



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Die Überprüfung der Akzeptanz der deutschen Version
des halb-strukturierten klinischen Interviews MPAS-Diag –
Eine Pilotstudie“

verfasst von / submitted by

Andreas Kiebler, BA BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019/ Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Mit der Fertigstellung dieser Masterarbeit möchte ich zahlreichen Personen meinen Dank aussprechen, ohne deren Hilfe und Unterstützung diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Ich widme diese Arbeit meinem verstorbenen Bruder Patrick, welcher uns im März 2019 leider viel zu früh verlassen hat.

Mein aufrichtiger Dank ergeht an dieser Stelle Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, welcher mir zum einen die Möglichkeit gegeben hat, in dem spannenden Feld der psychologischen Diagnostik meine Masterarbeit zu schreiben und zum anderen mich über die letzten beiden Semester mit seiner Expertise sehr unterstützt hat. Weiters möchte ich auch seinem Team um Fabian Franken und Alina Streicher für ihren unermüdlichen Einsatz danken. Ein großer Dank ergeht auch an Herrn Dr. Steve Moss (Autor des MPAS-Diag), der mir sowohl während des Übersetzungsprozesses, als auch während der Erhebungsphase immer mit Rat und Tat zur Seite stand und für jedes auftretende Problem eine Lösung parat hatte. Ein großer Dank geht auch an meine Mutter Anna, meine Schwester Karin sowie meine Partnerin Anita sowie meine Freunde Tobias, Manuel, Elena, Markus und alle anderen Freunde und Studienkollegen, die mich in jeder Phase meines Studiums unterstützt und motiviert haben. Weiters danke ich auch allen TeilnehmerInnen, die sich bereit erklärt haben, offen mit mir über ihre Ängste, Sorgen und Probleme zu sprechen - ohne Euch wäre diese Arbeit ebenfalls nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund	7
1.1 Definitionen intellektueller Beeinträchtigung	7
1.1.1 Definition nach DSM-5	7
1.1.2 Definition nach ICD - 10	8
1.1.3 Definition nach ICD-11	9
1.1.4 Definition nach AAIDD	10
1.2 Ätiologie intellektueller Beeinträchtigung	10
1.3 Psychische Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung	11
1.3.1 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	13
1.3.2 Affektive Störungen (F3)	14
1.3.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	15
1.4 Diagnostik	16
1.4.1 Verfahren zur Erfassung von Verhaltensstörungen	17
1.4.2 Verfahren zur Erfassung psychischer Störungen	18
1.5 Akzeptanz klinischer Interviews	21
2 Fragestellung	22
3 Methode	23
3.1 Studiendesign	23
3.2 Material und Operationalisierung	23
3.2.1 Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic (MPAS-Diag)	23
3.2.2 Patient Acceptance Questionnaire	24
3.2.3 Operationalisierung	25
3.3 Stichprobe	25

AKZEPTANZ DES MPAS-DIAG	6
3.3.1 Rekrutierung und Auswahlkriterien	25
3.3.2 TeilnehmerInnen	26
3.4 Statistische Analyse	26
4 Ergebnisse	29
4.1 Faktorenanalyse des Patient Acceptance Questionnaire	29
4.2 Interviewdauer, Global Assessment of Functioning (GAF) Skala und Anzahl an Diagnosen	31
4.3 Itemanalyse des Patient Acceptance Questionnaire	34
4.4 Zufriedenheit	35
4.5 Mögliche Prädiktoren für die Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag Interview	38
5 Diskussion	41
5.1 Diskussion der Ergebnisse	41
5.2 Wissenschaftliche und praktische Relevanz	44
5.3 Limitationen	44
5.4 Fazit	45
Literatur	46
Anhang A	55
Anhang B	56
Syntax	56
Abstract (Deutsch)	72
Abstract (English)	73

1 Einleitung und theoretischer Hintergrund

In Österreich leben Schätzungen der Lebenshilfe (2018) zufolge rund 85 000 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, laut offiziellen Statistiken sind es rund 1 163 000 (Eurostat, 2012). Zahlreiche Studien zeigen auf, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufiger zusätzlich an einer psychischen Erkrankung leiden, als Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung (Einfeld, Ellis & Emerson, 2011). Diese Ergebnisse werden von den internationalen Klassifikationssystemen International Classification of Diseases (ICD; World Health Organization, WHO, 1992) sowie dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM; APA, 2013) gestützt. Nach Angabe der WHO (1992) liegt die Prävalenz einer psychischen Störung drei bis vier Mal höher bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, als bei Menschen ohne Beeinträchtigung. Da der diagnostische Prozess bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgrund mangelnder Sprachfähigkeit sowie schlechterer Selbstreflexionsfähigkeit zusätzlich erschwert ist, ist eine sorgfältige Diagnostik mittels geeigneter Instrumente wichtig (Schmidt & Meir, 2007). Im englischen Sprachraum hat sich dafür gegen Ende des letzten Jahrtausends das Psychiatric Assessment Schedule for People With Intellectual Disability (PAS-ADD; Moss et al., 1997), inzwischen wird es Moss Psychiatric Assessment Schedule-Diagnostic (MPAS-Diag) genannt, etabliert. Da dieses klinische Interview noch nicht in deutscher Sprache vorliegt, ist die Übersetzung des klinischen Interviews MPAS-Diag mit anschließender Überprüfung der Akzeptanz Ziel dieser Arbeit.

1.1 Definitionen intellektueller Beeinträchtigung

Intellektuelle Beeinträchtigung wird je nach Klassifikationssystem bzw. (Forschungs-)Bereich unterschiedlich definiert. Im Folgenden werden die drei gängigsten Definitionen - dazu zählen das DSM-5, ICD-10 beziehungsweise die neuere Fassung ICD-11 sowie die AAIDD - im Detail vorgestellt.

1.1.1 Definition nach DSM-5. Intellektuelle Beeinträchtigung wird im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (APA, 2013) unter dem Bereich der Störungen neuronaler und mentaler Entwicklung geführt. Sie tritt während der frühen Entwicklungsphase auf und beeinträchtigt sowohl intellektuelle als

auch adaptive Funktionen in konzeptuellen, sozialen sowie alltags-praktischen Bereichen. Für eine Diagnosezuordnung müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Defizite in intellektuellen Funktionen (Probleme bezüglich Schlussfolgern, Problemlösen, Planen sowie abstraktem Denken)
- Defizite in der Anpassungsfähigkeit und eine damit einhergehende Störung entwicklungsbezogener und sozio-kultureller Standards von Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz. Alltägliche Aktivitäten sind dadurch eingeschränkt und erstrecken sich über mehrere Lebensbereiche wie Schule, Familie oder Arbeit.
- Beginn der intellektuellen und adaptiven Funktionsdefizite in der frühen Entwicklungsphase.

Nach dem DSM-5 kann die intellektuelle Beeinträchtigung auch hinsichtlich des aktuellen Schweregrades, von *Leicht* und *Mittel* über *Schwer* bis *Extrem*, klassifiziert werden. Diese Einteilung basiert nicht auf dem erhobenen Intelligenzwert, sondern auf dem adaptiven Funktionsniveau. Ausschlaggebend dafür sind schlechtere Validitäten von Intelligenzmessungen im unteren Bereich sowie die Überlegung, dass der Grad an benötigter Unterstützung eines Menschen durch seine Anpassungsfähigkeit bestimmt wird (APA, 2013).

1.1.2 Definition nach ICD - 10. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (WHO, 1992) wird intellektuelle Beeinträchtigung im Kapitel Intelligenzminderung F7 klassifiziert. Laut diesem Klassifikationssystem zeichnet sich die Intelligenzminderung durch eine unvollständige Entwicklung geistiger Fähigkeiten mit Störungen der Kognition, Sprache, Motorik sowie sozialer Fähigkeiten aus. Ähnlich der vorangehenden Definition wird der beeinträchtigten Anpassungsfähigkeit eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Nach der Definition der WHO kann eine Intelligenzminderung, erhoben mittels standardisierter Intelligenztests, in vier beziehungsweise sechs Unterkategorien eingeteilt werden: *leichte Intelligenzminderung*, *mittelgradige Intelligenzminderung*, *schwere Intelligenzminderung*, *schwerste Intelligenzminderung*, beziehungsweise *dissoziierte Intelligenzminderung (F74)*, *andere Intelligenzminderung (F78)* sowie *nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung*

(F79). Eine Übersicht über die diagnostischen Kriterien der ersten vier Unterkategorien findet sich in Tabelle 1 (Dilling & Freyberger, 2012).

Tabelle 1
Intelligenzminderung nach ICD-10

Kategorie	Intelligenzminderung	IQ
F70	leicht	50-69
F71	mittel	35-49
F72	schwer	20-34
F73	schwerste	<20

1.1.3 Definition nach ICD-11. Im Zuge der Aktualisierung des Klassifikationssystems vom ICD-10 zum ICD-11 (WHO, 2018) wurde auch der Begriff der intellektuellen Beeinträchtigung adaptiert. Da das ICD-11 vorerst nur in englischer Sprache verfügbar ist, werden in weiterer Folge auch die englischsprachigen Bezeichnungen verwendet, von einer Übersetzung dieser ins Deutsche wird in dieser Arbeit abgesehen. Das ICD-11 klassifiziert intellektuelle Beeinträchtigung nun unter der Kategorie 6 „Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders“ unter der Parent-Kategorie „Neurodevelopmental disorders“. Auch begrifflich wurde etwas verändert - die ehemalige „Mental Retardation“ wurde in „Disorder of intellectual development (DID)“ umbenannt. Diese Form der intellektuellen Beeinträchtigung ist definiert als „eine Gruppe ätiologisch unterschiedlicher Zustände, die während der Entwicklungsphase durch deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Funktionen und adaptive Verhaltensweisen gekennzeichnet sind, die ungefähr zwei oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert (ungefähr <2.3 Perzentile) liegen, basierend auf einem angemessenen normierten standardisierten Test“ (WHO, 2018). Auch wenn sich die Begrifflichkeit geändert hat, bleibt die Unterteilung des Schweregrades in *mild*, *moderate*, *severe* und *profound* bestehen, jedoch wurde der *provisional* Subtyp hinzugefügt. Dieser Subtyp kommt bei Kindern unter 4 Jahren beziehungsweise bei Personen mit komorbiden Störungen, die die Testung beeinflussen, zur Anwendung. Hier liegt der Verdacht auf eine intellektuelle Beeinträchtigung vor, das Alter oder das Vorhandensein einer körperlichen und/oder sensorischen Problematik lässt jedoch keine valide Beurteilung der intellektuellen Entwicklung sowie des adaptiven Verhaltens zu (Girimaji & Pradeep, 2018; WHO, 2018). Tabelle 2 gibt eine Übersicht der

Klassifizierung.

Tabelle 2

Disorder of intellectual development (DID) nach ICD-11

DID	Mild	Moderate	Severe	Profound
Intellektuelle Funktion bzw. adaptives Verhalten*	2 bis 3 SD unter dem Mittelwert (0.1-2.3 Perzentile)	3 bis 4 SD unter dem Mittelwert (0.003-0.1 Perzentile)	4+ SD unter dem Mittelwert (< 0.003 Perzentile)	4+ SD unter dem Mittelwert (< 0.003 Perzentile)
			Differenzierung aufgrund adaptiven Verhaltens, da standardisierte Tests nicht valide intellektuelle Funktionen unter dem 0.003 Perzentile unterscheiden.	

Anm. DID = Disorder of intellectual development, SD = Standardabweichung

*Gemessen mittels standardisierter Tests bzw. aufgrund klinischer Entscheidung sofern eine Testung nicht möglich

1.1.4 Definition nach AAIDD. Die American Association on Intellectual and Developmental Disability (AAIDD) definiert intellektuelle Beeinträchtigung über eine signifikante Beeinträchtigung sowohl kognitiver Funktionen als auch des adaptiven Verhaltens. Wie bereits in den vorangegangenen Klassifikationssystemen wird der Anpassungsfähigkeit des Individuums große Wichtigkeit beigemessen (Schalock et al., 2010). Während die ersten beiden Definitionen eher dem Bereichen der Psychologie und Medizin zugeordnet werden können, hat die Definition der AAIDD einen eher pädagogischen Hintergrund (Tüllmann, 2016). Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollen nach der AAIDD nicht anhand des IQ-Wertes oder der benötigten Unterstützung stigmatisiert werden, sondern werden mit allen ihren Fähigkeiten und Interaktionsmöglichkeiten gesehen (Luckasson & Reeve, 2001).

1.2 Ätiologie intellektueller Beeinträchtigung

Nachdem bereits verschiedene Definitionen intellektueller Beeinträchtigungen beleuchtet wurden, soll im Folgenden näher auf mögliche Ursachen eingegangen werden. Das Wissen über relevante Faktoren, die mit einer intellektuellen Beeinträchtigung in Zusammenhang stehen schreitet weiter voran, jedoch bleiben knapp 30 bis 40

Prozent der Fälle intellektueller Beeinträchtigung aus einem ätiologischen Blickwinkel unbestimmbar (Weber, 1997). Steinhausen (2001) beziffert diesen Bereich mit knapp 20%. Vor allem biologische und psychosoziale Faktoren haben an der Entstehung einer intellektuellen Beeinträchtigung maßgeblichen Anteil, wobei der Anteil beider Faktoren auch mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung in Zusammenhang steht. Es ist jedoch davon auszugehen, dass mögliche Risikofaktoren immer gemeinsam und nicht isoliert auftreten (Weber & Rojahn, 2009).

