

3 Untersuchungsverfahren

3.1 Erhebungsinstrument

3.1.1 Aufbau des Fragebogens

Der in der Untersuchung eingesetzte Fragebogen „**Hypomania self-rating scale**“ (**HSRS**) (vgl. Abbildung 1 im Anhang) stammt aus einer Arbeitsgruppe um Angst (Angst et al. 2005) und umfasst zwei Seiten. Zuerst werden demographische Variablen, das Lebensalter und das Geschlecht erhoben. Es wird eine Nummer pro Patient und Fragebogen vergeben, sowie eine Angabe zum Erhebungsort der Daten gefordert. Nach einem knapp gehaltenen Einführungstext folgen zwei Fragen zum derzeitigen und allgemeinen Stimmungszustand des Probanden. Zur Angabe des derzeitigen Zustandes dient eine siebenstufige Likert-Skala:

- viel schlechter als gewöhnlich
- schlechter als gewöhnlich
- etwas schlechter als gewöhnlich
- weder schlechter noch besser als gewöhnlich
- etwas besser als gewöhnlich
- besser als gewöhnlich
- viel besser als gewöhnlich.

In der darauf folgenden Frage zur Unternehmungslust, Energie und Stimmung besteht das Antwortformat aus einer vierstufigen Likert-Skala:

- ...immer relativ stabil und ausgeglichen
- ...immer relativ hoch bzw. über dem Strich
- ...immer relativ gering bzw. unter dem Strich
- ...immer wieder geprägt von deutlichen Schwankungen nach oben und unten.

Darauf folgt die **Hypomania Check List (HCL-32)**. Sie besteht aus 32 Fragebogenelementen, die als Fragen formuliert sind. Die Patienten werden gebeten, sich

an eine Zeit zu erinnern, die sie für sich persönlich als Stimmungshoch bezeichnen würden. Die Aussagen beziehen sich auf diese „Hochs“ und sollen Verhalten und Stimmung messen, die in „Hochs“ auftreten. Als Antwortformat wurde „Ja“ und „Nein“ gewählt. In der vierten Frage sind drei Antwortmöglichkeiten vorgesehen, die über die Häufigkeit der von den Probanden erlebten „Hochs“ weiter Aufschluss geben. Dabei ist zu beachten, dass das restliche Ausfüllen des Fragebogens von der jeweiligen Beantwortung der vierten Frage abhängt. Kreuzen Probanden die Antwortmöglichkeit

- „manchmal“ an, so füllen sie den kompletten Bogen weiter aus (Fragen 5-9),
- füllen sie „meistens“ aus, beantworten sie nur die zwei weiteren Fragen (5-6),
- geben sie „nie“ an, ist die Befragung beendet.

Frage fünf bezieht sich auf die Auswirkungen der „Hochs“ in den unterschiedlichen Lebensbereichen der Probanden, aufgeschlüsselt in Familie, Freunde und Bekannte, Arbeit sowie Freizeit. Es ist zur Beantwortung einer jeden der vier Teilfragen eine Ratingskala mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten vorgesehen:

- Positiv und negativ
- Positiv
- Neutral
- Keine Auswirkungen.

In der darauf folgenden sechsten Frage schätzt der Patient die Reaktionen Anderer auf diese von ihm erlebten „Hochs“ ein. Dabei sind fünf Antwortmöglichkeiten dafür vorgesehen:

- Positiv
- Neutral
- Negativ
- Positiv und Negativ
- Keine Reaktion.

Die siebente Frage ermittelt die Dauer der Hochs. Sechs Antwortmöglichkeiten sind vorgegeben:

- 1 Tag
- 2-3 Tage
- 4-7 Tage
- länger als 1 Woche
- länger als 1 Monat
- Ich kann es nicht beurteilen bzw. weiß es nicht.

Die achte Frage erfragt das Vorhandensein solcher „Hochs“ in den letzten zwölf Monaten durch „Ja“ bzw. „Nein“. In der neunten und letzten Frage wird vom Patienten die Anzahl der Tage, die in „Hochs“ verbracht wurden, eingeschätzt.

3.2 Stichprobe

Als Versuchspersonen konnten Patienten der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg gewonnen werden. Alle Patienten befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter Behandlung der Klinik. Bei der statistischen Auswertung aller Fragebögen musste keiner aus der Wertung ausgeschlossen werden. Lediglich in den Einzelauswertungen unterschiedlicher Fragen fallen einzelne Bögen aus der Wertung, weil sie unzulässig ausgefüllt wurden. Ergänzt wurde die Stichprobe von Patienten aus einer ambulanten Gemeinschaftspraxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Dr. med. Dipl.-Psych. Johannes Böhringer und Frauke Sudfeldt) in Bielefeld, um die Gesamtstichprobe zu vergrößern.

