

**Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

**Symptomschwere und Aggravation in der Begutachtung psychischer Störungen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Ruth-Sophia Ulrike Ebert, geb. Hofmann

geboren am 30.07.1991 in Münster

Betreuer:

apl. Prof. Dr. Stefan Watzke

Gutachter:

1. Frau PD. I. Giegling

2. Prof. R.-D. Stieglitz (Em. Basel)

02.04.2019

28.01.2020

## **Referat**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Auswirkung unterschiedlicher subjektiver Belastungsschwere auf das Auftreten von Verfälschungstendenzen in der Begutachtung psychischer Störungen.

Als Untersuchungsdesign wurde eine einfach verblindete experimentelle Querschnittstudie mit dem Vergleich von zwei Gruppen (Instruktion: nicht authentisch vs. authentisch) mit jeweils n=30 Probanden gewählt. Die Probanden wurden aus ambulanten Patienten mit gesicherter depressiver Störung im Alter von 18-65 Jahren (n=60) erhoben. Die Gruppe der authentischen Beschwerdeschilderer diente als Kontrollgruppe.

Die Erfassung der Verfälschungstendenz erfolgte durch Fremdbeurteilung im Rahmen der deutschen Validierungsstudie des Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS-2).

Das subjektiv erlebte Belastungserleben wurde selbstständig durch die Probanden mit Hilfe der Symptom-Checklist-90 in Revidierter Form (SCL-90-R) erhoben.

Als Kontrolle der Einhaltung der zuvor erfolgten Instruktionen wurde im Anschluss an die Untersuchung ein Adherence-Check durchgeführt.

In beiden Gruppen zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Belastungserleben und dem Auftreten von Aggravation, wobei sich in der authentischen Studienpopulation lediglich positive Zusammenhänge zeigten. In der nicht authentischen/übertriebenen Gruppe zeigten sich zudem negative Zusammenhänge zwischen der Angabe von Aggravation und den durch die SCL-90-R subjektiv berichtete erhöhte Belastung durch Depression und phobische Angst.

# Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
2 Zielstellung.....	2
2.1 Begutachtungen.....	2
2.1.1 Begutachtung bei psychischen Störungen.....	3
2.1.2 Probleme der Begutachtung, Verfälschungstendenzen.....	5
2.1.3 Erfassung von Verfälschungstendenzen, Beschwerdvalidierungstests (BVT).....	7
2.2 Depressionen.....	9
2.2.1 Allgemeines.....	10
2.2.2 Ätiologie und Pathogenese.....	10
2.2.3 Entstehungsmodelle der Depression.....	12
2.2.4 Diagnostik, Symptome und Einteilung.....	16
2.2.5 Symptome, die gegen Verfälschungstendenz sprechen.....	19
2.2.6 Symptome, die für Verfälschungstendenz sprechen.....	20
2.3 Verfälschungstendenzen und Depression.....	21
2.4 Ableitung der Fragestellung.....	22
3 Material und Methoden.....	25
3.1 Beschreibung der Stichprobe.....	25
3.1.1 Auswahl der Untersuchungsstichproben und Rekrutierung.....	25
3.1.2 Deskriptive Stichprobenbeschreibung.....	27
3.2 Operationalisierung der Konstrukte.....	28
3.2.1 Operationalisierung der unabhängigen Variable – Belastungserleben.....	28
3.2.2 Operationalisierung der abhängigen Variable – Aggravation.....	29
3.2.3 Umgang und Erfassung von potentiellen Störgrößen.....	34
3.3 Durchführung der Untersuchung und Untersuchungsdesign.....	35
3.4 Auswertungsplan und statistische Hypothesen.....	37
3.4.1 Hypothesen.....	37
3.4.2 Statistik.....	38
4 Ergebnisse.....	39
4.1 Gruppenbildung.....	39
4.1.1 Gruppenunterschiede im Belastungserleben.....	40

4.1.2 Gruppenunterschiede im SIRS-2.....	40
4.2 SIRS-2-Klassifikation und Belastungserleben in den Untersuchungsgruppen.....	42
4.3 Zusammenhänge zwischen Belastungserleben und SIRS-2-Subskalen.....	45
4.3.1 Die SIRS-2-Subskalen in der authentischen Untersuchungsgruppe.....	45
4.3.2 Die SIRS-2-Subskalen in der nicht authentischen Untersuchungsgruppe.....	46
5 Diskussion.....	49
5.1 Limitationen der Arbeit.....	49
5.1.1 Rekrutierung und Stichprobe.....	49
5.1.2 Versuchsaufbau und Studiendesign.....	50
5.1.3. Instrumentarium.....	51
5.2 Interpretation der Untersuchungsergebnisse.....	53
5.2.1 Das erfasste Belastungserleben der SCL-90-R in den Untersuchungsgruppen.....	53
5.2.2 Beschwerdeauthentizität in den SIRS-2-Subskalen.....	53
5.2.3 Das Belastungserleben der Untersuchungsgruppen und die Klassifikation des SIRS-2.....	54
5.2.4 Korrelationen zwischen den SCL-90-R- und den SIRS-2-Subskalen in den Untersuchungsgruppen.....	55
5.3 Befunde in Bezug zum theoretischen Kontext.....	56
5.4 Ausblick.....	62
6 Zusammenfassung.....	64
7 Literaturverzeichnis.....	66
8 Thesen.....	70
Selbstständigkeitserklärung.....	IV
Erklärung über frühere Promotionsversuche.....	V
Lebenslauf.....	VI
Danksagung.....	VII

## Verzeichnis Abkürzungen und Symbole

BSI	Brief Symptom Inventory
BVT	Beschwerdevalidierungstests
bzw.	Beziehungsweise
DALYs	Disability-adjusted Life Years
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Auflage
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V. Auflage
ggf.	Gegebenenfalls
GSI	Global Severity Index
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10	International Classification of Disease, 10. Überarbeitung
i.d.R.	In der Regel
MHPG	Methoxyhydroxyphenylglykol
MMPI-2	Minnesota Multyphasic Personality Inventory 2
o.g.	Oben genannt
SCL-90	Symptom-Checklist-90
SFSS	Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome
SIRS-2	Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd Edition
u.a.	Unter anderem
UKH	Uniklinikum Halle-Wittenberg
UPKBS	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz
WMT	Word Memory Test
ZNS	Zentrales Nervensystem

## **1 Einleitung**

Gemäß den Richtlinien zur Arbeitsunfähigkeit liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn der Versicherte seine ausgeübte Tätigkeit aufgrund von Krankheit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Gerade bei psychischen Erkrankungen ist allerdings aufgrund meist unspezifischer Symptomatik schwer zu quantifizieren, wie stark sich die entsprechende Grunderkrankung auf die ausgeübte Tätigkeit auswirkt.

Das Krankheitsbild Depression ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Sie ist durch die auftretenden z.T. unspezifischen Symptome nicht nur schwer zu objektivieren, sondern auch anfällig für das Auftreten von Aggravation und anderen Verfälschungstendenzen. Viele Menschen können depressive Symptome in subklinischer Form z.B. nach dem Tod eines nahestehenden Angehörigen empfinden. Das macht die Depression im Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen für einen breiten Teil der Bevölkerung greifbar und nachvollziehbar. Die genaue Prävalenz von Aggravation im Rahmen depressiver Erkrankungen ist allerdings nicht bekannt. Insgesamt sind diesbezüglich nur wenige Zusammenhänge beschrieben. Und das, obwohl durch das Anwenden von Aggravation die Beschwerdeauthentizität in Begutachtungsprozessen maßgeblich negativ beeinflusst werden kann.

Im englischen Sprachraum wurden als ein Baustein für die Untersuchung von Aggravation sogenannte Beschwerdvalidierungstests (BVT) entwickelt, die z.T. auch für den deutschsprachigen Raum zur Verfügung stehen. Diese Instrumente sind zwar für die adäquate Beurteilung von Aggravation ausreichend untersucht und testtheoretisch gesichert, weisen jedoch Limitierungen auf. Die hier vorliegende Studie baut auf die deutsche Validierungsstudie des Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS-2) als ein zuverlässiges Instrument zur Erfassung von möglichen Verzerrungen im Antwortverhalten. Mit Hilfe der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R) soll die hier vorgestellte Studie einen möglichen Zusammenhang zwischen Aggravation und unterschiedlich stark ausgeprägter psychischer Belastung durch Depression untersuchen und näher beschreiben.

## **2 Zielstellung**

### **2.1 Begutachtungen**

Medizinische Begutachtungen sind wichtige Bestandteile der Rechtsprechung in Deutschland zur Klärung medizinischer Sachverhalte. Als Sachverständiger dient zumeist ein Arzt. Die Auftraggeber können aus sämtlichen Rechtsbereichen stammen (Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung, AWMF online, 2013).

Je nach Anlass werden verschiedene Arten der Begutachtung benötigt. Im Folgenden werden einige davon näher erläutert.

Ein ärztliches Attest ist rechtlich gesehen eine schriftliche Zeugenaussage. Eine Trennung von anamnestischen Angaben, Beschwerden und erhobenem Befund ist stets notwendig. Angefordert wird das Attest meistens von Behörden oder Versicherungen. Um die Schweigepflicht nicht zu verletzen, ist die Einwilligung des Betroffenen essentiell.

Ein Formulargutachten wird in der Regel von privaten Unfall- und Lebensversicherungen angefordert. Die Fragen sind bei dieser Art des Gutachtens fest vorgegeben.

Dem entgegen steht das freie Gutachten. Es stützt sich auf die mit eingereichten Unterlagen des Auftraggebers und eine durch den beauftragten Arzt durchgeführte Untersuchung des zu Begutachtenden. Es beinhaltet in der Regel die aktuelle Anamnese, Beschwerden des zu Begutachtenden, einen fachspezifischen Befund, den allgemeinen körperlichen Befund (ggf. Lokalbefund), die Diagnose(n) mit den dazugehörigen Einschränkungen und Auswirkungen auf den zu Begutachtenden, sowie eventuell eine Kausalitätsbeurteilung (Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung, AWMF online, 2013).

Medizinische Gutachten werden z.B. nach Beauftragung durch ein Gericht oder durch eine betroffene Person von einem Arzt erstellt. Im Falle einer gerichtlichen Anordnung ist der Arzt zur Erstellung eines Gutachtens verpflichtet. Der Arzt fungiert als fachkundiger Berater. Es ist seine Aufgabe, medizinische Sachverhalte unparteiisch wiederzugeben und durch seine Antworten die Grundlage der Entscheidungsfindung des

Auftraggebers zu schaffen. Sobald sich der Patient der Begutachtung unterzieht, ist der Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht in Bezug auf für die Begutachtung relevante Informationen entbunden. Informationen, die der Arzt über das Gutachten hinaus vom zu Begutachtenden erfahren hat, darf er nur mit dessen ausdrücklichem Einverständnis bekannt geben. Ziel ist mittels Anamnese, einer körperlichen Untersuchung und technischen Untersuchungsmethoden vorliegende Gesundheitsstörungen und ihre Auswirkungen auf den zu Begutachtenden festzustellen (Fritze und Merhoff, 2012).

Der zuständige Arzt ist dazu verpflichtet, nach – bezüglich des eigenen Fachwissens - bestem ärztlichem Wissen und Gewissen zu handeln. Es obliegt ihm zu prüfen, ob das angeforderte Gutachten in seinen Fachbereich fällt. Ebenso ist es seine Aufgabe, den zu Begutachtenden ausführlich aufzuklären (Deutscher Rentenversicherung Bund, 2011).

### **2.1.1 Begutachtung bei psychischen Störungen**

Psychische Störungen sind neben Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems eine sehr kostenträchtige Krankheitsgruppe. Die hohen Ausgaben für das Gesundheitssystem stellen dabei nicht nur einen großen Kostenfaktor zu Lasten der Sozialsysteme sondern auch zu Lasten der Menschen in Deutschland dar. Zudem hat die Anzahl der Fehltage und Frührenten aufgrund psychischer Störungen in den letzten zwanzig Jahren stetig zugenommen (Robert-Koch-Institut, 2015).

In der medizinischen Begutachtung nehmen Psychische Störungen eine besondere Stellung ein. Sie sind ein häufiger Grund für eingeschränkte Leistungsfähigkeit bis hin zur Arbeitsunfähigkeit. Somit werden auch psychiatrische Rehabilitationsleistungen immer häufiger in Anspruch genommen. Psychiatrische Erkrankungen steigern die Anzahl an Renten durch Erwerbsminderung kontinuierlich (Deutscher Rentenversicherung Bund, 2011, S.542) und bilden mit über 30% die häufigste Diagnosegruppe bei Anträgen auf eine private Berufsunfähigkeitsrente.

Genauer betrachtet gab es im Jahr 2016 laut Statistik der deutschen Rentenversicherung insgesamt 74.468 neu bewilligte Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit, die durch psychische Störungen verursacht wurden. Davon waren 31.426 Anträge von Männern und 43.042 von Frauen gestellt worden. Prozentual gesehen stellten psychische Erkrankungen somit mit 36,5% bei den Männern und 49,0%



bei den Frauen mit Abstand den größten Anteil neu bewilligter Rentenanträge (Deutsche Rentenversicherung, 2017) dar.

Konsekutiv steigt durch die zunehmende gesellschaftliche Belastung aufgrund psychiatrischer Erkrankungen auch die Anzahl an geforderten Gutachten. Diese Gutachten werden vor allem hinsichtlich der Klärung sozial-, versicherungs- und rentenrechtlicher Fragestellungen in Auftrag gegeben.

Der Auftraggeber erhofft sich durch das Gutachten einen Überblick über die aus der Erkrankung resultierenden Einschränkungen und Leistungseinbußen, sowie die Restleistungsfähigkeit des zu Begutachtenden zu erhalten. Deshalb ist die Orientierung am ICD-10 und DSM-IV-TR eine Mindestanforderung an das psychiatrische Gutachten (Dörfler et al., 2008).

Um die Funktionseinschränkungen ausreichend darzustellen, wird in der Regel ein mehrstufiges Vorgehen angewandt:

1. Stellen einer psychiatrischen Diagnose – Ausschluss/Berücksichtigung potentiell reversibler körperlicher Erkrankungen, Beachtung von Komorbidität, der prämorbidem Persönlichkeit und der individuellen Krankheitsverarbeitung
2. Darstellung des Ausmaßes der Störung und der daraus resultierenden rechts relevanten Funktionseinschränkungen
3. Genauere Spezifizierung der Störung bzw. Funktionseinschränkungen unter Berücksichtigung der Fragestellung

Die Beurteilung der berufsbezogenen Leistungseinschränkung sollte dabei immer vom Verhältnis der beruflichen Anforderungen und der gegenwärtigen Symptomatik abhängig gemacht werden (Fritze et al. 2012; Stadtland et al. 2007).

Um die Leistungsfähigkeit adäquat zu bestimmen, ist eine Orientierung am psychopathologischen Befund hilfreich. Dieser beinhaltet u.a. durch Selbst- (durch den Patienten selbst) oder Fremdbeurteilung (durch den Untersucher) erworbene Informationen über Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, formales und inhaltliches Denken, Zwänge und Wahn (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 2007) und sollte mit den anderen erhobenen Befunden und Erkenntnissen, sowie Kontextfaktoren wie z.B. der sozialen

Integration und Krankheitsbewältigung in Zusammenhang gestellt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2011).

Im sozialmedizinischen Kontext haben sich vor allem die folgenden Punkte als Begutachungskriterien von Verhaltensstörungen und psychischen Störungen etabliert:

1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit
4. Fachliche Kompetenz
5. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit
6. Durchhaltefähigkeit
7. Selbstbehauptungsfähigkeit
8. Kontaktfähigkeit zu Dritten
9. Gruppenfähigkeit
10. Fähigkeit zu familiären Beziehungen
11. Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten
12. Fähigkeit zur Selbstpflege
13. Wegefähigkeit.

Diese werden durch das Mini-ICF-APP (Mini-ICF-Rating für psychische Störungen), einem Fremdbeurteilungsbogen, erfasst, welches der Quantifizierung und Operationalisierung von Fähigkeitsstörungen dient (Linden et al., 2015).

Im nachfolgenden Absatz wird auf die Probleme bei nicht authentischer Beschwerdeschilderung und die Möglichkeiten der Erfassung von Beschwerdeauthentizität eingegangen.

### **2.1.2 Probleme der Begutachtung, Verfälschungstendenzen**

Da die Gültigkeit von Begutachtungen neben der pflichtbewussten und sorgfältigen Arbeit des begutachtenden Arztes auch auf der Zuverlässigkeit der Aussagen des zu Begutachtenden beruht, können im Verlauf einer Begutachtung Faktoren auftreten, die die Validität einer Begutachtung gefährden. Im Allgemeinen nennt man diese Faktoren Verfälschungstendenzen, die im Folgenden erläutert werden:

1. Aggravation

Die Aggravation (lat. aggravare = schwerer machen) bezeichnet die bewusst übertriebene Demonstration von wahrhaftig existenten Krankheitssymptomen. Symptome werden also überzeichnet und in ihrer Bedeutung übertrieben mit dem Ziel des sekundären Krankheitsgewinn.

## 2. Simulation

Simulation (lat. Simulatio = Vorwand, Täuschung, Heuchelei) beinhaltet das bewusste Erzeugen von Krankheitssymptomen. Dabei sind weder körperliche noch psychische Symptome tatsächlich vorhanden.

## 3. Dissimulation

Unter Dissimulation (lat. Dissimulatio = Verstellung, Schein, Ironie) versteht man das absichtliche Herunterspielen von Krankheitssymptomen. Der zu Begutachtende versucht Details seiner Krankheit zu verbergen, um als gesund zu gelten.

## 4. Verdeutlichungstendenzen

Der zu Begutachtende betont tatsächlich vorhandene Beschwerden, um dadurch den Gutachter von dem Vorhandensein und dem Ausmaß der Symptomatik zu überzeugen (Schiltenswolf et al., 2013).

Verfälschungstendenzen können absichtlich (bzw. bewusst) oder unabsichtlich (bzw. unbewusst) von der untersuchten Person angewandt werden und das Untersuchungsergebnis maßgeblich verändern.

In dieser Arbeit spielt vor allem die Aggravation, also das bewusste Übertreiben tatsächlich bestehender Symptome, eine zentrale Rolle. Im Englischen wird für Aggravation der Begriff malingering verwendet.

Aggravation (engl. malingering) wird im DSM-V (Falkai et al., 2018) als absichtliche Produktion falscher oder übertriebener psychischer oder körperlicher Symptome beschrieben. Die Motivation dafür liefern äußere Umstände wie zum Beispiel das Vermeiden von Wehrdienst oder Arbeit sowie u.a. die Auszahlung finanzieller Leistungen im Rahmen von Verrentungsverfahren. Dabei wird es nicht als eigenständige psychische Erkrankung beschrieben, kann jedoch neben anderen Erkrankungen auftreten (American Psychiatric Association, 2013).

In der Regel verfolgen Menschen durch die Anwendung von Verfälschungstendenzen bestimmte Ziele, z.B. das Durchsetzen eines Rentenbegehrens oder auch den Bezug einer möglichst hohen Berufsunfähigkeitsrente (Sonnenmoser, 2012).

Fälschlicherweise durchgesetzte Rentenbegehren aufgrund von Beurteilungsfehlern in Rentenverfahren bedeuten nicht nur eine zusätzliche finanzielle Belastung für die Gemeinschaft der Beitragszahler sondern auch den Ausfall potentiell arbeitsfähiger Personen. Dies wiederum führt zu einer höheren Arbeitsbelastung der (noch) arbeitenden Bevölkerung.

Problematisch zu betrachten sind auch die Auswirkungen auf die tatsächlich an psychischen Störungen erkrankten oder sehr stark durch psychische Störungen beeinträchtigten Personen. Es ist denkbar, dass fehlerhafte Beurteilungen, die auf einer Anwendung von Verfälschungstendenzen beruhen, zu einer Fehlverteilung von Leistungen zu Ungunsten der tatsächlich Bedürftigen führt.

### **2.1.3 Erfassung von Verfälschungstendenzen, Beschwerdvalidierungstests (BVT)**

Um Beurteilungsfehler durch Verfälschungstendenzen entgegen zu wirken, wurden bereits mehrfach Testverfahren entwickelt, um o.g. Verfälschungstendenzen aufzudecken. Diese Tests werden Beschwerdvalidierungstests (BVT) genannt.

BVT enthalten scheinbar schwierig zu lösende, kognitive Aufgaben, die bei genauerem Bearbeiten einfacher zu lösen sind, als sie scheinen. Somit gilt das Unterbieten eines jeweils dem Test angepassten Grenzwertes als Hinweis auf mangelnde Anstrengungsbereitschaft der am Test teilnehmenden Person.

Im deutschen Sprachgebrauch einsetzbare BVT sind u.a. der Word Memory Test (WMT), einzelne Subskalen des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) und der Strukturierte Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS). Allerdings wird z.T. kritisiert, dass Testverfahren nicht dazu geeignet seien, Aggravation und Simulation objektiv nachzuweisen (Dressing et al., 2009, 2011).

Die Beurteilung der Beschwerdeauthenzität spielt in der Begutachtung psychischer Störungen eine zentrale Rolle. Der gutachterliche Entscheidungsprozess ist bisher wissenschaftlich allerdings wenig untersucht. In den recht komplexen Entscheidungsprozessen werden ohne Berücksichtigung standardisierter Methoden

häufig allgemeine Kriterien in Begutachtungen im Bereich der forensischen Psychiatrie oder auch der Rechtspsychologie angewandt. Eine reliable oder valide Beurteilung kann so nur begrenzt erstellt werden (Dressing et al., 2010).

