

Zur direkten Messung subjektiv erlebter gesundheitlicher Veränderungen

GÜNTER KRAMPEN und ANDREAS von DELIUS

1. Problemstellung

Sowohl im Bereich medizinischer und psychologischer Forschung als auch für die Diagnostik und Evaluation therapeutischer Interventionen im Einzelfall fehlt bislang ein teststatistisch fundiertes Verfahren zur Erfassung von subjektiv erlebten gesundheitlichen Veränderungen (seit einem vorgegebenen Zeitpunkt) bei Patienten. Insbesondere auf dem Hintergrund eines psychologischen Krankheitsbegriffs (nach dem derjenige krank ist, der sich krank fühlt, weil er von einer subjektiven Norm abweicht) kommt solchen erlebten Veränderungen in der Gesundheit bzw. in einer Erkrankung eine wesentliche Bedeutung zu. Die Selbstwahrnehmung des Erkrankungsgrads bzw. seiner Veränderung ist aber auch bei medizinisch-organischen Krankheitsdefinitionen wichtig, da solche psychologischen Faktoren bei allen Krankheiten (also auch bei organischen) involviert sind und den Heilungsprozess fördernde oder hemmende Bedingungen sein können (vgl. hierzu LANGENMAYR, 1980). Bei Patienten, die schon längere Zeit unter einer Erkrankung (egal ob diese psychisch, psychosomatisch oder somatisch ist) leiden, interessieren daher neben anderen Daten die vom Patienten subjektiv erlebten Veränderungen im Krankheitsgrad. Verbal erhobene Aussagen von Patienten dazu haben neben dem Vorteil der Möglichkeit zur Differenzierung u.a. den Nachteil, daß sie erheblichen subjektiven und zufälligen Einflüssen in einer Gesprächssituation unterliegen. Auch können kaum Aussagen über ihre Reliabilität und Validität gemacht werden. Da sich zudem meist das Problem der Quantifizierung solcher freien Antworten stellt, sind sie für Forschungsarbeiten als alleinige Informationsquelle kaum brauchbar. Zur Ergänzung von freien Patientenaussagen soll daher hier ein teststatistisch prüfbares Fragebogenverfahren vorgelegt werden.

In Anlehnung an den von ZIELKE & KOPF-MEHNERT (1978) vorgelegten "Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)", der auf Veränderungswahrnehmungen im psychischen Bereich bei Psychotherapie-Patienten abzielt, wird hier der Weg der "direkten Veränderungsmessung" beschritten. Im Gegensatz zu Meßwertvergleichen (zum Beispiel aus Beschwerdelisten o.ä.) beim üblichen "Vorher-Nachher-Design" ("indirekte Veränderungsmessung") werden die Befragten gebeten, subjektiv erlebte Veränderungen in ihrer Richtung für einen vorgegebenen Zeitraum direkt einzuschätzen. In einer globalen Form ist die direkte Veränderungsmessung schon relativ lange bekannt (vgl. etwa BEREITER, 1963), eine differenziertere Form liegt mit dem VEV von ZIELKE & KOPF-MEHNERT (1978) erstmals vor. Da die direkte Veränderungsmessung zwar einige wesentliche Probleme der indirekten Veränderungsmessung vermeidet (etwa das Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma, die Regression zur Mitte und das Physi-

kalismus-Subjektivismus-Dilemma; vgl. etwa PETERMANN, 1978; v. EYE, 1982) und auch ökonomischer handhabbar ist als diese, jedoch auf der anderen Seite über einige andere methodische Probleme verfügt (etwa die Involvierung von Gedächtnisprozessen; siehe Teil 4), kann sie nicht als eine Alternative zur indirekten Messung betrachtet werden; sie stellt vielmehr eine Methode dar, die ergänzend zur indirekten Veränderungs-messung eingesetzt werden sollte (vgl. auch BAUMANN, SODEMANN & TOBIEN, 1980).

