Mitteilungen des Testautors

Tabelle 4. Itemanalyse

Test	Anzahl Items	\bar{x} Itemmittelwerte	Trennschärfe \bar{r}_{it}	Schiefe $P < 0,01$	Exzeß
B-L ^a	24	0,59	0,53	links	schmal
B-L' ^a	24	0,59	0,53	links	schmal
B-L ^b	24	1,25	0,58	—	breit
B-L' ^b	24	1,31	0,57	—	breit
FBL-G	11	2,15	0,47	links	—
	1	2,54	0,57	—	breit
	2	2,45	0,54	links	—
	3	2,08	0,62	links	—
	4	2,05	0,54	links	—
	5	1,94	0,43	links	—
	6	2,15	0,51	links	—
	7	2,38	0,49	links	—
	8	1,93	0,52	links	—
	9	1,79	0,49	links	—
	10	2,15	0,43	links	—
FBL-K	20	2,44		links	—
FBL-KA	10	2,45	(keine Angaben)	links	—
FBL-KB	10	2,42		—	—
FBL-W	40	2,15		links	—
BFB-A ^c	63	0,21	m: 0,29 w: 0,33	(keine Angaben)	
KASSL Sb	50	0,35	0,42	links	—
Sk	13	0,35	0,56	links	—
Ve	17	0,40	0,48	—	—
Be	12	0,27	0,46	links	—
KL	8	0,39	0,53	—	—
C ₂	16	0,38	0,45	links	—
C ₅	20	0,40	0,43	links	—

Stichprobenumfänge: s. Tabelle 3

Antwortrange R: BL (0–3), FBL (1–5), BFB (0–1), KASSL (0–1)

^a Eichstichprobe^b Patientenstichprobe^c Kennwerte für die 63 neurosenrelevanten Items

während dies für den BFB nicht mehr gilt ($\bar{r}_{it} = 0.29\text{--}0.33$). Dies wird auch durch die Variationsbreite der Trennschärfen bestätigt, die bei dem BFB zum Teil bis zu Werten von 0.02 reicht. Auch bei der KASSL sind zwei Werte unter 0.2 zu finden.

Die Itemanalysen ergeben für die Global- und Subskalen ein zufriedenstellendes Bild; eine Ausnahme bildet der BFB mit eher geringeren Trennschärfen. Für die verkürzten Versionen der FBL (W, K, KA, KB) liegen keine Angaben zur Trennschärfe vor, so daß sie nicht beurteilt werden können. Die Konsistenzangaben in Kapitel 3.4 bilden aber einen Ersatz dafür. Die übliche Linksschiefe bei klinischen Tests mahnt für die statistische Weiterverarbeitung mit parametrischen Tests zur Vorsicht.

3.4 Reliabilität

Reliabilitätsangaben haben wir in allen 4 Tests (s. Tabelle 5). Die Retestreliabilitäten liegen im mittleren Bereich, was bei klinischen Stichproben zu erwarten ist, bei denen zwischen den Messungen Interventionen stattfinden. Konsistenzen und Halbierungsreliabilitäten sind für die Gesamtwerte in allen 4 Beschwerdenlisten sehr hoch (≥ 0.87). Eine Ausnahme bilden nur die Kurzskalen der FBL (KA/KB: jeweils 10 Items), die etwas niedrigere Koeffizienten aufweisen. Die Subskalen (KASSL, FBL-G) haben zum größten Teil Werte, die bei Persönlichkeitsfragebogen akzeptiert werden (≥ 0.80), nur bei der FBL liegen in den Skalen 5 und 10 die Werte eindeutig darunter (0.7–0.8).

Die Reliabilitätsangaben sind für alle vier Verfahren — sofern Angaben vorhanden sind — zufriedenstellend und zeigen, daß Symptome/Beschwerden formal exakt erfaßt werden können. Bei dem BFB fehlen aber Konsistenzkoeffizienten, so daß dieser Test bezüglich Reliabilität am schwächsten abgesichert ist.