Prinzipiell wird zwischen pränatalen, perinatalen und postnatalen schädlichen Einflüssen unterschieden. Zu den pränatalen Faktoren gehören zum einen biologische, chromosomale als auch exogenetische Bedingungen, zum Beispiel Alkohol- und Drogenkonsum in der Schwangerschaft. Zu den perinatalen Bedingungen, die intellektuelle Beeinträchtigung bedingen können, zählen Infektionen (Neuhäuser & Steinhausen, 2013), physische Traumata sowie Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen können ebenfalls in dieser Phase Einfluss nehmen (Weber & Rojahn, 2009). Zu den postnatalen, nachgeburtlichen Einflussfaktoren zählen Vergiftungen, physische Traumata, Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen des zentralen Nervensystems sowie psychosozial bedingte Faktoren, unter Anderem soziale Deprivation und Misshandlung (Weber & Rojahn, 2009). Für leichte Formen intellektueller Beeinträchtigung entfallen ca. 23% auf pränatale, 18% auf perinatale und 2% auf postnatale Ursachen, 55% werden unbekanntem Faktoren und 2% Psychosen zugeschrieben. Für schwere Formen intellektueller Beeinträchtigung zeigen sich 55% pränatale, zumeist chromosomale, Ursachen verantwortlich, 15% sind perinataler und 11% postnataler Natur (Neuhäuser & Steinhausen, 2013).

1.3 Psychische Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Zahlreiche Studien stützen die These, dass Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung eine 2-3 Mal höhere Prävalenz für das Auftreten einer psychischen Erkrankung haben als Menschen ohne intellektueller Beeinträchtigung (APA, 2013). Als Prävalenz wird das Vorhandensein einer psychischen Störung über einen definierten Beobachtungszeitraum definiert. Dabei werden Punktprävalenzen (ist eine psychische Störung zu einem bestimmten Erhebungszeitpunkt vorhanden), Lebenszeitprävalenz (Auftreten einer psychischen Störung im Lebensverlauf bis zum Er-

hebungszeitpunkt) sowie die 12-Monatsprävalenz (Vorhandensein einer psychischen Störung bis zum Erhebungszeitraum) unterschieden (Wittchen & Hoyer, 2011). So zeigen Dekker und KollegInnen in ihrer Studie mit 1 041 Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung sowie 1 855 Kindern ohne intellektueller Beeinträchtigung im Alter von 6 bis 18 Jahren, dass Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung eine fast 3 Mal so hohe Prävalenz, nämlich 50% bei Kindern mit versus 18% bei Kindern ohne intellektuelle Beeinträchtigung, für eine psychische Störungen aufweisen (Dekker, Koot, Ende & Verhulst, 2002). Ähnliche Zahlen finden sich auch in einer Studie von Emerson und Hatton (2007). In ihrer Studie wurden 641 Personen mit intellektueller Beeinträchtigung mit 17 774 Personen ohne solch einer Beeinträchtigung im Hinblick auf psychische Erkrankung verglichen. Das Ergebnis dieser Studie legt nahe, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine Prävalenz an einer psychische Störungen zu erkranken von 36% haben, bei Menschen ohne intellektueller Beeinträchtigung liegt dieser Prozentsatz bei nur 8% (Emerson & Hatton, 2007). Zusätzlich ist das kumulative Risiko einer Belastung durch soziale Benachteiligung mit höheren Prävalenzzahlen sowohl für emotionale Störungen als auch Verhaltensstörungen oder hyperkinetische Störung unabhängig von einer Beeinträchtigung verbunden. Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung sind verstärkt sozialer Benachteiligung ausgesetzt, werden diese kontrolliert, sinkt auch das Risiko für eine psychische Erkrankung (Emerson & Hatton, 2007). Neuere Studien belegen die bisher dargestellten Zahlen ebenfalls. In einer US-Amerikanischen Studie zeigten sich Prävalenzraten von 65% bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gegenüber 53% bei Personen der Normalpopulation (Platt, Keyes, McLaughlin & Kaufman, 2018). Risikofaktoren sind neben Alter, Geschlecht und sozioökonomischen Status (Emerson & Hatton, 2007) auch die Stärke der Beeinträchtigung (Haveman, Maaskant, Schrojenstein Landtman, Urlings & Kessels, 1994; Molteno, Molteno & Finchilescu, 2001).

Es zeigt sich nicht nur, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung höhere Prävalenzraten für eine psychische Erkrankung haben, es lässt sich auch das gesamte Störungsspektrum nachweisen (Weber, 1997). Im Folgenden soll in Anlehnung an die WHO (1992) eine Auswahl der in der Population der intellektuell beeinträchtigten Personen ebenfalls auftretenden Störungsbilder beschrieben werden. Zu diesen zählen nach Weber (1997) Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2), affektive Störungen (F3) sowie Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4).

1.3.1 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2). Ins Störungsbild der Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F2) werden jegliche Formen der Schizophrenie (z.B. paranoide, katatone), schizotype Störungen (gekennzeichnet durch Anomalien des Denkens und der Stimmung, die jenen der Schizophrenie ähneln, jedoch sind nie eindeutige Symptome, die charakteristisch für das Störungsbild der Schizophrenie sind, aufgetreten), anhaltende wahnhafte Störungen (gekennzeichnet durch die Entwicklung einer einzelnen Wahnidee bzw. mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte, darunter Paranoia und paranoide Psychose, die zumeist lebenslang bestehen) sowie akute vorübergehende psychotische Störungen (hier fehlt systematisches klinisches Wissen zur Klassifikation, als relevant wird der akute Beginn innerhalb von 2 Wochen, typische Syndrome wie z.B. polymorphe Erscheinungsbilder sowie die Verbindung mit akuten Belastungen angesehen) integriert (Dilling & Freyberger, 2012; WHO, 1992).

Die Schizophrenie (F20) ist das häufigste Störungsbild dieser Gruppe. Sie ist gekennzeichnet durch Störungen von Denken und Wahrnehmung, die Affektivität ist ebenfalls beeinträchtigt (Dilling & Freyberger, 2012; WHO, 1992). Symptome betroffener Personen werden in positive und negative Symptome eingeteilt. Das Kennzeichen positiver Symptome ist, dass diese in keiner Form bei gesunden Personen vorkommen, negative Symptome werden als Verlust normaler Funktionen beschrieben (Wittchen & Hoyer, 2011). Andere Studien zeigen jedoch, dass positive Symptome, darunter vor allem akustische Halluzinationen, in einem bestimmten Ausmaß auch in der Normalpopulation anzutreffen sind (Beavan, Read & Cartwright, 2011). Beide Symptom-Formen schließen sich nicht gegenseitig aus, vielmehr können sie auch gemeinsam auftreten. Zu den Positivsymptomen zählen neben Halluzinationen und Wahnvorstellung auch ein bizarres Ausdrucksverhalten sowie Assoziationszerfall. Zu den Negativsymptomen zählen neben Affektverarmung, Kontaktmangel und Apathie auch Aktivitätsminderung und Verlangsamung kognitiver Prozesse (Wittchen & Hoyer, 2011).

Zu den drei verbreitetsten Formen der Schizophrenie gehören neben der paranoiden auch die hebephrene sowie katatone Schizophrenie, wobei die paranoide Schizophrenie der am häufigste beobachtete Typus ist. *Paranoide Schizophrenie (F20.0)* zeichnet sich durch dauerhafte Wahnvorstellungen mit begleitenden akustischen Halluzinationen sowie anderen Wahrnehmungsstörungen aus. Bei der *hebephre-*

nen Schizophrenie (F20.1) ist das Krankheitsbild durch Veränderungen im affektiven Bereich gekennzeichnet, erkrankte Personen zeichnen sich unter Anderem durch eine flache, unpassende Stimmung sowie ungeordnetes Denken und zerfahrene Sprache aus, Halluzinationen und Wahnvorstellungen können vorhanden sein, stehen jedoch nicht im Vordergrund. Die *katatone Schizophrenie (F20.2)* ist vorrangig durch psychomotorische Störungen (Erregung, Bewegungstereotypien, Negativismus) geprägt (Benkert, Hautzinger & Graf-Morgenstern, 2008; Dilling & Freyberger, 2012; WHO, 1992).

Die Punktprävalenz von Schizophrenie liegt bei 0.14 - 0.46 Prozent, das Lebenszeitrisiko beträgt knapp 1% (Wittchen & Hoyer, 2011), bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung liegt die Prävalenz bei ca. 3% (Hemmings & Bouras, 2016). Die Diagnose ist bei dieser Population zumeist erschwert (Weber, 1997). Eine Studie mit 245 749 Personen aus Australien fand eine um bis zu dreimal höhere Prävalenz (von 3.7% - 5.2%) für eine schizophrene Erkrankung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich zu Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung (Morgan, Leonard, Bourke & Jablensky, 2008). Ähnliche Ergebnisse finden sich auch bei Cooper und KollegInnen, die bei einer zweijährigen Studie mit über 1 000 Personen mit intellektueller Beeinträchtigung Prävalenzraten zwischen 2.6 - 4.4% fanden, je nach ausgewähltem diagnostischem Kriterium (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan, 2007). Darüber hinaus scheint Schizophrenie auch eine erhöhte Erbllichkeit zu haben (Wittchen & Hoyer, 2011). Für diese Hypothese wurden in einer Studie von 2004 auch Belege gefunden, die Autoren kamen zu dem Schluss, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine 1.5 mal höhere Chance haben einen verwandten Menschen zu haben, der an Schizophrenie erkrankt ist, als an einer affektiven Störung (Greenwood, Husted, Bomba, Hodgkinson & Bassett, 2004).

1.3.2 Affektive Störungen (F3). Nach der WHO (1992) bestehen die Hauptsymptome affektiver Störungen in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität. Zu diesem Störungsbild gehören die Störungsbilder der *Manie (F30)*, *bipolar affektive Störung (F31)*, *Depression (F32, F33)* und *andere affektive Störungen (F34, F38)*.

In einer norwegischen Studie lag die Prävalenz affektiver Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bei 12,3% (Hove & Havik, 2008), andere Studien zeigen niedrigere Prävalenzzahlen (Cooper et al., 2007; Shimoyama, Iwasa &

Sonoyama, 2018). In der Normalpopulation liegt die 12-Monatsprävalenz für affektive Störungen bei ca. 11% (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Darüber hinaus zeigt sich ein Zusammenhang bezüglich affektiver Störung, Grad der intellektuellen Beeinträchtigung sowie dem Vorhandensein von Verhaltensauffälligkeiten. So zeigt eine Studie, dass Menschen mit einer milderen Form von intellektueller Beeinträchtigung signifikant höhere Depressionswerte erzielen, als jene mit einer schweren Form (Myrbakk & Tetzchner, 2008). Für die Diagnose einer (leichten) Depression müssen nach WHO (1992) zumindest zwei bis drei der folgenden Symptome gegeben sein: (1) niedrige Stimmung, (2) Energieverlust, (3) verminderte Aktivität, (4) Verringerte Freude, Interesse und Konzentration, (5) gesteigerte Müdigkeit, (6) Schlafprobleme, (7) reduzierter Appetit, (8) reduziertes Selbstwertgefühl sowie (9) das Vorhandensein von Schuldgefühlen. In Österreich leiden einer österreichischen Gesundheitsbefragung zufolge 5,7 Prozent der ÖsterreicherInnen an einer diagnostizierten Depression (Statistik Austria, 2015), für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wurden für Österreich keine entsprechenden Statistiken gefunden.

1.3.3 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4). In diese Gruppe von Störungen fallen sowohl phobische Störungen (F40), Zwangsstörungen (F42), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung (F43), dissoziative Störungen (F44) sowie somatoforme Störungen (F45) (Dilling & Freyberger, 2012; WHO, 1992). Eine *Panikstörung (F41.0)* zeichnet sich durch wiederkehrende und unerwartete Panikanfälle (dies sind klar abgrenzbare Episoden intensiver Angst, die Angst tritt plötzlich auf und nimmt innerhalb von 10 bis 15 Minuten wieder ab) sowie Sorgen darüber, dass weitere Panikanfälle auftreten könnten. Panikstörungen können gleichzeitig mit einer *Agoraphobie (F40.0)* auftreten. Personen, die an diesem Störungsbild leiden, vermeiden bestimmte Situationen, aus Angst davor die Situation nicht verlassen zu können, was wiederum zu einer Einschränkung des Lebensstils führen kann. Die Lebenszeitprävalenz einer Panikstörung liegt bei 4%, jene der Agoraphobie bei 5%. Als *generalisierte Angststörung (F41.1)* wird die übermäßige und unkontrollierbare Angst und Sorge bezüglich alltäglicher Tätigkeiten bezeichnet. Mindestens drei der Symptome (Ruhelosigkeit, leichte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Muskelspannung, Schlafstörungen) müssen für mindestens 6 Monate bestehen. Die Lebenszeitprävalenz liegt hier zwischen 3 - 5 % (Wittchen & Hoyer, 2011). Eine Metaanalyse von Maïano et al. (2018) zeigt, dass sich Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bezüglich einer Angststörung nicht von

der Normalpopulation bezüglich ihrer Prävalenzraten zu unterscheiden scheinen, die Punktprävalenzen einer Schottischen Studie (Reid, Smiley & Cooper, 2011) bestätigen ähnliche Zahlen für Personen mit intellektueller Beeinträchtigung im Vergleich zur Normalpopulation. Emerson (2003) hingegen zeigte in einer Studie, dass bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eine Prävalenz von knapp 9% gegenüber 4% bei Menschen ohne intellektueller Beeinträchtigung vorliegt.