Im Folgenden werden die oben genannten BVT näher erläutert.

#### *Word Memory Test (WMT)*

Der Word Memory Test (WMT; Green, 2005), ist ein BVT mit umfangreicher Forschungslage und internationaler Verbreitung.

Der WMT ist ein verbaler Lern-& Gedächtnistest, bei dem der Patient die Aufgabe erhält 20 vermeintlich schwere Wortpaare zu lernen. Tatsächlich sind die Wortpaare (z.B. Hund – Katze, Schwein – Speck) im Sinne des Prinzips der verdeckten Leichtigkeit durch einfache Assoziationen verknüpft. Anschließend werden dem Patienten mehrere Aufgaben gestellt, die mit den ursprünglichen Wortpaaren in Verbindung stehen. So soll er z.B. aus 40 neuen Wortpaaren das Wort der ursprünglichen Liste auswählen (z.B. Hund von Hund – Hase) oder beim Multiple-Choice Subtest zu einem Wort der gelernten Wortpaare das passende Wort aus 8 Antwortmöglichkeiten bestimmen (Green et al., 2002).

Der Test ist allerdings für die Erfassung von Aggravation bei psychischen Störungen (z.B. PTBS, Depression) unzureichend validiert. Denn durch den Test wird vor allem die Leistungsbereitschaft erfasst, die jedoch nicht zwangsläufig mit einem authentischen Verhalten vergesellschaftet ist (Schmidt et al., 2011).

#### *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)*

Das Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) ist ein umfangreicher Persönlichkeitstest mit 567 Items im dichotomen Antwortformat („Richtig“ - „Falsch“). Zur Aufdeckung von Verfälschungstendenzen enthält der Test Unterskalen (z.B. Lügenskala, Korrekturskala, Seltenheitsskala), welche die Erfassung von Antwortverzerrungen ermöglichen. Laut den Autoren benötigt ein gesunder Patient etwa 45 Minuten, ein Patient mit psychischer Störung bis zu 120 Minuten, um den Test zu bewältigen (Hathaway et al., 2000).

Sein großer Umfang, die meist uneindeutige Interpretation von Inkonsistenzen und die komplexe Interpretation für den Einzelfall (Schmidt et al., 2011) machen den

regelmäßigen Gebrauch des MMPI-2 im Rahmen von Gutachten allerdings eher ungeeignet, wenn er ausschließlich für die Messung von Antwortverzerrungen eingesetzt wird.

### *Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS)*

Der Strukturierte Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) ist ein leicht handhabbarer Fragebogen zur Selbsteinschätzung, der zur Erfassung von Simulation und einer Vielzahl simulierter Symptome befähigt ist. Er erfasst über jeweils 15 Fragen 5 verschiedene Skalen häufig vorgetäuschter Störungen - niedrige Intelligenz (NI), affektive Störung (AF), neurologische Beeinträchtigung (N), Psychose (P), amnestische Störungen (AM) – und besteht somit aus insgesamt 75 Items. Die Items wurden zum Teil aus Fragen bereits bestehender Messinstrumente übernommen (z.B. MMPI-2, SIRS) und anhand von in anderen Arbeiten wissenschaftlich untersuchten Charakteristika von Simulanten neu erstellt.

Die amerikanische Originalversion, das Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) (Smith et al., 1997) kennt für die Subskalen differenzierte Cut-Offs. Cimen et al. (2003) fanden für die deutsche Version bei einem Cut-Off des Fragebogen-Gesamtscores von 16 Punkten zufriedenstellende Werte sowohl für Sensitivität (0,87) und Spezifität (0,87), als auch für den positiven und negativen prädiktiven Wert (PPP: 0,87; NPP: 0,86). Kritisch zu sehen ist, dass die Validierung des Testergebnisses nicht unter klinischen und forensischen Bedingungen gesichert ist. Somit ist insbesondere in klinischen Populationen von einer hohen falsch-positiven Rate auszugehen.

## **2.2 Depressionen**

Diese Arbeit hat zum Ziel, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Verfälschungstendenz Aggravation und dem Krankheitsbild Depression zu untersuchen. Daher wird im Folgenden das komplexe Krankheitsbild der Depression näher erläutert, indem die Diagnostik, die Einteilung und verschiedene Entstehungsmodelle genauer betrachtet werden. Zusätzlich wird auf Symptome des depressiven Krankheitsbildes eingegangen, die Verfälschungstendenzen begünstigen bzw. erschweren könnten.

### **2.2.1 Allgemeines**

Depressionen zählen weltweit zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt und stellen unsere Gesellschaft vor eine große Herausforderung. Sie stellen einen häufigen Grund für langfristige Arbeitsunfähigkeit dar. Vor allem bei Frauen im Alter von 15-44 Jahren verursachen Depressionen über viele Lebensjahre hinweg eine hohe krankheitsbedingte Belastung (=DALYs, Disability-adjusted life years) (WHO, 2008).

Die Lebenszeitprävalenz einer Depression liegt laut Kessler et al. (2005) in den vereinigten Staaten bei 16,6%. In Deutschland liegt die Punktprävalenz bei etwa 10% (Wittchen et al., 2002).

Depressionen gehören zu den affektiven Störungen (ICD-10, F30-39). Unter affektiven Störungen werden verschiedene Erkrankungen mit depressiven und manischen, sowie manisch-depressiven Phasen zusammengefasst. Ihr Hauptmerkmal ist die Beeinträchtigung von Stimmung, Affekt und der kognitiven Leistungsfähigkeit.

Bei der Suche nach Ursachen und Auslösern der Depression sind immer mehrere Faktoren zu betrachten. Eine Depression beruht nicht nur auf einer einzigen Situation. Vielmehr wird ihr Auftreten durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren begünstigt und aufrechterhalten. In Betracht zu ziehen sind unter anderem verschiedene hereditäre und biochemische Faktoren. Zudem gibt es zur Entstehung der Depression zahlreiche theoretische Überlegungen.

### **2.2.2 Ätiologie und Pathogenese**

#### *Heredität*

Depression ist eine psychische Erkrankung, die im Grunde alle Menschen in jeder Lebensphase, unabhängig von Alter und Geschlecht, betreffen kann. Eine Häufung in einer gesellschaftlichen Schicht konnte bisher nicht nachgewiesen werden.

Die Lebenszeitprävalenz wird auf ungefähr 15% geschätzt (z.B. Hasin et al., 2005). Allerdings zeigte sich ein deutlicher Unterschied in der Verteilung zwischen den Geschlechtern. So beträgt laut Kessler et al. das Verhältnis von Frauen zu Männern 1,68:1 (Kessler et al., 1987). In einer neueren Studie zur Epidemiologie von Frauen und Depression beschreibt Kessler (2003) ein Verhältnis von 2:1 zu Lasten der Frauen. Im Rahmen der ECA Studie (Weissman et al., 1991) wurde sogar ein Verhältnis von 2,4:1

beschrieben. Laut Kessler (2003) ist dieser Unterschied nicht auf Differenzen in der Persistenz oder einer erhöhten Rezidivrate zurückzuführen. Ebenso fand er keinen Bezug zum Einfluss von hormonellen Unterschieden (z.B. Schwangerschaft, Menopause) zwischen Männern und Frauen auf die Entstehung einer Depression.

Neben der erhöhten Erkrankungs- bzw. Diagnostikrate bei Frauen zeigt sich eine familiäre Häufung des Krankheitsbildes Depression. Das Risiko von Eltern und Geschwistern sowie Kindern erkrankter Patienten ebenfalls an einer Depression zu erkranken, ist höher als das in der Normalbevölkerung beschriebene Risiko. Sullivan et al. (2000) publizierten eine Metaanalyse zur genetischen Epidemiologie der Depression. Dort untersuchten sie familiäre Einflüsse auf die Entstehung einer Depression und unterstützten die bisherige Meinung, dass Depression familiär gehäuft auftritt. Für die Heredität gaben sie einen Wert von insgesamt 31-42% an (Sullivan et al., 2000).

Die Entstehung einer Depression ist jedoch keinesfalls alleine auf genetische Einflüsse zurückzuführen. Ebenso spielen individuelle Umwelteinflüsse eine wichtige Rolle. Eine Depression stellt ein komplexes Krankheitsbild dar und entsteht durch ein Zusammenwirken von äußeren und genetischen Störungen (Sullivan et. al., 2000).

#### *Biochemische Befunde/Theorien*

Im Vorfeld sei gesagt, dass die genauen Entstehungsmechanismen des depressiven Krankheitsfeldes nicht abschließend geklärt sind. Allerdings zeigten sich in biochemischen Untersuchungen auffällige Gemeinsamkeiten zwischen den Patienten. Ob diese Befunde jedoch Ursache oder gar Folge der Erkrankung sind, ist nicht geklärt.

Schildkraut veröffentlichte bereits 1965 die sogenannte Katecholaminhypothese, die als Ursache für die Pathogenese/Pathophysiologie der Depression eine Dysfunktion der Katecholamine (hierzu gehören Noradrenalin, Dopamin, Serotonin) sieht.

Die daraus aufgestellte Serotonin- und Noradrenalinhypothese besagt, dass bei depressiven Patienten gehäuft ein relativer oder absoluter Serotonin- bzw. Noradrenalinmangel an funktionell wichtigen Rezeptorstellen des Gehirns herrscht. Untersuchungen ergaben eine erniedrigte Serotonin- bzw. NoradrenalinKonzentration im Blut und im Liquor von an Depression erkrankten Patienten (Schulte et al., 1977; Huber, 1987). Die Hypothesen wurden über die letzten Jahrzehnte vielfach untersucht, diskutiert und kritisiert.



Einige neuere Studien unterstützen die Hypothese, dass bestimmte psychopathologische Prozesse im Bereich der Depression mit einer Dysfunktion von Serotonin und/oder Noradrenalin zusammenhängen. Allerdings zeigt sich bei rund 40% der untersuchten depressiven Patienten keine Dysfunktion der Katecholamine, sodass eine Dysfunktion von Serotonin und Noradrenalin als primäre Ursache der Depression fraglich ist (Duval et al., 2000). Andere Studien (z.B. Ruhé et al., 2007) fanden hingegen keine direkte Korrelation zwischen der Konzentration von Serotonin und Noradrenalin und der depressiven Stimmungslage von Patienten. Duval et al. (2005) vermuteten, dass nicht nur der Defekt eines der neuroendokrinen Systeme als primäre Ätiologie der Depression in Frage kommt, sondern dass Depressionen durch komplexe Störungen des neuroendokrinen und hormonellen Systems entstehen.

### **2.2.3 Entstehungsmodelle der Depression**

*Charles Ferster – Reinforcement Theory (Verstärker-Theorie)*

Bevor die Verstärker-Theorie genauer erläutert wird, folgt zum näheren Verständnis die Definition von positiver und negativer Verstärkung.

Positive Verstärkung bedeutet, dass eine bestimmte Verhaltensweise zu einer positiven Konsequenz führt. Bekommt ein Kleinkind z.B., nachdem es sich beim Mittagessen gut benommen hat, zur Belohnung ein Stück Schokolade als Nachtisch, wird dadurch das gewünschte Verhalten gefördert und womöglich öfter durch das Kind ausgeführt.

Bleibt ein negatives Ereignis aus oder wird es durch ein bestimmtes Verhalten beendet, spricht man von negativer Verstärkung. Hinsichtlich des depressiven Krankheitsbildes ist das Vermeidungsverhalten ein Beispiel für negative Verstärkung. Der Patient meidet den sozialen Kontakt, um unangenehmen Fragen oder Situationen aus dem Weg zu gehen. Dadurch bleiben die vom Patienten erwarteten und subjektiv als negativ empfundene Reaktionen/Situationen aufgrund fehlender Interaktion aus. Der Patient fühlt sich daher in seinem Vermeidungsverhalten bestätigt, da vermeintlich negative Ereignisse ausbleiben. Es wird negativ verstärkt (Wittchen et al., 2011).

Die Grundlage der Verstärkertheorie von Charles Ferster bildet die Annahme, dass ein Mangel oder Verlust an positiven Verstärkern (Reinforcern) das depressive Verhalten aufrecht erhält oder verursacht. Der depressive Patient zeigt im Allgemeinen ein hohes Maß an Vermeidungs- und Fluchtverhalten. Dieses Verhalten tritt laut dieser Theorie

durch das Fehlen positiver Verstärker vermehrt auf. Umgekehrt meidet der Patient durch sein Vermeidungsverhalten positive Verstärker (der Patient kommt sozusagen den positiven Verstärkern zuvor) und wird durch das Vermeiden von für ihn unangenehmen Situationen zusätzlich in seinem Verhalten negativ verstärkt (Ferster, 1973; Martell et al., 2001). Im alltäglichen Umfeld kann es laut Ferster zudem unbewusst zu Verstärkern von ineffektiven Verhaltensweisen kommen. So ist der depressive Patient oft geräuschempfindlich und reagiert z.B. durch ein Radio genervt. Schaltet nun eine Person das Radio auf Nachfrage leiser, kann dies zu einer Ausweitung von ähnlichem und ineffektivem Verhalten auf andere aversive Situationen führen (Ferster, 1973).

#### *Martin E.P. Seligman - Modell der erlernten Hilflosigkeit*

Das Modell der erlernten Hilflosigkeit wurde 1975 von Seligman postuliert. Das verhaltenspsychologische Modell ist in der heutigen Zeit sehr bekannt und kann auf den Entstehungsmechanismus vieler verschiedener psychischer Störungen übertragen werden.

Hilflosigkeit wird von Seligman als ein psychologischer Zustand bezeichnet, der häufig hervorgerufen wird, wenn ein Ereignis für den Betroffenen unkontrollierbar ist. Ein Individuum ist folglich hilflos, wenn die Konsequenzen die es erfährt unabhängig von all seinen willentlichen Reaktionen sind. Somit führen traumatische Bedingungen, die der Mensch nicht kontrollieren kann, zu einem Verlust von Motivation und Handlung. Insgesamt folgt eine Störung des emotionalen Gleichgewichts hin zu vorherrschender Depression, Angst und Motivationsmangel.

Die Hauptaussage seines Modells umfasst die Tatsache, dass eine Person durch eine Erfahrung dessen Konsequenzen unabhängig von Verhalten und Bemühen des Betroffenen sind lernt, dass kein Zusammenhang zwischen Reaktion und Konsequenz besteht. Laut Seligman führen wiederholte Erfahrungen von unkontrollierbaren Ereignissen zu einer Ausbildung der Erwartung zukünftiger unkontrollierbarer Geschehnisse.

Zusätzlich beschreibt Seligman vier charakteristische Defizite im Verhalten der betroffenen Person: Ein motivationales Defizit, welches sich durch eine verminderte Leistungsbereitschaft und Lethargie zeigt, ein kognitives Defizit, einhergehend mit einer Beeinträchtigung späterer Lernprozesse, ein emotionales Defizit, das sich durch

Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Mutlosigkeit sowie Angst äußert und ein durch die drei vorher genannten Defizite verursachtes negatives Selbstbild.

Seligman selbst wandte seine Theorie auf depressive Patienten an und fand einige Parallelen zwischen der von ihm postulierten erlernten Hilflosigkeit und dem depressiven Verhaltensmuster. Beispielsweise neigen Personen, die Unkontrollierbarkeit erfahren, dazu geringere Initiative gegenüber willentlichen Reaktionen zu zeigen – ebenso zeigt der depressive Patient eine verringerte Motivation gegenüber willentlichen Reaktionen.

Weitere Gemeinsamkeiten erlernter Hilflosigkeit und depressiver Verhaltensmuster sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

*Tabelle 1: Gemeinsamkeiten zwischen erlernter Hilflosigkeit und Depression*

<b>Depression</b>	<b>Erlernete Hilflosigkeit</b>
Negative, kognitive Denkstruktur	Erschwertes Lernen, dass eine Reaktion eine Konsequenz zur Folge hat
Mangel an Aggressivität	Weniger aggressive und konkurrierende Reaktionen in hilflosen Personen
Appetitverlust, Libidoverlust, sozialer Rückzug	Beim Tier: Weniger Nahrungsaufnahme, Defizite im Sexual- und Sozialverhalten

Seligman beschreibt mit seinem Modell die Depression als Folge auf eine Überzeugung davon, dass Reagieren zwecklos ist. Laut ihm glaubt oder hat der depressive Patient gelernt, dass er die Aspekte seines Lebens, die Leiden erleichtern, Befriedigung verschaffen oder Nahrung sichern, nicht kontrollieren kann. Er sei überzeugt davon, hilflos zu sein (Seligman, deutschsprachige Ausgabe, 1999).

Zusammenfassend ist laut Seligman bei einem depressiven Patienten ein hohes Maß an Hilflosigkeit, ein Defizit an Motivation, Kognition sowie Emotionalität und ein negatives Selbstbild zu beobachten. Seligman beschreibt dadurch insgesamt eine überwiegend passive Persönlichkeit, die die Situationen annimmt, wie sie sind.

*Lynn P. Rehm – Self-Control-Theory*

Die Self-Control-Theory von Lynn P. Rehm basiert auf Kanfers Modell der Selbstkontrolle (Kanfer, 1971) und sieht die Entstehung der Depression als ein Zusammenspiel von Selbstbetrachtung (engl. self-monitoring), Selbstbeurteilung (self-evaluation) und Selbstverstärkung (engl. Self-reinforcement) an.

Die Selbstbetrachtung beschreibt dabei die Betrachtung des eigenen Verhaltens im Kontext mit situationsbedingten Vorgängen und den daraus resultierenden Konsequenzen. Neben der passiven Wahrnehmung von Vorgängen, umfasst die Selbstbetrachtung auch die selektive Aufmerksamkeit bezüglich gewisser Vorgänge und die Fähigkeit, diese Vorgänge präzise einzuordnen. Depressive Patienten nehmen meist lediglich die negativen Aspekte der gegenwärtigen Situation wahr, neigen also dazu, die jeweiligen Ereignisse negativ zu interpretieren.

Unter Selbstbeurteilung versteht man den Vergleich zwischen innerlichen Maßstäben und der zu erwartenden Handlung. Die selbstgesetzten Maßstäbe entstehen zum Teil auf der Basis externer Standards, also durch von außen vorgegebene Attribute. Zum Teil entwickeln sie sich aber auch aus den eigenen Ansichten heraus. Die Maßstäbe können realistisch, aber auch überzogen und unrealistisch sein. Depressive Patienten neigen zum einen dazu, sich unangemessene Maßstäbe zuzulegen. Zum anderen setzen sie sich oft sehr strenge Maßstäbe. In der Summe führt dies zur subjektiven Enttäuschung über das eigene Verhalten, da sie den selbstgesetzten Ansprüchen nicht gerecht werden können. Erfolgserlebnisse werden für den Patienten folglich rar.

Die Selbstverstärkung beschreibt die Situationen, in denen sich eine Person dem Verhalten entsprechende Konsequenzen selbst auferlegt. Je nach Situation kann die Konsequenz Selbstbelohnung oder Selbstbestrafung bedeuten. Im Zusammenhang mit depressivem Verhalten kommt es meist zu einem Missverhältnis zwischen Selbstbelohnung und Selbstbestrafung zu Gunsten der Selbstbestrafung. Negative Situationsbewertung und strenge Maßstäbe an sich selbst fördern beim depressiven Patienten zudem die Neigung zur Selbstbestrafung (Rehm, 1977; Strayhorn, 2002).

#### *Aaron T. Beck – Kognitive Triade*

Die kognitive Triade von Aaron T. Beck ist eines der wichtigsten und bekanntesten theoretischen Modelle zum Entstehungsmechanismus der Depression. Die Bestandteile des Modells umfassen das negative Selbstbild, die negative Sicht auf die Umwelt und die negativen Zukunftserwartungen des Patienten.

Das negative Selbstbild macht sich in der Selbstbeurteilung des Patienten als unzulänglich, krank, fehlerhaft oder auch benachteiligt bemerkbar. Unangenehme Erfahrungen werden durch den Patienten einem physischen, psychischen oder auch

moralischem Mangel seiner selbst zugeschrieben. Dies führt dazu, dass er sich selbst aufgrund seiner angeblichen Mängel als nicht begehrenswert und wertlos sieht. Oft kommt es zur Unterschätzung und Kritik der eigenen Fähigkeiten. Eigenschaften zur Erlangung von Glück und Zufriedenheit fehlen dem Patienten im Selbstbild.

Der zweite Bestandteil der kognitiven Triade ist die negative Sicht auf die Umwelt. Der Depressive neigt dazu, seine Erfahrungen (egal ob positiv oder negativ) ständig negativ zu interpretieren. Überall sieht er Enttäuschungen und Niederlagen und fühlt sich von der Welt über die Maßen gefordert. Oft hat er das Gefühl, unüberwindliche Hindernisse in den Weg gelegt zu bekommen.

Die negativen Zukunftserwartungen stellen die dritte Komponente der kognitiven Triade dar. Im Blick auf längerfristige Planungen, nimmt der Patient ein Fortbestehen seiner gegenwärtigen Schwierigkeiten und Leiden an. Bezüglich bevorstehender auszuführender Aufgaben geht er von Fehlschlägen aus. Frustration, Mühsal und Benachteiligung nimmt er als ständige Begleiter seines weiteren Lebensweges an.

Die Merkmale und Symptome des depressiven Syndroms werden im kognitiven Modell von Aaron T. Beck als Folgen einer Aktivierung der negativen kognitiven Muster angenommen. Neben der Erklärung der motivationalen Probleme des Patienten – so ergibt sich zum Beispiel die Antriebslosigkeit aus den pessimistischen Verhaltensmustern und der Hoffnungslosigkeit, die der Patient verspürt – dient das Modell auch der Beschreibung der somatischen Symptome (Beck et al., 1999).