3.5 Validität

In der klassischen Testtheorie sind bei Testverfahren die formalen Kriterien (Faktorenanalyse, Schwierigkeitsindizes, Reliabilität usw.) leichter zu beurteilen als die inhaltlichen. Daher nehmen diese meistens in den Testmanuals auch den breiteren Platz ein als die Validitätsstudien. Die Validität lässt sich nur dann einigermaßen erschöpfend beurteilen, wenn der Test eine Entscheidung auf ein bestimmtes Kriterium hin ermöglichen soll. In den meisten Fällen sollen aber durch die Tests Konstrukte erfaßt werden, die nur in einem komplexen Gewebe von empirischen Untersuchungen einen Sinn erhalten. Dies trifft auch für die Beschwerdenlisten zu, die nicht mittels einfacher Korrelationsanalysen validiert werden können. Es ist daher in dieser Arbeit nicht möglich, die Validität der einzelnen Skalen darzustellen und gegeneinander abzuwägen. Vielmehr können wir hier nur auf einige besonders wichtige Punkte eingehen.

Von besonderem Interesse ist der Zusammenhang zwischen den Beschwerdenlisten und validitätsverwandten Verfahren (*konvergente Validität*). Wie bereits weiter oben betont, liegen bisher keine empirischen Vergleiche zwischen den einzelnen Beschwerdenlisten vor. Als verwandte Verfahren können aber auch Neurotizismusskalen angesehen werden. So korreliert die BL (ursprüngliche Version) mit der Skala FPI-N (emotionale Labilität) mit $r=0.39$ (Normalstich-

Tabelle 5. Reliabilitäten

	BL		FBL		BFB	KASSI
	B-L	B-L'	G, K, KA, KB, W	G, K, KA, KB, W		
Retest-Reliabilität						
– Gesamtwert	0.54	0.58	(Keine Angaben)		0.63	0.77
– Subskalen	—	—		—	—	0.58–0.72
Paralleltest-Reliabilität (Gesamtwert)						
	≥ 0.85		0.83 (KA/KB)		(Keine Parallelf.)	(Keine Parallelf.)
Halbierungs-Reliabilität (Spearman-Brown)						
– Gesamtwert	≥ 0.90	≥ 0.90	0.97 (G), 0.90 (K), 0.79 (KA), 0.74 (KB), 0.96 (W)	≥ 0.90	—	0.94
– Subskalen	—	—	0.77–0.91 (G)	—	—	0.83–0.88
Konsistenz						
– Gesamtwert	≥ 0.87	≥ 0.88	Cronbach 0.96 (G), 0.88 (K), 0.78 (KA), 0.77 (KB), 0.94 (W)	(Keine Angaben)	—	0.99
– Subskalen	—	—	0.70–0.87 (G)	—	—	0.90–0.94

Für Stichprobenangaben sei auf die Manuals verwiesen
≥: Es liegen Angaben zu mehreren Stichproben vor; es ist der niedrigste Wert angegeben

probe mit jungen Männern). In einer gemischten Stichprobe (Normalgruppe und Kurpatienten) fand Fahrenberg (1975) eine Korrelation von $r=0.56$ zwischen FPI-N- und FBL-G-Gesamtwert. Eine Vergleichsstudie zwischen BFB-A (Gesamtwert) und dem Neurotizismuswert im MMQ ergab ein $r=0.81$ (Frauen) und 0.82 (Männer) (gemischte Gruppe Neurotiker/Kontrollgruppe). Zwischen der Neurotizismuskala des ENNR und dem Gesamtwert der KASSL ist die Korrelation $r=0.61$ (GT-Patienten).

Genauere Analysen ergeben, daß Beschwerdengesamtscores höher mit der Skala Nervosität (FPI 1) als mit der Skala FPI-N korrelieren (gilt für BL und FBL-G), so daß die Beschwerdenscores von BL und FBL-G nur einen Teil des Neurotizismuskonzeptes abdecken. Studien mit dem Neurotizismuskonzept des FPI anstelle der in ihrer Konstruktion problematischen ENNR-Skala müssen zeigen, wieweit auch die eher psychische Probleme umfassende KASSL sich von der Neurotizismusdimension unterscheidet; die vorliegenden Ergebnisse mit dem ENNR deuten zumindest darauf hin. Auf die erstaunlich hohen Korrelationen zwischen MMQ und BFB soll hier nicht näher eingegangen werden, da die deutsche Übersetzung des MMQ keinen zuverlässigen Neurotizismusindikator abgibt.