1.4 Diagnostik

Um klinisch relevante Symptome in der Allgemeinbevölkerung erfassen zu können, bedarf es neben Beobachtungen und Fremdbeurteilungen auch die Sichtweise der befragten Person selbst. Diese ist zumeist stark an die verbale Kommunikationsfähigkeit gebunden, da die befragte Person Auskunft über ihre Gefühle, Gedanken und Erlebnisse mitteilen soll. Personen mit intellektueller Beeinträchtigung lassen sich jedoch durch eine eingeschränkte Sprachfähigkeit sowie eine verringerte Selbstreflexionsfähigkeit charakterisieren, was zu einer erschwerten Diagnostik psychischer Störungen führen kann (Weber, 1997). Auch im ICD-10 findet sich der Hinweis darauf, dass die Kriterien, die in den jeweiligen Abschnitten des Kapitels V(F) angeführt sind, bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung problematisch sein können (Dilling & Freyberger, 2012; WHO, 1992). Die meisten Verfahren, die psychopathologische Symptome abfragen, wurden nicht für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt, weshalb sowohl der sprachliche Kontext, als auch die abgefragten Bereiche als unvorteilhaft angesehen werden müssen (Rojahn & Tassé, 1996; zitiert nach Weber, 1997). Um diesem Umstand Rechnung zu tragen wurden die „Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation(DC-LD)“ (Psychiatrists, 2001) entwickelt, welche vor allem bei Menschen mit mittelmäßiger bis schwerer intellektueller Beeinträchtigung zum Einsatz kommen. Ein zusätzliches Problem stellt das sogenannte „Diagnostic overshadowing“ dar. Dieses Phänomen beschreibt den Umstand, dass die gezeigten Symptome der diagnostizierten Person von dem/der Diagnostiker/in als zur intellektuellen Beeinträchtigung zugehörig interpretiert werden und nicht als zu einer eigenständigen klinisch-psychologische Diagnose zugehörig (Reiss, Levitan & Szyszko, 1982). Zum einen besteht die Möglichkeit, dass für DiagnostikerInnen die intellektuelle Beeinträchtigung salienter ist und daher eine psychische Störung „übersehen“ wird.

Dieser Ansatz stützt sich auf die Selbstwahrnehmungstheorie (Bem, 1972), wonach Verhalten auf saliente Faktoren zurückgeführt werden kann. Die zweite Möglichkeit für diesen Effekt besteht in der Möglichkeit, dass emotionalen Problemen im Vergleich zu den Auswirkungen der intellektuellen Beeinträchtigung eine geringere Bedeutung zugeschrieben werden. Dies kann wiederum dazu führen, dass psychische und emotionale Probleme bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vernachlässigt werden (Mason & Scior, 2004). Studien zeigen, dass dieser Bias immer noch wirksam ist, PsychiaterInnen scheinen davon stärker betroffen zu sein als PsychologInnen (Mason & Scior, 2004). Der diagnostic overshadowing bias kann jedoch durch Training minimiert werden (Wood & Tracey, 2009).

Welche Instrumente nun für die Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen sowohl mit als auch ohne intellektueller Beeinträchtigung geeignet erscheinen, soll im Folgenden aufgezeigt werden.

1.4.1 Verfahren zur Erfassung von Verhaltensstörungen. Da Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung neben psychischen Störungen, mitunter auch bedingt durch diese, vermehrt Verhaltensstörungen zeigen (Richardson & Koller, 1996), scheint die Anwendung von Verfahren, die dies auch erheben, sinnvoll. Da die Diagnostik von Verhaltensstörungen nicht das Hauptanliegen dieser Arbeit ist, wird in weiterer Folge daher exemplarisch eines der gängigsten Verfahren, die Aberrant Behavior Checklist (ABC), näher beschrieben. Die *Abberant Behavior Checklist* (ABC; Aman & Singh, 1986) ist ein Verfahren zur Erfassung des Verhaltens bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die in Institutionen leben. Das Verfahren wurde bereits in mehrere Sprachen übersetzt, darunter auch in Deutsch (Aman, 2007). 58 Items lassen sich auf folgende fünf Skalen aufteilen (Aman, Burrow & Wolford, 1995):

- Irritierbarkeit, Agitiertheit, Schreien; (15 Items)
- Lethargie/Sozialer Rückzug; (16 Items)
- stereotypes Verhalten; (7 Items)
- Hyperaktivität/Non-Compliance; (16 Items)
- unangemessene Sprache; (4 Items)

Seit 1992 gibt es eine erweiterte Version, die Aberrant Behavior Checklist-Community, bei der Items sowohl sprachlich als auch begrifflich adaptiert wurden (Marshburn & Aman, 1992). Studien zeigen eine hohe Validität dieses Verfahrens, so

dass von einer robusten Faktorenstruktur ausgegangen werden kann (Brown, Aman & Haverkamp, 2002; Marshburn & Aman, 1992). Neben diesem Verfahren kommen weitere Verfahren, wie zum Beispiel die Behavior Rating Scale (BRS; Strohmer, 1989) sowie das Behavior Problem Inventory (BPI; Rojahn, Matson, Lott, Esbensen & Smalls, 2001) zum Einsatz.

1.4.2 Verfahren zur Erfassung psychischer Störungen. Für diese Arbeit wesentlicher sind Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Dabei kommen sowohl sogenannte Screeningverfahren - dies sind Verfahren mit einer reduzierten Itemanzahl- als auch standardisiert strukturierte Interviews zum Einsatz (Weber, 1997). Im Folgenden werden zuerst in einem ersten Schritt gängige Screeningverfahren dargestellt, in einem zweiten Schritt werden gängige klinische Interviews genauer dargestellt.

1.4.2.1 Screeningverfahren.

Das *Reiss-Screen for Maladaptive Behavior* (RSMB; Reiss, 1988) ist ein 36 Items umfassendes Instrument zur Erfassung psychopathologischer Symptome bei Jugendlichen und Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung. Dieses Screening wird von Drittpersonen ausgefüllt. Das *Psychopathological Instrument for Mentally Retarded Adults* (PIMRA; Matson, 1988; zitiert nach Weber, 1997) liegt sowohl in einer Selbstbeurteilungs- als auch Fremdbeurteilungsversion vor und besteht aus 56 Items. Es liegt inzwischen eine revidierte Version vor, bestehend aus 86 Items. Die psychometrische Kennwerte der revidierten Fassung sind als akzeptabel einzustufen (Belva & Matson, 2015). Der *Self-Report Depression Questionnaire* (SRDQ) erfasst depressive Symptomatiken bei Personen mit mittelgradiger oder schwerer intellektueller Beeinträchtigung und besteht aus 32 Items. Sowohl interne Konsistenz als auch Reliabilitätsmaße können als akzeptabel eingestuft werden (Reynolds, 1989; zitiert nach Weber, 1997). Die *PAS-ADD Checkliste* (*Psychiatric Assessment Schedule for Adults with a Developmental Disability*; Moss et al., 1996; zitiert nach Weber, 1997) ist ein ökonomisches Verfahren zur Erfassung von Symptomen psychischer Störungen. Die PAS-ADD Checkliste existiert bereits in mehreren Sprachen, darunter auch in einer deutschen Version. Diese besteht, wie die Originalversion, aus 24 Items, die sich 6 Faktoren zuordnen lassen. Sowohl die interne Konsistenz als auch andere Reliabilitätsmaße waren akzeptabel (Zeilinger, Weber & Haveman, 2011). Das *MINI PAS-ADD* (Moss et al., zitiert nach Weber, 1997) ergänzt das eben erwähnte

Verfahren. Es besteht aus 66 Items, welche sieben mögliche psychische Erkrankungen (Depression, Angst, Hypomanie, Zwangsstörung, unspezifische Störungen und Autismus-Spektrum-Störung) erheben. Sowohl die interne Konsistenz als auch Validitätsmaße sind akzeptabel (Prosser et al., 1998).

Da mittels Screeningverfahren keine klinische Diagnose gestellt werden kann, bedarf es einer Abklärung mittels weiterer diagnostischer Verfahren, zum Beispiel einem klinischen Interview.

1.4.2.2 Standardisierte Interviews.

Zu den gängigsten standardisierten Interviews im Bereich der psychologischen Diagnostik zählt neben dem *Diagnostischen Inventar psychischer Störungen (DIPS)* und dem *Strukturiertem klinischen Interview für DSM-5 (SKID)* auch das *Moss Psychiatric Assessment Schedule-Diagnostic (MPAS-Diag)*. Während die beiden erstgenannten Verfahren für die Anwendung in der Allgemeinpopulation konzipiert wurden, ist das MPAS-Diag vor allem für die Anwendung bei Personen mit intellektueller Beeinträchtigung geeignet.

Das DIPS (Unnewehr, Schneider & Margraf, 2013) entstand aus dem Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised (ADIS-R, Di Nardo & Barlow, 1988) und erhebt psychische Störungen bei Erwachsenen. Die neueste Version des DIPS (Margraf, Cwik, Suppiger & Schneider, 2017) zeichnet sich jedoch durch eine Loslösung des ADIS-R aus und erhebt folgende Störungsbilder: (1) Angststörungen, (2) Bipolare und verwandte Störungen, (3) Depressive Störungen, (4) Zwangsstörung und verwandte Störungen, (5) Trauma- und belastungsbezogene Störungen, (6) Somatische Belastungs- und verwandte Störungen, (7) Essstörungen, Schlaf-Wachstörungen, (8) Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen, (9) Aufmerksamkeitsdefizit- /Hyperaktivitätsstörung, (10) Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie (11) Screenings für Psychosen, Sexuelle Funktionsstörungen und suizidales Verhalten. Zusätzlich stehen hierfür auch Versionen für Kinder (Kinder-DIPS; Schneider, Pflug, In-Albon & Margraf, 2017) sowie für Säuglinge und Kleinkinder (Baby-DIPS; Schneider & Wolke, 2007) zur Verfügung.

Das SKID (Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) ist ein standardisiertes klinisches Interview zur Erfassung von psychischen Störungen, darunter affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen sowie Anpassungsstörungen (SKID-I),

sowie 10 Persönlichkeitsstörungen (SKID-II). Befunde bezüglich der Gütekriterien liegen für die deutsche Fassung basierend auf dem DSM-4 keine Angaben vor, die deutschsprachige Version für DSM-3 sowie die englischsprachige Originalversion zeigen sprechen jedoch für eine gute Objektivität. Es wurden Regeln für das Überspringen von Abschnitten sowie das Stellen von Zusatzfragen erstellt. Die Reliabilitäten zeigen gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten bezüglich der Störungsbilder. Auch die Retest-Reliabilitäten lassen sich als gut bezeichnen. Aussagen bezüglich der Validität sind unzureichend, da strukturierte klinische Interviews zumeist selbst den Maßstab bilden, an dem klinische Diagnosen geprüft werden. Zusätzlich zum SKID-I und dem SKID-II gibt es auch das SKID-D zur Diagnostik und dissoziativer Störungen für Jugendliche ab 18 Jahren und Erwachsene. Mittels SKID-D können die Diagnosen der dissoziativen Amnesie, dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung, dissoziative Identitätsstörung, nicht näher bezeichnete dissoziative Störung sowie dissoziative Trancestörung gestellt werden (Strauß & Schumacher, 2004).

Wie bereits erwähnt wurde, können abgefragte Symptome von gängigen diagnostischen Instrumenten nicht unreflektiert auf die Population der intellektuell beeinträchtigten Personen übernommen werden. Aus diesem Grund wurde im englischen Sprachraum das halb-strukturierte klinische Interview MPAS-Diag (Moss, Friedlander & Fairley, 2011) entwickelt, welches auch bereits in einige andere Sprachen übersetzt wurde, eine deutsche Version fehlt jedoch bis heute. Ein großer Vorteil dieses Verfahrens liegt darin begründet, dass das Interview sowohl mit der betroffenen Person selbst als auch mit einer Drittperson (Elternteil, BetreuerIn) durchgeführt werden kann, was die Sensitivität des Verfahrens erhöht. Dies wurde mittels einer sprachlichen Vereinfachung erreicht. Im Zuge der Diagnostik ist es zusätzlich möglich, sogenannte Ankerevents, zu definieren, so dass die Möglichkeit besteht, die vorhanden Symptome auf einen für die betroffene Person relevanten Zeitpunkt zu beziehen (Moss et al., 2011). Eine Studie von Moss et al. (1997) zeigt eine perfekte Beurteilerübereinstimmung bezüglich dieser Ankerevents. Zusätzlich zeigen sich bei der ersten Version des MPAS-Diag moderate Kappa-Werte, mit durchschnittlich $\kappa = .80$ (Moss et al., 1997). Verglichen mit den Werten aus einer anderen Untersuchung (Wing, Nixon, Mann & Leff, 1977) bezüglich der Erhebung des psychopathologischen Befundes (Present State Examination; Wing, Cooper & Sartorius, 1974), von dem der MPAS-Diag mitunter abgeleitet wurde, mit einem mittleren Interrater-Reliabilitätskoeffizienten von $\kappa = .63$, lässt sich die Verlässlichkeit des klinischen Interviews als höher bezeichnen.

Die Durchführung des MPAS-Diag richtet sich an PsychologInnen und PsychiatrerInnen, die ein Training für dieses Verfahren absolviert haben sollten und dauert je nach Anzahl der erfragten Symptome unterschiedlich lange (Moss et al., 2011), man kann jedoch von einer durchschnittlichen Dauer von 30 Minuten ausgehen. Weiters sind zwei Sitzungen anzustreben, je eine mit einem/einer Informanten/in und eine mit der betroffenen Person selbst (Weber, 1997). Eine Übersicht über die möglichen Diagnosen, die mittels des MPAS-Diag gestellt werden können, finden sich in Tabelle 3 (Moss et al., 2011).