2. Methode

Aufgrund von Gesprächen mit stationären Klinikpatienten und aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen wurden 12 Aussagen in Komparativform (bipolar) für die erste Version des Fragebogens zu erlebten gesundheitlichen Veränderungen (FGV) zusammengestellt, die als Indikatoren für gesundheitliche Veränderungen gelten können (die Itemliste ist in Tabelle 1 aufgeführt). Neben umgangssprachlichen Synonymen für gesundheitliche Veränderungen (etwa: "ich fühle mich gesünder" bzw. "weniger gesund" oder: "es geht mir heute besser" bzw. "es geht mir heute schlechter") wurden Aussagen in die Liste aufgenommen, die durch eine Krankheit bedingte Einschränkungen, persönliche Sorgen und Zukunftsorientierungen zum Thema haben. Ursprünglich sollten positiv gepolte Items mit negativ gepolten Items vermischt werden, um Antworttendenzen (in Richtung Besserung) vorzubeugen. Voruntersuchungen mit einer solchen Itemliste zeigten jedoch, daß dies bei den meisten befragten Patienten zu Mißverständnissen und - wie durch Nachfragen leicht zu ermitteln war - auch subjektiv falschen Antworten führte¹. Daher wurden die 12 Items mit der gleichen Polung und der folgenden relativ ausführlichen Instruktion stationären Patienten vorgelegt:

"Bitte stellen Sie sich jetzt die Zeit zu Beginn Ihres Aufenthaltes hier in der Klinik vor. Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt gemacht haben und wie Sie sich geföhlt haben.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Aussagen immer, ob sich bei Ihnen seitdem, also im Verlauf Ihres Aufenthaltes hier, eine Veränderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Schätzen Sie diese Änderung auf einer Skala wie der folgenden ein:

- + 3 = starke Änderung in positiver Richtung;
- + 2 = mittlere Änderung in positiver Richtung;
- + 1 = schwache Änderung in positiver Richtung;
- 0 = keine Änderung;
- 1 = schwache Änderung in negativer Richtung;
- 2 = mittlere Änderung in negativer Richtung;
- 3 = starke Änderung in negativer Richtung."

Nach dieser Instruktion folgte noch ein Beispiel für die Fragebogenbearbeitung und der Satz "Beurteilen Sie nun bitte die folgenden Aussagen

¹ Erfahrungen des Erstautors mit dem VEV von ZIELKE & KOPF-MEHNERT (1978) in der Forschung und in der Therapieevaluation bei Einzelfällen deuten auch darauf, daß die unterschiedliche Polung der Items des VEV eine wesentliche Fehlerquelle für diesen Fragebogen ist.

in diesem Sinne". Anders als beim VEV von ZIELKE & KOPF-MEHNERT (1978) werden jeweils beide Pole eines Items schriftlich aufgeführt; zwischen diesen Polen für eine Veränderung in positiver bzw. negativer Richtung befindet sich die 7-stufige Skala zur Einschätzung der erlebten Veränderung². Die Punktwerte der einzelnen Items werden in der Auswertung unter Beachtung des Vorzeichens aufsummiert. Ein positiver Summenwert (Maximum: + 36) weist auf erlebte gesundheitliche Veränderungen in positiver Richtung, ein negativer Wert (Minimum: - 36) weist auf erlebte gesundheitliche Veränderungen in negativer Richtung und ein Summenwert um null verweist darauf, daß keine gesundheitlichen Veränderungen in dem Zeitraum wahrgenommen werden.

Dieser Fragebogen (FGV) wurde im Rahmen einer Studie zum Zusammenhang von Klinikstations-Wahrnehmungen und subjektiver Befindlichkeit (vgl. KRAMPEN & v. DELIUS, 1981), von 155 Patienten aus sieben Stationen (in fünf Kliniken) bearbeitet. Die Stichprobe setzt sich aus 59 Frauen und 96 Männern zusammen. Das durchschnittliche Alter der befragten Patienten betrug $\bar{x} = 45,7$ Jahre ($s = 14,1$ Jahre). Die Patienten waren im Durchschnitt zum Befragungszeitpunkt $\bar{x} = 17,7$ Tage auf der Klinikstation ($s = 18,7$ Tage). 36 Befragte hatten eine Operation vor oder hinter sich; 19 Befragte waren Privatpatienten. Die Patienten lassen sich den folgenden groben Erkrankungsarten zuordnen: Herz-Kreislauf-Erkrankung ($N = 38$), andere innere Erkrankung ($N = 18$), neurologische Erkrankung ($N = 26$), Suchtkrankheit ($N = 41$), andere psychiatrische Erkrankung ($N = 13$), orthopädische Erkrankung ($N = 11$) und "sonstige" (hier nicht klassifizierbare) Erkrankungen ($N = 8$).