Zum Zusammenhang zwischen *validitätsdivergenten* Verfahren und Beschwerdenscores liegen Untersuchungen aus dem Intelligenzbereich vor, die die vermuteten Nullkorrelationen berichten (BL, KASSL).

3.6 Verlaufsmessung

Alle vier Verfahren dienen u.a. auch der Veränderungsdiagnostik. Für den praktischen Einsatz stellt sich insbesondere die Frage nach dem zeitlichen Abstand zwischen verschiedenen Messungen. Hierzu finden sich jedoch nur bei der BL explizite Angaben. Nach von Zerssen sollte der Zeitabstand nicht zu kurz bemessen sein, da bei bestimmten Beschwerden keine kurzfristigen Veränderungen zu erwarten sind. Nach dem CIPS-Manual (1977) sind für die FBL-W Mindestabstände von ca. 1 Woche vorgesehen, was vermutlich auch für die anderen Verfahren gelten dürfte.

Wie bei den meisten Testverfahren, die u.a. für den Verlauf konzipiert worden sind, sind die Testkennwerte (Faktorenanalyse, r_h usw.) der klinischen Stichproben jeweils nur beim „Ausgangsbefund“ gewonnen worden. Es wurde nicht überprüft, wieweit die so gewonnenen Werte auch über die Zeit stabil sind. So ist z.B. bei einem Test mit mehreren Skalen zu verlangen, daß die Faktorenstruktur über die Zeit hinweg sich nicht massiv ändert, da sonst die Bildung von Differenzen sinnlos wird (vgl. Baumann et al. 1980; Stieglitz et al. 1980). Auch sollten — wenn die Itemanalyse zur Testkonstruktion herangezogen worden ist — die Trennschärfen sich nicht deutlich verändern, damit die Konsistenz erhalten bleibt usw. Mit Ausnahme der Angabe von Konsistenzkoeffizienten, die bei der KASSL auch bei der Nachtestung erhoben worden sind, fehlen bei allen Verfahren die entsprechenden Angaben. Fällt es oft schwer, Faktorenstrukturen in Kreuzvalidierungen zu bestätigen, so dürfte dies für Wiederholungsmessungen nach einer Interventionsphase noch schwieriger sein. Dies konnte in Methodenstudien gezeigt werden (Stieglitz et al. 1980), wonach einfaktorielle Lösungen meist ziemlich

zeitinvariant sind, während mehrfaktorielle Lösungen sich über die Zeit hinweg verändern. Auch die Studie von Zielke, die er in seinem Testmanual berichtet, deutet darauf hin.

Zielke faktorisiert die Differenzwerte getrennt für eine Therapie- und eine Wartegruppe. Die unterschiedlichen Lösungen in den beiden Stichproben interpretiert Zielke als Validitätshinweis für die KASSL. Dieser Meinung können wir uns nicht anschließen, da die Ergebnisse — zumindest für die Differenzwerte — auf unterschiedliche Kovariationsmuster hindeuten.

Trifft dies auch für die Rohwerte und nicht nur die Differenzwerte zu (was zu vermuten ist), dann hätten einheitliche Differenzwerte in beiden Gruppen unterschiedliche Bedeutung, und ein Vergleich wäre nicht mehr möglich.