Tabelle 3
Erfasste Störungsbilder im MPAS-Diag

Störungsbild	ICD-10	DSM-5
Agoraphobie	x	x
Soziale Phobie	x	x
Spezifische Phobie	x	x
Panikstörung	x	x
Generalisierte Angststörung	x	x
Zwangsstörung	x	x
Depressive Episode	x	x
Manische Episode	x	x
Manische Episode mit psychotischen Eigenschaften	x	x
Schizophrenie	x	x
Schizophreniforme Störung	-	x
Schizoaffektive Störung	x	x
Andere nicht-organische Psychose	x	-
Andere persistierende wahnhaftige Störung	x	-
Wahnhaftige Störung	x	x
unspezifizierte Psychose	x	x
kurze psychotische Störung	-	x
Hyperkinetische Störung	x	x
Autismus Spektrum Störung (Screening)	x	x

1.5 Akzeptanz klinischer Interviews

Damit ein klinisches Interview für die Diagnostik einsetzbar ist, muss es neben den bekannten Gütekriterien der Reliabilität, Validität und Objektivität auch dem

Gütekriterium der Machbarkeit (Feasibility) und PatientInnenakzeptanz genügen (Pinninti, Madison, Musser & Rissmiller, 2003). Feasibility-Studien überprüfen, ob eine Intervention geeignet ist für weitere, aufwändigere und damit einhergehend auch zumeist finanziell kostenintensivere Studien. Als Intervention wird jedes Programm, jede Dienstleistung oder jedes Produkt bezeichnet, welches die Einstellung als auch bestimmte Bedingungen (z.B. sozial, umweltbedingt) verändern kann. Dabei stehen acht Bereiche im Fokus - Akzeptanz, Bedarf, Implementierung, Praktikabilität, Adaption, Integration, Expansion sowie die Prüfung auf eingeschränkte Wirksamkeit (Bowen et al., 2009). Für diese Arbeit relevant ist vor allem der Fokus auf die Akzeptanz, bei der die Reaktion auf eine eingeführte Intervention sowohl von AnwenderInnen als auch EmpfängerInnen untersucht werden soll. Zur Akzeptanz bezüglich klinischer Interviews gehört neben der subjektiven Bewertung auch die Erwartung des subjektiven Nutzens, Zumutbarkeit, Zufriedenheit und Aufwandsminimierung (Neuschwander, In-Albon, Meyer & Schneider, 2017). Studien zu klinischen Interviews, darunter Kinder-DIPS (Unnewehr et al., 2013) und DIPS (Margraf, Schneider, Ehlers, DiNardo & Barlow, 2013), zeigen hohe PatientInnenzufriedenheit in Bezug auf die Durchführung des klinischen Interviews. Prädiktoren für PatientInnenzufriedenheit sind neben der *General Assessment of Functioning-Skala* (GAF) noch die Anzahl an gestellten Diagnosen (weniger Diagnosen führen zu höherer Zufriedenheit) sowie die Interviewdauer. Weiters zeigen sich bei den durchgeführten Studien negative Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit dem klinischen Interview *DIPS* und der Interviewdauer sowie ein positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und dem erhobenen GAF-Wert (Neuschwander et al., 2017; Suppiger et al., 2009).

2 Fragestellung

Ausgehend von dem bereits dargestellten theoretischen Hintergrund, wird im Rahmen dieser Masterarbeit folgende Forschungsfrage untersucht: Ist die deutsche Version des halb-strukturierten klinischen Interviews Moss Psychiatric Assessment Schedule-Diagnostic (MPAS-Diag) ein akzeptables Instrument zur Erhebung psychischer Störungen bei Menschen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung?

Diese Fragestellung soll anhand einer quantitativen Pilotstudie überprüft werden, weshalb auf das Aufstellen von Hypothesen verzichtet wird - das Vorgehen soll

einen rein explorativen Charakter aufweisen. Aufgrund bisheriger Forschung sollen jedoch vor allem den Variablen (1) Interviewdauer, (2) Allgemeine Zufriedenheit, (3) Akzeptanz des Verfahrens vonseiten der KlientInnen, (4) Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung, (5) Anzahl gestellter Diagnosen sowie (6) der Global Assessment of Functioning (GAF)-Skala besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

3 Methode

3.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie gliederte sich in zwei Abschnitte. Der erste Teil beinhaltete die Übersetzung des halb-strukturierten klinischen Interviews „Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic (MPAS-Diag)“ von englischer in deutsche Sprache. Die Übersetzung wurde mit Hilfe einer durch den Entwickler des Verfahrens bereitgestellten Online-Version durchgeführt. Die übersetzte deutsche Version wurde in weiterer Folge mit einer Psychologin mit zusätzlich abgeschlossenem Englischstudium besprochen und überarbeitet. Der Übersetzungsprozess dauerte von Oktober 2018 bis Februar 2019. Im zweiten Teil der Studie wurden mit der finalen deutschen Version des Verfahrens von März 2019 bis Juni 2019 insgesamt 43 Interviews durchgeführt. Anschließend an das Interview beantworteten alle TeilnehmerInnen den Patient-Acceptance-Questionnaire (Suppiger et al., 2009) bezüglich ihrer Zufriedenheit und Akzeptanz mit dem Interview. Die Beantwortung erfolgte anonymisiert, in einigen Fällen wurde jedoch auf Bitte der TeilnehmerInnen bei der Beantwortung der Fragen durch den Interviewer beziehungsweise eine Drittperson Unterstützung gegeben, indem die Frage zum besseren Verständnis verbal vereinfacht wiedergegeben oder Zweifel über das richtige Verständnis der Frage besprochen wurden. Der ausgefüllte Fragebogen wurde anschließend dem Interviewer gefaltet und so retourniert, dass die beantworteten Fragen nicht ersichtlich waren.

3.2 Material und Operationalisierung

3.2.1 Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic (MPAS-Diag). Zur Anwendung kam die deutsche Übersetzung des bereits erwähnten semi-strukturierten klinischen Interview „Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic“ (MPAS-Diag) zur Diagnostik psychischer Störungen auf Basis des ICD-10 sowie

dem DSM-5 bei Menschen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung (Moss et al., 2011).

3.2.2 Patient Acceptance Questionnaire. Zusätzlich zum halb-strukturierten klinischen Interview wurde eine adaptierte Form des Patient Acceptance Questionnaire (Suppiger et al., 2009) verwendet. Dieser Fragebogen erhebt, neben einigen soziodemographischen Fragen zur Person, nachstehende 11 Fragen. Bis auf die erste Frage, die die allgemeine Zufriedenheit mittels halb-strukturiertem Interview befragt worden zu sein misst und auf einer Skala von 0 (*überhaupt nicht zufrieden*) bis 100 (*total zufrieden*) bewertet wurde, zielen die restlichen Fragen auf die Akzeptanz des verwendeten Verfahrens ab und wurden auf einer 4-stufigen Likert Skala, von 0 (= *trifft überhaupt nicht zu*) bis 3 (= *trifft total zu*), bewertet. Dabei sind 5 Fragen negativ formuliert (Items 3, 4, 5, 6, 9), 5 Fragen sind positiv formuliert (Items 2, 7, 8, 10, 11). Die Fragen wurden für Personen mit intellektueller Beeinträchtigung in Hinblick auf leichte Sprache adaptiert. Zusätzlich wurde für diese Gruppe auch ein visuelles Ratingsystem (sog. „Daumenrating“) verwendet. Die beiden Versionen des Fragebogens befinden sich im Anhang B. Folgend finden sich die Fragen bezüglich der Akzeptanz des halb-strukturierten klinischen Interviews vonseiten der KlientInnen (Fragen 2 bis 11), sowie die Frage zur allgemeinen Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag (Frage 1).

1. Wie zufrieden sind Sie mit dem durchgeführten Interview allgemein?
2. Das Vorgehen des Interviewers habe ich als hilfreich erlebt.
3. Ich fühle mich verwirrter als vor dem Interview.
4. Ich fühle mich ausgefragt.
5. Es waren mir zu viele Fragen.
6. Das Interview war zu anstrengend.
7. Ich habe das Gefühl, der Interviewer nimmt meine Probleme ernst.
8. Die Beziehung zum Interviewer habe ich als angenehm empfunden.
9. Heute habe ich nicht alles vorgebracht, was mich wirklich bewegte.
10. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selber nach dem Interview besser verstehe.
11. Ich denke, der Interviewer hat genau nachgefragt, um die Situation zu verstehen.

Studien mit dem Patient Acceptance Questionnaire zeigen zwei Faktoren - der erste Faktor setzt sich aus Fragen bezüglich der kognitive Anstrengung (*mental effort*)

zusammen und beinhaltet Fragen wie zum Beispiel „Ich fühle mich verwirrter als vor dem Interview“ und „Das Interview war zu anstrengend“. Der zweite Faktor beinhaltete Items bezüglich der emotionalen Reaktion (*emotional reaction*). Für die beiden Skalen zeigen sich gute interne Konsistenzen von $\alpha = .70$ bzw. $\alpha = 0.66$ (Suppiger et al., 2009).

3.2.3 Operationalisierung. Wie unter Punkt 2 beschrieben, erhalten sechs Variablen besondere Aufmerksamkeit. Die *Interviewdauer* wurde ab dem Intervieweinstieg bis zum Zeitpunkt, als das klinische Interview beendet wurde, in Minuten mittels Stoppuhr gemessen. Sekundenangaben unter 30 wurden abgerundet, jene über 30 wurden aufgerundet. Die *Allgemeine Zufriedenheit* sowie die *Akzeptanz* des Verfahrens der KlientInnen mit dem Interview wurde, wie bereits unter Punkt 3.2.2 erwähnt, mittels des Patient Acceptance Questionnaire erhoben. Der *Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung* wurde subjektiv eingeschätzt und wurde als 0 (*keine IB*), 1 (*leicht*), 2 (*mittel*) sowie 3 (*schwer*) kodiert. Die *Anzahl gestellter Diagnosen* ergab sich aus dem Rating des semi-strukturierten klinischen Interviews MPAS-Diag. Die *Global Assessment of Functioning (GAF)*-Skala erhebt das allgemeine Funktionsniveau einer Person auf der Achse V und hat einen Wertebereich von 1 bis 100, wobei höhere Werte für ein besseres Funktionsniveau sprechen. Physische, intellektuelle oder umweltbedingte Beeinträchtigung sollen hierbei jedoch explizit nicht mit eingerechnet werden.

3.3 Stichprobe

3.3.1 Rekrutierung und Auswahlkriterien. Die vorhandene Stichprobe ist eine Gelegenheitsstichprobe und setzt sich sowohl aus Menschen mit als auch ohne intellektueller Beeinträchtigung zusammen. Die Rekrutierung der Personen erfolgte zum Teil über Organisationen (z.B. Lebenshilfe, Caritas, Dorfgemeinschaft Breitenfurt), zusätzlich wurde auch eine Einladung zur Teilnahme an dieser Studie in der Aprilausgabe des Down-Syndrom-Newsletters gestellt. Weiters wurden Personen auch über den Bekanntenkreis und Freunde rekrutiert. Unzureichende Deutschkenntnisse, Personen unter 18 Jahren als auch stark eingeschränkte oder nicht vorhandene verbale Kommunikationsfähigkeiten stellten Ausschlusskriterien dar. Vor Beginn des Interviews wurde nochmals das Ziel und Ablauf der Studie besprochen sowie eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt, in welcher die TeilnehmerInnen über

die Verwendung ihrer Daten sowie ihre Rechte informiert wurden. Die schriftliche Einverständniserklärung (Anhang B) wurde ebenfalls zusätzlich in leichter Sprache verfasst, so dass auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung aufgeklärt dieser Studie zustimmen konnten. In 37 (86.05%) Fällen wurde das Interview mit der betroffenen Person alleine durchgeführt, bei 6 (13.95%) Interviews war auch eine Drittperson anwesend (z.B. Elternteil, BetreuerIn), um die Angaben der interviewten Person bei Bedarf zu ergänzen sowie bei Unklarheiten von Seiten der betroffenen Person zu unterstützen. Der Fragebogen zur Akzeptanz des klinischen Interviews wurde in diesen Fällen auch durch die Drittpersonen, gemeinsam mit der betroffenen Person, beantwortet. Die interviewten Personen wurden für ihre Teilnahme an der Studie in keiner Form vergütet. Auf Wunsch der ProbandInnen wurde im Anschluss an das Interview auch das Ergebnis des Interviews verbal mitgeteilt. Sofern der Verdacht einer psychischen Erkrankung, die zu diesem Zeitpunkt nicht bekannt war, auftrat, wurde den betroffenen Personen ein Informationsblatt mit zuständigen Stellen, an die man sich in solchen Fällen wenden kann, ausgehändigt.

3.3.2 TeilnehmerInnen. Wie in Tabelle 4 zu sehen ist, besteht das Sample aus insgesamt 43 Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 39.77 Jahren. 23 (53.49%) TeilnehmerInnen hatten eine intellektuelle Beeinträchtigung. 20 (46.51%) Personen leben in einer eigenen Wohnung, 14 (32.56%) werden von einer Institution betreut, 9 (20.93%) leben noch bei der Familie. 17 (39.53%) Personen gehen einer Erwerbstätigkeit nach beziehungsweise sind in einer geschützten Werkstätte tätig, 8 (18.60%) sind arbeitssuchend, 7 (16.28%) sind noch in Ausbildung, 9 (20.93%) sind in Pension und 2 (4.65%) Personen gaben an etwas anderes zu machen. Keine der teilnehmenden Personen kannte ihren Intelligenzquotienten, weshalb diese Variable in keine der Analysen aufgenommen wurde. 9 (20.93%) TeilnehmerInnen hatten bereits bei der Teilnahme an dem Interview eine diagnostizierte psychische Störung. Im Mittel wurden anhand des Interviews 0.60 Diagnosen pro ProbandIn vergeben. Der Mittelwert der Global Assessment of Functioning (GAF) - Skala lag bei 74.88. Eine Übersicht der anhand des MPAS-Diag vergebenen Diagnosen findet sich in Tabelle 5.