Der von Aaron T. Beck beschriebene Patient ist insgesamt negativ eingestellt, zeigt eine negative Sicht auf eigentlich alle Bereiche seines Lebens – somit vermutlich auch in Bezug auf seine Krankheit und das subjektive Erleben der Symptome.

#### **2.2.4 Diagnostik, Symptome und Einteilung**

Wichtige Merkmale für die Diagnosestellung sind der psychopathologische Befund in Zusammenhang mit der Anamnese. Keines der Symptome einer Depression ist obligat oder spezifisch für die Erkrankung. Eine Diagnosestellung kann folglich nur in Zusammenschau aller Befunde erfolgen. Hinweise auf eine depressive Erkrankung liefern zum Beispiel eine vorhandene Hemmung des Denkens, das vermehrte Auftreten von Selbstvorwürfen, ein Verlust der Interessen und ein verstärkter Grübelzwang (Haack, 2000).

Die klinisch diagnostischen Kriterien sind in der im deutschen Sprachraum gebräuchlichen ICD-10 (International classification of Disease, 10. Überarbeitung) oder dem im amerikanischen Raum verwendeten DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. Auflage) aufgeführt und beruhen auf den aktuell vorliegenden Symptomen, der Persistenz der Beschwerden, der Schwere und den daraus resultierenden Einschränkungen und Behinderungen (RKI, 2010).

In der ICD-10 sind die Depressionen unter F32.- Depressive Episode und F33.- Rezidivierende depressive Störung aufgeführt.

Die Depressive Episode (F32.-) ist vor allem von Freudlosigkeit, Interessenverlust und Antriebslosigkeit gekennzeichnet. In der Regel ist die Konzentrationsfähigkeit vermindert, es besteht das Gefühl der Wertlosigkeit, oft auch Schuldgefühle, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Begleitend beschreiben die Patienten oft „somatische“ Symptome, wie ein gesteigertes Schlafbedürfnis, mit vorzeitigem morgendlichen Erwachen und Morgentief sowie Müdigkeit selbst nach kleinsten Anstrengungen. Der Appetit ist meist vermindert, die Psychomotorik verlangsamt. Auch Libidoverlust und Gewichtsverlust können auftreten. Eine Einteilung erfolgt anhand der Symptomschwere in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2) depressive Episode.

Während der Patient bei einer leichten depressiven Episode (F32.0) normale Alltagsaktivitäten gewöhnlich trotz Beeinträchtigung fortsetzen kann, ist der Patient bei einer mittelgradig depressiven Episode (F32.1) meist deutlich eingeschränkt und oft nicht mehr fähig, alle gewohnten Aktivitäten fortzusetzen. Im Rahmen einer schweren depressiven Episode (F32.2) ist der Patient stark in seinen alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt. Häufig wird er zusätzlich durch suizidale Gedanken und Handlungen belastet.

Im Fall von zusätzlich auftretenden psychotischen Symptomen bestehen Wahnideen und/oder Halluzinationen und/oder eine psychomotorische Hemmung bis hin zum Stupor. Diese machen alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich und beherbergen eine erhöhte Lebensgefahr durch Suizid.

Neben einzelnen depressiven Episoden, können depressive Erkrankungen auch als rezidivierende depressive Störung (F33.-) auftreten. Dies beschreibt wiederholte

depressive Episoden (F32.-) ohne zwischenzeitliche Phasen mit gehobener Stimmung und gesteigertem Antrieb (Manie). Auch bei den rezidivierenden depressiven Störungen erfolgt eine Einteilung anhand der Schwere der Symptomatik. (Dilling, 2011).

Zusammenfassend können alle unipolaren Depressionen psychische und körperliche Symptome sowie Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Zu den häufigen psychischen Symptomen zählen u.a. eine depressive Verstimmung, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und eine erhöhte Reizbarkeit. Unter körperliche Symptome fallen zum einen Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit aber auch Gewichtsverlust oder erhöhter Appetit mit Gewichtszunahme. Zusätzlich fällt gegebenenfalls ein zunehmender sozialer Rückzug oder auch Wutattacken bis hin zu Suizidversuchen auf. Einen Überblick über die häufigsten Symptome bietet Tabelle 2 (Cassano et al., 2002).

*Tabelle 2: Häufige Symptome der unipolaren Depression*

<b>Psychische Symptome</b>	Depressive Stimmung, erhöhte Reizbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, Ängstlichkeit, Perfektionismus, geringes Selbstwertgefühl, Gefühl der Wertlosigkeit, Gedanken an Tod und Selbstmord, Ängstlichkeit, Nervosität, Gewaltphantasien, Pessimismus, Gefühle der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, verminderte Libido, kognitive Störungen, Motivationslosigkeit
<b>Verhaltensveränderungen</b>	Sozialer Rückzug, Substanzabusus, Wutausbrüche, Vermeidungsverhalten, Heulkrämpfe, Produktivitätsverlust, Rituale, Vermeidung emotionaler und sexueller Intimität, selbstverletzendes Verhalten, Suizidgedanken/-Versuche, gewalttätiges Verhalten
<b>Körperliche Symptome</b>	Abgeschlagenheit, Schmerzen, Schlaflosigkeit/vermehrtes Schlafbedürfnis, erektile Dysfunktion, Gewichtsverlust/-Zunahme, erhöhter/verminderter Appetit, Kopfschmerzen, verminderte sexuelle Erregbarkeit, gastrointestinale Beschwerden, Palpitationen, Missempfindungen in Armen/Beinen

Da die vorliegende Arbeit einen Zusammenhang zwischen Depression und Aggravation untersucht, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen die oben genannten Symptome auf das Ausüben von Verfälschungstendenzen wie z.B. der Aggravation haben.

Daher folgt nun eine grobe Einteilung der Symptome in Verfälschungstendenzen entgegenstehende und Verfälschungstendenzen begünstigende Faktoren.

Zunächst werden Symptome genannt, die einem gehäuftem Auftreten von

Verfälschungstendenzen entgegenwirken können. Im Anschluss werden Faktoren erörtert, die einer erhöhten Verfälschungstendenz entsprechen können.

### **2.2.5 Symptome, die gegen Verfälschungstendenz sprechen**

Tabelle 2 zählt häufige Symptome der unipolaren Depression auf. Eines der wichtigsten Symptome ist z.B. der Aktivitätsverlust mit vermindertem Antrieb. Dem Patienten fällt es zunehmend schwerer, sich morgens aus dem Bett zu erheben und in den Tag zu starten. Es zeigt sich eine verminderte Lust am Leben.

Bei Aufgaben, die ein hohes Maß an Konzentration erfordern fällt eine herabgesetzte Fähigkeit auf, sich zu konzentrieren. Zusätzlich ermüdet er schneller als gesunde Personen beim Ausführen von Aufgaben. Dies wird durch ein meist gestörtes Schlafverhältnis zusätzlich gefördert.

Im weiteren Krankheitsverlauf zieht sich der Patient immer weiter von seinen Mitmenschen zurück. Er verliert soziale Kontakte, vereinsamt. Dinge, die ihm vorher Freude bereitet haben, lassen ihn nun freudlos zurück. Es kommt zum Interessenverlust – Sachen, die ihm vorher Freude bereitet haben, sind ihm gleichgültig.

Psychomotorisch zeigt sich eine Agitiertheit oder auch eine Hemmung. Zum Teil treten Komorbiditäten wie z.B. Persönlichkeitsstörungen auf. Der Patient neigt zu einem erhöhten Hilfsbedürfnis und ist vermehrt auf die Hilfe von Außenstehenden angewiesen, um den Alltag bewältigen zu können.

Allen diesen Symptomen gemeinsam ist ein Verlust der Produktivität. Der Patient kann sich nicht mehr ausreichend konzentrieren und leidet unter Antriebslosigkeit (Hautzinger, 2010). Depressive Patienten haben außerdem Schwierigkeiten damit, alltägliche Probleme zu lösen (Yen, 2011). Die Kombination aus Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwäche und Schwierigkeiten in der Problemlösung legt nahe, dass es einem depressiven Patienten extrem schwer fallen muss andere zu manipulieren oder bewusst „an der Nase herumzuführen“. Der Patient ist mit sich selbst und seinen Problemen beschäftigt. Er leidet unter dem Druck der Krankheit.

Aggravation, also ein bewusstes Übertreiben der bei ihm tatsächlich vorhandenen Symptome, ist allerdings sehr fordernd und anstrengend. Dies lässt vermuten, dass der Patient eher dazu neigt, ehrlich zu antworten, anstatt sich dieser Anstrengung



auszusetzen.

Auch im Modell der erlernten Hilflosigkeit finden sich Faktoren, die gegen das erhöhte Auftreten von Verfälschungstendenzen sprechen. Seligman beschreibt den depressiven Patienten insgesamt als passive Persönlichkeit – antriebslos, motivationslos, initiativlos, etc. Die von Seligman postulierte vorherrschende Hilflosigkeit bei Depression unterstützt die Annahme, dass das bewusste Übertreiben für depressive Patienten aufgrund der kognitiven, emotionalen und motivationalen Defizite eine sehr schwere und vielleicht sogar überfordernde Aufgabe darstellt.

### **2.2.6 Symptome, die für Verfälschungstendenz sprechen**

Welche Symptome im Rahmen einer Depression, sprechen nun aber für das erhöhte Auftreten von Verfälschungstendenzen?

Zunächst wird die „kognitive Triade“ von Aaron T. Beck, die bereits in Abschnitt 2.2.3 Entstehungsmodelle der Depression ausführlich beschrieben wurde, nochmal aus einer anderen Perspektive beleuchtet.

Bei genauerer Betrachtung wird deutlich, dass die drei Faktoren des Modells Faktoren entsprechen, die zu einer erhöhten Verfälschungstendenz führen können.

Wie bereits ausführlich beschrieben, neigt eine depressive Person dazu, sich selbst als unzulänglich und unzureichend zu betrachten. Dies wird unter dem Begriff „negatives Selbstbild“ beschrieben. Subjektiv kommt es folglich zu einer veränderten Belastungsschwere. Dies legt die Vermutung nahe, dass es dem Patienten nicht sonderlich schwer fallen wird, seine Symptome nach erfolgter Anweisung zu betonen und deutlicher darzustellen, als sie in Wahrheit ausgeprägt sind.

Die negative Sicht auf die Umwelt bezeichnet eine negative Bewertung aller dem Patienten widerfahrenden Dinge. Positive Lebenserfahrungen werden folglich negativ gesehen. Der Patient leidet unter einer veränderten Wahrnehmung, die wiederum nahelegt, dass es ihm wenig Probleme bereiten wird, seine ohnehin vorhandenen Symptome zu aggravierern.

Zuletzt wird das klinische Bild des Patienten von negativen Zukunftserwartungen geprägt. Übertriebene Zukunftsängste lassen vermuten, dass der Patient ständig „schwarz sieht“.

Zusammenfassend ist der Patient geprägt durch eine negative Sicht auf nahezu alle Faktoren, die sein Leben beeinflussen. Vielleicht neigt er somit bereits in seinem persönlichen Umfeld dazu, sich über seine Lage zu beschweren und seine Symptome ständig zu betonen.

Dies entspräche einer Methode, um Aufmerksamkeit und ggf. Mitleid von Außenstehenden zu erhalten.

Somit ist bereits das Auftreten von Verfälschungstendenzen im Alltag nicht auszuschließen, was wiederum das bewusste (z.B. nach Anweisung) Verfolgen von Verfälschungstendenzen begünstigen kann.

Diese begünstigende Wirkung auf das Auftreten von Verfälschungstendenzen ist auch in den anderen o.g. Entstehungsmodellen wiederzufinden.

Auch in Lynn P. Rehms Self-Control-Theory wird das Verhalten des Patienten durch eine insgesamt negative Sicht auf die Umwelt beeinflusst. Vor allem im Bereich des self-monitoring zeigt sich das subjektiv vermehrte Erleben negativer äußerer Faktoren. Hierdurch ist auch bei diesem Modell ein möglicher Anstieg von Aggravation denkbar.

### **2.3 Verfälschungstendenzen und Depression**

Die Prävalenz von Aggravation im Rahmen von physischen und psychiatrischen Erkrankungen ist unbekannt. Die Angaben dazu variieren in der Literatur extrem und betragen zum Teil bis zu 50%. Mittenberg et al. (2002) fanden in ihrer Studie zu Basisraten der Aggravation Basisraten im Mittel von 38,6% bei an Fibromyalgie erkrankten Personen und von 33,5% bei chronisch Schmerzkranken. Im Rahmen einer Depression lagen die Basisraten im Vergleich mit 16,1% deutlich darunter.

Peebles et al. (2002) beschrieben zudem, dass Aggravation nicht nur im Erwachsenenalter, sondern bereits im Kindesalter auftreten kann. Aggravation ist folglich ein allgegenwärtiges Problem, das Begutachter und Ärzte zunehmend vor eine große Herausforderung stellt.

Aggravation liegt nicht alleine bei psychiatrischen Erkrankungen vor. Psychiatrische Erkrankungen wie z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) und depressive Erkrankungen sind für das Auftreten von Aggravation jedoch aufgrund der Häufigkeit in

der Allgemeinbevölkerung und der schwer zu objektivierenden Symptome anfällig.

Vor allem das depressive Krankheitsbild mit seiner sehr variablen und unspezifischen Symptomatik (siehe hierzu 2.2.4 Diagnostik, Symptome und Einteilung) kann daher in Untersuchungen von Verfälschungstendenzen betroffen sein.

Viele Personen erleben zu Lebzeiten mindestens einmal depressive Symptome. Die Symptome sind daher für viele Menschen gut nachvollziehbar und stellen für eine bewusste, übertriebene Darstellung kein großes Hindernis dar. Dadurch bietet das depressive Krankheitsfeld ein recht einfaches Ziel zur Anwendung von Aggravation zum Erlangen finanzieller Vorteile (z.B. im Rahmen einer Begutachtung).

Die wenig objektiven Symptome erschweren Ärzten und Psychiatern zudem oft eine objektive Messung des Vorhandenseins der Depression und eine Einordnung bezüglich des Belastungsgrades.

Insgesamt sind in der Literatur nur wenig Zusammenhänge zwischen Depression und Aggravation beschrieben. Dies unterstreicht die Notwendigkeit weiterer Forschungen auf diesem Gebiet.

## **2.4 Ableitung der Fragestellung**

Im Rahmen von gutachterlichen Prozessen wie z.B. Verrentungsverfahren, stellt die Beschwerdeauthentizität, also die wahrheitsgetreue Angabe der eigenen Symptome, eine zentrale Bedeutung für die sowohl dem Antragsteller gegenüber angemessene als auch wirtschaftlich vertretbare Beurteilung dar. Problematisch wird es, wenn diese Beschwerdeauthentizität durch interne oder externe Faktoren beeinflusst wird.

Aus Sicht des Patienten entscheidet ein Verrentungsverfahren über die wirtschaftliche Unterstützung durch Sozialversicherungsträger und die teilweise oder gänzliche Entbindung von der eigenen Erwerbstätigkeit. Dieser als subjektiver Krankheitsgewinn bezeichnete Prozess ist entsprechend der unterschiedlichen Symptombelastung ein vom Patienten gewünschter Effekt. Gleichzeitig birgt dies aber auch die Gefahr, dass durch Anwendung von Aggravation und Simulation Leistungen bezogen werden, die der entsprechenden Person in diesem Maße nicht zustehen.

Gerade depressive Erkrankungen sind potentiell anfällig für das Auftreten von

(unbewussten oder bewussten) Verfälschungstendenzen.

Dies liegt unter anderem daran, dass die mögliche Anzahl an Symptomen sehr hoch und unspezifisch ist, aber bereits wenige Symptome ausreichen, um an einer Depression zu erkranken. Dadurch entsteht eine große Spannbreite zwischen schwach und stark ausgeprägter Depression und der entsprechenden klinischen Symptomatik, die auch die Beschwerdeauthentizität beeinflussen kann. So ist es zum Beispiel denkbar, dass bei stark ausgeprägter Depression die subjektive Wahrnehmung des eigenen Leidens ansteigt und damit aufgrund der kognitiven Verzerrung auch (unbewusst) die Beschwerdeschilderung zunimmt. Dem gegenüber stehen die im Rahmen einer schweren Depression nachlassende Selbstfürsorge und damit auch die Reduzierung bewusst motivationaler Prozesse. Dies lässt vermuten, dass das mutwillige Übertreiben der eigenen Symptome vor allem bei schwach ausgeprägten Depressionen auftritt.

Depressionen sind häufige Erkrankungsbilder, deren Symptome vielen Personen bekannt sind. Viele Menschen haben bereits einmal oder mehrere Male in ihrem Leben einige der depressiven Symptome erlebt (z.B. nach Verlust eines nahestehenden Angehörigen). Diese Krankheit ist dadurch besonders greifbar und nachvollziehbar und dementsprechend auch leichter zu aggravierem.

Betroffene, die unter dem Gefühl leiden, dass ihre Erkrankung nicht wirklich wahrgenommen wird, können durch bewusstes Aggravieren ihr persönliches Leid unterstreichen.

Die Kombination aus negativer Selbstsicht und erlernter Hilflosigkeit kann außerdem mit Angst vor den Anforderungen der Umwelt einhergehen. Als Beispiel sei hier die Rückkehr in den Beruf zu nennen. Die Übertreibung der eigentlichen Erkrankungsschwere kann als Schutz vor ggf. neu empfundener Überforderung vor den Ansprüchen der Umwelt dienen und einem persönlichen Scheitern entgegenwirken. Eine aggravierte Beschwerdeschilderung kann somit in sekundärem Krankheitsgewinn münden.

Zusammenfassend bietet die Komplexität depressiver Störungen zwar eine gute Möglichkeit für das vermehrte Auftreten aggravierender Beschwerdeschilderung. Allerdings ist das Auftreten authentischer oder sogar dissimulierender Schilderung der subjektiv beeinträchtigenden Symptome anhand dessen nicht auszuschließen.

Offen bleibt dabei v.a. die Frage, ob das Ausmaß der Aggravation bei Patienten unterschiedlicher subjektiver Beschwerdeintensität abweichende bzw. unterschiedliche Ergebnisse liefert.

### **3 Material und Methoden**

Der folgende Teil der vorliegenden Arbeit befasst sich zum einen mit einer genauen Beschreibung der Stichprobe in Hinblick auf die Auswahlkriterien und die soziodemographischen Merkmale.

Zum anderen werden die zur Datenerhebung angewendeten Instrumentarien sowie die Durchführung der Untersuchung und die Untersuchungsbedingungen beschrieben und erklärt.

Im Anschluss erfolgt die Darstellung des Auswertungsplans und die Aufzählung der statistischen Hypothesen dieser Arbeit.

#### **3.1 Beschreibung der Stichprobe**

##### **3.1.1 Auswahl der Untersuchungstichproben und Rekrutierung**

Die durch die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Uniklinikum Halle (UKH) durchgeführte Stichprobenerfassung (Verantwortlicher: apl. Prof. Dr. Stefan Watzke) bezüglich der deutschen Adaptation des SIRS-2 (Schmidt et al., in Vorbereitung) ist ein Teilprojekt einer Kooperation mit der Abteilung der Medizinischen Psychologie der BG-Kliniken Bergmannstrost in Halle (Verantwortlicher: Dipl.-Psych. Thomas Schmidt).

Insgesamt unterliegt die gesamte Untersuchung einem übergeordneten Forschungsprojekt am Department für klinische Psychologie und Psychiatrie/Psychodiagnostik an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPKBS) (Verantwortlicher: Prof. Dr. Rolf-Dieter Stieglitz) zum Nutzen von Beschwerdevalidierungsverfahren in der Begutachtung psychischer Erkrankungen.

Die für diese Arbeit relevante Stichprobenuntersuchung der Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Uniklinikum Halle erfolgte unabhängig von der Datenerhebung in den BG-Kliniken Bergmannstrost. Zum Teil erfolgte nach Fertigstellung der Stichprobenuntersuchung eine gemeinsame Datenanalyse.

Für das Studienzentrum Basel ist Herr Prof. R.-D. Stieglitz der verantwortliche Studienleiter und für das Uniklinikum Halle Herr apl. Prof. Dr. S. Watzke. Die

Gesamtstudienleitung und verantwortliche Studienleitung in den BG-Kliniken Bergmannstrost Halle liegt bei Herrn Dipl.-Psych. T. Schmidt.

Die Ethikvoten wurden sowohl für das Uniklinikum Halle, als auch für die BG-Kliniken Halle eingeholt. Für das Studienzentrum in Basel war kein Ethikvotum erforderlich. Dort erfolgten Voruntersuchungen und theoretische Arbeiten am Gesamtprojekt ohne Untersuchungen von Patienten.

Als Studiendesign wurde eine experimentelle Datenerfassung bei Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen gewählt. Diese wurden angehalten, ihre Beschwerden einem Untersuchungsleiter entweder authentisch zu schildern oder bewusst zu übertreiben. Die Patienten wurden der Untersuchungsbedingung (authentisch/ehrlich vs. nicht authentisch/übertrieben) randomisiert zugeordnet. Der Untersuchungsleiter wurde einfach verblindet. Als Kontrollgruppe diente die Gruppe der authentisch bzw. ehrlich instruierten Studienteilnehmer.