In der KASSL wird die Veränderungsdiagnostik in zwei verschiedenen Punkten explizit berücksichtigt: zum einen in der Schätzung von wahren Differenzwerten, zum anderen mit dem Konzept der änderungssensitiven Items. Die Schätzung wahrer Differenzwerte ist dabei höchstens von theoretischem Wert, da für praktische Untersuchungen bisher ein Nachweis fehlt, daß man mit den kompliziert zu berechnenden und — infolge der Stichprobeneinflüsse — eine Scheingenaugkeit vorspiegelnden „wahren“ Werten zu präzisieren und weiterreichenden Aussagen kommt. Von größerem Interesse ist das Konzept der Änderungssensitivität, das Items favorisiert, bei denen die Itemkorrelation zwischen Erst- und Zweittest möglichst gering ist (vgl. Darstellung im Testmanual KASSL). Da bisher Angaben zur Korrelation der auf dieser Basis gewonnenen KASSL-Skalen untereinander und zu den anderen KASSL-Skalen fehlen, kann die Bedeutung dieses Konzeptes nicht beurteilt werden, insbesondere als die Validitätsstudien an der Stichprobe durchgeführt worden sind, an denen die änderungssensitiven Skalen konstruiert worden sind (Zirkelschluß mit Überbewertung der „Trefferrate“; vgl. Diskriminanzanalyse). Grundsätzlich ist beim Konzept der Änderungssensitivität anzumerken, daß sich dieses Konzept auf die Zweipunkterhebung stützt und für Mehrpunkterhebungen nicht mehr sinnvoll ist. Im weiteren ist zu nennen, daß Änderungssensitivität kein abstraktes Prinzip darstellt, sondern abhängig ist vom Ausgangswert, der vorgenommenen Intervention und der konkreten Intervall-dauer zwischen Erst- und Zweitmessung. Die Übertragbarkeit auf andere Randbedingungen ist daher nicht ohne weiteres möglich. Ob die Elimination von Trendgrößen (Items mit hoher Korrelation werden als änderungsinsensitiv bezeichnet) angemessen ist, müßte auch empirisch geklärt werden.

Insgesamt gesehen klammern aber alle vier Verfahren, auch die die Veränderung am stärksten reflektierende KASSL, das Veränderungsproblem aus der grundsätzlichen Diskussion aus und gehen einen pragmatischen Weg: Konstruktion aufgrund vom Ausgangsbefund mit Empfehlung, Differenzen zu rechnen.

4 Zusammenfassender Vergleich

Eine Synopsis der verschiedenen Vergleichspunkte ist schwierig zu machen, doch zeichnen sich einige wichtige Punkte ab:

4.1 Verwendung von Beschwerdenliste zur Ermittlung eines globalen Beschwerdenscores als Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigung

Wie in Kapitel 3.2 gezeigt wurde, ist der Überlappungsbereich der drei Verfahren BL, FBL, BFB groß, während die KASSL andere Bereiche erfaßt. Es soll daher

zuerst geprüft werden, wieweit eines der drei inhaltlich ähnlichen Verfahren BL, FBL und BFB zu bevorzugen ist. Soll zur Ermittlung eines Gesamtbeschwerdenscores ein Verfahren ausgewählt werden, so muß es teststatistisch gut fundiert und ökonomisch sein. Die verschiedenen Analysen ergeben, daß vor allem der BFB in den Item- und Faktorenanalysen weniger gut abschneidet als die BL und FBL. Die Gesamtform der FBL (FBL-G) ist zwar bezüglich der Testkennwerte der BL ebenbürtig, doch umfaßt sie bedeutend mehr Items (78) als die BL (je 24 Items), sie ist also unökonomischer. Eine Bevorzugung der BL in den Versionen B-L und B-L' ergibt sich dadurch, daß sie gegenüber der sonst vergleichbaren FBL-K den Vorteil der Parallelformen und der Repräsentativnormen hat. Die beiden Formen FBL-KA und FBL-KB haben wegen ihrer Kürze etwas weniger günstige Werte in der Reliabilität (Konsistenz); dazu fehlen auch Angaben zur Trennschärfe.

Was die KASSL betrifft, so wäre sie nur dann für einen Beschwerdengesamtwert von Interesse, wenn sich dieser deutlich von einem Neurotizismuswert zum einen und vom Beschwerdenwert der BL zum anderen abhebt. Bis jetzt fehlen aber entsprechende Hinweise für die Spezifität des Verfahrens.

4.2 Verwendung von Beschwerdenlisten zur Ermittlung von Beschwerdenprofilen

Die Verwendung von Subtests bei Beschwerdenlisten ist nur dann sinnvoll, wenn deren Validität und Stichprobenunabhängigkeit ausreichend belegt worden ist (von Zerssen 1976). Insbesondere ist auch zu zeigen, daß man mit den Subtests zu anderen Aussagen kommt als mit dem Gesamtwert. Bisher fehlen aber derartige Studien; dies gilt auch für die Subtests der KASSL, deren differentielle Validität bisher noch nicht reproduziert worden ist. Die relativ hohen Interkorrelationen der Subtests untereinander (FBL-G und KASSL), sowie die hohen Korrelationen der Subtests mit dem Gesamtwert lassen zweifeln, wieweit entsprechende Nachweise glücken werden. Weitere Forschung auf diesem Gebiet wäre daher wichtig.