Neben dem FGV wurden u.a. die folgenden Daten erhoben, die hier zur Validierung des FGV herangezogen werden:

- (1) Demographische Variablen (Alter, Geschlecht, Familienstand etc.);
- (2) Daten zur Krankengeschichte (Erkrankung, Krankheitsdauer, Intensität und Häufigkeit von Schmerzen, Schlafgüte etc.);
- (3) Die Wahrnehmung der Stationsumwelt mit den Klinik-Umwelt-Skalen (KUS) von KRAMPEN & v. DELIUS (1981) sowie objektive Daten zur Stationsumwelt (Personalschlüssel, Bettenzahl pro Zimmer etc.);
- (4) Das subjektive Wohlbefinden der Patienten (7-stufige, graphische Schätzsкала);
- (5) Die Hoffnungslosigkeit (Optimismus versus Pessimismus) der Patienten, erhoben mit der H-Skala (KRAMPEN, 1979);
- (6) Depressivität der Patienten, erhoben mit dem Selbstbeurteilungsverfahren von ZUNG (1970).

3. Ergebnisse

Zunächst wurde für die Items des FGV eine Itemanalyse berechnet. Die u.a. in Tabelle 1 aufgeführten Trennschärfekoeffizienten (r_{it-i}) der FGV-

² Eine Originalversion des FGV wird auf Anfrage von den Autoren gerne übersandt; sie kann aufgrund des Textes und aufgrund von Tabelle 1 aber auch von Interessenten selbst erstellt werden.

Items sind alle auf dem 1%-Niveau statistisch signifikant und verfügen auch - mit Ausnahme von Item 1 - über numerisch relativ hohe Werte. Die Testhalbierungsreliabilität des FGV (nach SPEARMAN-BROWN) beträgt $r_{tt} = .92$, die interne Konsistenz nimmt den Wert von $r_{tt} = .95$ an. Nach diesen Kriterien der klassischen Testtheorie verfügt der FGV also über eine Reliabilität und inhaltliche Homogenität, die es gestatten, ihn auch in der Einzelfalldiagnostik einzusetzen.

Hinweise auf die Validität des FGV sind hier im Sinne der Kriterien- und der Konstruktvalidierung möglich.

Tab. 1: Wortlaut, Trennschärfekoeffizienten (r_{it-i}), Faktorladungen (a_{i1}) und Kommunalität (h^2) der Items des FGV (N = 155)

Item-Nr.		r_{it-i}	a_{i1}	h^2
1.	Mein Appetit hat zugenommen/abgenommen.	.38	.39	.15
2.	Ich fühle mich jetzt schon viel gesunder/viel weniger gesund.	.74	.78	.61
3.	Ich fühle mich weniger (stärker) beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	.56	.58	.34
4.	Ich bin heute ausgeglichener/weniger ausgeglichen.	.73	.76	.58
5.	Ich schlafe jetzt besser/schlechter.	.65	.68	.47
6.	Ich bin jetzt durch meine Krankheit weniger/stärker eingeschränkt.	.65	.67	.45
7.	Es geht mir heute besser/schlechter.	.83	.86	.75
8.	Ich fühle mich heute nicht mehr so schwach/schwächer.	.77	.81	.65
9.	Ich habe inzwischen weniger/mehr Schmerzen.	.64	.67	.45
10.	Ich kann mich jetzt wieder besser bewegen/nicht mehr so gut bewegen.	.65	.69	.47
11.	Ich fühle mich jetzt wieder wohler/inzwischen weniger wohl.	.83	.88	.78
12.	Das Leben hat für mich inzwischen wieder einen Sinn bekommen/an Sinn verloren.	.69	.72	.51
Eigenwert (e_{i1})			6.64	