Die Stichprobenerfassung erfolgte auf Basis einer Rekrutierung ambulanter Patienten mit gesicherter depressiver Störung (ICD-10 F32/F33, Major Depression) zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr. Die Rekrutierung fand quartalsweise an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Uniklinikum Halle (UKH) im Zeitraum vom 30.11.2015 bis zum 01.12.2016 statt.

Von der Studienteilnahme im Vorfeld ausgeschlossen wurden Patienten mit akuten oder chronischen hirnorganischen Störungen (F0), mit akuten Intoxikationen und Abhängigkeitserkrankungen (F1 außer F1x.1), mit Störungen des schizophrenen Störungskreises (F2), mit affektiven Störungen sofern psychotische Symptome vorhanden waren (F 31.0/1/2), mit Borderline Symptomatik (F 60.3) und Intelligenzminderung (F7). Außerdem wurden Patienten mit akuten Erregungszuständen und Patienten unter Zwangsmaßnahmen (Unterbringung nach §1906 Abs. 1 BGB/Fixierung) von der Studie ausgeschlossen. Bei all diesen Patienten konnte eine zumindest eingeschränkte Einwilligungsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden.

Ebenso führten nicht ausreichende sprachliche Fähigkeiten, fehlendes Einverständnis zur Teilnahme und laufende Begutachtungs- oder Verrentungsverfahren zu einem Ausschluss der Studienteilnahme.

### 3.1.2 Deskriptive Stichprobenbeschreibung

Die Ursprüngliche Datenbank enthielt Name, Geburtsdatum, Diagnose und Kontaktdaten von 1534 ambulant versorgten Patienten. Nach Anwendung der Ausschlusskriterien blieben 187 geeignete Patienten übrig.

N=115 Patienten waren entweder nicht erreichbar oder stimmten der Teilnahme nicht zu. Von 72 erreichten Personen erschienen 10 unentschuldig nicht zum vereinbarten Termin und sagten bei einem erneuten Kontaktierungsversuch ab. Zwei Patienten mussten nach der Datenerhebung aufgrund geringer Deutschkenntnisse ausgeschlossen werden. Die endgültige Datenerhebung erfolgte somit an n=60 Personen.

Bezüglich der Geschlechterverteilung fand sich in der Gesamtstichprobe mit n=42 Frauen (70%) keine signifikante Abweichung der in der Ausgangsgruppe (n=187) beschriebenen Geschlechterverteilung ( $\chi^2$ [df=1]=0,15; p=0,700).

Tabelle 3 gibt einen genaueren Überblick über die eingeschlossene Untersuchungsgruppe und deren soziodemographische Merkmale.

*Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung der eingeschlossenen Untersuchungsgruppe*

	<b>Gesamtstichprobe (n=60)</b> <b>M ± SD [min-max] bzw. n (%)</b>
<b>Alter (Jahre)</b>	45,8 ± 12,06 [24-65]
<b>Geschlecht (weibl.)</b>	42 (70%)
<b>Familienstand</b>	
ledig / allein lebend	15 (25,0%)
verheiratet oder in Partnerschaft	26 (43,3%)
geschieden / getrennt	15 (25,0%)
verwitwet	4 (6,7%)
<b>Bildung</b>	
Hauptschulabschluss oder <10 Schuljahre	8 (13,3%)
Realschulabschluss oder <12 Schuljahre	31 (51,6%)
Abitur ohne abgeschl. Studium	6 (10%)
Abitur und abgeschl. Studium	15 (25%)
<b>Diagnosen (psych. Störung)</b>	
Depressive Anpassungsstörung	3 (5,0%)
Depressive Episode	32 (53,3%)
Rezidivierende depressive Störung	25 (41,7%)
Komorbide Persönlichkeitsstörung	5 (8,3%)



## 3.2 Operationalisierung der Konstrukte

Die unabhängige Variable der hier vorliegenden Arbeit ist das subjektive Belastungserleben. Dieses wurde anhand der Symptom Checklist-90 in revidierter Form (SCL-90-R) erfasst.

Zur Erfassung der Aggravation, die in der vorliegenden Arbeit die abhängige Größe darstellt, wurde das SIRS-2 verwendet.

### 3.2.1 Operationalisierung der unabhängigen Variable – Belastungserleben

Zur Operationalisierung des Belastungserlebens wurde in der hier vorliegenden Arbeit die revidierte Form der Symptom-Checkliste 90 (SCL-90-R) verwendet.

Insgesamt besteht die SCL-90-R (Franke, 2002) aus 90 Items in Form eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung. Sie ist ein häufig verwendeter und anerkannter psychologischer Test, der über die subjektiv empfundene Symptomschwere einer psychischen Störung innerhalb der letzten 7 Tage Auskunft gibt. Sie dient als Screening typischer psychopathologischer Symptome (Schmitz et al., 2000), wobei sich die Items sowohl auf psychische als auch auf körperliche Symptome beziehen. Der Zeitumfang der Untersuchung beträgt in der Regel 15 Minuten.

Die 90 Items werden anhand einer 5 Punkte Likertskala abgefragt. Grundlegend wird gefragt, wie sehr sich der Patient durch verschiedene Symptome beeinträchtigt fühlt. Die Antwortspanne reicht von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark). Eine Übersicht über die Antwortmöglichkeiten liefert Tabelle 4. Nach Beantwortung aller Fragen kann eine Punktzahl zwischen 90 und 360 erreicht werden, wobei eine höhere Punktzahl positiv mit einer höheren Belastung korreliert. Eine Pathologisierung von Patienten sollte jedoch auf alleiniger Grundlage der SCL-90-R nicht erfolgen.

*Tabelle 4: Antwortmöglichkeiten der SCL-90-R*

<b>Antwort</b>	<b>Einschränkung</b>
0	Überhaupt nicht
1	Ein wenig
2	Ziemlich
3	Stark
4	Sehr stark

Durch die 90 Items werden insgesamt 9 verschiedene Skalenwerte (psychopathologische Charakteristika) erfasst. Diese sind: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheiten im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität bzw. Feindseligkeit, Phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus.

Jede Skala wird durch eine unterschiedliche Anzahl der 90 Items erfasst. So wird z.B. Skala 1: Somatisierung von insgesamt n=12 Items gebildet, Skala 6: Aggressivität hingegen von n=6 Items. Jedes Item fließt nur in die Auswertung einer einzelnen Skala ein. Keiner Skala zugeordnet sind die sogenannten Zusatzitems (Item 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89). Sie fragen u.a. nach Appetit, Schlafproblematik, und Schuldgefühlen und stellen Fragen über den Tod.

Für die Auswertung wurden in der vorliegenden Arbeit die Subskalen und die globalen Kennwerte verwendet: Der GSI (Global severity Index), der PSDI (Positive Symptom distress Index) und der PST (Positive Symptom total).

### **3.2.2 Operationalisierung der abhängigen Variable – Aggravation**

Das SIRS (Structured Interview of Reported Symptoms) wurde als Fragebogen zur Fremdbeurteilung ursprünglich im Jahr 1992 für den englischen Sprachraum entwickelt, die überarbeitete Version SIRS-2 im Jahr 2010, um Antwortverzerrungen im Bereich psychischer Störungen aufzudecken. Hierbei geben die Ergebnisse Interpretationshilfen nicht nur zu einer möglichen Aggravation und Simulation, sondern auch zu Dissimulation.

Im Vorfeld dieser Doktorarbeit wurde im übergeordneten Forschungsprojekt für das SIRS-2, in Rücksprache mit dem Erstautor, eine deutsche Version mit Hilfe von Forward-Backward-Translation erstellt. Das strukturierte Interview berichteter Beschwerden (SIRS-2) sollte im Rahmen dieser Studie überprüft und anhand Patienten mit depressiver Erkrankung validiert werden.

Die deutsche Version des SIRS-2 ist entsprechend der englischen Version (Rogers et al., 2010) in sechs Hauptgruppen aufgebaut, die wiederum in zwei parallele Abschnitte eingeteilt wurden. Jeder Abschnitt beinhaltet eine detaillierte Befragung, eine wiederholte Befragung und eine allgemeine Befragung.

Es ist einsetzbar bei Patienten ab 18 Jahren und kann auch bei leichter kognitiver Störung verwendet werden, jedoch nicht bei deutlich kognitiver Einschränkung. Grundsätzlich sollte die Einsetzbarkeit immer individuell abgewogen werden. Das SIRS-2 ist auf ein breites Spektrum psychischer Störungen ausgelegt (z.B. Depression, Angststörungen) und kann vor allem Gutachter unterstützen, wenn diese bei einem zu Begutachtenden eine Tendenz zur Verfälschung vermuten (Rogers et al., 2010).

Am Anfang jedes Interviews erhalten die Patienten folgende Anweisung: „Sie werden zu vielen besonderen psychischen Problemen befragt. Dabei handelt es sich um Standardfragen zu emotionalen Schwierigkeiten, die auf Sie zutreffen können oder auch nicht.“ Sollten anschließend keine Fragen mehr offen sein kann mit der Befragung begonnen werden. Prinzipiell sollte der Proband mit eindeutigem „Ja“ oder „Nein“ antworten. In den seltenen Fällen, in denen eine nicht eindeutige Antwort im Raum steht und nach langsamer Wiederholung der Frage keine Antwort gegeben werden kann, wird das „X“-Rating (entspricht keiner Antwort) angewandt.

Der Untersucher hat sich über den gesamten Zeitraum an die im Interview festgelegten Fragen zu halten. Die Fragen sollten dabei jedoch nicht komplett abgelesen werden, daher ist vorheriges Üben wichtig. Es empfiehlt sich das Interview in ruhiger und privater Umgebung durchzuführen. Insgesamt erstreckt sich die Untersuchung mit dem SIRS-2 über 30 bis 45 Minuten.

Die Auswertung des SIRS-2 erfolgt anhand von acht Hauptskalen und 4 Zusatzskalen.

Das Antwortverhalten wird in fünf verschiedene Kategorien klassifiziert: Feigning (Nicht-authentisch), Indeterminate Evaluate (Unbestimmt-Überprüfen), Disengagement: Indeterminate Evaluate (Nichtbeteiligung), Indeterminate General (Unbestimmt-Allgemein), Genuine Responding (authentisch). Es erfolgt folglich kein einfacher Cut-off-Wert, sondern eine Schweregradeinteilung einer möglichen Aggravation. Hierzu erfasst das SIRS-2 im Gegensatz zu anderen Verfahren als einziges im Interviewformat mit einem breiten Spektrum an Nachweisstrategien mögliche Antwortverzerrungen.

Die Hauptskalen seltene Beschwerden (Rare symptoms, RS), Symptomkombinationen (Symptom combinations, SC), Unwahrscheinliche Beschwerden (Improbable, IA) und geschilderte vs. beobachtete Beschwerden (Reported vs. observed Symptoms, RO) beruhen auf wahrscheinlichkeitsbasierten Nachweisstrategien. Sie erkennen negative

Antwortverzerrungen anhand der Angabe von unwahrscheinlichen Symptomen und falschen Beschwerden.

Die anderen 4 Hauptskalen – Selektivität der Beschwerden (Selectivity of symptoms, SEL), Schweregrad der Beschwerden (Severity of Symptoms, SEV), Offensichtliche Beschwerden (Blatant symptoms, BL) und Subtile Beschwerden (Subtile symptoms, SU) – basieren auf umfangbasierten Nachweisstrategien. Das heißt sie erkennen ein mögliches nicht-authentisches Antwortverhalten an der Angabe generell nachvollziehbarer Beschwerden in übertriebener Menge.

Im folgenden werden die Haupt- und Subskalen näher erläutert.

### **a) Hauptskalen**

#### *Seltene Beschwerden* (Rare Symptoms, RS und RS-total)

Fragen dieser Skala beinhalten Beschwerden und damit einhergehende Symptome, die in echten klinischen Gruppen insgesamt nur selten auftreten. Die Skala fragt insbesondere Wahrnehmungs- und psychotische Phänomene sowie inhaltliche Denkstörungen ab (z.B. Frage 115: „Werden sie durch seltsame Gerüche gestört, egal wohin sie gehen?“). Werte über 4 entsprechen einer Erhöhung der Skala.

#### *Symptomkombinationen* (Symptom Combinations, SC)

Einige Symptome sind alleine betrachtet häufig, treten jedoch nicht bzw. selten zusammen auf. Die Skala umfasst somit unübliche Symptomkombinationen (z.B. Frage 43: „Kämmen oder bürsten Sie ihr Haar oft? Haben Sie das Gefühl, Sie müssen Ihr Haar immer vor und nach jeder Mahlzeit bürsten oder kämmen?“). Diese Skala gilt erhöht bei Werten über 6.

#### *Unglaubliche oder absurde Beschwerden* (Improbable or absurd Symptoms, IA)

Diese Skala ist eine extreme Variante der Skala *Seltene Symptome* (Rare Symptoms, RS). Sie enthält unwahrscheinliche, abwegige und fantastische Symptome (z.B. Frage: „Haben Sie genau 2 kg Gewicht in den letzten 12 Monaten verloren?“), die fast nie in echten klinischen Gruppen vorkommen. Sie ist erhöht ab Werten oberhalb von 5.

#### *Offenkundige Beschwerden* (Blatant Symptoms, BL)

Unter offenkundigen Beschwerden versteht man Symptome, die durch Laien (also in

der Allgemeinbevölkerung) als Symptome einer psychischen Störung eingeordnet werden. Dementsprechend werden diese Symptome als charakteristisch für schwere psychische Störungen angesehen. Ein Beispiel hierfür ist Frage 95: „Haben Sie irgendwelche größeren Probleme damit, dass Sie sehr depressiv sind?“. Alle im Fragebogen angegebenen Symptome als unerträglich zu bewerten ist allerdings untypisch für eine psychische Störung. In dieser Skala gelten Werte über 10 als erhöht.

#### *Subtile Beschwerden (Subtile Symptoms, SU)*

Diese Skala enthält Symptome und psychische Probleme, die häufig innerhalb der Allgemeinbevölkerung auftreten und daher nicht unbedingt pathologisch sind. Diese Symptome sind für psychische Störungen nicht charakteristisch (z.B. Frage 2: „Haben Sie irgendwelche größeren Probleme damit, sich zu motivieren“.) Diese Symptome überwiegend als unerträglich zu bewerten ist untypisch für psychische Störungen. Werte über 15 gelten daher als erhöht. In Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen ist dieser Wert oft erhöht.

#### *Selektivität der Beschwerden (Selectivity of Symptoms, SEL)*

Die Basis dieser Skala bildet eine undifferenzierte Angabe von für authentische Patienten nicht typischen Symptomen/Beschwerden. Nicht-authentische Personen übersteigen die durchschnittlich in verschiedenen Populationen gemessene Gesamtmenge geschilderter Beschwerden. In dieser Skala gelten Werte über 17 als erhöht. Dies ist im Falle einer generellen Verdeutlichung oder auch einer Ja-Sage-Tendenz zu beobachten.

#### *Schweregrad der Beschwerden (Severity of Symptoms, SEV)*

Nur ein kleiner Teil der Symptome bzw. Beschwerden werden von authentisch antwortenden Patienten i.d.R. als unerträglich bewertet. Der Großteil wird vom Patienten selbst als bewältigbar eingestuft. Nicht-authentische Personen antworten diesbezüglich nicht so selektiv wie authentische Personen. Erhöht gelten in dieser Skala Werte über 9. Die Werte können allerdings auch im Rahmen eines akuten bzw. extremen Distress-Erlebens erhöht sein.

#### *Geschilderte vs. Beobachtete Beschwerden (Reported vs. Observed Symptoms, RO)*

Diese Skala beinhaltet Fragen zur Sprache und Bewegungen, die vom Prüfer direkt

beobachtet werden können. I.d.R. ist davon auszugehen, dass die vom Probanden beschriebenen Symptome auch zu beobachten sind. Beispielfhaft sei hier Frage 113 zu nennen: „Finden Sie es schwierig, auf einem Stuhl zu sitzen, ohne darunter oder dahinter nachzusehen?“. Bewertet werden die Antworten dieses Fragetyps entweder als *keine Antwort*, *Konsistent*, *Inkonsistent* oder *plötzlich schlechter*. Ab 2 Wertungen der Kategorie *plötzlich schlechter* gilt die Skala RO als erhöht. Bei authentischen Patienten ist eine Erhöhung dieser Skala fast nie zu beobachten.

## **b) Zusatzskalen**

### *Direkte Einschätzung von Ehrlichkeit* (Direct Appraisal of Honesty, DA)

Die Skala untersucht die Bereitschaft des Untersuchten zur Offenheit und Kooperativität sowie das Interesse gegenüber einer korrekten Darstellung der Beschwerden ohne Übertreibungen gegenüber „Mental Health Professionals“ (z.B. Frage 134: „Lassen Sie ihre psychischen Probleme schlimmer erscheinen, als sie wirklich sind?“). Werte über 4 gelten als erhöht.

### *Defensive Beschwerden* (Defensive Symptoms, DS)

Die Skala beschäftigt sich mit häufigen psychologischen Problemen. Sie wurde ursprünglich zur Verringerung der Transparenz der anderen Skalen eingeführt durch das Einfügen von für die meisten authentischen Patienten nachvollziehbaren Fragestellungen. Zusätzlich liefert die Skala Informationen zu defensivem Verhalten (Vermeidung oder Verleugnung von häufigen alltäglichen Problemen und Symptomen) und Dissimulation (z.B. Frage 17: „Fühlen Sie sich manchmal schüchtern in Gegenwart von Leuten, die Sie nicht kennen?“). Die Skala sollte Werte über 9 nicht übersteigen, ist oft aber auch bei authentischen Patienten mit verhältnismäßig geringer Beeinträchtigung erhöht.

### *Unwahrscheinliche Fehler* (Improbable Failure, IF)

Diese Skala ist beschränkt auf Personen mit einem Intelligenzniveau im mindestens unteren Durchschnittsbereich und forscht nach nicht-authentischen kognitiven Beeinträchtigungen. Sie enthält sehr einfache kognitive Aufgaben. (z.B. Frage 57: „Sie sollen jetzt das Gegenteil von vorgegebenen Worten bilden, z.B. dick – dünn, schwarz – weiß, was ist das Gegenteil von: a) unten, b) mutig, usw.“). Dadurch lenkt sie zusätzlich

die Aufmerksamkeit der untersuchten Personen von den primären Nachweisstrategien ab. Pathologisch gilt die Skala ab Werten über 5. Höhere Werte korrelieren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit zur Aggravation, liefern aber keinen Beweis für eine Täuschung.

*Übergenaue Beschwerdeschilderung (OS, overly specified symptoms)*

Diese Skala beschäftigt sich mit unrealistisch genau geschilderten häufigen Beschwerden (z.B. Frage 114: „Tun Ihre Zähne nur beim Frühstück weh?“). Eine Erhöhung mit Werten über 11 ist bei authentischen Patienten fast nie zu beobachten.

### **3.2.3 Umgang und Erfassung von potentiellen Störgrößen**

Bei jeder wissenschaftlichen Arbeit stellt das Erfassen und Minimieren (bzw. Verhindern) potentieller Störgrößen eine große Herausforderung dar. Im Folgenden werden verschiedene Faktoren erläutert, die in der vorliegenden Studie von Bedeutung sind.

Bereits im Vorfeld der Studie sollten die Patienten die SLC-90-R zuhause ausfüllen. Daher ist nicht nachzuvollziehen, unter welchen Bedingungen die Beantwortung des Fragebogens erfolgte. Gegebenenfalls lief nebenher der Fernseher oder der Lebenspartner wurde bei Fragen zu Hilfe gebeten. Zusätzlich spiegelt der Fragebogen je nach Zeitraum zwischen Zusendung der Unterlagen und der Studienteilnahme zum Untersuchungszeitpunkt nicht die aktuelle Symptombelastung des Patienten wieder.

Die hier vorliegende Studie ist einfach verblindet. Dies bedeutet, dass der Untersucher nicht weiß, in welcher Gruppe (authentisch/ehrlich oder nicht authentisch/übertrieben) sich der Proband befindet. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass der Untersucher dazu neigt, den Patienten bereits während der Untersuchung einer Untersuchungsgruppe zuzuordnen. Vor allem bei der Beantwortung der Fragen zu den Inkonsistenzen liegt somit die Gefahr vor, die Fragen entsprechend der vermuteten Untersuchungsgruppe zu beantworten. Auch wenn das SIRS-2 solche Fehler insgesamt durch klare Wertungsregeln auf alle möglichen Antwortformate minimiert, ist eine richtige und sorgfältige Instruktion des Untersuchers und vorheriges Üben an für die Studie nicht relevanten Personen von essentieller Bedeutung.

Ein weiteres Problem stellten die zum Teil schwierigen Formulierungen der Fragen dar.

Um Missverständnisse zu vermeiden, wurden die Untersucher instruiert, dem Probanden die Fragen deutlich und langsam zu stellen und bei Unsicherheit die Frage zu wiederholen. Auch Konzentrationsstörungen auf Seiten des Probanden konnten durch verständliches Stellen der Fragen ausgeglichen und minimiert werden.

Im Anschluss an die Untersuchung erhielt jeder Proband den sogenannten „Adherence-Check“. Die Patienten wurden dazu aufgefordert, die anfangs erteilten Instruktionen in eigenen Worten wiederzugeben und das Befolgen dieser Instruktion in einem Bereich von 0 bis 100% einzuordnen. Somit war die Möglichkeit gegeben, Patienten bei nicht ausreichender Instruktionstreue von der Studie auszuschließen. Von allen Teilnehmern zeigte sich der Adherence-Check zufriedenstellend, sodass die Daten aller untersuchten Personen in die Auswertung mit einfließen konnten.