4.3 Verwendung von Beschwerdenlisten als Symptomsammlung

Beschwerdenlisten können auch auf Itemebene ausgewertet werden (Anhaltspunkt für weitere Explorationen usw.). Für diese Zwecke empfiehlt sich eine möglichst breit angelegte Sammlung von Beschwerden. In der FBL-G oder in der Zusammenfassung von B-L + B-L' + B-L° haben wir mehr den physiologischen und physiologisch/psychischen Bereich in vergleichbarem Umfange abgedeckt, während sich die KASSL vorwiegend auf den psychischen Bereich bezieht. Der BFB-A würde dagegen alle 3 Sektoren abdecken.

4.4 Verwendung von Beschwerdenlisten für Veränderungsdiagnostik

In den bisherigen Ausführungen wurden die Beschwerdenlisten unabhängig vom Gesichtspunkt der Veränderungsdiagnostik beurteilt. Für Veränderungstests wäre aber zusätzlich zu fordern, daß die Verfahren bezüglich ihrer teststatistischen Kennwerte zeitinvariant sind; nur unter dieser Voraussetzung ist die Bildung von Differenzwerten sinnvoll. In den Testmanuals fehlen diesbezügliche Angaben. Bei der BL wurde aber der Nachweis für Zeitinvarianz kürzlich erbracht (Stieglitz et al.

1980). Dabei wurde auch gezeigt, daß die Zeitinvarianz bei Globalskalen eher gegeben ist als bei Subtests.

Zusammenfassend kann man sagen, daß verschiedene Beschwerdenlisten mit teilweise guter formaler Güte vorhanden sind. Nach unseren Analysen erweist sich die Beschwerdenliste BL als besonders geeignetes Verfahren, um die subjektive Beeinträchtigung zu erfassen. Für die weitere Zukunft ist nicht die Neuentwicklung zusätzlicher Beschwerdenlisten notwendig, sondern vor allem eine bessere Fundierung der Veränderungsdiagnostik. Dies erfordert theoretische Überlegungen und weitere empirische Untersuchungen.

Anhang: Symptom-, Beschwerdenzusammenstellung

1. Herz-Kreislauf

Herz: unregelmäßiges Schlagen; Gefühl des Aussetzens, Gefühl der Schwere; Herzklopfen; Jagen; Stolpern; Druck; Stiche; Anfälle.
 Kreislauf: Schwindelgefühl; Gleichgewichtsstörungen; Kreislaufstörungen; Ohnmachten/Ohnmachtsanfälle; andere Anfälle von Bewußtlosigkeit.
 Brust: Gefühl erstickender Enge; Stiche; Schmerzen; Ziehen.

2. Kopf-Hals-Reizsyndrom

Ohne Erkältung: Nasenjucken; Niesen; Halsschmerzen; Räuspern; Husten.
 Husten/Schnupfen: chronischer Husten; Reizhusten; Neigung zu Bronchitis; Asthmaanfälle; häufiger Schnupfen; Heuschnupfen.
 Hals: Kloßgefühl; Engigkeit; Würgen; häufige Halsschmerzen; Stimmschwierigkeiten; Druck.
 Schlucken: Schluckbeschwerden; Schluckauf.
 Kopf: Jucken.

3. Magen-Darm

Empfindlicher Magen; Magenschmerzen; Magendruck; Bauchschmerzen; Leibscherzen; Gallenbeschwerden; Darmkrämpfe; Druck im Leib; Völlegefühl; Sodbrennen; sauer Aufstoßen; Blähungen; Verstopfungen; Durchfall; Blut im Stuhl; Brechreiz; Übelkeit; Erbrechen; Unverträglichkeit bestimmter Speisen.