3.4 Statistische Analyse

Alle statistischen Analysen wurden mit R (R Core Team, 2015) unter Einbezug der Pakete *psych* (Revelle, 2018), *exactRankTests* (Hothorn & Hornik, 2017), *effsize*

Tabelle 4
Demographische Charakteristik der Stichprobe

		Gruppe		Gesamt	
		mit IB	ohne IB		
N		23	20	43	
Alter	<i>M (SD)</i>	42.17 (19.63)	37 (13.09)	39.77 (16.91)	
	Spannweite	18 - 79	19 - 68	18 - 79	
Geschlecht					
	Weiblich	n (%)	14 (60.87)	10 (50.00)	24 (55.81)
	Männlich	n (%)	9 (39.13)	10 (50.00)	19 (44.19)
GAF-Skala	<i>M (SD)</i>	79.83 (17.54)	69.20 (21.87)	74.88 (20.16)	
	Spannweite	24 - 98	27 - 96	24 - 98	
Interviewdauer	<i>M (SD)</i>	46.30 (17.65)	47.50 (13.88)	46.86 (15.83)	
	Spannweite	22 - 87	27 - 75	22 - 87	
Diagnosenanzahl	<i>M (SD)</i>	0.26 (0.69)	1 (1.62)	0.60 (1.26)	
	Spannweite	0 - 3	0 - 6	0 - 6	

Anm. Mittelwert (*M*), Standardabweichung (*SD*), GAF (Global Assessment of Functioning), Intellektuelle Beeinträchtigung (IB).

Tabelle 5
Primäre Diagnosen nach ICD-10

Diagnose	Häufigkeit (Prozent)
keine Diagnose	30 (70.00)
<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)</i>	
F20 Schizophrenie	2 (4.65)
<i>Affektive Störungen (F30 - F39)</i>	
F32 Depressive Episode	4 (9.30)
<i>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 - F48)</i>	
F40.2 Spezifische Phobie	3 (6.98)
F41.1 Generalisierte Angststörung	4 (9.30)

Anmerkung. N = 43.

(Torchiano, 2018), *seqtest* (Yanagida, 2016) und *car* (Fox & Weisberg, 2011) erstellt. Voraussetzungen der verschiedenen Tests wurden vorab jeweils geprüft, zur Überprüfung der Normalverteilung wurde sowohl auf den Shapiro-Wilk-Test als auch auf eine graphische Analyse mittels Kerndichtediagramm zurückgegriffen. Zur Überprüfung der Varianzhomogenität wurde der Levene-Test eingesetzt.

Die Voraussetzung der Normalverteilung bezüglich der Interviewdauer zeigt ein signifikantes Ergebnis ($W = 0.94$, $p = .032$), weshalb nicht von einer Normalverteilung der Interviewdauer ausgegangen werden kann. Die Normalverteilung wurde auch graphisch anhand des Kerndichte-Diagramms überprüft (siehe Abbildung 3, Anhang A).

Der Shapiro-Wilk-Test bezüglich des GAF-Wertes ist signifikant ($W = 0.88$, $p < .001$), weshalb auch bei diesem Parameter in der vorliegenden Stichprobe nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Die graphische Überprüfung mittels Kerndichte-Diagramm unterstützt diese Annahme ebenfalls (Abbildung 4, Anhang A).

Die Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag ist in der vorliegenden Stichprobe ebenfalls nicht normalverteilt ($W = 0.84$, $p < .001$), das Kerndichtediagramm (Abbildung 5, Anhang A) unterstützt diese Annahme.

Da diese Variablen allesamt nicht normalverteilt sind, wird zum Vergleich von Mittelwerten die nicht-parametrische Alternative zum t-Test, nämlich der Wilcoxon-Rangsummen-Test für unabhängige Stichproben, verwendet. Die Ergebnisse der diversen Tests auf Varianzhomogenität werden explizit bei dem jeweiligen Test genannt. Ebenso finden sich die Überprüfungen der Voraussetzungen bezüglich der Faktorenanalyse als auch der Regression aufgrund der besseren Verständlichkeit direkt bei den Ergebnissen. Sofern Korrelationen berechnet wurden, wurde hierbei jeweils die nicht-parametrische Variante Spearman's rho (ρ) verwendet.

Zusätzlich zu den Teststatistiken wurden für alle Gruppenvergleiche mittels Wilcoxon-Rangsummentest auch Bootstrapping-Verfahren durchgeführt. Bootstrapping nimmt keine Annahmen bezüglich Verteilungen an und zählt daher zu den nicht-parametrischen Verfahren. Dabei werden wiederholt Stichproben, im Falle dieser Arbeit waren es jeweils 2 000, aus einer vorhandenen Stichprobe gezogen um so ein 95%-Konfidenzintervall der Teststatistik zu erhalten. Das erhaltene Konfidenzintervall wird jeweils direkt nach der Teststatistik angegeben und ist mit dem Zusatz *boot*

gekennzeichnet.

4 Ergebnisse

4.1 Faktorenanalyse des Patient Acceptance Questionnaire

Zur Analyse der Faktorenstruktur des Patient Acceptance Questionnaire wurde eine explorative Faktorenanalyse mittels Haupt-Faktoren-Lösung (*principal factor solution*) als Extraktionsmethode und Varimax als Rotationsmethode berechnet. Nach Little (2013) reichen für die Berechnung einer Faktorenanalyse 4 Fälle pro Variable aus, andere Autoren schlagen jedoch auch größere Stichproben vor (Andrew & Pedersen, 2011; Schumacker, 2015).

Zur Überprüfung, ob eine Faktorenanalyse durchführbar ist, wurde zuerst der Bartlett-Test durchgeführt, welcher signifikant ist, $\chi^2(45) = 212.39$, $p < .001$. Zusätzlich wurde das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium getestet, mit einem Wert von .82 liegt es über dem in der Literatur geforderten Cut-Off Wert von .50 (Field, Miles & Field, 2012).

Auf Grundlage des Scree-Plot (Abbildung 1) würden 3 Faktoren extrahiert werden, da jedoch vor allem der dritte Faktor nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium einen Eigenwert deutlich unter 1 hat (Field et al., 2012) sowie im Vergleich zu zufälligen Daten weniger Varianz aufklärt, wurden nur zwei Faktoren extrahiert. Die beiden extrahierten Faktoren erklären gemeinsam eine Varianz von 56%, wobei der Faktor *kognitive Anstrengung* eine Varianz von 32% erklärt, *emotionale Reaktion* erklärt 24% der gesamten Varianz. Zur Beurteilung der Modellgüte wurden sowohl RMSEA als auch root mean square of the residuals (RMSR) herangezogen. Beide Werte liegen unter den geforderten Cut-Offs von 0.01 bzw. 0.04, was für eine perfekte Passung spricht (Little, 2013). Für kleine Stichproben empfiehlt sich eine strengere Interpretation der Faktorladungen, weshalb Ladungen unter .45 ausgeschlossen wurden (Stevens, 2012). Der Faktor *kognitive Anstrengung* enthält 4 Items (z.B. „Das Interview war zu anstrengend“, „Es waren mir zu viele Fragen“), der Faktor *emotionale Reaktion* enthält die restlichen 6 Items. Item 1 („Das Vorgehen des Interviewers habe ich als hilfreich erlebt“) lädt ebenfalls auf dem zweiten Faktor, zusätzlich lädt Item 9 („Ich verstehe mich besser als vor dem Interview“) auf keinen der beiden Faktoren ausreichend hoch. Die Faktorladungen sind in Tabelle 6 dargestellt.

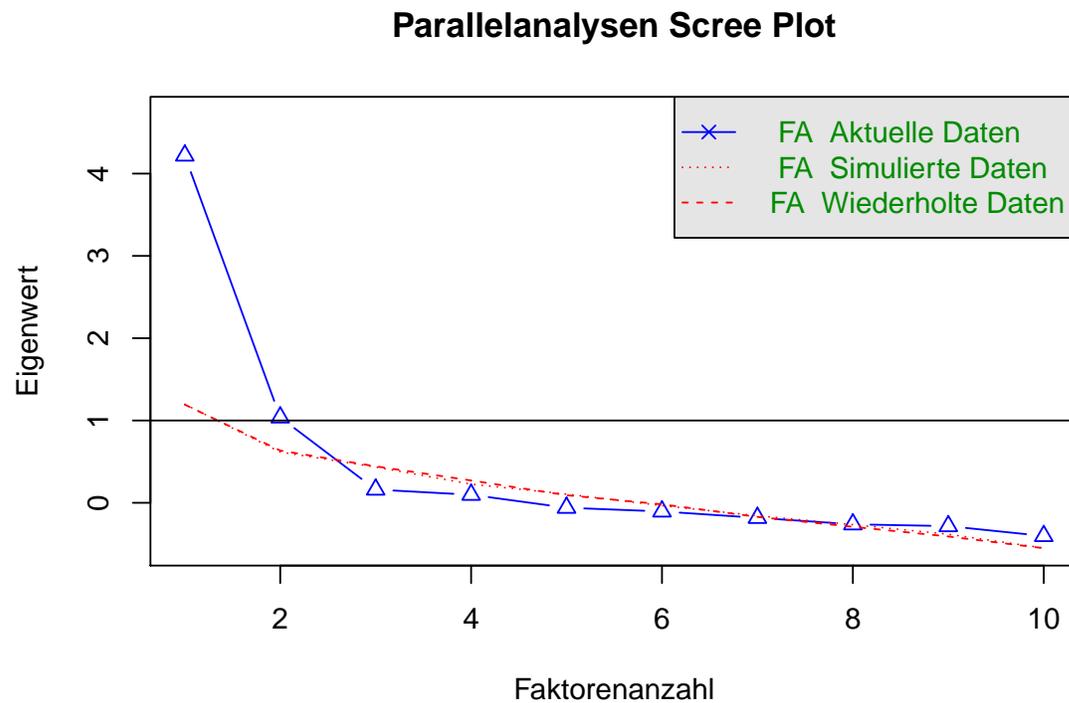


Abbildung 1. Parallelanalysen Scree Plot

Tabelle 6

Faktorladungen des Patient Acceptance Questionnaire

Item	Itemnr.	kognitive Anstrengung	emotionale Reaktion
Anstrengend	5	.89	
Zu viele Fragen	4	.89	
Fühlt sich ausgefragt	3	.76	
Verwirrter	2	.71	
Detailliertes Nachfragen	10		.79
Positive Beziehung	7		.79
Fühlt sich ernst genommen	6		.61
Hilfreich	1	.56	.52
Nicht alles vorgebracht	8		.48
Versteht sich besser	9		

Anm. Faktorladungen unter .45 werden nicht angezeigt.

Aufgrund der Ergebnisse der Faktorenanalyse wurde eine zweite explorative Faktorenanalyse unter Ausschluss der Items 1 sowie 9 berechnet. Das Screeplot zeigt unverändert die bereits gefundenen 2 Faktoren. Beide Faktoren erklären nun gemeinsam eine Varianz von 61%, wobei 35% auf den Faktor *kognitive Anstrengung* und 27% auf den Faktor *emotionale Reaktion* entfallen. Die Verteilung der (neuen) Faktorladungen finden sich in Tabelle 7. Cronbach's alpha für den Faktor *kognitive Anstrengung* ist $\alpha = .90$ mit korrigierten Itemkorrelationen zwischen .76 und .89. Der Faktor *emotionale Reaktion* hat eine interne Konsistenz von $\alpha = .61$, die korrigierten Itemkorrelationen liegen hier zwischen .49 und .83.

Tabelle 7
Adaptierte Faktorladungen des Patient Acceptance Questionnaire

Item	Itemnr.	kognitive Anstrengung	emotionale Reaktion
Anstrengend	5	.89	
Zu viele Fragen	4	.88	
Fühlt sich ausgefragt	3	.77	
Verwirrter	2	.70	
Detailliertes Nachfragen	10		.78
Positive Beziehung	7		.82
Fühlt sich ernst genommen	6		.59
Nicht alles vorgebracht	8		.49

Anm. Faktorladungen unter .45 werden nicht angezeigt.

4.2 Interviewdauer, Global Assessment of Functioning (GAF) Skala und Anzahl an Diagnosen

Die Dauer des Interviews lag zwischen 22 und 87 Minuten ($M = 46.86$, $SD = 15.83$). Das Interview wurde von keiner Person abgebrochen, keine der interviewten Personen verweigerte das Ausfüllen des Akzeptanzfragebogens. Um Gruppenunterschiede zwischen Personen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung in Bezug auf die Interviewdauer zu untersuchen wurde ein Wilcoxon-Rangsummentest für unabhängige Stichproben berechnet. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mit dem Levene-Test überprüft. Die vorhandenen Varianzen sind homogen, da dieser Test nicht signifikant wurde, $F(1, 41) = 1.35$, $p = .252$. Die Interviewdauer war un-

abhängig davon, ob die Person eine intellektuelle Beeinträchtigung hatte oder nicht, $W = 257.50$ (95%-CI_{boot} [168.53, 334]), $p = .510$, die Effektstärke Cohen's d beträgt 0.07. Zusätzlich wurde die Interviewdauer in Bezug darauf, ob eine Diagnose gestellt wurde, untersucht. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität war auch hier nicht signifikant, $F(1, 41) = 0.01$, $p = .929$. Das Ergebnis zeigt ein signifikantes Ergebnis bezüglich der Interviewdauer je nachdem ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht, $W = 99.50$ (95%-CI_{boot} [40, 168.49]), $p = .010$, mit einer Effektstärke Cohen's d von 0.83. Das MPAS-Diag zeigt in Bezug auf die Interviewdauer weiters keine signifikanten Geschlechtsunterschiede, $W = 236.50$ (95%-CI_{boot} [141.50, 316]), $p = .842$, $d = 0.04$.