3 UNTERSUCHUNGSMETHODEN

Einschlusskriterium für die Untersuchung war die zuvor bekannte Diagnose einer affektiven oder schizoaffektiven Störung. Demzufolge wurden nach ICD-10 (WHO 1992) alle Patienten rekrutiert, die in folgende Diagnosekategorien fallen:

- Schizoaffektive Störung (F 25.0; 25.1; 25.2)
- Affektive Störungen (F 30-F 39)¹.

Zuvor wurde im Beisein des behandelnden Arztes das Einverständnis der Patienten eingeholt, wobei lediglich zwei Patienten dieses nicht gaben.

Von den insgesamt 132 Versuchspersonen sind **65,2%** (86) weiblich und **34,8%** (46) männlich. Das Alter der Patienten liegt zwischen 20 und 83 Jahren, das Durchschnittsalter bei **50,21 Jahren** (SD 13,87). 121 Patienten wurden an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg befragt, elf Patienten in der psychiatrischen Praxis. Die diagnostischen Einschlusskriterien der beiden Diagnosegruppen sind identisch.

Beschreibung der Teilstichproben			
	Altersspanne	Durchschnittsalter	Geschlecht
Stichprobe Universitätsklinik Halle	20-83 Jahre	50,42	68,6% Frauen 31,4% Männer
Stichprobe Psychiatrische Praxis	23-73 Jahre	47,9	72,7% Frauen 27,3% Männer

¹ F 30 manische Episode

F 31 bipolare affektive Störung

F 32 depressive Episode

F 33 rezidivierende depressive Störung

F 34 anhaltende affektive Störungen

F 38 andere affektive Störungen

F 39 nicht näher bezeichnete affektive Störungen

3.3 Durchführung

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum zwischen März und Juli 2004. Alle Patienten wurden von der Untersucherin bezüglich der Ausfüllung des Fragebogens instruiert und füllten ihn in einem separaten Raum aus. Durchschnittlich benötigten die Patienten zwischen 10 und 20 Minuten, um den Fragebogen vollständig auszufüllen. Die Bögen wurden selbstständig und einmalig durch die Probanden ausgefüllt.

3.4 Statistische Auswertung

Zur Auswertung wurden die Daten in Excel-Tabellen transferiert und anschließend in das Programm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), Version 12.0 übertragen. Alle weiteren statistischen Auswertungen wurden ebenfalls mit SPSS durchgeführt. Neben Methoden zur deskriptiven Auswertung wurden

- nominalskalierte Variablen mit Kreuztabellen und dem Chi-Quadrat Test,
- parametrische, normalverteilte Daten mit einer einfaktoriellem Varianzanalyse (ANOVA),
- und nicht parametrische Daten mit Hilfe eines Mann-Whitney Tests

ausgewertet.

Von einem statistischen Zusammenhang wird bei einem Signifikanzniveau von $p < 0,05$ ausgegangen. Im folgenden Ergebnisteil werden zuerst die Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für jedes Fragebogenelement in prozentualer Verteilung aufgeführt. Danach werden deskriptiv zwei Diagnosegruppen (unipolar UP und bipolar BP) vergleichend dargestellt und die Häufigkeiten der unterschiedlichen Diagnosegruppen berechnet. Weiterhin werden die 32 Fragebogenelemente aus Frage drei (HCL-32) einer explorativen Faktorenanalyse unterzogen.

Die Diagnosen der Patienten waren bereits vorher bekannt. Die Klassifizierung der Probanden in zwei Gruppen wurde anhand der ambulanten und stationären Akten aus dem Archiv der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und des Praxisarchivs vorgenommen. Davon

unabhängig hat der leitende Oberarzt der Universitäts- und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Priv.-Doz. Dr. med. P. Brieger ebenfalls alle stationären und ambulanten Akten mit einem Zusatzfragebogen (vgl. Abbildung 2 im Anhang) ausgewertet, um die vorhandenen Diagnosen zu verifizieren. Diese Auswertung erfolgte blind für die zuvor gestellte Diagnose.

Bei vier Patienten ergaben sich Diskrepanzen hinsichtlich der zuvor durch Aktenstudium gewonnenen Diagnose. Daraufhin wurden die Diagnosen der betroffenen Probanden überprüft. Deren weitere Klassifizierung erfolgte nach dem Prinzip der „best-estimate“ Diagnose (Roy 1997), weil diese als eine valide Methode zur Diagnosestellung psychiatrisch erkrankter Patienten gilt (Merikangas et al. 1989, Leckman et al. 1982, Weissman et al. 1986). Laut Akte erhielten die vier Patienten eine bipolare Diagnose, die jedoch nach zu Hilfenahme aller möglichen Quellen neu bewertet wurde. In allen vier Fällen wurde nach in Anspruchnahme der „best-estimate“ Methode eine unklare Hauptdiagnose gestellt.