Zur Prüfung der Kostruktvalidität (faktorielle Validität) wurde eine Hauptachsen - Faktorenanalyse der FGV-Items durchgeführt (R^2 als Startkommunalitäten), der die Hypothese der inhaltlichen Homogenität und Eindimensionalität des Verfahrens zugrunde lag. Diese Annahme konnte bestätigt werden: nach dem formalen Abbruchkriterium $e_{ij} \leq 1.00$ ergab sich ein Faktor, der 55,3% der absoluten Varianz erklärt. Da die Varianzanteile weiterer Faktoren gering sind ($\leq 7,8\%$), und da die Kommunalitäten der Items bei Beachtung nur eines Faktors relativ hoch liegen (siehe Tabelle 1), ist das rein mathematisch-statistische Abbruchkriterium in diesem Fall (vgl. hierzu etwa RÖHR, 1977) auch als inhaltlich adäquates zu bewerten. Die Faktorladungen der 12 FGV-Items auf diesem ersten Faktor sind ebenfalls in Tabelle 1 aufgeführt. Mit Ausnahme von Item 1 weisen alle Items des FGV auf diesem Faktor essentielle Ladungen auf. Er kann daher eindeutig als die subjektiv erlebte Veränderung des gesundheitlichen Befindens (im Sinne eines psychologischen Krankheitsmodells) interpretiert werden. Möglicherweise überlagert bei Item 1 ("Mein Appetit hat zugenommen" bzw. "...abgenommen") der Einfluß der Krankenhauskost auf den Appetit den Einfluß der subjektiv erlebten Veränderung zu stark, um letztere noch deutlich anzeigen zu können. Da dieses Item jedoch keine zu stark abweichenden Werte bei der Trennschärfe und bei der Faktorladung aufweist (siehe Tabelle 1), wurde es (auch im Hinblick auf spätere Verwendungen des FGV) im Fragebogen belassen.

Die kriterienbezogene Validität des FGV wurde zunächst (im Sinne der konvergenten und diskriminanten Validierung) durch die Interkorrelationen des FGV-Wertes mit den parallel erhobenen Variablen zum subjektiven Befinden und zur Wahrnehmung der therapeutischen Umwelt überprüft. Konvergente Validität wird durch die korrelativen Beziehungen des FGV-Wertes zum subjektiven Wohlbefinden ($r = .44$; $p < .01$) und zur Hoffnungslosigkeit ($r = -.25$; $p < .01$) indiziert. Diese Korrelationskoeffizienten weisen darauf, daß zwischen den drei Variablen des subjektiven Befindens von Patienten zwar statistisch bedeutsame Interdependenzen bestehen, daß sie aber zugleich mit Bezug zur Zeitdimension unterschiedliche Aspekte des subjektiven Befindens erfassen. Während der FGV einen direkten Wert für den Vergleich "Vergangenheit versus Gegenwart" liefert, ist die Einschätzung des Wohlbefindens eher gegenwarts- und situationsabhängig und der H-Skalenwert für die Hoffnungslosigkeit ist zukunftsorientiert. Die konvergente Validität des FGV wird auch durch die bei KRAMPEN & v. DELIUS (1981) ausführlich dargestellten Befunde zum prognostischen Wert von Klinikstations-Wahrnehmungen der Patienten für die subjektiv erlebten gesundheitlichen Veränderungen seit der Klinikeinlieferung bestätigt. Durch die zwölf Skalen des Klinik-Umwelt-Fragebogens werden immerhin 26% der Varianz des FGV-Wertes aufgeklärt. Hohe Werte auf den Klinik-Umwelt-Skalen "Information", "Persönlichkeitsorientierung", "praktische Orientierung", "aktives Einbezogensein" und "Unterstützung" tragen dabei am meisten zur Vorhersage der subjektiv erlebten gesundheitlichen Veränderungen bei. Die statistisch nicht signifikante Korrelation des FGV-Wertes mit der Depressivität der Patienten ($r = .06$) kann als Hinweis auf seine diskriminante Validität betrachtet werden. Im Gegensatz zur zukunftsorientierten Variable der Hoffnungslosigkeit, die zu