Bezüglich des GAF-Wertes zeigen die ProbandInnen einen Mittelwert von 74.88 (SD = 20.16) mit einer Range von 24 bis 98. Der Levene-Test zur Überprüfung der Varianzhomogenität bezüglich des GAF-Wertes und der Gruppe ist nicht signifikant, $F(1, 41) = 2.52$, $p = .120$. Der Wilcoxon-Rangsummentest zeigt in Bezug auf die GAF-Skala keine signifikanten Unterschiede zwischen Personen mit intellektueller Beeinträchtigung und Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung, $W = 166.50$ (95%-CI_{boot} [84.51, 238.50]), $p = .124$, $d = 0.54$. Darüber hinaus wurden Unterschiede in der GAF-Skala in Bezug darauf, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht, untersucht. Auch hier weist der Levene-Test auf Varianzhomogenität hin, $F(1, 41) = 2.52$, $p = .120$. So zeigen sich in dieser Studie signifikante Unterschiede beim GAF-Wert in Abhängigkeit davon, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht, $W = 365.50$ (95%-CI_{boot} [243.03, 434]), $p < .001$, $d = 2.66$. Sofern zumindest eine Diagnose gestellt wurde liegt der durchschnittliche GAF-Wert bei 51.23, wohingegen Personen ohne Diagnose einen durchschnittlichen GAF-Wert von 85.13 aufweisen. In der vorhandenen Stichprobe zeigen sich auch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede bezüglich der GAF-Werte, $W = 290.50$ (95%-CI_{boot} [203.03, 359.49]), $p = .128$, $d = 0.39$.

Anhand des Interviews MPAS-Diag wurden pro Person durchschnittlich 0.60 (SD = 1.26) Diagnosen mit einer Range von 0 bis 6 Diagnosen vergeben. Die Anzahl der Diagnosen ist in der vorhandenen Stichprobe nicht normalverteilt, $W = 0.55$, $p < .001$, Varianzhomogenität ist bezüglich der beiden Gruppen gegeben, $F(1, 41) = 3.96$, $p = .053$, weshalb Gruppenunterschiede auch hier mittels Wilcoxon-Test für unabhängige Stichproben berechnet wurden. Personen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Anzahl ihrer Diag-

nosen, $W = 297.50$ (95%-CI_{boot} [225.50, 353.49]), $p = .042$, $d = 0.61$. Personen mit intellektueller Beeinträchtigung haben in der vorliegenden Studie im Mittel 0.26 Diagnosen, Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung 1 Diagnose. Es wurden weiters auch keine signifikanten Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Anzahl der Diagnosen gefunden, $W = 215.50$ (95%-CI_{boot} [143.53, 280]), $p = .723$, $d = 0.34$.

Tabelle 8 zeigt weiters die Korrelationen zwischen den Items des Patient Acceptance Questionnaire und der GAF-Skala sowie der Interviewdauer in Minuten.

Tabelle 8

Item-Korrelationen des Patient Acceptance Questionnaire mit der Interviewdauer in Minuten und der Global Assessment Functioning (GAF) Skala

Itemnr.	Item	Dauer	GAF
		ρ	ρ
	Allgemeine Zufriedenheit	-0.39*	-0.03
1	Hilfreich	-0.39**	0.11
2	Verwirrter	0.15	0.15
3	Fühlt sich ausgefragt	0.22	0.10
4	Zu viele Fragen	0.30	0.12
5	Anstrengend	0.34*	0.03
6	Fühlt sich ernst genommen	-0.12	0.13
7	Positive Beziehung	-0.29	0.12
8	Nicht alles vorgebracht	-0.17	0.03
9	Versteht sich besser	-0.18	-0.04
10	Detailliertes Nachfragen	-0.27	0.15

Anm. Korrelationskoeffizienten gemäß Spearman's rho.
Items 1-10 finden sich im Anhang.

* $p < .05$ ** $p < .01$

Es zeigt sich ein signifikanter negativer mittlerer Effekt zwischen der Zufriedenheit mit dem Interview und der Interviewdauer ($r_s = -.39$, $S = 18,348.90$, $p = .011$). Zusätzlich zeigt sich auch ein signifikanter, mittelstarker negativer Zusammenhang zwischen der Interviewdauer und dem Gefühl, das Vorgehen des Interviews als hilfreich erlebt zu haben ($r_s = -.39$, $S = 18,449.10$, $p = .009$). Eine signifikante positive Korrelation wurde zwischen der Interviewdauer und dem Gefühl, das Interview war zu anstrengend gefunden ($r_s = .34$, $S = 8,758.21$, $p = .026$). Alle anderen Items

zeigen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Interviewdauer. Bezüglich der Interviewzufriedenheit und dem GAF-Wert konnten keine signifikanten Korrelationen gefunden werden ($r_s = -.03$, $S = 13,601.07$, $p = .864$). Auch alle anderen Items des Patient Acceptance Questionnaire zeigen keine signifikanten Korrelationen mit dem GAF-Wert.

4.3 Itemanalyse des Patient Acceptance Questionnaire

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die einzelnen Items des Patient Acceptance Questionnaire, sowohl getrennt nach Gruppe als auch Gesamt, finden sich in Tabelle 9.

Tabelle 9

Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) des Patient Acceptance Questionnaire unterteilt nach Gruppe

Itemnr.	Item	Gruppe		
		mit IB	ohne IB	Gesamt
		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
	Allgemeine Zufriedenheit	92.87 (9.91)	88.20 (10.58)	90.70 (10.38)
	Akzeptanz	25.22 (5.04)	23.25 (5.50)	24.30 (5.29)
1	Hilfreich	2.78 (0.52)	2.55 (0.60)	2.67 (0.57)
2	Verwirrter	0.35 (0.78)	0.50 (0.95)	0.42 (0.85)
3	Fühlt sich ausgefragt	0.61 (0.99)	1 (1.12)	0.79 (1.06)
4	Zu viele Fragen	0.30 (0.63)	0.90 (0.97)	0.58 (0.85)
5	Anstrengend	0.30 (0.76)	0.90 (1.12)	0.58 (0.98)
6	Fühlt sich ernst genommen	2.91 (0.29)	2.85 (0.37)	2.88 (0.32)
7	Positive Beziehung	2.74 (0.54)	2.75 (0.55)	2.74 (0.54)
8	Nicht alles vorgebracht	1.39 (1.34)	0.80 (0.95)	1.12 (1.20)
9	Versteht sich besser	1.87 (0.97)	1.35 (0.99)	1.63 (1.00)
10	Detailliertes Nachfragen	2.87 (0.34)	2.85 (0.37)	2.86 (0.35)

Anm. Mittelwert (*M*), Standardabweichung (*SD*), Intellektuelle Beeinträchtigung (IB).

Weiterführende Analysen zeigen, dass 72.09% (N = 31) der interviewten Personen das Vorgehen des Interviews als total hilfreich erlebten, 23.26% (N = 10) erlebten es als eher hilfreich und nur 4.65% (N = 2) als eher nicht hilfreich. 88.37% (N = 38) stimmten total zu, dass der Interviewer ihre Probleme ernst nimmt, 11.63% (N

= 5) stimmen dem eher zu und keine Person stimmte nicht oder eher nicht zu. Die Beziehung zum Interviewer empfanden 79.07% (N = 34) als sehr angenehm, 16.28% (N = 7) als eher angenehm und 4.65% (N = 2) als eher nicht angenehm. 86.05% (N = 37) der TeilnehmerInnen stimmten total zu, der Interviewer habe genau nachgefragt, um die Situation zu verstehen, 13.95% (N = 6) stimmten dieser Aussage eher zu und keine Person stimmte dieser Aussage eher nicht beziehungsweise nicht zu.

76.74% (N = 33) der Personen fühlen sich nach dem Interview überhaupt nicht verwirrter als vor dem Interview, 9.30% (N = 4) sind eher nicht verwirrter und 13.95% (N = 6) fühlen sich eher oder total verwirrter als vor dem Interview. 58.14% (N = 25) der interviewten Personen fühlen sich durch die Fragen überhaupt nicht ausgefragt, 13.95% (N = 6) fühlen sich eher nicht ausgefragt, während sich 27.90% (N = 12) zumindest eher oder total ausgefragt fühlen. 76.75% (N = 33) der TeilnehmerInnen empfanden eher oder überhaupt nicht, dass im Zuge des Interviews zu viele Fragen gestellt wurden, 23.26% (N = 10) empfinden dies eher so. Das Interview als eher bzw. total zu anstrengend bewerteten 20.93% (N = 9) der Personen, wohingegen 79.07% (N = 34) die Meinung vertreten, das Interview sei ihnen eher nicht bzw. überhaupt nicht zu anstrengend gewesen.

39.53% (N = 17) der Personen hatten zumindest eher das Gefühl, nicht alles vorgebracht zu haben, was sie wirklich bewegte. 13.95% (N = 6) hatten eher nicht und 46.51% (N = 20) überhaupt nicht das Gefühl, sie hätten nicht alles vorgebracht was sie wirklich bewegte. 58.14% (N = 25) der Personen haben das Gefühl sich selber nach dem Interview zumindest eher besser zu verstehen, 25.58% (N = 11) haben dieses Gefühl eher nicht und 16.28% (N = 7) verstehen sich nach dem Interview überhaupt nicht besser.

4.4 Zufriedenheit

Insgesamt nahmen 43 Personen an dem Interview teil und füllten auch den Patient Acceptance Questionnaire aus. Auf der Skala, die die allgemeine Zufriedenheit mit dem Interview misst (0 = *überhaupt nicht zufrieden*, 100 = *total zufrieden*) bewerteten die TeilnehmerInnen das Interview im Mittel mit 90.70 (SD = 10.38) mit einer Range von 60 bis 100. Die allgemeine Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klinischen Interview MPAS-Diag war sowohl bei Menschen mit als auch ohne intellektueller Beeinträchtigung hoch (siehe Tabelle 9). Um mögliche Unterschiede zwischen Perso-

nen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung, Geschlecht, Interviewdauer sowie dem Stellen einer Diagnose oder nicht in Bezug auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem Interview MPAS-Diag zu untersuchen, wurden ebenfalls Wilcoxon Rangsummen-Tests für unabhängige Stichproben berechnet, da die Zufriedenheit mit dem Interview in der vorliegenden Stichprobe, wie bereits erwähnt, nicht normalverteilt ist, ($W = 0.84, p < .001$). Der Levene-Test ist für die Interviewzufriedenheit und der Gruppe nicht signifikant, $F(1, 41) = 0.38, p = .543$, somit wird hier von Varianzhomogenität ausgegangen. Zwischen Personen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung gibt es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Interview, $W = 155.50$ (95%-CI_{boot}[81.50, 225.99]), $p = .065, d = 0.46$. Es konnten weiters auch keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden, $W = 270.50$ (95%-CI_{boot}[180.51, 342]), $p = .296, d = 0.25$. Der Levene-Test für die Interviewzufriedenheit und dem Stellen einer Diagnose ist nicht signifikant, weshalb von Varianzhomogenität ausgegangen wird, $F(1, 41) = 0.02, p = .899$. Schlussendlich konnten auch keine Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit dem Interview zwischen Personen mit beziehungsweise ohne einer Diagnose gefunden werden, $W = 182.50$ (95%-CI_{boot}[90.01, 268.49]), $p = .744, d = 0.09$. Die Interviewzufriedenheit wurde auch hinsichtlich der Interviewdauer untersucht. Aufgrund eines nicht signifikanten Levene-Tests kann auch hier von Varianzhomogenität ausgegangen werden, $F(1, 41) = 0.69, p = .409$. Das Ergebnis des Wilcoxon-Tests zeigt, dass die Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag abhängig davon ist, ob das Interview weniger oder genau dem Mittelwert von 46.86 Minuten dauerte oder nicht, $W = 338$ (95%-CI_{boot}[252.51, 395]), $p = .007, d = 0.69$. Personen mit einer längeren Interviewdauer als der Mittelwert gaben eine mittlere Zufriedenheit mit dem Interview von 87.05 gegenüber 93.87 bei TeilnehmerInnen mit einer kürzeren Interviewdauer an.

Die allgemeine Zufriedenheit mit dem Interview korreliert hoch mit der Akzeptanz des Interviews, $r = .82, 95\% \text{ CI } [.68, .90], t(41) = 9.03, p < .001$. Tabelle 10 zeigt die Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klinischen Interview und den einzelnen Items des Patient Acceptance Questionnaire.

Es zeigen sich signifikante Korrelationen zwischen den Items des Patient Acceptance Questionnaire und der Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag. Signifikant negative Zusammenhänge finden sich für das Gefühl der Verwirrtheit nach dem Interview ($r_s = -.57, S = 20, 803.09, p < .001$), dem Gefühl ausgefragt zu werden ($r_s = -.49, S = 19, 756.89, p = .001$), dem Gefühl es wären zu viele Fragen gewesen ($r_s = -.57,$

Tabelle 10

Item-Korrelationen des Patient Acceptance Questionnaire mit der Interviewzufriedenheit

Itemnr.	Item	Zufriedenheit
		ρ
	Akzeptanz	0.63**
1	Hilfreich	0.67**
2	Verwirrter	-0.57**
3	Fühlt sich ausgefragt	-0.49**
4	Zu viele Fragen	-0.57**
5	Anstrengend	-0.60**
6	Fühlt sich ernst genommen	0.30
7	Positive Beziehung	0.44**
8	Nicht alles vorgebracht	-0.28**
9	Versteht sich besser	0.31*
10	Detailliertes Nachfragen	0.43**

Anm. Korrelationskoeffizienten gemäß Spearman's rho.