### **3.3 Durchführung der Untersuchung und Untersuchungsdesign**

Im Vorfeld der Untersuchung wurden zuerst geeignete Patienten anhand der vorliegenden Ambulanzakten ausgesucht und telefonisch über die Studie und den Ablauf der geplanten Untersuchung informiert und nach der Bereitschaft zur Teilnahme befragt. Im Falle einer Zusage zur Studienteilnahme wurde direkt im Telefonat ein möglicher Termin vereinbart. Auf dem postalischen Weg erfolgte daraufhin die Zusendung der Patienteninformation, der schriftlichen Einverständniserklärung und der Symptom-Checkliste 90 (SCL-90-R). Eine Absage sowie Rückfragen zur geplanten Studie waren jederzeit telefonisch möglich. Nichtteilnahmen/Verweigerungen und Nichterscheinen wurden dokumentiert.

Im Falle einer Einwilligung erfolgte am telefonisch vereinbarten Termin die Untersuchung mittels SIRS-2 durch zwei unabhängige Untersucher. Der erste Untersucher überprüfte die mitgebrachten Unterlagen auf Vollständigkeit. Diese Unterlagen umfassten die unterschriebene Einwilligungserklärung und die SCL-90-R, die im Vorfeld vom Untersuchungsteilnehmer zuhause ausgefüllt wurde. Ggf. nicht beantwortete Fragen wurden vor Ort nachträglich beantwortet.

Anschließend wurde der Proband randomisiert (per Losverfahren) einer von zwei Gruppen - „authentisch/ehrlich“ und „nicht authentisch/übertrieben“ - zugeteilt. Das entsprechende Los wurde im Anschluss vernichtet und nicht wieder in den Lostopf



zurück gelegt. So konnte eine gleichmäßige Verteilung der Probanden erreicht werden.

Die Kontrollgruppe wurde angewiesen die gegenwärtigen psychischen Beschwerden authentisch bzw. ehrlich darzustellen. Die Experimentalgruppe hingegen sollte bewusst übertreiben und für eine Antwortverzerrung (malingering) sorgen. Im Anschluss ans Lösen erhielten die Probanden ihre jeweilige Instruktion (siehe Tabelle 5).

*Tabelle 5: Instruktionen des SIRS-2*

„authentisch/ehrlich“	„nicht authentisch/übertrieben“
<p>„Seien sie bitte offen und ehrlich, wenn sie Ihre Beschwerden und Lebensumstände beschreiben. Fügen sie bitte nichts hinzu, aber lassen sie auch nichts aus. Ihre Aufgabe ist es, Ihre aktuellen Beschwerden und psychischen Belange genau so darzustellen, wie sie auch sind. Bitte nehmen Sie diese Studie ernst. Es gibt nicht viele Möglichkeiten in Tests zu überprüfen, wie akkurat Beschwerden vorgetragen werden. Ihre Mitarbeit wird uns helfen, dies zu verbessern. Geben sie dem nächsten Untersucher nicht zu verstehen zu welcher Bedingung sie zugeordnet sind.</p> <p>Es ist wirklich sehr wichtig, dass Sie ab jetzt die kommenden Fragen und Tests offen und ehrlich beantworten und sich anstrengen, da wir die Ergebnisse sonst nicht verwerten können.“</p>	<p>„Bitte versuchen Sie ein Rollenspiel zu spielen. Sie sollen eine Person darstellen, die vorgibt, <b>komplett</b> beeinträchtigt zu sein. Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten hart und haben Ihre Arbeit seit Jahren bemüht verrichtet. Es ist eine gute Arbeit mit guter Absicherung. Nun gibt es Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz. Ihr neuer Chef mag Sie nicht und beschließt, Ihnen zu kündigen. Wenn sie vorgeben <b>ernsthaft beeinträchtigt</b> zu sein, würden Sie aus der Absicherung eine ausreichende Rente bekommen und auch nicht gekündigt werden. Sie müssen dafür den/die Gutachter/in überzeugen, dass Sie eine <b>schwere psychische Erkrankung</b> haben und Sie darum auch <b>nicht mehr in Ihrem Beruf arbeiten können</b>. Geben Sie dem Untersucher nicht zu verstehen welcher Bedingung Sie zugeordnet sind.</p> <p>Es ist wirklich sehr wichtig, dass Sie versuchen den nächsten Untersucher zu <b>täuschen</b> und zu überzeugen, dass Sie <b>sehr schwere Beeinträchtigungen</b> haben, da wir die Ergebnisse sonst nicht verwerten können.“</p>

Nach Unterweisung entsprechend der ausgelosten Untersuchungsgruppe, traf der Proband auf den zweiten Untersucher. Dieser war bezüglich der Instruktion verblindet. Nach vollständiger Bearbeitung des SIRS-2, erfolgte die Rückfrage zur Instruktionstreue (Adherence Check). Hier sollten die Untersuchten die zuvor erteilten

Instruktionen nochmals in eigenen Worten erläutern. Außerdem bewertete jeder Proband anhand einer Skala von 0-100%, wie sehr er die Instruktionen subjektiv betrachtet befolgen konnte.

Das Untersuchungsdesign dieser Arbeit entspricht einer experimentellen Querschnittstudie, in der ein Vergleich von zwei Gruppen (nicht authentisch vs. authentisch) anhand der deutschen Fassung des SIRS-2 erfolgte.

Zusätzlich wurden mit Hilfe der SCL-90-R Daten über die subjektiv empfundene Symptomschwere der Probanden erhoben.

Die Studie ist einfach verblindet. Der Anwender des SIRS-2 wurde im Vorfeld nicht über die Untersuchungsbedingung des Probanden informiert. Die Zuteilung zu einer der beiden Untersuchungsbedingungen wurde von einer dritten Person durchgeführt.

Die Auflösung über die per Losverfahren ermittelte Bedingung geschah im Nachhinein mit dem Adherence-Check.

### **3.4 Auswertungsplan und statistische Hypothesen**

#### **3.4.1 Hypothesen**

Bei der vorliegenden Studie werden folgende Ergebnisse erwartet:

1. Die Untersuchungsgruppen nicht authentisch vs. authentisch unterscheiden sich nicht bezüglich ihres vor Instruktiongabe erfassten Belastungserlebens.
2. Differenzierte Instruktionen führen zu signifikanten Unterschieden sowohl in den SIRS-2-Subskalen, als auch in der abschließenden Bewertung der Symptomschilderung durch das SIRS-2.
3. Personen, die durch das SIRS-2 als authentische oder aggravierende Probanden klassifiziert werden, unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihres initial geschilderten Belastungserlebens.
4. Korrelative Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Belastungserleben, gemessen mit Hilfe der SCL-90-R, und den SIRS-2-Subskalen zeigen sich differentiell zwischen den Untersuchungsgruppen.

### **3.4.2 Statistik**

Die statistische Auswertung aller erhobenen Daten wurde mit der Statistiksoftware SPSS (Version 17.0) durchgeführt.

Eine erste Überprüfung der Vergleichbarkeit der Untersuchungsgruppen erfolgte mit T-Test bzw. Chi-Quadrat-Test. Sowohl für die SCL-90-R als auch für die SIRS-2 wurden Reliabilitätsparameter berichtet (interne Konsistenz (Cronbachs- $\alpha$ )). Für das SIRS-2 wurden zudem Intraklassenkorrelationen als Kriterium der Interrater-Reliabilität berechnet.

Eine Evaluation der Verteilungsparameter der eingesetzten Skalen erfolgte anhand Kolmogorov-Smirnov-Test. Die nachfolgenden Analysen zu Gruppenunterschieden wurden unter Verwendung des T-Tests, bzw. Varianzanalysen durchgeführt. Aufgrund verletzter Normalverteilungsannahmen erfolgte eine zusätzliche Überprüfung mit nonparametrischen Verfahren (Mann-Whittney-U oder Kruskall-Wallice).

Die Korrelationsanalysen erfolgten unter Verwendung von Produkt-Moment-Korrelationen bzw. bei wiederum verletzter Normalverteilungsannahme unter Anwendung von Spearman-Rang-Korrelationen.

## 4 Ergebnisse

In einem ersten Analyseschritt, wurden die psychometrischen Eigenschaften der SCL-90-R überprüft. Innerhalb der Subskalen ergaben sich folgende interne Konsistenzen: Somatisierung (12 Items):  $\alpha=0,85$ ; Zwanghaftigkeit (10 Items):  $\alpha=0,85$ ; Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items):  $\alpha=0,84$ ; Depressivität (13 Items):  $\alpha=0,90$ ; Ängstlichkeit (10 Items):  $\alpha=0,87$ ; Aggressivität (6 Items):  $\alpha=0,80$ ; phobische Angst (7 Items):  $\alpha=0,86$ ; paranoides Denken (6 Items):  $\alpha=0,81$ ; Psychotizismus (10 Items):  $\alpha=0,76$ . Die vergleichsweise niedrige interne Konsistenz der Subskala Aggressivität ist zum einen auf ihre Kürze und zum anderen auf eines der Items zurückzuführen, welches inhaltlich eher allgemeine starke emotionale Reaktionen beinhaltet (Item 24: „Gefühlsausbrüche, gegenüber denen sie machtlos waren.“). Die SCL-90-R beinhaltet zudem eine Zusatzskala (7 Items), die jedoch in der vorliegenden Arbeit nicht ausgewertet wurde.

Die Überprüfung der Verteilungsparameter der geschlechts- und bildungsnormierten T-Werte dieser Subskalen ergab, dass nahezu alle Belastungsparameter signifikant von einer Normalverteilung abwichen (Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest;  $p<0,05$ ). Lediglich die Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität und Psychotizismus, wiesen eine approximative Normalverteilung auf. Aus diesem Grund wurden im Folgenden zusätzlich nonparametrische Testverfahren angewandt.

### 4.1 Gruppenbildung

Per Losverfahren wurden jeweils  $n=30$  Probanden zwei Unterstichproben (authentisch/ehrlich und nicht authentisch/übertrieben) zugeteilt. Kein Proband musste nach Abfrage des Verständnisses der erfolgten Instruktionen (Adherence-Check) von der Studie ausgeschlossen werden.

Hinsichtlich des Alters ( $t[df=58]=-0,661$ ;  $p=0,511$ ), des Geschlechts ( $\chi^2[df=1]=0,000$ ;  $p>0,999$ ), des Familienstandes ( $\chi^2[df=3]=5,320$ ;  $p=0,150$ ) und der Bildung ( $\chi^2[df=3]=3,747$ ;  $p=0,290$ ) bestand kein statistisch signifikanter Unterschied. Ebenso gab es keinen Unterschied bezüglich der gestellten Diagnosen depressiver Störungen ( $\chi^2[df=2]=4,485$ ;  $p=0,106$ ) und komorbider Persönlichkeitsstörungen ( $\chi^2[df=1]=218$ ;  $p=0,640$ ; siehe Tabelle 3 auf S. 27).

#### 4.1.1 Gruppenunterschiede im Belastungserleben

Tabelle 6: Selbstberichtetes Belastungserleben (SCL-90-R) in den Untersuchungsgruppen

SCL-90-R Subskalen	M ± SD; MD <sup>a</sup>		Teststatistik t[df=58]; p U <sup>b</sup> ; p
	authentisch (n=30)	nicht authentisch (n=30)	
Somatisierung	63,13 ± 11,87 MD=61,5	67,13 ± 12,17 MD=69,0	t=-1,289; p=0,203 U=347,5; p=0,126
Zwanghaftigkeit	63,83 ± 11,29; MD=66,0	67,30 ± 10,92 MD=69,5	t=-1,209; p=0,232 U=,353,5 p=0,152
Unsicherheit im Sozialkontakt	62,17 ± 12,99 MD=65,5	63,63 ± 13,46 MD=64,5	t=-0,429; p=0,669 U=418,5; p=0,640
Depressivität	66,73 ± 10,98 MD=66,0	65,97 ± 10,89 MD=66,5	t=0,272; p=0,787 U=442,0; p=0,905
Ängstlichkeit	63,13 ± 10,57 MD=66,0	66,80 ± 11,12 MD=69,0	t=-1,309; p=0,196 U=355,5; p=0,161
Aggressivität	59,30 ± 11,19 MD=62,0	59,97 ± 13,20 MD=60,0	t=-0,211; p=0,834 U=440,0; p=0,882
Phobische Angst	61,20 ± 13,23 MD=61,5	61,23 ± 13,49 MD=60,0	t=-0,010; p=0,992 U=448,0; p=0,976
Paranoides Denken	59,17 ± 15,29 MD=61,0	59,40 ± 12,03 MD=59,0	t=-0,066; p=0,948 U=446,5; p=0,959
Psychotizismus	63,87 ± 10,82 MD=63,5	61,67 ± 11,86 MD=61,5	t=0,751; p=0,456 U=408,0; p=0,534
GSI	68,07 ± 12,31 MD=72,5	68,33 ± 11,08 MD=70,5	t=-0,088; p=0,930 U=448,5; p=0,982

<sup>a</sup>Geschlechts- und bildungsnormierter T-Wert; <sup>b</sup>Mann-Whitney-U

Aus Tabelle 6 geht hervor, dass die Untersuchungsgruppen in den Subskalen der SCL-90-R keine Unterschiede aufweisen (in allen Subskalen  $p > 0,100$ ).

#### 4.1.2 Gruppenunterschiede im SIRS-2

In der dieser Arbeit zugrunde liegenden Validierungsstudie des SIRS-2 fanden sich für alle Primärskalen gute interne Konsistenzen ( $\alpha=0,70-0,89$ ) (Schmidt et al., In Vorbereitung), sowie hervorragende Interrater-Reliabilitäten im Bereich ICC=0,98-1,0. Hinsichtlich der Verteilung der SIRS-2-Subskalen fanden sich wiederum in nahezu allen Bereichen signifikante Abweichungen von einer hypothetischen Normalverteilung (außer in den Subskalen BL, SU und SEL).

In Tabelle 7 folgt die Aufführung der Skalenwerte des SIRS-2 in Primär- und Zusatzskalen nach Zuweisung entsprechend der zwei Untersuchungsinstruktionen.

*Tabelle 7. Mittelwerte, Standardabweichungen und Teststatistik der SIRS-2-Skalen nach Untersuchungsgruppen*

SIRS-2-Skalen	M ± SD; MD		Teststatistik
	authentisch (n=30)	nicht authentisch (n=30)	F[df=1]; p U; p
<b>Primärskalen</b>			
Seltene Beschwerden (RS)	1,17 ± 1,98 MD=0,0	5,37 ± 2,67 MD=5,5	F=47,79; p<0,001 U=87,0; p<0,001
Symptomkombinationen (SC)	1,00 ± 0,98 MD=1,0	4,60 ± 2,54 MD=4,0	52,39; p<0,001 U=88,0; p<0,001
Unglaubliche oder absurde Beschwerden (IA)	0,67 ± 1,12 MD=0,0	3,57 ± 2,08 MD=4,0	45,16; p<0,001 U=102,5; p<0,001
Offenkundige Beschwerden (BL)	3,80 ± 3,25 MD=3,0	14,83 ± 4,36 MD=15,0	123,59; p<0,001 U=15,0; p<0,001
Subtile Beschwerden (SU)	8,77 ± 5,28 MD=8,0	23,00 ± 5,15 MD=24,0	111,60; p<0,001 U=30,0; p<0,001
Selektivität der Beschwerden (SEL)	8,90 ± 4,77 MD=9,0	20,23 ± 3,32 MD=20,0	114,02; p<0,001 U=19,5; p<0,001
Schweregrad der Beschwerden (SEV)	3,67 ± 4,06 MD=2,0	17,60 ± 4,61 MD=18,0	154,41; p<0,001 U=15,5; p<0,001
Geschilderte vs. beobachtete Beschwerden (RO)	1,50 ± 1,72 MD=1,0	5,57 ± 2,87 MD=6,0	44,29; p<0,001 U=100,0; p<0,001
RS-total	0,93 ± 1,78 MD=0,0	5,80 ± 5,14 MD=5,5	24,05; p<0,001 U=136,0; p<0,001
<b>Zusatzskalen</b>			
Direkte Einschätzung von Ehrlichkeit (DA)	2,43 ± 1,31 MD=2,0	3,37 ± 3,29 MD=2,0	2,09; p=0,153 U=418,5; p=0,615
Defensive Beschwerden (DS)	23,57 ± 8,38 MD=26,0	32,37 ± 5,03 MD=34,0	24,34; p<0,001 U=149,5; p<0,001
Unwahrscheinliche Fehler (IF)	0,53 ± 1,70 MD=0,0	2,10 ± 2,86 MD=1,0	6,67; p=0,012 U=254,0; p=0,001
Übergenaue Beschwerdenschilderung (OS)	1,03 ± 1,40 MD=0,0	2,77 ± 2,46 MD=2,0	11,25; p=0,001 U= 257,0; p=0,002
Inkonsistente Symptome (INC)	1,37 ± 1,30 MD=1,0	3,90 ± 3,12 MD=3,0	16,84; p<0,001 U=196,5; p<0,001
<b>Adherence (%)</b>	94,48 ± 10,02 MD=99,0	68,11 ± 17,61 MD=70,0	48,74; p<0,001 U=61,0; p<0,001

Bei einem Vergleich beider Untersuchungsgruppen fand sich in den Ergebnissen der Hauptskalen des SIRS-2 ein systematischer und signifikanter Unterschied. Allerdings ergaben sich in den Subskalen *Unwahrscheinliche Fehler* und *Übergenaue Beschwerdeschilderung* nur leichte Unterschiede und in der Zusatzskala *Direkte Einschätzung von Ehrlichkeit* kein Unterschied.

Anhand des am Ende der Untersuchung ausgehändigten Adherence-Checks ist ersichtlich, dass es den Probanden der authentischen Gruppe signifikant besser gelang, die erfolgten Instruktionen auszuführen, als den Patienten der nicht authentischen Gruppe.

#### 4.2 SIRS-2-Klassifikation und Belastungserleben in den Untersuchungsgruppen

In der nachfolgenden Tabelle 8 erfolgt die zahlenmäßige Zuordnung der Probanden entsprechend der Untersuchungsgruppe und der Ergebniskategorien des SIRS-2.

Tabelle 8: Klassifikation der Beschwerdvalidität im SIRS-2 nach Untersuchungsgruppen

SIRS-2-Klassifikation	Untersuchungsgruppe	
	authentisch (n=30)	nicht authentisch (n=30)
Feigning	0	16
Indeterminate Evaluate	0	9
Disengagement: Indeterminate Evaluate	1	0
Indeterminate General	4	4
Genuine Responding	25	1

In der Gruppe der authentischen Symptomschilderung gelang die richtige Detektion im Fall von n=25 Personen. Weiterhin wurde n=1 Proband durch das SIRS-2 unter *Disengagement: Indeterminate Evaluate* und n=4 Probanden unter *Indeterminate General* klassifiziert. Bei diesen insgesamt n=5 Probanden der authentischen Gruppe gelang dem SIRS-2 somit keine eindeutige Klassifizierung.

Unter den n=30 Probanden, die der nicht authentischen Gruppe zugeordnet wurden, detektierte das SIRS-2 bei n=16 Personen die Klassifikation *Feigning*. Fälschlicherweise wurde n=1 Proband als authentisch klassifiziert. Bei insgesamt n=13 Patienten gelang keine eindeutige Klassifikation. Davon wurden n=9 Probanden als *Indeterminate Evaluate* und n=4 Probanden als *Indeterminate General* klassifiziert.

Zusammenfassend gelang dem SIRS-2 bei 41 von 60 Personen (68,3%) die korrekte Klassifikation entsprechend der ausgelosten Gruppeneinteilung.

Zur Überprüfung, ob das Belastungserleben der Probanden systematisch mit der Beurteilbarkeit der Beschwerdevalidität durch das SIRS-2 zusammenhängt, wurden zwei Untergruppen gebildet:

**Korrekt** bezeichnet alle 41 Probanden, bei denen das SIRS-2 die korrekte Untersuchungsbedingung fehlerfrei bestimmt hat.

Die restlichen 19 Probanden mit einem uneindeutigen oder falschen Ergebnis der Klassifikation werden als **inkorrekt** bezeichnet.

Die erhobenen SCL-90-R-Subskalen werden im Folgenden nach o.g. Gruppen aufgeführt und auf signifikante Zusammenhänge untersucht. Entsprechend Tabelle 9 findet sich kein Unterschied bezüglich des selbstberichteten Belastungserlebens nach SCL-90-R zwischen Personen, die durch das SIRS-2 korrekt bzw. inkorrekt als authentische bzw. nicht authentische Beschwerdeschilderer erkannt wurden.