$r = .44$ ($p < .01$) mit Depressivität korreliert ist (was mit der kognitiven Theorie zur Depression konsistent ist; vgl. BECK, 1972), kovariieren die Meßwerte aus der direkten Veränderungsmessung (FGV) und der Depressivität nicht bedeutsam miteinander.

Die kriterienbezogene Validität des FGV kann auch durch Subgruppenvergleiche und Korrelationen zu Variablen der Krankengeschichte und der (objektiven) Umwelt überprüft werden. Zunächst ist festzuhalten, daß der Mittelwert des FGV in der hier untersuchten Gesamtstichprobe $\bar{x} = 10,9$ ($s = 12,3$) beträgt, was allgemein einen positiven Einfluß des Krankenhausaufenthaltes anzeigt. Zur differentiellen Validität des FGV ergaben sich die folgenden Befunde:

- (1) Eine einfaktorielle Varianzanalyse mit den sieben Krankheitsklassen als unabhängige und dem FGV-Wert als abhängige Variable ergab einen varianzanalytischen Prüfwert von $F(6/148) = 4,75$ ($p < .001$). Bei Varianzhomogenität (Bartlett-Box-Test; $F = 1,06$; n.s.) zeigten Einzelmittelwertvergleiche (DUNCANs multiple ranges test), daß Suchtkranke ($\bar{x}_s = 18,3$) und psychiatrische Patienten ($\bar{x}_p = 11,2$) signifikante höhere Werte im FGV haben als Patienten mit neurologischen Erkrankungen ($\bar{x}_n = 5,2$), mit orthopädischen Erkrankungen ($\bar{x}_o = 6,0$), mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ($\bar{x}_h = 8,1$) und mit sonstigen inneren Erkrankungen ($\bar{x}_{si} = 9,5$). Interaktionen dieser Befunde mit der Krankheitsdauer und mit der Dauer des Klinikaufenthalts der Patienten sind nicht zu erwarten, da beide Variablen nur sehr gering mit dem FGV-Wert korrelieren ($r = -.11$ bzw. $r = .10$; n.s.).
- (2) Es ergaben sich keine Geschlechtsunterschiede im FGV-Wert ($F = 1,22$; mit $df_1 = 1$ und $df_2 = 153$ nicht signifikant).
- (3) Kassen- und Privatpatienten unterscheiden sich im FGV ebenfalls statistisch nicht bedeutsam ($F = 0,30$; $df_1 = 1$ und $df_2 = 153$).
- (4) Der FGV korreliert nur gering mit dem Alter der Patienten ($r = -.03$).
- (5) Objektive Stationsumwelt-Variablen wie "Bettenzahl pro Zimmer" ($r = -.01$), "Besucher pro Woche" ($r = -.07$), "Patienten pro Station" ($r = .05$) und "Patienten pro Arzt" ($r = -.10$) korrelieren nur schwach mit dem FGV.
- (6) Subjektive Angaben zur Intensität ($r = .25$; $p < .01$) und zur Häufigkeit von Schmerzen ($r = .32$; $p < .01$) sowie zur Qualität des Schlafens ($r = .23$; $p < .01$) stehen dagegen erwartungsgemäß in Beziehungen zu den erlebten gesundheitlichen Veränderungen.
- (7) Patienten, die eine Operation erwarteten, die eine Operation hinter sich hatten und die nicht operiert werden sollten, unterscheiden sich im FGV nicht signifikant ($F = 0,78$; mit $df_1 = 2$ und $df_2 = 152$).
- (8) Variablen der Behandlung wie etwa Anzahl diagnostischer Untersuchungen ($r = -.11$), Häufigkeit von Arztvisiten pro Woche ($r = -.08$) und Anzahl therapeutischer Einzelbehandlungen ($r = -.01$) weisen nur geringe Beziehungen zum FGV auf.