Items 1-10 finden sich im Anhang.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

$S = 20,726.92$, $p < .001$) sowie dem Gefühl, das Interview wäre zu anstrengend gewesen ($r_s = -.60$, $S = 21,145.34$, $p < .001$). Das Gefühl nicht alles, was der Person wichtig war, vorgebracht zu haben korreliert ebenfalls signifikant negativ mit der Interviewzufriedenheit ($r_s = -.60$, $S = 21,145.34$, $p < .001$). Signifikant positive Zusammenhänge bestehen für das Gefühl, das Vorgehen des Interviewers als hilfreich zu erleben ($r_s = .67$, $S = 4,308.67$, $p < .001$), das Gefühl einer positiven Beziehung zu dem Interviewer ($r_s = .44$, $S = 7,368.84$, $p = .003$), dem Gefühl sich nach dem Interview besser zu verstehen ($r_s = .31$, $S = 9,094.89$, $p = .041$) sowie für das Gefühl, der Interview habe detailliert nachgefragt, um die Situation wirklich zu verstehen ($r_s = .43$, $S = 7,523.40$, $p = .004$). Keine signifikante Korrelation in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag findet sich für das Gefühl ernst genommen zu werden ($r_s = .30$, $S = 9,305.40$, $p = .053$).

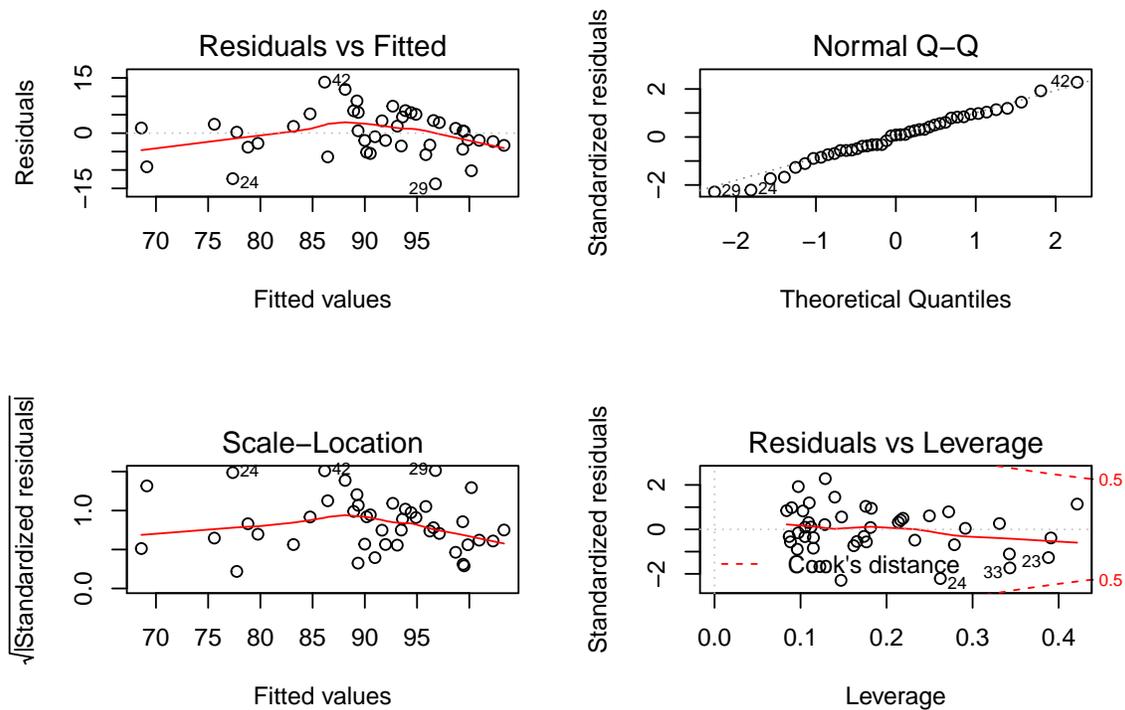


Abbildung 2. Grafische Überprüfung der Voraussetzungen der multiplen linearen Regression

4.5 Mögliche Prädiktoren für die Zufriedenheit mit dem MPAS-Diag Interview

Für die explorative Analyse möglicher Prädiktoren für die Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klinischen Interview MPAS-Diag wurde eine schrittweise multiple lineare Regression sowohl mit Vorwärts- als auch Rückwärtselimination berechnet, um die Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klinischen Interview basierend auf den Faktoren Interviewdauer, GAF-Wert, Gruppenzugehörigkeit, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht, der Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung sowie der emotionalen Reaktion und der kognitiven Anstrengung vorherzusagen. Für eine sinnvolle Interpretation der Ergebnisse wurden sowohl die Interviewdauer, der GAF-Wert, die kognitive Anstrengung und die emotionale Reaktion zentriert (Aiken, West & Reno, 1991), anfallende fehlende Werte wurden ausgeschlossen.

Vor der Berechnung der multiplen linearen Regression wurden die Modellannahmen überprüft, Abbildung 2 zeigt das Ergebnis. Im Residuals vs. Fitted-Diagramm

(oben links) werden die vorhergesagten Werte (fitted values) gemeinsam mit den unstandardisierten Residuen (Residuals) angezeigt. Die erhobenen Daten zeigen keine Systematik, die Lowess-Linie verläuft größtenteils parallel zur x-Achse. Im Diagramm Normal Q-Q (oben rechts) wird die Annahme der Normalverteilung der Residuen überprüft. Auf der x-Achse sind die Quantile, welche man erwarten würde sofern die Normalverteilung gegeben ist, abgetragen. Auf der y-Achse werden die tatsächlich beobachteten Quantile abgetragen. Die Normalverteilung der Residuen liegt größtenteils auf der Diagonalen, weshalb von einer Normalverteilung der Residuen ausgegangen werden kann. Das Scale-Location-Diagramm (unten links) überprüft die Annahme der Homoskedastizität, diese kann im vorliegenden Fall angenommen werden, da die Residuen unsystematisch im Raum verteilt sind. Das Residuals vs Leverage-Diagramm dient der Identifizierung von Ausreißerwerten. Die roten gestrichelten Linien markieren bestimmte Werte für Cook's Distance, womit einflussreiche Werte identifiziert werden können. Werte in dieser Linie beeinflussen die Regressionsgleichung in hohem Maße, dies trifft jedoch auf keinen der vorhandenen Datenpunkte zu. Um Multikollinearität, darunter versteht man die multiple Korrelation eines Prädiktors mit allen anderen, zu überprüfen, wurde die Toleranz und der Variance Inflation Factor (*VIF*) berechnet. Die Toleranz besitzt einen Wertebereich von 0 bis 1 und sollte möglichst nahe beim Wert 1 liegen und nicht geringer als .10 werden. Der *VIF* wird als Kehrwert der Toleranz berechnet. Auch dieser sollte nahe 1 liegen und nicht größer als 10 werden (Field et al., 2012). Im vorliegenden Datensatz liegt der kleinste *VIF* Wert bei 1.67, der Größte bei 4.35. Der kleinste Toleranzwert liegt bei .23, der Größte bei .60. Das Problem der Multikollinearität besteht im vorhandenen Datensatz somit nicht. Mittels Durbin-Watson-Test wurde die Unabhängigkeit der Daten untersucht, da die Teststatistik bei 0.93 liegt, müssen die vorhandenen Daten als autokorreliert angesehen werden. Da die Überprüfung der Voraussetzungen zuvor jedoch allesamt positiv ausgefallen sind, wird die multiple Regression trotz Autokorrelation durchgeführt, die Ergebnisse lassen sich jedoch unter diesem Gesichtspunkt nicht verallgemeinern und sind eher vorsichtig zu interpretieren.

Tabelle 11 zeigt das finale Regressionsmodell. Von den zuvor ins Modell aufgenommenen Faktoren wird nur die kognitive Anstrengung im Modell beibehalten, die restlichen Variablen zeigen keine signifikante Steigerung der erklärten Varianz und werden daher aus dem Modell ausgeschlossen. Die kognitive Anstrengung hat einen signifikanten Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klin-

Tabelle 11
Multiple Regression

Prädiktor	b	b 95% CI [LL, UL]	$beta$	$beta$ 95% CI [LL, UL]	sr^2	sr^2 95% CI [LL, UL]	r	Fit
(Intercept)	90.70 ^{**}	[88.66, 92.74]						
Kognitive Anstrengung	-1.88 ^{**}	[-2.36, -1.40]	-0.78	[-0.97, -0.58]	.60	[.39, .72]	-.78 ^{**}	
								$R^2 = .602^{**}$ 95% CI [.39, .72]

Anm. unstandardisiertes Regressionsgewicht (b), standardisiertes Regressionsgewicht ($beta$), quadrierte Semi-partialkorrelation (sr^2), Korrelation nullter Ordnung (r), unteres Limit (LL), oberes Limit (UL), Konfidenzintervall (CI)
^{*} $p < .05$. ^{**} $p < .01$.

ischen Interview, $t(41) = -7.88, p < .001$. Das Regressionsmodell erklärt 60% der Varianz und ist signifikant, $F(1, 41) = 62.03, p < .001$. Kognitive Anstrengung hat einen negativen Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit dem Interview, die Zufriedenheit sinkt signifikant mit jeder zusätzlichen Einheit an kognitiver Anstrengung um $b = -1.88, 95\% \text{ CI } [-2.36, -1.40]$.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Das Ziel dieser Masterarbeit war es, zum einen eine deutsche Übersetzung des halb-strukturierten klinischen Interview „Moss Psychiatric Assessment Schedule-Diagnostic (MPAS-Diag)“ zu entwerfen sowie zum anderen eine Überprüfung dieser bezüglich der Akzeptanz und Zufriedenheit aus Sicht betroffener Personen.

Bevor auf eine detaillierte Diskussion bezüglich des Interviews selbst eingegangen wird, soll zuvor auch kurz das Instrument zur Erhebung der Zufriedenheit und Akzeptanz, der Patient Acceptance Questionnaire, diskutiert werden. In der vorliegenden Studie zeigen sich die in bereits anderen Studien (Neuschwander et al., 2017; Suppiger et al., 2009) gefundenen beiden Faktoren der emotionalen Reaktion sowie der kognitive Anstrengung, diese wurden hinsichtlich ihrer internen Konsistenz untersucht. Bezüglich der internen Konsistenz liest man in der Literatur immer wieder davon, dass erst Werte ab $\alpha = .70$ als akzeptabel einzustufen sind (Cortina, 1993), jedoch ist dieser Wert auch abhängig von der integrierten Itemanzahl, da mit steigender Itemzahl auch Cronach's alpha steigt (Schecker, 2014). Aus diesem Grund ist dieser Kennwert auch mit Vorsicht zu interpretieren. Einen etwas breiteren Interpretationsspielraum bezüglich der Güte der internen Konsistenz findet sich bei Blanz (2015), wonach erst Werte unter $\alpha = .50$ als inakzeptabel einzustufen sind. Da in der vorliegenden Studie beide Faktoren einen höheren Wert aufweisen, sind diese als intern konsistent zu bezeichnen, die Items bilden die Faktoren auch sehr gut ab. Es zeigt sich jedoch, dass zwei Items keinem der beiden Faktoren zugeordnet werden können. Betrachtet man beide Fragen inhaltlich, lässt sich dies auch nachvollziehen. So kann das hilfreiche Vorgehen des Interviewers sowohl dabei helfen, dass das Interview einen nicht überfordert (kognitive Anstrengung), zum anderen kann es auch bei der emotionalen Reaktion unterstützen. Auch die Frage danach, ob sich eine Person nach dem

Interview besser versteht, lässt sich keinem der beiden Faktoren zuordnen. Dies liegt darin begründet, dass weder die kognitive Anstrengung, noch die emotionale Reaktion sich direkt darauf auswirken, ob sich eine Person nach dem Interview besser versteht oder nicht. Zudem waren sich die Personen in dieser Studie zumeist bezüglich ihrer psychischen Probleme, sofern vorhanden, bereits im klaren, was ebenfalls als Grund angesehen wird, warum diese Frage weder dem einem noch dem anderen Faktor zuzurechnen ist.

Die Studie konnte zeigen, dass Personen, mit denen das MPAS-Diag durchgeführt wurde, auf Basis dieses Interviews sowohl eine hohe Akzeptanz als auch eine hohe Zufriedenheit mit dem Instrument berichten. Personen fühlen sich durch die Fragen nicht verwirrter als vor dem Interview, fühlen sich durch die Fragen nicht ausgefragt und erleben das Interview insgesamt als wenig anstrengend. Es zeigt sich jedoch auch, dass sich Personen aufgrund des Interviews nicht unbedingt besser verstehen würden. Ein Grund hierfür ist ebenfalls in dem bereits genannten Umstand zu sehen, dass an dieser Studie vorrangig Personen teilgenommen haben, die sich, sofern eine psychologische Problematik bestand, über diese bereits Kenntnis hatten und eventuell auch schon deswegen in psychologischer beziehungsweise psychiatrischer Behandlung sind oder waren. Das Interview wird hinsichtlich einer emotionalen Komponente ebenfalls sehr gut bewertet. So fühlen sich die TeilnehmerInnen ernst genommen und haben das Gefühl, der Interviewer habe genau nachgefragt, um die Situation auch verstehen zu können. Es zeigt sich weiters, dass das Vorgehen des Interviewers als hilfreich erlebt wird.