Tabelle 9: Selbstberichtete Psychopathologie (SCL-90-R) nach Beurteilungsgüte

SCL-90-R Subskalen	M ± SD <sup>a</sup> ; MD		Teststatistik
	korrekt (n=41)	inkorrekt (n=19)	F[df=1]; p U; p
Somatisierung	64,80 ± 12,60 MD=65,0	65,84 ± 11,20 MD=63,0	0,094; p=0,760 U=373,5; p=0,789
Zwanghaftigkeit	64,80 ± 11,50 MD=66,0	67,21 ± 10,45 MD=69,0	0,600; p=0,442 U=333,0; p=0,367
Unsicherheit im Sozialkontakt	62,12 ± 11,93 MD=63,0	64,58 ± 15,65 MD=71,0	0,450; p=0,505 U=320,5; p=0,271
Depressivität	66,12 ± 10,03 MD=64,0	66,84 ± 12,72 MD=67,0	0,056; p=0,813 U=355,0; p=0,580
Ängstlichkeit	64,27 ± 9,84 MD=68,0	66,47 ± 13,12 MD=67,0	0,526; p=0,471 U=331,0; p=0,351
Aggressivität	59,73 ± 11,10 MD=62,0	59,42 ± 14,45 MD=61,0	0,008; p=0,927 U=389,0; p=0,994
Phobische Angst	60,44 ± 12,90 MD=59,0	62,89 ± 14,19 MD=68,0	0,442; p=0,509 U=365,0; p=0,696
Paranoides Denken	58,68 ± 13,07 MD=58,0	60,58 ± 15,10 MD=60,0	0,248; p=0,621 U=346,0; p=0,489
Psychotizismus	63,12 ± 10,10 MD=62,0	62,00 ± 13,84 MD=63,0	0,126; p=0,724 U=389,5; p=1,000
GSI	68,02 ± 11,05 MD=70,0	68,58 ± 13,07 MD=71,0	0,029; p=0,865 U=363,5; p=0,674

<sup>a</sup>Geschlechts- und bildungsnormierter T-Wert



Weiterführend wurde die Untersuchung des Belastungserlebens in präziseren Gruppen vorgenommen. Aufgrund der kleinen Zellbesetzungen der nicht eindeutigen Zuordnungen (siehe Tabelle 8 auf Seite 42) von insgesamt n=18 Personen werden diese Kategorien im Folgenden zusammengefasst. Dadurch ergeben sich drei Gruppen:

**Korrekt authentisch:** enthält alle n=25 Probanden, die zutreffend als authentisch klassifiziert wurden.

**Korrekt nicht authentisch:** bezeichnet die n=16 Probanden, die richtig als aggravierend klassifiziert wurden.

**Nicht eindeutig:** sind zum einen alle n=18 Probanden, die die authentische Instruktion erhielten, vom SIRS-2 jedoch inkorrekt als *Disengagement: Indeterminate Evaluate* oder *Indeterminate General* klassifiziert wurden (n=5) und zum anderen die aggravierenden/nicht authentischen (n=13), die fälschlicherweise als *Disengagement: Indeterminate Evaluate* und *Indeterminate General* klassifiziert wurden.

Tabelle 10: Beschwerdeintensität nach Beurteilungsgüte des SIRS-2

SCL-90-R Subskalen	M ± SD; MD			Teststatistik
	Korrekt authentisch (n=26)	Korrekt nicht authentisch (n=16)	Nicht eindeu- tig (n=18)	F[df=2]; p KW-H <sup>a</sup> ; p
Somatisierung	62,69 ± 11,47 MD=61,5	68,25 ± 13,55 MD=70,5	65,89 ± 11,52 MD=62,5	F=1,10; p=0,340 H=3,33; p=0,190
Zwanghaftig- keit	63,00 ± 11,16 MD=62,5	67,25 ± 11,72 MD=69,0	67,78 ± 10,45 MD=70,0	F=1,24; p=0,298 H=3,56; p=0,186
Unsicherheit im Sozialkontakt	61,38 ± 11,43 MD=63,5	63,44 ± 12,62 MD=63,5	64,61 ± 16,10 MD=71,0	F=0,33; p=0,719 H=1,59; p=0,452
Depressivität	65,96 ± 11,01 MD=65,0	66,38 ± 8,14 MD=65,5	66,89 ± 13,08 MD=68,0	F=0,04; p=0,963 H=0,34; p=0,843
Ängstlichkeit	62,69 ± 9,12 MD=66,0	66,56 ± 10,54 MD=69,0	66,83 ± 13,40 MD=68,0	F=1,00; p=0,375 H=2,79; p=0,248
Aggressivität	58,73 ± 11,42 MD=59,0	60,50 ± 11,03 MD=61,0	60,17 ± 14,48 MD=62,5	F=0,13; p=0,882 H=0,42; p=0,812
Phobische Angst	60,81 ± 13,01 MD=61,5,0	60,63 ± 13,10 MD=59,0	62,33 ± 14,38 MD=67,5	F=0,09; p=0,915 H=0,03; p=0,988
Paranoides Denken	56,58 ± 14,85 MD=54,5	60,81 ± 10,19 MD=61,5	61,83 ± 14,48 MD=61,0	F=0,92; p=0,403 H=2,0; p=0,369
Psychotizismus	62,62 ± 10,65 MD=61,5	63,25 ± 9,53 MD=61,0	62,56 ± 14,03 MD=64,0	F=0,02; p=0,981 H=0,12; p=0,942
GSI	67,00 ± 11,60 MD=66,5	69,31 ± 10,00 MD=71,0	68,94 ± 13,34 MD=73,0	F=0,24; p=0,785 H=0,70; p=0,704

<sup>a</sup>Kruskall-Wallis H

In Tabelle 10 (vorherige Seite) wird das Belastungserleben in den oben definierten Klassifikationsgruppen dargestellt.

Es zeigt sich, dass Probanden, die vom SIRS-2 als *korrekt nicht authentisch* oder *korrekt authentisch* oder *nicht eindeutig* eingeordnet wurden, sich nicht hinsichtlich ihres subjektiv berichteten Belastungserlebens in der SCL-90-R unterscheiden.

### **4.3 Zusammenhänge zwischen Belastungserleben und SIRS-2-Subskalen**

In einem nächsten Untersuchungsschritt, wurde mittels Korrelationsanalysen überprüft, ob das individuelle Belastungserleben in den Subskalen der SCL-90-R Zusammenhänge mit den einzelnen SIRS-2-Subskalen aufweist.

Aufgrund der verletzten Normalverteilungsannahme in beiden Variablengruppen (SCL-90-R und SIRS-2) werden im Folgenden Spearman-Rang-Korrelationen berichtet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 (siehe Seite 47) und Tabelle 12 (auf Seite 48) aufgeführt.

Um Aussagen darüber treffen zu können, ob sich diese Zusammenhänge zwischen den authentischen und aggravierenden Beschwerdeschilderungen unterscheiden, werden die Korrelationskoeffizienten getrennt für beide Gruppen (authentisch/ehrlich und nicht authentisch/übertrieben) dargestellt.

Vorweg sei gesagt, dass sich in der Gruppe der authentischen Beschwerdeschilderung insgesamt deutlichere Korrelationen ergaben.

#### **4.3.1 Die SIRS-2-Subskalen in der authentischen Untersuchungsgruppe**

In der authentischen Untersuchungsgruppe waren folgende Zusammenhänge zu beobachten (Vergleiche Tabelle 11, S. 47):

Die SIRS-2-Subskala *Seltene Symptome* (RS) stand im signifikanten Zusammenhang zu erhöhten Werten der SCL-90-R-Subskalen *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Aggressivität*, *paranoides Denken*, *Psychotizismus* und *Global severity Index* (GSI).

Während sich für die Hauptskalen *Symptomkombinationen* (SC) und *Unglaubliche oder Absurde Beschwerden* (IA) überhaupt keine Zusammenhänge nachweisen ließen, fanden sich konsistente Zusammenhänge der Hauptskalen *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Selektivität der Beschwerden* (SEL) und *Geschilderte vs. Beobachtete Beschwerden*

(SEV) mit allen Beschwerdebereichen außer der Subskala *Phobische Angst*. In der Hauptskala *Subtile Beschwerden* zeigten sich zudem keine Zusammenhänge mit der SCL-90-R-Subskala *Somatisierung*.

Im Durchschnitt fanden sich etwa 7 Korrelationen zwischen den SCL-90-R- und den SIRS-2-Subskalen. Mit jeweils 9 der SIRS-2-Hauptskalen, zeigten sich die meisten Zusammenhänge zu den SCL-90-R-Subskalen *Zwanghaftigkeit* und *Global Severity Index*. Lediglich 4 der SIRS-2-Hauptskalen (*Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Symptome* (SU), *Selektivität der Beschwerden* (SEL) und *Schweregrad der Beschwerden* (SEV)) korrelierten hingegen zur SCL-90-R-Subskala *Ängstlichkeit*.

Auch bezüglich der SIRS-2-Zusatzskalen zeigten sich zahlreiche korrelative Zusammenhänge zur selbstberichteten Beschwerdeintensität. Lediglich zur Skala *Direkte Einschätzung der Ehrlichkeit* (DA) und zur Skala *Übergenaue Beschwerdeschilderung* (OS) bestanden keine bzw. geringe Zusammenhänge.

Die einzige SCL-90-R-Subskala ohne Zusammenhänge zu den SIRS-2-Haupt- und Zusatzskalen war die Skala *Phobische Angst*.

#### **4.3.2 Die SIRS-2-Subskalen in der nicht authentischen Untersuchungsgruppe**

In der Gruppe der *nicht authentischen* Beschwerdeschilderung (Siehe Tabelle 12, S. 48) fanden sich insgesamt nur wenige Korrelationen.

Es zeigte sich aber, dass die SCL-90-R-Subskalen *Depressivität* und *Phobische Angst* negative korrelative Beziehungen zu den SIRS-2-Subskalen *Symptom Kombinationen* (SC), *Subtile Beschwerden* (SU) und *Schweregrad der Beschwerden* (SEV) aufweisen.

Dem entgegen stehen die SCL-90-R-Subskalen *paranoides Denken* und *Psychotizismus* mit erhöhten SIRS-2-Werten in den Subskalen *übergenaue Beschwerdeschilderung* (OS), *Geschilderte vs. Beobachtete Beschwerden* (RO) und *Unglaubliche oder Absurde Beschwerden* (IA) in Verbindung.

Tabelle 11: Spearman-Rangkorrelationen zwischen den SCL-90-R- und den SIRS-2-Subskalen in der authentischen Gruppe

SIRS-2-Subskalen	SCL-90-R-Subskalen									
	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit im Sozialkontakt	Depressivität	Ängstlichkeit	Aggressivität	Phobische Angst	Paranoides Denken	Psychotizismus	GSI
SIRS-2-RS	-	0,423*	0,469**	0,497**	-	0,416*	-	0,519**	0,615**	0,537**
SIRS-2-SC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-IA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-BL	0,490**	0,707**	0,762**	0,720**	0,727**	0,478**	-	0,708**	0,751**	0,799**
SIRS-2-SU	-	0,724**	0,699**	0,595**	0,584**	0,596**	-	0,768**	0,679**	0,722**
SIRS-2-SEL	0,398*	0,664**	0,700**	0,660**	0,602**	0,553**	-	0,726**	0,712**	0,710**
SIRS-2-SEV	0,475**	0,770**	0,720**	0,616**	0,673**	0,518**	-	0,728**	0,637**	0,790**
SIRS-2-RO	-	0,366*	-	-	-	-	-	0,400**	-	0,411*
SIRS-2-RS TOTAL	0,371*	0,537**	-	0,370*	-	-	-	-	-	0,429*
SIRS-2-DA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-DS	-	-	0,380*	-	-	0,376*	-	0,406*	0,476**	-
SIRS-2-IF	0,410*	0,457*	0,364*	0,410*	-	0,400*	-	-	-	0,413*
SIRS-2-OS	0,391*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-INC	0,399*	0,421*	-	0,419*	-	-	-	-	-	0,368*

\* Korrelation statistisch signifikant mit  $p < 0,05$ ; \*\* Korrelation statistisch signifikant mit  $p < 0,01$

Tabelle 12: Spearman-Rangkorrelationen zwischen den SCL-90-R- und den SIRS-2-Subskalen in der nicht authentischen Gruppe

SIRS-2-Subskalen	SCL-90-R-Subskalen									GSI
	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit im Sozialkontakt	Depressivität	Ängstlichkeit	Aggressivität	Phobische Angst	Paranoides Denken	Psychotizismus	
SIRS-2-RS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-SC	-	-	-	-0,367*	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-IA	-	-	-	-	-	-	-	-	0,409*	-
SIRS-2-BL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-SU	-	-	-	-	-	-	-0,521**	-	-	-
SIRS-2-SEL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-SEV	-	-	-	-	-	-	-0,407*	-	-	-
SIRS-2-RO	-	-	-	-	-	-	-	-	0,438*	-
SIRS-2-RS TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-DA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-DS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-IF	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SIRS-2-OS	-	-	0,546*	-	-	-	-	0,530**	0,518**	-
SIRS-2-INC	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\* Korrelation statistisch signifikant mit  $p < 0,05$ ; \*\* Korrelation statistisch signifikant mit  $p < 0,01$

## **5 Diskussion**

Im Folgenden Absatz werden die in Absatz 4 ermittelten Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung, ob die Beurteilung einer Aggravation bei Patienten unterschiedlicher subjektiver Intensität der Beschwerden abweichende bzw. unterschiedliche Ergebnisse liefert, näher betrachtet und kritisch hinterfragt.

### **5.1 Limitationen der Arbeit**

Im nächsten Punkt erfolgt zunächst eine Aufzählung möglicher Einschränkungen der Ergebnisse, die sich durch Probleme bei der Stichprobenrekrutierung, beim Versuchsaufbau und beim Studiendesign sowie bei den verwendeten Instrumentarien ergeben können.

Zunächst erfolgt aber eine kritische Würdigung der eingesetzten Untersuchungsmethodik.

#### **5.1.1 Rekrutierung und Stichprobe**

Zunächst erwies sich die Anzahl an Patienten in der zur Auswahl der Patienten herangezogenen Ambulanzdatei als sehr eindrücklich (n=1534). Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe 3.1.2 Deskriptive Stichprobenbeschreibung) dezimierte sich die mögliche Patientenzahl jedoch auf n=187. Bereits bei diesem möglichen Patientenkollektiv zeigte sich eine deutlich höhere Quote an Frauen. Es ist folglich nicht verwunderlich, dass sich in der endgültigen Stichprobengröße ebenso ein höherer Frauenanteil von 70% (n=42 Frauen zu n=18 Männer) zeigt. Ein weiterer Grund für den hohen Anteil an Frauen in der hier vorliegenden Studie ist die höhere Rate diagnostizierter Depressionen unter Frauen. Kessler (2003) gibt diese Rate, wie oben beschrieben, mit einem geschlechtlichen Unterschied von 2:1 zulasten der Frauen an.

Des Weiteren erwies sich die Herstellung des Kontaktes zu möglichen Probanden als äußerst zeitintensiv und kompliziert. Einige Patienten waren telefonisch zum Beispiel aufgrund fehlender oder falscher Telefonnummern schwer zu erreichen. Ein weiteres Problem stellte die z.T. unentschuldigte Abwesenheit der Probanden an den vereinbarten Terminen dar. Andere zeigten von Anfang an wenig bis kein Interesse an der Studienteilnahme. Eine mögliche Aufwandsentschädigung in zukünftigen Studien

könnte die Motivation zur Teilnahme erhöhen.

Insgesamt ist die Stichprobenmenge von  $n=60$  Personen relativ selektiv. Im engen Zeitplan der übergeordneten Validierungsstudie (siehe 3.1 Beschreibung der Stichprobe) war eine größere Stichprobenmenge allerdings weder personell noch logistisch zu realisieren.

Die T-Werte der SCL-90-R deuten darauf hin, dass sich die Patienten im Mittel in einem deutlich erhöhten Beschwerdeerleben befinden (T jeweils  $>60$ , vgl. Tabelle 6, S.40). Dabei zeigen sich sehr hohe Werte in der Skala Depressivität. Dies deutet darauf hin, dass die hier untersuchte Studienpopulation wie beabsichtigt substantiell depressiv ist.

### **5.1.2 Versuchsaufbau und Studiendesign**

Die hier vorliegende Arbeit entspricht den wissenschaftlichen und ethischen Standards. Die Prüfung des Ethikvotums erfolgte durch die Ethikkommission der Martin-Luther Universität Halle (Saale).

Die Zusendung der Aufklärung und des Einwilligungsformulars erfolgte schriftlich mit ausreichend zeitlichem Vorlauf von mindestens 3 Tagen. Das Lösen im Vorfeld an die Instruktionen diente zum einen dem Ausschluss systematischer Unterschiede zwischen den zwei Untersuchungsgruppen und zum anderen einer guten Vergleichbarkeit durch gleiche Größe der Untergruppen.

Im weiteren Verlauf der Untersuchung zeigte sich, dass pro Proband ein sehr hoher zeitlicher Rahmen von ca. 1-1,5 h eingeplant werden musste. Die notwendige räumliche Trennung der beiden Untersucher erforderte zudem eine genaue und sorgfältige Terminplanung.

Die Sicherung des Instruktionsverständnisses des Patienten erfolgte durch standardisierte Instruktionen und die zusätzliche Wiedergabe in eigenen Worten nach erfolgter Befragung. Dennoch ist davon auszugehen, dass es den Probanden der verschiedenen Gruppen unterschiedlich gut gelang, die erfolgten Instruktionen umzusetzen. Vor allem in der nicht authentischen/übertriebenen Gruppe wurde ein hohes Maß an Motivation und schauspielerischen Fähigkeiten abverlangt. Dies zeigt sich auch anhand des am Ende der Untersuchung ausgehändigten Adherence-Checks. Den Probanden der authentischen/ehrlichen Gruppe gelang es signifikant besser, die

erfolgten Instruktionen auszuführen, als den Patienten der nicht authentischen/übertriebenen Gruppe.

Entsprechend 3.3 Durchführung der Untersuchung und Untersuchungsdesign wurde die hier vorliegende Studie einfach verblindet. Den Goldstandard stellt hingegen eine Doppelblindstudie dar, in der weder der Patient noch der Untersucher über die Gruppenzugehörigkeit des Patienten informiert ist. Dies war allerdings aufgrund des eingesetzten Untersuchungsdesigns nicht zu erfüllen.

### **5.1.3. Instrumentarium**

#### *Erfassung des individuellen Belastungserlebens*

Zur Erfassung des individuellen Belastungserlebens erfolgte mit der Zusendung der Patienteninformation und der schriftlichen Einverständniserklärung ebenfalls die Zusendung der zuhause auszufüllenden SCL-90-R. Im Vorfeld der Untersuchung wurde die SCL-90-R auf Vollständigkeit überprüft und im Falle von fehlenden Antworten durch die Probanden ergänzt. Die Antworten beruhen auf dem subjektiven Befinden der Probanden.

Die SCL-90-R ist ein verhältnismäßig langes Instrumentarium zur Erfassung der subjektiven Belastungsschwere psychischer Störungen und besteht aus 90 Items. Schmitz et al. (2000) beschreiben in ihrer deutschen Studie zur Validität der SCL-90-R gute interne Konsistenzen (Cronbachs- $\alpha=0.78-0.90$ ) und unterstützen damit die Reliabilität der SCL-90-R.

Einen Kritikpunkt, der bereits von mehreren Autoren angesprochen wurde, stellen die recht hohen Interkorrelationen der Skalen der SCL-90-R dar. Insgesamt wird in der Literatur eher von einem varianzstarken Generalfaktor – dem *global distress Factor* – ausgegangen (z.B. Rauter et al., 1996; Vassend et al., 1999). Hessler et al. (2001) beschreiben für diese Gesamtskala eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs- $\alpha=0,97$ ). Laut Franke (2002) geht die Forderung nach niedrigen Interkorrelationen jedoch am Konzept der Symptombelastung vorbei, da einige Symptome, ähnlich eines Syndrom, oft zusammen auftreten können (z.B. die Skalen-Trias *Depressivität, Ängstlichkeit, Psychotizismus* bei an HIV erkrankten Personen).

Hessler et al. (2001) berichten des Weiteren von der insgesamt unbestrittenen



praktischen Relevanz der SCL-90-R zur Erfassung von Beschwerden und Problemen in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Sie zweifeln aufgrund der vergleichsweise großen Item Anzahl jedoch an der ökonomischen Einsetzbarkeit. In zukünftigen Studien könnte diesbezüglich auf die kurze Version der SCL-90-R, das Brief Symptom Inventory (BSI), zurückgegriffen werden.

Das BSI besteht aus 53 der ursprünglichen 90 Items und erfasst die psychische Belastung in den vergangenen sieben Tagen. Damit beschränkt sich der Zeitaufwand für die Probanden auf weniger als 10 Minuten. Die Auswertung erfolgt analog zur SCL-90-R. Die Testung auf Reliabilität erbrachte gute interne Konsistenzen zwischen 0,63 (*Psychotizismus*) und 0,85 (*Depressivität*) (Franke, 2000). Damit stellt das BSI eine gute und kurze Alternative für die SCL-90-R dar.

Dem Leser sollte hier durchaus bewusst sein, dass das volle Ausmaß des Belastungserlebens einer Erkrankung jedoch niemals alleine anhand eines subjektiv ausgefüllten Fragebogens widerspiegelt werden kann.

Jede Abfrage eines Fragebogens oder die Durchführung eines Interviews ist zudem eine Situation, in der mit Antwortverzerrung (engl. Response-Bias) zu rechnen ist. So sind die subjektiven Angaben des Patienten in der SCL-90-R z.B. anfällig für den Effekt der sozialen Erwünschtheit. Dies bedeutet, dass der Proband entsprechend sozialer Normen oder der von ihm erwarteten Meinung des Untersuchers antwortet.

#### *Erfassung der Authentizität und Aggravation mit Hilfe des SIRS-2*

Mit dem Auftreten von Response-Bias ist sowohl in der SCL-90-R als auch im SIRS-2 zu rechnen. Letzterer beinhaltet zum Teil sehr persönliche und womöglich unangenehme Fragen (z.B. Frage 63: „Haben sie starke Kopfschmerzen zur selben Zeit, wenn Sie abnorme sexuelle Gedanken haben“). Eine Verzerrung der Antworten aufgrund der unangenehmen Situation ist hier denkbar.