Während die Befunde zu Punkt (1) bis (6) für die differentielle Validität des FGV sprechen, überraschen die Befunde zu Punkt (7) und (8), hier wurden eher Interdependenzen zwischen dem FGV und den jeweiligen Va-

riablen erwartet. Eine präzise Absicherung dieser Ergebnisse durch Folgestudien ist hier notwendig.

4. Diskussion

Der vorgelegte Fragebogen zur Erfassung subjektiv vom Patienten erlebter gesundheitlicher Veränderungen (seit einem vorgegebenen Zeitpunkt) erwies sich in der ersten Erprobung als ein reliables und inhaltlich homogenes Meßinstrument. Die Hinweise auf seine Validität bestätigen mit wenigen Ausnahmen (Punkt 7 und 8 der Validitätsbefunde in Teil 3 der Arbeit) seine praktische Brauchbarkeit. Während der FGV mit anderen Indikatoren des subjektiven Befindens und mit verschiedenen Aspekten der subjektiven Wahrnehmung der Klinikstations-Umwelt bedeutsam zusammenhängt, erwies er sich als weitgehend unabhängig von demographischen Variablen (wie Alter und Geschlecht) und von objektiven Umweltmerkmalen. Diese Befunde zu Validität des FGV müssen natürlich durch Folgeuntersuchungen abgesichert und erweitert werden. Insbesondere sollte hierbei auch der zeitliche Verlauf unterschiedlicher Krankheiten im Längsschnitt untersucht werden. Die Instruktion des FGV kann ohne Schwierigkeiten auch auf andere Zeitabschnitte (zum subjektiven Vergleich) bezogen werden, so daß u.U. Mehrfachmessung möglich wird. Es ist jedoch zu beachten, daß zu kurze Zeitintervalle (einige Tage oder eine Woche) nach den Befunden von BAUMANN et al. (1980) für die direkte Veränderungsmessung nicht so günstig erscheinen, es sei denn, es werden aufgrund massiver Interventionen in diesem Zeitraum auch relativ starke Änderungen im subjektiven Erleben der Patienten erwartet. Der FGV kann mit leicht veränderter Instruktion (bzgl. des zeitlichen Bezugspunktes) sicherlich auch bei ambulanten Patienten verwendet werden. Dies war u.a. auch ein Grund dafür, das im Vergleich zu den anderen Items weniger taugliche Item-Nr.1 ("Mein Appetit hat zugenommen" bzw. "...abgenommen") im Fragebogen zu belassen.

Obwohl BAUMANN et al. (1980) Ergebnisse mitteilen, die dafür sprechen, daß die direkte Veränderungsdiagnostik für Antworttendenzen (z.B. in Richtung einer positiven Veränderung) nicht anfälliger ist als andere Erhebungsverfahren, sollte in Folgestudien dieser möglichen Fehlerquelle eine besondere Aufmerksamkeit zukommen. Neben dem Einsatz von Skalen zur Messung der Tendenz, in sozial erwünschter Weise zu antworten, wird hier auch die Notwendigkeit der Validierung des FGV durch Kriterien wie etwa Fremdeinschätzungen des Gesundungsfortschrittes (bzw. der Krankheitsverschlimmerung) oder medizinische Daten deutlich. Schon aufgrund der direkten Veränderungsmessung inhärenten Gefahr, daß Zustände, die in der Vergangenheit (also zum Vergleichszeitpunkt) von Bedeutung waren, zum Befragungszeitpunkt nicht mehr oder verzerrt im Gedächtnis gespeichert sind, empfiehlt es sich, auch bei der direkten Veränderungsmessung einen Ausgangsbefund (zum quasi-objektiven Vergleich) zu beachten. Die standardisierte direkte Veränderungsmessung ist somit ein Verfahren, das neben qualitativen Daten (Informationen aus Gesprächen mit den Patienten) und neben Daten aus der indirekten Veränderungsmessung eingesetzt werden sollte: "Direkte Veränderungsdiagnostik ist nicht der bessere Weg zur Schätzung 'wahrer Differenzen', sondern eine eigenständige Methode, bei der noch viele Fragen zu klären sind". (BAUMANN et al., 1980, p. 214).