4. Sensorik

- a) Auge: Lichtempfindlichkeit; Sehstörungen; Doppelsehen; Augenflimmern; Farbempfindlichkeit; Schmerzen in den Augen; Tränen; Brennen der Augen.
- b) Ohr: Geräuschempfindlichkeit; Schwerhörigkeit; Ohrenschmerzen; ständige Ohrgeräusche.
- c) Geruch: Geruchsempfindlichkeit; Gerüche, die andere nicht riechen.
- d) Geschmack: Geschmacksempfindlichkeit.

- e) Wärme: Überempfindlichkeit gegen Wärme; Schwitzen; Schweißausbrüche; aufsteigende Hitze; Hitzewallungen; feuchte Hände.
- f) Kälte: Empfindlichkeit gegen Kälte; kalte Füße; Frieren; kalte Hände; Kältegefühl.
- g) taktiler Bereich: Empfindlichkeit gegen Kleidung; Mißempfindungen; Taubheitsgefühl.

5. Haut

Empfindliche, trockene Haut; Hautveränderungen; Hautausschlag; Ekzem; Knoten; Geschwülste; Furunkel; Pickel.

6. Motorik

Allgemein: Lähmungen, Zittern.

Hände: ungeschicktes Hantieren; Zittern; ruhelos.

Füße/Beine: ruhelos, Gehstörungen; Unruhe.

Kopf/Schultern: unwillkürliches Zucken im Auge; — um den Mund, — mit der Zunge; — der Schulter; Augenblinzeln; Gesichtszuckungen; Kopfschütteln; sonstige Verkrampfungen.

7. Schmerz

- a) Skelettmuskulatur: Nacken; Schulter; Arme; Kreuz; Beine; Rücken; Glieder; Waden; Gesicht; Kiefer.
- b) diverses: Kopf; Schmerzempfindlichkeit; Druck im Kopf.

8. Urogenital-Bereich

- a) Harnausscheidung: Wasserlassen; Harndrang.
- b) Menstruation: Beschwerden; Unregelmäßigkeiten der Periode; Blutungen zwischen den Perioden.
- c) diverses: Ausfluß; Schmerzen oder Schwellungen an Hoden oder Glied; Schmerzen im Unterleib.

9. Sexualität

Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit; sexuelle Schwierigkeiten.

10. Appetit

Appetitmangel; Appetitlosigkeit; Heißhunger; starker Durst.

11. Schlafen

Einschlaf-, Durchschlafschwierigkeiten; übermäßiges Schlafbedürfnis; Schlaflosigkeit, Schlafstörungen.

12. Ermüdung

Gefühl der Zerschlagenheit; schnelles Ermüden; Gefühl der Benommenheit; Mattigkeit; Schwächegefühl; Müdigkeit; rasche Erschöpfbarkeit; Energielosigkeit; Erschöpfung.

13. Spannungen

Verkrampfungen des Körpers, — beim Arbeiten, — beim Schreiben; innere Ge- spanntheit; fortwährende Anspannung; innere Verkrampfung; Spannungen; Ner- vosität.

14. Emotionale Reaktivität

- a) Weinen/Tränen: Tränen; Weinausbrüche; Neigung zum Weinen.
- b) Sprache: Stottern; Redehemmung; Sprachstörungen.
- c) Erröten: Erröten; rote Flecken; leichtes Erröten.
- d) Atmung: Luftwegbleiben; Atemnot; Luftmangel; anfallsweise Atemnot; Kurz- atmigkeit.
- e) Diverses: Spüren von Aufregung am ganzen Körper; Zittern; „weiche Knie“; Lampenfieber.

15. Psychische Beschwerden

- a) Ängste: Angstgefühl; Angst vor Tod; unheilbarer Krankheit; Alleinsein; Dunkeln; Gewitter; Verfolgern; in Räumen; auf Straßen; in Verkehrsmitteln; vor anderen Menschen; vorzutragen; zu versagen; vor anderen zu sprechen.
- b) depressive Verstimmtheit: Grübeln; trübe Gedanken; Lebensmüdigkeit; Min- derwertigkeitsgefühl; Selbstunsicherheit; Einsamkeit; fehlende Freundschaft; traurige Verstimmung; Zweifel; mangelndes Selbstvertrauen; Lebensüberdruß; gestörtes inneres Gleichgewicht; ständige Gefühlsschwankungen; Unglücklich- sein; Unausgeglichensein; Lebensunlust; Niedergeschlagenheit; Bedrücktsein; Wunsch, oft zu weinen; Gleichgültigkeit; Gefühl der Unterlegenheit; Gefühle, weniger intelligent zu sein; Schwermut.
- c) Diverses: Reizbarkeit; innere Unruhe; Ratlosigkeit; Gefühl, den Alltagsan- forderungen nicht gewachsen zu sein; Entschlußlosigkeit; mangelnde Aus- dauer; allgemeine Hemmungen; leichte Erregbarkeit.