Im Vorfeld der Patientenbefragung erfolgte eine sorgfältige Einführung und Anleitung aller an der Studie beteiligten Untersucher zur Anwendung und Auswertung des SIRS-2. Von einer fachgerechten Anwendung des SIRS-2 ist somit auszugehen. Jedes der in die Untersuchung eingegangenen SIRS-2 wurde vollständig vom Untersucher ausgefüllt.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte durch mindestens zwei Personen, unabhängig

voneinander. Um Fehler in der Auswertung zu vermeiden, war die entsprechende Untersuchungsbedingung während der Auswertung nicht bekannt.

## **5.2 Interpretation der Untersuchungsergebnisse**

### **5.2.1 Das erfasste Belastungserleben der SCL-90-R in den Untersuchungsgruppen**

Bei einem genauen Vergleich der authentischen und der nicht authentischen Untersuchungsgruppe, fand sich kein Unterschied bezüglich ihrer soziodemographischen Merkmale. Zu diesen Merkmalen gehören das Alter, das Geschlecht, der Familienstand, die Bildung und die gestellte Diagnose der komorbiden Persönlichkeitsstörung und der Depression (Vgl. 4.1 Gruppenbildung).

Des Weiteren zeigte sich bei dem durch die SCL-90-R erfassten Belastungserleben in den Untersuchungsgruppen in keiner der Subskalen ein signifikanter Unterschied (vgl. Tabelle 6, S.40).

Dies bedeutet, dass sich die in die Studie eingeschlossenen Gruppen zunächst nicht voneinander unterscheiden. Es zeigt sich kein Unterschied der authentischen und nicht authentischen Untersuchungsgruppe bezüglich des vor der Instruktionsergabe erfassten Belastungserlebens. Damit bestätigt sich Hypothese 1 (siehe 3.4.1 Hypothesen, S. 37).

### **5.2.2 Beschwerdeauthentizität in den SIRS-2-Subskalen**

Die SIRS-2-Subskalenwerte wiesen in der nicht authentischen Gruppe signifikant höhere Werte auf (siehe Tabelle 7 auf S. 41) als in der authentischen Gruppe. Lediglich eine Skala zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Dies betraf die Skala *direkte Einschätzung von Ehrlichkeit* (DA). Damit lag in keiner der Gruppen eine offene Einräumung von reduzierter Offenheit im Kontakt zu Behandlern vor. Dieses Antwortverhalten ist keine große Überraschung und vor allem in der nicht authentischen Gruppe aufgrund der vorher ausführlich erteilten Instruktion zu erwarten gewesen. Bereits im Testmanual von Schmidt et al. (in Vorbereitung) wird die DA-Skala kritisch betrachtet. Es wird betont, dass die Zusatzskala zwar weitere Informationen zur Interpretation des Antwortverhaltens gibt, allerdings nicht wie die Hauptskalen in die abschließende Bewertung durch das SIRS-2 eingeht. Somit wird das endgültige Ergebnis nicht durch diese Skala beeinflusst bzw. verändert. Trotz gleicher initialer

soziodemographischer Merkmale und Beschwerdeschilderung zeigten sich folglich bei instruierter, nicht authentischer Interviewsituation erhöhte SIRS-2-Werte in allen Subskalen außer der Skala *Direkte Einschätzung von Ehrlichkeit*.

Betrachtet man die durch das SIRS-2 erfolgte Klassifizierung der Probanden (vgl. Tabelle 8 auf S. 42), entsprach diese bei 41 von 60 Personen (68,3%) der zuvor erteilten Gruppenzuordnung. In der authentischen Gruppe wurde, im Gegensatz zur nicht authentischen Gruppe, kein Proband fälschlich klassifiziert. Außerdem gelang bei lediglich 5 Probanden keine eindeutige Zuordnung. In der nicht authentischen Gruppe wurden hingegen 13 Probanden nicht eindeutig klassifiziert. Diese Unterschiede in der Klassifikation können in Verbindung mit den Ergebnissen des Adherence-Checks stehen. Hier zeigte sich, dass es den Probanden der authentischen Gruppe signifikant besser gelang, die erfolgten Instruktionen zu befolgen. Im Rückschluss ist im Bereich der nicht authentischen Beschwerdeschilderung mit Ergebnis verfälschenden Antworten in Richtung der authentischen Beschwerdeschilderung zu rechnen. Dies wiederum würde die erschwerte Klassifikation der nicht authentischen Probanden durch das SIRS-2 erklären.

In der Zusammenschau der Befunde führten unterschiedliche Instruktionen zu einer vollständigen Unterschiedlichkeit hinsichtlich der Beschwerdeschilderung in der Interviewsituation. Ebenso zeigten sich signifikante Unterschiede in der abschließenden Bewertung der Symptomschilderung. Hypothese 2 (siehe 3.4.1 Hypothesen, S. 37) kann somit angenommen werden.

### **5.2.3 Das Belastungserleben der Untersuchungsgruppen und die Klassifikation des SIRS-2**

Im Vergleich der durch das SIRS-2 korrekt zugeordneten (n=41) zu den inkorrekt zugeordneten (n=19) Probanden fanden sich in allen Subskalen der SCL-90-R keine signifikanten Werte (Vgl. Tabelle 9, S. 43).

Dadurch zeigt sich, dass die Zuordnungsgüte des SIRS-2, also die korrekte oder inkorrekte Klassifizierung der Probanden entsprechend der erteilten Gruppenzuordnung, in keinem Zusammenhang zur Intensität der im Vorfeld selbstberichteten Beschwerden stand.

Auch die differenziertere Betrachtung der Probanden in den Untergruppen **korrekt**

**authentisch** (n=26), **korrekt nicht authentisch** (n=16) und **nicht eindeutig** (n=18) zeigten keine signifikanten Unterschiede in der ursprünglich erfassten Beschwerdeintensität (Vgl. Tabelle 10, S.44).

Hypothese 3 (siehe 3.4.1 Hypothesen, S. 37) kann somit verifiziert werden, da die Klassifizierung durch das SIRS-2 nicht von der selbstberichteten Belastung abhängig ist.

#### **5.2.4 Korrelationen zwischen den SCL-90-R- und den SIRS-2-Subskalen in den Untersuchungsgruppen**

Bei gründlicher Betrachtung der Subskalen der SCL-90-R und des SIRS-2 war im Rahmen der authentischen Beschwerdeschilderung ein erhöhtes Belastungserleben assoziiert mit erhöhten Werten der SIRS-2-Subskalen. In der Gruppe der nicht authentischen Beschwerdeschilderer hingegen fanden sich weniger derartige Korrelationen.

In der zuletzt genannten Gruppe zeigte sich allerdings, dass eine erhöhte selbstberichtete Depressivität mit niedrigen SIRS-2-Werten im Bereich der Subskala *Symptomkombinationen* (SC) korrelierte. Negative Korrelationen, also erniedrigte SIRS-2-Werte, fanden sich außerdem zwischen der selbstberichteten Psychopathologie *phobische Angst* und den SIRS-2-Subskalen *Subtile Beschwerden* (SU) und *Schweregrad der Beschwerden* (SEV) (Vgl. Tabelle 12 auf S.48). Diese negativen Korrelationen lassen vermuten, dass eine hohe individuelle Belastung durch Depressivität möglicherweise schützend ist vor einer erhöhten Angabe von unwahrscheinlichen Symptomkombinationen im SIRS-2. Ebenso schützt eine hohe Belastung durch phobische Angst vermutlich vor der erhöhten Angabe von subtilen Beschwerden und einem erhöhten Schweregrad der Beschwerden im SIRS-2.

Erhöhte SIRS-2-Werte, also positive Korrelationen, fanden sich insbesondere in den SCL-90-R-Subskalen *paranoides Denken* und *Psychotizismus*, aber auch in der Subskala *Unsicherheit im Sozialkontakt*. Bezüglich der SCL-90-R-Subskala *Psychotizismus* fanden sich positive Korrelationen in den SIRS-2-Subskalen *Geschilderte vs. Beobachtete Beschwerden* (RO), *Unglaubliche oder Absurde Beschwerden* (IA) und *Übergenaue Beschwerdeschilderung* (OS). Dem entgegen fanden sich in der SCL-90-R-Subskala *paranoides Denken* und *Unsicherheit im Sozialkontakt*

lediglich erhöhte SIRS-2-Werte im Bereich *Übergenaue Beschwerdeschilderung* (OS) (Vgl. Tabelle 12, S.48). Diese positiven Werte legen nahe, dass erhöhtes Belastungserleben im Bereich Psychotizismus, paranoidem Denken und Unsicherheit im Sozialkontakt mit Aggravation assoziiert sein kann.

### **5.3 Befunde in Bezug zum theoretischen Kontext**

Als wichtiges Fazit aus den oben genannten Ergebnissen ergibt sich, dass die Beurteilungsgüte des SIRS-2 unabhängig von der subjektiven Beschwerdeintensität war. Damit erlaubt es im Bereich der ärztlichen Begutachtung auch bei psychisch stärker belasteten Probanden eine breite und sichere Anwendung.

Für den Gutachter stellt das SIRS-2, soweit i.R. der vorliegenden Fragestellung prüfbar, somit ein zuverlässiges Werkzeug zur Klassifizierung von Patienten hinsichtlich einer möglichen Aggravation dar (wobei die Gütekriterien des SIRS-2 anderweitig im Rahmen des Gesamtprojektes dargestellt werden).

Es fand sich kein systematischer Zusammenhang zwischen der Symptomschwere und der Auswertung durch das SIRS-2. Die Untersuchungsergebnisse des SIRS-2 wurden folglich nicht durch Unterschiede in der Symptomschwere einzelner Patienten verfälscht. Dies kommt dem Gutachter bezüglich der im Gutachten geforderten Objektivität und der möglichst wahrheitsgemäßen Darstellung der Einschränkungen des Patienten durch Depression zugute.

Die Abbildung der tatsächlich vorhandenen Symptomschwere des Patienten im Rahmen von Begutachtungen ist zudem wirtschaftlich von großer Bedeutung. Für eine adäquate Leistungsbemessung ist eine Bestimmung des tatsächlichen Beschwerdeausmaßes von essentieller Bedeutung. Das SIRS-2 kann dabei helfen, nicht authentisch dargestellte Beschwerden aufzudecken. Gleichzeitig dient es dazu, authentische Beschwerdeschilderung zu sichern. Dadurch können Leistungen insgesamt nachvollziehbarer zugeteilt werden.

Für den aggravierenden Patienten selbst bedeutet eine zuverlässige Einordnung des SIRS-2 einen Wegfall von negativer bzw. positiver Verstärkung des Vermeidungsverhaltens. Ein Patient kann durch eine seiner Aggravation entsprechende Klassifizierung und dem damit verbundenen persönlichen Vorteil (z.B. Rentenzahlung)

in seiner Aggravation bestärkt werden. Bei wahrheitsgetreuer Klassifikation entfällt dieser sogenannte sekundäre Krankheitsgewinn. Der Patient wird somit nicht in seinem negativen Verhalten unterstützt.

Die korrekte Klassifizierung aggravierender Personen vermindert außerdem die Stigmatisierung von zu Recht verrenteten Patienten. Die Anerkennung von durch die psychische Erkrankung tatsächlich schwer beeinträchtigten Personen kann konsekutiv steigen, da durch das SIRS-2 (zumindest z.T.) unrechtmäßige Rentenbewilligungen unterbunden werden können.

Bei der Auswertung der Befunde zeigte sich außerdem, dass das Belastungserleben bei ehrlichen/authentischen Beschwerdeschilderern in nahezu allen Bereichen der SCL-90-R mit erhöhten SIRS-2-Subskalen in positivem Zusammenhang stand.

Bei aggravierter/nicht authentischer Beschwerdeschilderung hingegen, war dies in weit geringerem Umfang der Fall. Es fanden sich sogar negative Zusammenhänge zu selbstberichteter hoher Belastung durch Depressivität und Phobische Angst. Diese negativen Korrelationen sind ein erster Hinweis darauf, dass eine psychische Belastung durch Depression einen Schutzeffekt bezüglich der Anwendung von Aggravation darstellen könnte.

Betrachtet man die Zusammenhänge in der Gruppe der authentischen Beschwerdeschilderung genauer, zeigten sich bezüglich der durch die SCL-90-R gemessene *Somatisierung* erhöhte Angaben von *Offenkundigen Beschwerden (BL)*, *Selektivität der Beschwerden (SEL)* und *Schweregrad der Beschwerden (SEV)*. Hält man sich vor Augen, was Somatisierung bedeutet, ist dieser Trend nachvollziehbar. Bei Somatisierung leidet der Patient unter körperlichen Symptomen ohne ein entsprechendes organisches Korrelat. Die psychischen Beschwerden führen folglich zu einem körperlichen Unwohlsein. Da psychische Beschwerden von außen nicht ersichtlich sind, liegt es nahe, dass der Patient, um seine Beschwerden zu verdeutlichen, offenkundiger von diesen berichtet, diese generell verdeutlicht und einige dieser Beschwerden als nicht bewältigbar einstuft.

Bei Personen mit hoher Belastung durch Zwang zeigen sich neben einem ausgeprägten Perfektionismus auch Anpassungsschwierigkeiten und Probleme bei der Entscheidungsfindung. Das hohe Maß an Perfektionismus erklärt die positiven

Zusammenhänge der authentischen Beschwerdeschilderung zwischen der SCL-90-R Subskala *Zwang* und den SIRS-2-Subskalen *Seltene Beschwerden* (RS), *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Beschwerden* (SU), *Selektivität der Beschwerden* (SEL), *Schweregrad der Beschwerden* (SEV) und *Geschilderte vs. Beobachtete Beschwerden* (RO). Perfektionistisch veranlagte Menschen neigen dazu, bei ihren Beschwerden nichts auszulassen und keine Beschwerden zu übersehen oder zu vergessen. Somit ist es denkbar, dass durch die exakte Schilderung der Beschwerden insgesamt ein erhöhter Schweregrad imponiert, vermehrt seltene und auch subtile Symptome genannt werden (um keine Symptome auszulassen) und ebenso offenkundige Beschwerden vermehrt dargestellt werden. Gleichzeitig geht dadurch jedoch auch die Selektivität der Beschwerdeschilderung verloren. Zuletzt genannter Verlust der Beschwerdeselektivität kann durch o.g. Schwierigkeit bei der Anpassung der Entscheidungsfindung zusätzlich verstärkt werden.

Bei der SCL-90-R Subskala *Unsicherheit im Sozialkontakt* zeigten sich positive Zusammenhänge mit den SIRS-2-Subskalen *Seltene Beschwerden* (RS), *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Beschwerden* (SU), *Selektivität der Beschwerden* und *Schweregrad der Beschwerden* (SEL, SEV). Unsicherheit im Sozialkontakt ist ein Sammelbegriff für beeinträchtigtes und unangemessenes Sozialverhalten. Patienten mit hoher Belastung durch Unsicherheit im Sozialkontakt zeigen ein hohes Maß an erlernter Hilflosigkeit. Dadurch bedingt haben sie in Anwesenheit anderer Angst und vermeiden bevorzugt soziale Interaktionen und Konflikte. Patienten mit entsprechend hoher Belastung in diesem Bereich könnten im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten und somit vermehrt Symptome angeben, die o.g. positive Zusammenhänge bewirken.

Eine erhöhte Angabe von *Depressivität* im Rahmen der SCL-90-R und der authentischen Beschwerdeschilderung zeigte positive Zusammenhänge zu den SIRS-2-Subskalen *Seltene Symptome* (RS), *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Beschwerden* (SU), *Selektivität und Schweregrad der Beschwerden* (SEL, SEV). Der positive Zusammenhang zur Skala *Subtile Beschwerden* ist nicht verwunderlich: Wie bereits unter 2.2.4 Diagnostik, Symptome und Einteilung erwähnt, gehen depressive Erkrankungen mit unspezifischen und in der Bevölkerung allgemein häufig auftretenden Symptomen einher. Der Zusammenhang zur Skala *Seltene Symptome* lässt sich durch die in der kognitiven Triade von Aaron T. Beck erwähnte negative Sicht auf die

Umwelt, Zukunft und sich selbst erklären. Laut diesem Modell neigen depressive Menschen dazu, vermehrt negative Aspekte um sich herum und an sich selbst festzustellen. Dadurch stellen sie aber gegebenenfalls ungewöhnliche Symptome fest, die insgesamt selten auftreten. Auch der Bezug zur Skala *Offenkundige Beschwerden* ist bei hoher Belastung durch Depression nicht verwunderlich. Depressive Menschen leiden unter Schwerkummer, Selbstvorwürfen, haben die Neigung dazu zu weinen, sehen sich selbst als Wertlos an. Das sind alles Symptome, die von Außenstehenden wahrzunehmen sind. Gleichzeitig lässt sich durch die kognitive Triade auch der positive Effekt bezüglich der Skala *Schweregrad der Symptome* erklären. Der positive Zusammenhang zu einem Verlust der *Selektivität der Beschwerden* ist auf die bei Depression oft vorhandene Denk- und Konzentrationshemmung zurückzuführen.

Eine erhöhte Angabe von *Ängstlichkeit* in der SCL-90-R steht in positivem Verhältnis zur vermehrten Angabe von *Offenkundigen Beschwerden* (BL), *Subtilen Beschwerden* (SU), *Selektivität* und *Schweregrad der Beschwerden* (SEL, SEV). Hohe Werte im Bereich *Ängstlichkeit* gehen mit Nervosität, innerem Zittern, Furchtsamkeit, Ruhelosigkeit und zum Teil auch Schreckanfällen bis hin zu Panikanfällen einher. All dies sind Symptome, die von Außenstehenden deutlich zu beobachten und damit offenkundig sind.

Ein erhöhter Wert auf der Skala *Aggressivität* der SCL-90-R geht mit dem Gefühl einher, leicht reizbar bzw. verärgert zu sein, machtlos gegenüber Gefühlsausbrüchen zu sein, dem Drang, jemanden schlagen oder verletzen zu wollen bzw. Schmerzen zuzufügen oder auch dem Drang dazu, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern. In der Auswertung dieser Arbeit zeigten sich erhöhte Werte auf der Skala der *Aggressivität* in positivem Zusammenhang mit erhöhten Werten in den SIRS-2-Subskalen *Seltene Symptome* (RS), *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Beschwerden* (SU), *Selektivität der Beschwerden* (SEL), *Defensive Beschwerden* (SEV) und *Absurde Fehler* (IF).

Eine erhöhtes Belastungserleben der Skala *Paranoides Denken* zeigt einen positiven Zusammenhang zu den SIRS-2-Subskalen *Seltene Symptome* (RS), *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Beschwerden* (SU), *Selektivität der Beschwerden* (SEL), *Schweregrad der Beschwerden* (SEV), und *Defensive Beschwerden* (DS). Patienten mit



hoher Belastung der Skala *Paranoides Denken* sind scharfsinnig, aber auch misstrauisch. Sie neigen dazu, die Absichten anderer ausgiebig zu ergründen, nehmen sie häufig aber auch verzerrt wahr. Außerdem haben sie klare eigene Vorstellungen und Absichten und neigen dazu, auf ihnen zu beharren, wenn andere Menschen anderer Ansicht sind.

*Psychotizismus* ist geprägt von einem Realitätsverlust und Störungen im Denken, Fühlen und Verhalten. In dieser Studie korrelierte eine erhöhte Belastung in der Skala *Psychotizismus* mit erhöhten Werten in den SIRS-2-Subskalen *Seltene Symptome* (RS), *Offenkundige Beschwerden* (BL), *Subtile Beschwerden* (SU), *Selektivität der Beschwerden* (SEL), *Schweregrad der Beschwerden* (SEV) sowie *Defensive Beschwerden* (DS). All diese erhöhten Werte sind zurückzuführen auf unsoziales, ungewöhnliches, wenig kontrolliertes und von Außenstehenden als seltsam eingestuftes Verhalten.

In der Gruppe der nicht authentischen Beschwerdeschilderung fanden sich, wie oben bereits erwähnt, neben positiven Zusammenhängen auch negative Zusammenhänge zwischen der SCL-90-R und dem SIRS-2. Diese Zusammenhänge zeigten sich interessanterweise vor allem zwischen den Skalen, bei denen in der Gruppe der authentischen Beschwerdeschilderer keine Zusammenhänge zu finden waren (*Übergenaue Beschwerdeschilderung* (OS), *Symptomkombinationen* (SC)).

Die positiven Zusammenhänge zwischen den SCL-90-R Subskalen und den SIRS-2-Subskalen in der nicht-authentischen Gruppe sind vermutlich vor allem auf die vorher erfolgte Instruktion zur Übertreibung zurückzuführen.

Bezüglich der SCL-90-R Subskalen *Paranoides Denken* und *Psychotizismus* und den positiven Zusammenhängen zur SIRS-2-Subskala *Übergenaue Beschwerdeschilderung* (OS) ist zudem eine Antwortverzerrung aufgrund des erhöhten Belastungserlebens denkbar. Hohe Werte der Skala *Paranoides Denken* gehen u.a. mit dem Gefühl mangelnder Anerkennung einher. Probanden mit erhöhtem Belastungserleben in diesem Bereich könnten somit ihre Symptome nicht nur durch die vorher erfolgte Instruktion übergenau schildern, sondern auch, um beim Untersucher einen guten Eindruck zu hinterlassen. Hohe Werte der Skala *Psychotizismus* gehen z.B. mit dem plötzlichen Auftauchen von Gedanken bis hin zu Halluzinationen einher, die das Antwortverhalten

im Sinne der übergenauen Beschwerdeschilderung beeinflussen können.