Zusammenfassung: Es wird ein Kurzfragebogen zur Erfassung der subjektiv von Kranken erlebten gesundheitlichen Veränderungen (in einer vorgegebenen Zeitspanne vorgelegt. Dem Ansatz der direkten Veränderungsmessung folgend werden die Patienten gebeten, zwölf bipolare Aussagen in Komparativform bezüglich einer Änderung zu beurteilen. 155 Klinikpatienten bearbeiteten diesen Fragebogen zu erlebten gesundheitlichen Veränderungen (FGV) in einer ersten Erprobungsstudie. Sowohl die Itemcharakteristika als auch die Reliabilitätskoeffizienten und die Hinweise auf die Validität (Konstrukt- und Kriterienvvalidierung) bestätigen die meßpraktische Brauchbarkeit des FGV. Es handelt sich bei ihm um ein inhaltlich sehr homogenes Verfahren, das ergänzend zur indirekten Veränderungsmessung und zu qualitativen Daten auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden kann. Auf methodische Probleme der direkten Veränderungsdiagnostik wird abschließend eingegangen.

Summary: Direct measurement of changes in health/disease

A short questionnaire for the measurement of subjectively experienced changes in health/disease in patients is presented. Following the approach of direct measurement of change, patients had to judge 12 bipolare comparative items with respect to changes in health/disease. In a first study 155 hospital patients filled out that questionnaire. Itemcharacteristics as well as the reliabilitycoefficients and the results of the validation (construct and criterion validity) confirm the usefulness of the questionnaire. It turned out to be a homogeneous instrument, which may be used in addition to indirect measurement of change and to qualitative data. Application with ambulant patients seems also possible. Methodological problems of direct measurement of change are discussed.

Literaturverzeichnis

- BAUMANN, U., SODEMANN, U. & TOBIEN, H.: Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1: 201-216 (1980).
- BECK, A.T.: Depression. University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1972.
- BEREITER, C.: Some persisting dilemmas in the measurement of change. In: HARRIS C.W. (Ed.), *Problems in measuring change*. University of Wisconsin Press, Madison 1963, S. 3-20.
- KRAMPEN, G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. *Medizinische Psychologie* 5: 39-49 (1979).
- KRAMPEN, G. & v. DELIUS, A.: Wahrnehmung therapeutischer Umwelten und subjektive Befindlichkeit von stationären Patienten. *Medizinische Psychologie* 7: 110-126 (1981).
- LANGEMAYR, A.: Krankheit als psychosoziales Phänomen. Hogrefe, Göttingen 1980.
- PETERMANN, F.: *Veränderungsmessung*. Kohlhammer, Stuttgart 1978.
- RÖHR, M.: Zur Interpretation faktorenanalytischer Studien in der Psychologie. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie* 62: 61-77 (1977).
- VON EYE, A.: Prognose und Prävention in der Psychologie - Statistische und methodologische Argumente. In: BRANDTSTÄDTER, J. & VON

- EYE, A. (Ed.), *Prognose und Prävention in der Psychologie*. Huber, Bern 1982 (in Vorbereitung).
- ZIELKE, M. & KOPF-MEHNERT, C.: *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Beltz, Weinheim 1978.
- ZUNG, W.: Treatment prediction in depression using a self-rating scale. *Biological Psychiatry* 2: 321-329 (1970).

Anschrift der Verfasser

Dr. Günter Krampen, Dipl.-Psych., Universität Trier, FB I - Psychologie, Schneidershof, 5500 Trier.

Dipl.-Psych. Andreas von Delius, Rainwiesenweg 26 8501 Schwaig 2.