16. Leistungsbereich

- a) Arbeit, Beruf: Schreibhemmungen, Arbeitshemmungen, mangelnde berufliche Anerkennung; mangelndes Interesse am Beruf; Überlastungsgefühl; Unsicher- heit über Berufserfolg; Leistungsschwäche; berufliche Hemmungen hinsicht- lich über Berufswahl; Arbeitsunlust; Gefühl, nicht genug leisten zu können; allgemeine berufliche Schwierigkeiten; Verringerung des körperlichen Leis- tungsvermögens.
- b) kognitiver Bereich: Konzentrationsschwäche; -schwierigkeiten; -mängel; Un- konzentriertheit; Vergeßlichkeit; Lernschwierigkeiten.

17. Interpersonelle Beziehungen

Kontaktschwierigkeiten; Hemmungen; Kontaktarmut; Probleme bei Kontakt- aufnahme zum anderen Geschlecht; Umgangsschwierigkeiten; Unterhaltung mit anderen; Schüchternheit; mangelndes Durchsetzungsvermögen.

18. Schizoide und Zwangreaktionen

Zwang zum Kontrollieren eigener Handlungen; Zwangsdanken; Zwangsvorstellungen; Fremdwenden von Menschen und Dingen; Selbstentfremdung; Persönlichkeitsverlust.

19. Rest (nicht einzuordnen)

z. B. Juckreiz; geschwollene Füße; Fieber.

Literatur

- Baumann U, Seidenstücker G (1977) Zur Taxonomie und Bewertung psychologischer Untersuchungsverfahren bei Psychopharmakoprüfungen. *Pharmakopsychiatrie Neuro-Psycho-pharmakologie* 10: 165-175
- Baumann U, Sodemann U, Tobien HH (1980) Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik. *Z Differ Diagn Psychol Heft 3* (im Druck)
- CIPS (Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, Eds) (1977) Internationale Skalen für Psychiatrie. Eigenverlag, Berlin
- Fahrenberg J (1975) Die Freiburger Beschwerdenliste FBL. *Z Klin Psychol* 4: 79-100
- Fahrenberg J, Selg H, Hampel R (1973) Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI (2. Aufl.). Hogrefe, Göttingen
- Höck K, Hess H (1975) Der Beschwerdenfragebogen (BFB) — ein Siebtestverfahren der Neurosendiagnostik für Ärzte und Psychologen. Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin
- Rösler F, Baumann U, Marake H (1980) Zum Vergleich zwischen globaler und additiver Be- findlichkeitserfassung. *Diagnostica* 26: 151-164
- Seidenstücker G, Baumann U (1979) Multimethodale Diagnostik. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hrsg) *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis* 1. Huber, Bern
- Stieglitz R-D, Baumann U, Tobien HH, Zerssen D v (im Druck) Zur Stichprobenunabhängigkeit und Zeitinvarianz von Testkennwerten bei einer Beschwerden-Liste. *Z Exp Angew Psychol*
- Zerssen D v (1976a) *Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S)*. Allgemeiner Teil. Manual. Beltz, Weinheim
- Zerssen D v (1976b) Die Beschwerden-Liste. Parallelformen B-L und B-L'. Ergänzungsbogen B-L°. Manual. Beltz, Weinheim
- Zerssen D v (1979) *Klinisch-psychiatrische Selbstbeurteilungs-Fragebögen*. In: Baumann U, Berbalk H, Seidenstücker G (Hrsg) *Klinische Psychologie. Trends in Forschung und Praxis* 2. Huber, Bern
- Zielke M (1979) *Kieler Änderungssensitive Symptomliste KASSL*. Beltz, Weinheim