Weitere positive Zusammenhänge fanden sich zwischen der Subskala *Psychotizismus* und den SIRS-2-Subskalen *Unglaubliche oder Absurde Beschwerden* (IA) und *Beobachtete vs. Berichtete Beschwerden* (RO).

Negative Zusammenhänge sind in der nicht-authentischen Beschwerdeschilderung eigentlich kaum zu erwarten gewesen. Aufgrund der Instruktion, Symptome auszusmücken, würde man eher positive Zusammenhänge zwischen den SCL-90-R- und den SIRS-2-Subskalen erwarten. Dennoch fanden sich negative Zusammenhänge.

Diese zeigten sich zum einen zwischen der SCL-90-R Subskala *Phobische Angst* und den SIRS-2-Subskalen *Subtile Beschwerden* (SU) und *Schweregrad der Symptome* (SEV). Hohe Werte in der SCL-90-R-Subskala *Phobische Angst* korrelieren mit Vermeidungs- und Fluchtverhalten sowie mit ausdauernder und unangemessener Furcht vor Personen und Situationen. Dies beschreibt sehr gut, warum Patienten mit hoher Belastung in der Skala *Phobische Angst* geringere Angaben in der Skala *Schweregrad der Symptome* aufweisen. Die Patienten möchten der für sie unangenehmen Situation entkommen und antworten relativ schnell und einfach auf gestellte Fragen zu ihrer Erkrankung. Mit Schilderung einer geringeren Belastung können Nachfragen vermieden werden. Somit kann der Proband dieser Situation entfliehen. Um ein Bild der geringen Belastung zu erzeugen, werden auch subtile Symptome in geringem Umfang dargestellt und heruntergespielt. Dadurch erklären sich die negativen Korrelationen.

Auch im Bereich *Depressivität* fand sich ein negativer Zusammenhang und zwar zur SIRS-2-Subskala *Symptomkombinationen* (SC). Um diesen Zusammenhang nachzuvollziehen, lohnt sich ein genauer Blick auf die durch die SCL-90-R erfasste Belastung durch Depression. Hohe Werte sprechen für Interessenverlust, Energielosigkeit, Schwermut, Hoffnungslosigkeit, Verlangsamung in der Bewegung und im Denken. Vor allem der letzte Punkt ist für diesen Zusammenhang von großer Bedeutung. Eine hohe Belastung durch Depressivität beeinflusst das Denken und führt oft zu einer Hemmung der Denkfähigkeit. Stark depressiven Patienten fällt es schwer, sich zu konzentrieren. Dadurch ist jedoch das Befolgen der erfolgten Instruktion stark beeinträchtigt. Dass sich hier ein negativer Zusammenhang fand, ist folglich nicht verwunderlich.

Interessant ist, dass diese negativen Zusammenhänge bestanden, obwohl der Proband im Vorfeld zur Übertreibung der Symptome instruiert wurde. Gleichzeitig bestanden kaum positive Zusammenhänge. Dies ist ein Hinweis darauf, dass eine hohe Belastung durch psychische Erkrankungen möglicherweise wie ein Schutzfaktor vor der Anwendung von Verfälschungstendenzen wirken kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Wie in Tabelle 8 auf S. 42 ersichtlich, ist das SIRS-2 durchaus fähig, verlässliche Aussagen über authentische und nicht authentische Beschwerdeschilderung zu treffen. Die Beurteilung mittels SIRS-2 ist einerseits also zuverlässig, andererseits sollte die Beurteilung immer im Kontext mit der individuellen Symptomatik der Patienten erfolgen. Die Interpretation von erhöhten SIRS-2-Skalenwerten kann nicht zwangsläufig mit Aggravation im Sinne eines Täuschungsvorhabens gleichgesetzt werden. Vielmehr werden die erhöhten Skalenwerte durch Prozesse der Grunderkrankung vermittelt bzw. begünstigt. Die abschließende Bewertung einer Aggravation durch das SIRS-2 sollte folglich immer zusammen mit einer genauen Exploration der Psychopathologie erfolgen.

#### **5.4 Ausblick**

Wichtig ist anzumerken, dass das individuelle Belastungserleben in der vorliegenden Studie vor Erteilung der Instruktion erfasst wurde. Somit erfolgte die Bestandsaufnahme des psychischen Belastungserlebens unabhängig von einer möglichen Aggravationsneigung. In einer realen Begutachtungssituation ist demgegenüber damit zu rechnen, dass Patienten mit Anwendung von Aggravation auch die SCL-90-R oder andere hinzu geschaltete Instrumente unter Einfluss dieser Verfälschungstendenz ausfüllen.

In einer zukünftigen Studie könnte man die Probanden die SCL-90-R unter instruiert aggravierten Bedingungen ausfüllen lassen, um die oben geschilderten Zusammenhänge genauer zu untersuchen.

Um einen differenzierteren, möglicherweise sogar schützenden Einfluss von Depressivität auf das Anwenden von Aggravation zu untersuchen, wäre es hilfreich, ein auf die Erfassung der Depression beschränktes Instrumentarium zu nutzen. Beispielhaft seien hier das Becks Depression-Inventar II (BDI II; Hautzinger et al., 2006) als

Selbstbeurteilungsbogen und die Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D; Hamilton, 1960) als Fremdbeurteilungsverfahren zu nennen.

## **6 Zusammenfassung**

Die Anwendung von Aggravation und anderen Verfälschungstendenzen stellt ein ernstzunehmendes Problem für die Beurteilungsgüte dar. Aggravation ist allgegenwärtig anzutreffen – nicht nur im Erwachsenen-, sondern auch im Kindesalter (Peebles et al., 2002) - und birgt die Gefahr der Fehleinschätzung einer tatsächlich vorhandenen Belastung durch eine psychische Erkrankung. Dies kann z.B. bei einem Verrentungsverfahren zur Leistungsbewilligung führen, obwohl bei einem Patienten eine Arbeitsfähigkeit besteht.

Auch wenn im deutschen Sprachgebrauch bereits Beschwerdevalidierungstests vorhanden sind, stellt die Aggravation (bzw. stellen Verfälschungstendenzen an sich) ein insgesamt wenig erforschtes Gebiet dar. In der Literatur kann bis heute keine genaue Aussage zur Prävalenz gegeben werden. Mit Hilfe der deutschen Adaptation des SIRS-2 soll im Rahmen dieser Studie ein gutes Instrument zur Diagnostik einer möglicherweise vorliegenden Anwendung von Aggravation vorgestellt werden.

Die Studie zeigt: Das SIRS-2 ist gut dafür geeignet, bei einer klinischen Population mit Depression als Grunderkrankung authentisches von nicht authentischem Antwortverhalten zu unterscheiden. Allerdings ist bei der Klassifizierung Vorsicht geboten. Eine Genaue Untersuchung von Zusammenhängen zwischen einer Aggravation (gemessen durch das SIRS-2) und der psychopathologischen Belastung durch psychiatrische Erkrankungen (gemessen durch die SCL-90-R) zeigte zahlreiche Zusammenhänge sowohl in der authentischen, als auch in der nicht-authentischen Untersuchungsgruppe. In der authentischen Gruppe zeigten sich viele positive Zusammenhänge, die verdeutlichen, dass eine hohe Belastung positiv mit einer vermehrten Angabe von Aggravation korrelieren kann. Davon wurde die Klassifikation authentisch vs. nicht-authentisch allerdings nicht wesentlich beeinflusst. In der nicht-authentischen Gruppe zeigten sich nicht nur weniger sondern zusätzlich auch negative Zusammenhänge. Dies liefert einen ersten Hinweis darauf, dass eine hohe Belastung durch Depression und phobische Angst möglicherweise vor der Anwendung von Aggravation schützen kann.

Insgesamt zeigt sich, dass die abschließende Beurteilung einer möglichen Aggravation

durch das SIRS-2 nur auf dem Boden einer genauen psychopathologischen Exploration erfolgen sollte.

Mögliche Folgestudien können auf dieses Ergebnis aufbauen und den Einfluss der untersuchten Psychopathologie auf das Anwenden von Verfälschungstendenzen noch differenzierter untersuchen. Während in der hier vorliegenden Studie die Belastung durch insgesamt 9 psychische Beschwerden untersucht wurde, sollten zukünftige Studien sich auf einzelne Symptome – z.B. lediglich die Belastung durch Depression – konzentrieren. Das SIRS-2 stellt für Projekte, die auf diese Studie aufbauen, einen adäquaten Test zur Beurteilung einer Anwendung von Aggravation dar.

## 7 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie AMDP: Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 8. überarbeitete Aufl. Hogrefe, Göttingen, 2007.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression. Deutschsprachige Ausgabe. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1999.
- Cassano P, Fava M (2002) Depression and public health: an overview. Journal of Psychosomatic Research 53(4):849-857.
- Cima M, Hollnack S, Kremer K, Knauer E, Schellbach-Matties R, Klein B et al. (2003) "Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome": Die deutsche Version des „Structured Inventory of Malingered Symptomatology: SIMS". Nervenarzt 74(11):977-986.
- Deutsche Gesellschaft für neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB): Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung. In: S2-k Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. AWMF online, 2013, 1-45.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 7. Aufl. Springer, Heidelberg, 2011, S.27-37, S.541-548, S.558-563.
- Dilling H: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); diagnostische Kriterien für Klinik und Praxis. 5. überarbeitete Aufl. nach ICD-10-GM. Huber, Bern, 2011.
- Dörfler, H., Eisenmenger, W., Lippert, HD., Wandl, U., (Hrsg.) Medizinische Gutachten, Springer, Heidelberg, 2008, S.487-491, S. 501-502.
- Dreßing H, Foerster K (2010) Forensik: Begutachtung in der Sozial- und Versicherungsmedizin. Psychiatrie und Psychotherapie 4:109-120.
- Dreßing H, Foerster K, Widder B, Schneider F, Falkei P (2011) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Anwendung von Beschwerdevalidierungstests in der psychiatrischen Begutachtung. Online im Internet: URL: <http://www.dgppn.de/de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zur-anwendun.html>
- Dreßing H, Frommberger U, Freyberger H, Foerster K, Grötzinger M, Schneider F (2009) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) - Begutachtungsstandards bei posttraumatischer Belastungsstörung. Online im Internet: URL: <http://www.dgppn.de/de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/select/stellungnahmen/2009/article/141/stellungnahm-7.html>

- Duval F, Mokrani MC, Bailey P, Macher JP (2005) Serotonergic and noradrenergic function in depression: clinical correlates. *Dialogues Clin Neurosci* 2:299-308.
- Duval F, Mokrani MC, Ortiz JA, Schulz P, Champeval C, Macher JP (2005) Neuroendocrine predictors of the evolution of depression. *Dialogues Clin Neurosci* 7(3):273-282.
- Falkai P, Wittchen HU (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 2. korrigierte Aufl. Hogrefe, Göttingen, 2018.
- Ferster CB (1973) A functional analysis of Depression. *American psychologist* 28:857 – 870.
- Franke GH: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual. Beltz Test GmbH, Göttingen, 2000.
- Franke GH: Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version – Manual. 2. vollständig überarbeitete Aufl. Beltz Test GmbH, Göttingen, 2002.
- Fritze J, Mehrhoff F,(Hrsg.): Die ärztliche Begutachtung. 8. Aufl. Springer, Heidelberg, 2012, S. 1-10, S.700-701, S.722.
- Green P, Lees-Haley PR, Allen LM III (2002) The Word Memory Test and the validity of neuropsychological test scores. *Journal of Forensic Neuropsychology* 2(3-4):97-124.
- Green P: Word memory test for windows. Green Publishing, Edmonton, Alberta, 2005.
- Haack HP: Depressive Kernsymptome. Zeitgemäßes zum Begriff Depression. Vollständig überarbeitete Ausgabe. WFB Verlagsgruppe, Bad Schwartau, 2012.
- Hamilton M (1960) Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23:56-62.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF (2005) Epidemiology of major depressive disorder; Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 62(10):1097-1106.
- Hathaway SR, McKinley JC, (Hrsg. der deutschen Version: Engel R.R.): MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. Huber, Bern, 2000.
- Hautzinger M, Keller F, Kühner C: BDI II, Beck Depressions-Inventar Revision, Manual. Pearson, 2006.
- Hautzinger M: Akute Depression. Hogrefe, Göttingen, 2010.
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E (2001) Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 47:27-39.
- Huber G: Psychiatrie, systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 4. neu bearbeitete und erweiterte Auflage mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog. Schatauer, Stuttgart, New York, 1987.
- Kanfer F: The psychology of private events: Perspectives on covert response systems.



- Academic Press, INC, New York, pp. 37-59.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB (1993) Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* 29:85-96.
- Kessler RC (2003) Epidemiology of Women and Depression. *Journal of Affective Disorders* 74:5-13.
- Kessler RC, Berglund P, Demle O, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 6:593–602.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT (2008) Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PloS Medicine* 5(2):e45
- Linden M, Baron S, Muschalla B: Mini-ICF-APP, Mini-ICF-Rating für Aktivitäts und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen , 2015.
- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS: Depression in context: Strategies for guided action. W.W. Norton, New York, 2001.
- Mittenberg W, Patton C, Canyock EM, Condit DC (2002) Base rates of malingering and symptom exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 24(8):1094-1102.
- Peebles R, Sabella C, Franco K, Goldfarb J (2002) Factitious Disorder and Malingering in Adolescent Girls: Case Series and Literature Review. *Clinical Pediatrics* 44:237-243.
- Rauter UK, Leonard CE, Swett CP (1996) SCL-90-R factor structure in an acute, involuntary, adult psychiatric inpatient sample. *Journal of Clinical Psychology* 52:625-629.
- Rehm LP (1977) A self-control model of depression. *Behaviour therapy* 8:787-804.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Depressionen. Berlin, 2010.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, 2015.
- Rogers R, Sewell KW, Gillard ND: SIRS-2, Structured Interview of Reported Symptoms. 2nd. Edition, Professional Manual. PAR, Florida, 2010.
- Ruhé HG, Mason MS, Schene AH: (2007) Mood is directly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Molecular Psychiatry* 12:331-359.
- Schiltenswolf M, Schwarz M (Hrsg.): Lexikon – Begutachtung in der Medizin. Springer, Heidelberg, 2013, S. 6, S. 141, S. 380, S.439.

- Schmidt T, Lanquillon S, Ullmann U (2011) Kontroverse zu Beschwerdvalidierungsverfahren bei der Begutachtung psychischer Störungen. Springer, Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 5:177–183.
- Schmidt T, Watzke S, Lanquillon S, Stieglitz RD: SIRS-2. Deutschsprachige Adaptation des Structured Interview of Reported Symptoms, 2nd edition, von Richard Rogers, Kenneth W. Sewell und Nathan D. Gillard. Hogrefe, Bern, 2019.
- Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J, Franke GH, Reoster G, Tress W (2000) The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A German validation study. Kluwer Academic Publishers, Quality of Life Research 9:185-193.
- Schulte W, Tölle R: Psychiatrie. 4. überarbeitete Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1977.
- Seligman, M: Erlernte Hilflosigkeit, über Depression, Entwicklung & Tod, Aus dem Amerikanischen von Brigitte Rockstroh, mit einem Anhang von Franz Petermann. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1999.
- Smith GP, Burger GK (1997) Detection of Malingering: Validation of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS). J Am Acad Psychiatr Law 25:183–189.
- Sonnenmoser M (2012) Berufsunfähigkeitsgutachten bei psychischen Erkrankungen: Mehr Orientierung geboten. Deutsches Ärzteblatt PP 11:71.
- Stadtland C, Seidelmann S, Wandl U (2007) Schadenminderungs- bzw. Mitwirkungspflichten von Anspruchstellern unter besonderer Berücksichtigung der Berufsunfähigkeits- (zusatz-) versicherung (BUZ) und der Aufgabe des ärztlichen Gutachters. Versicherungsmedizin 59:26–36.
- Strayhorn JM (2002) Self-control: theory and research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41(1):7-16.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler SK (2000) Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatrie 157:1552-1562.
- Vassend O, Skrandal A (1999) The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. Behavior Research and Therapy 37:685-701.
- Wittchen HU, Hoyer J: Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, 2006, 2011, S. 113.
- Wittchen HU, Pittrow D (2002) Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol 17:1–11.
- World Health Organization: The Global Burden of Disease: 2004 update. Veröffentlicht durch die World Health Organization, Geneva, 2008.
- Yen YC, Rebok GW, Gallo JJ, Jones RN, Tennstedt SL (2011) Depressive Symptoms Impair Everyday Problem-Solving Ability through Cognitive Abilities in Late Life. Am J Geriatr Psychiatry 19:142-150.

## 8 Thesen

1. In der hier vorliegenden Arbeit wurde an n=60 Patienten mit gesicherter Diagnose einer Depression ein randomisierter Vergleich zwischen zwei Gruppen mit jeweils n=30 Probanden (authentische/ehrliche vs. nicht authentische/übertriebene Beschwerdeschilderung) hinsichtlich der Auswirkungen von unterschiedlicher Symptomschwere auf das Angeben einer Aggravation durchgeführt.
2. Die Erhebung der Aggravation erfolgte im Fremderhebungsverfahren mit der deutschen Version des Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS-2) und die Erhebung der subjektiven Symptomschwere erfolgte im Eigenerhebungsverfahren mit Hilfe der Symptom-Checklist-90 in Revidierter Auflage (SCL-90-R).
3. Das SIRS-2 klassifizierte die randomisierten Probanden zuverlässig entsprechend der erfolgten Gruppenzuteilung.
4. Dennoch zeigten sich sowohl in der Gruppe der authentischen/ehrlichen als auch in der Gruppe der nicht authentischen/übertriebenen Beschwerdeschilderung signifikante Zusammenhänge zwischen der subjektiven Symptomschwere und der angewendeten Aggravation.
5. In der Gruppe der authentischen/ehrlichen Beschwerdeschilderung fanden sich in allen Bereichen der SCL-90-R außer der Subskala *Phobische Angst* positive Zusammenhänge zum SIRS-2.
6. In der Gruppe der nicht authentischen/übertriebenen Beschwerdeschilderung fanden sich deutlich weniger und insbesondere auch negative signifikante Zusammenhänge.
7. Die positiven Zusammenhänge (sowohl in der authentischen/ehrlichen, als auch in der nicht authentischen/übertriebenen Patientenpopulation) weisen darauf hin, dass eine hohe Symptomschwere mit der vermehrten Anwendung einer Aggravation einhergeht.
8. Die negativen Zusammenhänge in der Gruppe der nicht authentischen/übertriebenen Beschwerdeschilderung lassen vermuten, dass eine hohe Belastung in den Bereichen Depression und phobische Angst einen Schutzeffekt auf das Anwenden von Aggravation ausübt.

9. Eine abschließende Bewertung der Aggravation durch das SIRS-2 ist damit nur unter ausführlicher Betrachtung der individuellen psychischen Belastung sicher zu treffen.

## **Selbständigkeitserklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Wehrheim, 11.03.2019

Ruth-Sophia Ulrike Ebert, geb. Hofmann

### **Erklärung über frühere Promotionsversuche**

Hiermit erkläre ich, dass ich an keiner anderen Fakultät oder Universität jemals in ein anderes als das im Kontext dieser Arbeit an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg eröffnete Dissertationsverfahren involviert war.

Darüber hinaus habe ich nie zuvor einen anderen Promotionsversuch an einer anderen wissenschaftlichen Einrichtung unternommen.

Wehrheim, 11.03.2019

Ruth-Sophia Ulrike Ebert, geb. Hofmann

## **Lebenslauf**

Ruth-Sophia Ulrike Ebert, geb. Hofmann

geboren am 30.07.1991 in Münster/Westf.

verheiratet

---

### **Schulbildung**

Wartburg-Grundschule, Münster/Westf.

Katholisches Mädchen-Gymnasium

Marienschule, Münster/Westf.,

*Englisch bilingual*

Otto-Hahn-Gymnasium, Ludwigsburg

*Englisch binigual*

Friedrich-Schiller-Gymnasium, Marbach am Neckar

*Allgemeine Hochschulreife 23.06.2010*

### **Freiwilliges Soziales Jahr**

08/2010 – 08/2011

FSJ beim DRK Stuttgart mit Ausbildung zur Rettungssanitäterin

### **Hochschulausbildung**

WiSe 2011 – SoSe 2016

Studium der Humanmedizin, Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg

seit WiSe 2016

Studium der Humanmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main

09/2013

Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung

10/2016

Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

11/2017

Dritter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

### **Praktisches Jahr**

11/2016 – 10/2017

Universitätsklinikum Frankfurt am Main: Pädiatrie

Hochtaunus Klinikum Bad Homburg: Innere Medizin, Chirurgie

### **Aktuelle Berufstätigkeit**

Seit 03/2018

Ärztin in Weiterbildung im Fachbereich Pädiatrie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

## **Danksagung**

Allen Vorweg danke ich meinem Betreuer, apl. Prof. Dr. Stefan Watzke, der mir stets mit Rat und Tat zur Seite stand und meine Arbeit durch konstruktive Kritik immer weiter vorangetrieben hat.

Des Weiteren danke ich Wiebke Heinemann und Benjamin Reufsteck für die gute und unkomplizierte Zusammenarbeit im Vorfeld an die Untersuchung und während der Probandenerhebung.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern Barbara und Ulrich Hofmann, meinen Geschwistern Lukas und Anna-Katharina Hofmann und meinem Ehemann Sören. Ohne euch wäre ich nicht da, wo ich heute bin.