Das Interview selbst dauerte in dieser Studie im Durchschnitt länger als die angegebenen 30 Minuten (Weber, 1997), nämlich circa 45 Minuten und ist unabhängig davon, ob das Interview mit einer Person mit oder ohne intellektueller Beeinträchtigung durchgeführt wird. Es zeigte sich auch, dass die Interviewdauer davon abhängt, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht. Dies hängt damit zusammen, dass zum einen Personen mit einer psychischen Erkrankungen im Interview mehr erzählen können, zum anderen muss unter Umständen von Seiten des/der InterviewerIn auch detaillierter nachgefragt werden, um die Problematik zu verstehen und so eine adäquate Bewertung vornehmen zu können. Zwischen der Akzeptanz mit dem Interview und dem GAF-Wert konnte kein Zusammenhang wie in anderen Studien (Neuschwander et al., 2017; Suppiger et al., 2009) gefunden werden. Die Ergebnisse

legen auch nahe, dass mit steigender Interviewdauer das Vorgehen des Interviewers als weniger hilfreich und das Interview als anstrengender erlebt wird. Das diagnostische Vorgehen bezüglich der Einschätzung des GAF-Wertes lässt sich auf Basis der Ergebnisse als plausibel beschreiben. Es zeigen sich bezüglich des GAF-Wertes keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne intellektueller Beeinträchtigung. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, da der GAF-Wert eine Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus einer Person, unabhängig von körperlichen oder umweltbedingten Beeinträchtigungen, sein soll. Generell ist in der vorliegenden Stichprobe der durchschnittliche GAF-Wert recht hoch und spiegelt eher leichte Symptomatiken wider. Die Unterschiede bezüglich des GAF-Wertes in Hinblick darauf ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht deuten ebenfalls wieder auf ein korrektes Vorgehen des Interviewers hin, da niedrigere GAF-Werte mit stärkeren psychischen Symptomen assoziiert werden. Entgegen anderen Studienergebnissen wurde in der vorliegenden Studie ein Unterschied hinsichtlich der Anzahl an Diagnosen gefunden, welcher suggeriert, dass Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung eher an psychischen Störungen leiden als Personen mit intellektueller Beeinträchtigung. Dieses Ergebnis darf jedoch nicht als Gegenbeleg zu den Ergebnissen anderer Studien, dass Personen mit intellektueller Beeinträchtigung häufiger psychische Probleme haben, gesehen werden, sondern ist vielmehr auf die Zusammensetzung der Stichprobe zurückzuführen. Von den teilnehmenden Personen mit intellektueller Beeinträchtigung hatten lediglich drei (von insgesamt 23) Personen bereits eine diagnostizierte psychische Störung, demgegenüber gaben 8 (von insgesamt 20) Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung an eine diagnostizierte psychische Störung zu haben. Der eben angesprochene Punkt wirkt sich daher ebenfalls auf die Repräsentativität der vorliegenden Studie aus.

In Hinblick auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klinischen Interview MPAS-Diag zeigt sich, dass mit steigender Interviewdauer die Zufriedenheit sinkt. Da die Zufriedenheit mit dem Interview unabhängig von Geschlecht, intellektueller Beeinträchtigung oder dem Umstand, ob eine Diagnose gestellt wurde oder nicht, ist, kann davon ausgegangen werden, dass das Instrument bei jeglicher Population anwendbar ist. Besonderes Augenmerk sollte bei Vorgabe des Interviews jedoch darauf gelegt werden, die kognitive Anstrengung der Personen so gering wie möglich zu halten. Dies kann mittels geringerer Interviewdauer und weniger Fragen erreicht werden. Anstatt das Interview wie in dieser Studie zumeist nur in einer Sitzung vorzugeben, könnte wie von Weber (1997) vorgeschlagen das In-

terview in mehreren, zumindest zwei, Sitzungen durchgeführt werden. Abschließend scheint es ratsam, pro Sitzung nur eine (große) Störungskategorie zu erheben, um so auch einer möglichen Verwirrung vorzubeugen.

5.2 Wissenschaftliche und praktische Relevanz

Die vorliegende Masterarbeit zeichnet sich sowohl durch eine wissenschaftliche, als auch praktische Relevanz aus. Im Zuge dieser Studie wurde eine erste deutsche Übersetzung des halb-strukturierten klinischen Interviews „Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic“ entworfen, die es ermöglichen soll, dieses Verfahren am deutschsprachigen Markt zu veröffentlichen, so dass dieses auch in der Praxis Anwendung findet. Dadurch wird auch Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung das Recht auf eine fachgerechte Diagnostik psychischer Störungen zuteil. Zusätzlich wurde der Grundstein für weitere Forschung gelegt. Da das zugrunde liegende halb-strukturierte klinische Interview „Moss Psychiatric Assessment Schedule-Diagnostic“ ein akzeptables Instrument zur Erhebung psychischer Störungen bei Menschen sowohl mit als auch ohne intellektueller Beeinträchtigung ist, soll durch weitere Forschung die Überprüfung der weiteren Gütekriterien Reliabilität, Objektivität als auch Validität vorgenommen werden. Auch eine Übereinstimmung der Diagnosen anderer klinischer Interviews, etwa dem DIPS (Margraf et al., 2013), kann in Hinblick auf eine Konstruktvalidität Zentrum neuer Forschung sein.

5.3 Limitationen

Die durchgeführte Studie weist auch Limitationen auf. Zum einen muss die geringe Anzahl der TeilnehmerInnen kritisch betrachtet werden. Um einen Effekt von 0.67 in der Population finden zu können, bei einem Fehler 1. Art von .05 sowie einem Fehler 2. Art von .10, sollte die optimale Stichprobengröße bei 49 Personen, sowohl in der Gruppe der Personen mit als auch ohne intellektueller Beeinträchtigung, liegen. Die optimale Stichprobengröße würde daher bei mindestens 98 Personen liegen, in der vorliegenden Studie wurden lediglich 43 Personen befragt. Zudem wurden die Interviews nur von einem Interviewer durchgeführt. Zukünftige Studien sollten mehrere InterviewerInnen unterschiedlichen Alters und Geschlechts einschließen, um so Interviewereffekte zu minimieren. Zusätzlich könnte auch zwischen den Befragungssettings,

zum Beispiel in einer Klinik oder in einer therapeutischen Praxis, gewechselt werden. In der vorliegenden Studie wurde die Befragung zum Großteil in den privaten Räumlichkeiten der betroffenen Personen durchgeführt. Weiters wurde im Rahmen dieser Studie nur die Akzeptanz des Interviews aus Sicht der ProbandInnen untersucht, eine Einschätzung bezüglich der Akzeptanz und Machbarkeit des Instrument aus Sicht möglicher AnwenderInnen (PsychologInnen, PsychiaterInnen) fehlt. Dies war im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit aus ressourcentechnischen Gründen nicht umsetzbar. Auf dieser Arbeit aufbauende Forschung könnte unter Anderem die Akzeptanz des halb-strukturierten klinischen Interviews „MPAS-Diag“ mittels Interviewer Acceptance Questionnaire (Suppiger et al., 2009) untersuchen. Zusätzlich sollten auch vermehrt Drittpersonen in die Diagnostik miteinbezogen werden, da in der vorliegenden Studie diese Sichtweise kaum berücksichtigt wurde. Schlussendlich wird vom Autor des MPAS-Diag eine Schulung im Umgang mit dem Instrument empfohlen. Der Autor dieser Masterarbeit hat sich das halb-strukturierte Interview mittels Manual und Rücksprache mit dem Autor des MPAS-Diag selbst angeeignet, eine Schulung im Sinne des Autors fand nicht statt, was ebenfalls als Limitation der vorliegenden Studie angesehen werden muss.

5.4 Fazit

Auch wenn die vorhandene Studie Limitationen aufweist, so stehen dem jedoch vor allem die Stärken und Erkenntnisse gegenüber. Durch die Übersetzung der englisch-sprachigen Version des MPAS-Diag in deutsche Sprache wurde ein wichtiger Grundstein gelegt, um Personen mit intellektueller Beeinträchtigung auch am deutsch-sprachigen Markt eine fundierte psychologische Diagnostik zu ermöglichen. Der große Vorteil des Verfahrens liegt vor allem darin, dass es sowohl bei Personen mit als auch ohne intellektuelle Beeinträchtigung anwendbar ist und auch von beiden Population als akzeptables und zufriedenstellendes Instrument bezeichnet wird.

Literatur

- Aiken, L. S., West, S. G., & Reno, R. R. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Aman, M. G. (2007). Annotated bibliography on the Aberrant Behavior Checklist (ABC). *Unpublished manuscript. The Ohio State University, Columbus, OH.*
- Aman, M. G., & Singh, N. (1986). *Manual for the Aberrant Behavior Checklist. East Aurora: Slosson Educational Publications.*
- Aman, M. G., Burrow, W. H., & Wolford, P. L. (1995). The Aberrant Behavior Checklist-Community: factor validity and effect of subject variables for adults in group homes. *American Journal on Mental Retardation, 100*(3), 283–292.
- Andrew, D. P., & Pedersen, P. M. (2011). *Research methods and design in sport management*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- APA (2013). *Diagnostisches und statistisches manual psychischer Störungen–DSM-5* (5. Auflage). Washington DC: Hogrefe Verlag.
- Beavan, V., Read, J., & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health, 20*(3), 281–292. doi:10.3109/09638237.2011.562262
- Belva, B. C., & Matson, J. L. (2015). Examining the psychometrics of the Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults-II for individuals with mild and moderate intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities, 36*, 291–302. doi:10.1016/j.ridd.2014.10.017
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In *Advances in experimental social psychology* (Band 6, S. 1–62). Elsevier.
- Benkert, O., Hautzinger, M., & Graf-Morgenstern, M. (2008). Schizophrenie. In *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten* (S. 243–254). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D. et al. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive*

- medicine*, 36(5), 452–457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002
- Brown, E. C., Aman, M. G., & Havercamp, S. M. (2002). Factor analysis and norms for parent ratings on the Aberrant Behavior Checklist-Community for young people in special education. *Research in developmental disabilities*, 23(1), 45–60. doi:10.1016/S0891-4222(01)00091-9
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35. doi:10.1192/bjp.bp.106.022483
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of applied psychology*, 78(1), 98–104. doi:10.1037/0021-9010.78.1.98
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. van der, & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087–1098. doi:10.1111/1469-7610.00235
- Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Phobia; Anxiety Disorders Clinic, Center for Stress; Anxiety Disorders.
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Huber.
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(2), 137–143. doi:10.1080/13668250.2011.572548
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of intellectual disability research*, 47(1), 51–58. doi:10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x
- Emerson, E., & Hatton, C. (2007). Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 191(6),

- 493–499. doi:10.1192/bjp.bp.107.038729
- Eurostat (2012).. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_dpah005&lang=de
- Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering statistics using R*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Fox, J., & Weisberg, S. (2011). *An R Companion to Applied Regression* (Second.). Thousand Oaks CA: Sage. <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/jfox/Books/Companion>
- Girimaji, S. C., & Pradeep, A. J. V. (2018). Intellectual disability in international classification of Diseases-11: A developmental perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry, 34*(5), 68–74. doi:10.4103/ijsp.ijsp_35_18
- Greenwood, C., Husted, J., Bomba, M., Hodgkinson, K., & Bassett, A. (2004). Elevated rates of schizophrenia in a familial sample with mental illness and intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*(6), 531–539. doi:10.1111/j.1365-2788.2004.00621.x
- Haveman, M. J., Maaskant, M. A., Schrojenstein Landtman, H. van, Urlings, H., & Kessels, A. (1994). Mental health problems in elderly people with and without Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research, 38*(3), 341–355. doi:10.1111/j.1365-2788.1994.tb00400.x
- Hemmings, C., & Bouras, N. (2016). *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Hothorn, T., & Hornik, K. (2017). *exactRankTests: Exact Distributions for Rank and Permutation Tests*. <https://CRAN.R-project.org/package=exactRankTests>
- Hove, O., & Havik, O. E. (2008). Mental disorders and problem behavior in a community sample of adults with intellectual disability: Three-month prevalence and comorbidity. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 1*(4), 223–237. doi:10.1080/19315860802269198
- Lebenshilfe (2018).. <https://lebenshilfe.at/inklusion/haeufige-fragen/>
- Little, T. D. (2013). *The Oxford handbook of quantitative methods*. Oxford: Oxford

- University Press.
- Luckasson, R., & Reeve, A. (2001). Naming, defining, and classifying in mental retardation. *Mental retardation*, *39*(1), 47–52. doi:10.1352/0047-6765(2001)039<0047:NDACIM>2.0.CO;2
- Maïano, C., Coutu, S., Tracey, D., Bouchard, S., Lepage, G., Morin, A. J. et al. (2018). Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *236*, 230–242. doi:10.1016/j.jad.2018.04.029
- Margraf, J., Cwik, J., Suppiger, A., & Schneider, S. (2017). *DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Forschungs-und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. Verfügbar unter <http://dips-interviews.rub.de>. Bochum: Mental Health Research; Treatment Center, Ruhr-Universität Bochum. doi:10.13154/rub.100.89
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., DiNardo, P., & Barlow, D. (2013). *DIPS diagnostisches interview bei psychischen störungen: interviewleitfaden*. Berlin: Springer-Verlag.
- Marshburn, E. C., & Aman, M. G. (1992). Factor validity and norms for the Aberrant Behavior Checklist in a community sample of children with mental retardation. *Journal of autism and developmental disorders*, *22*(3), 357–373. doi:10.1007/BF01048240
- Mason, J., & Scior, K. (2004). 'Diagnostic overshadowing' amongst clinicians working with people with intellectual disabilities in the UK. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *17*(2), 85–90. doi:10.1111/j.1360-2322.2004.00184.x
- Molteno, G., Molteno, C., & Finchilescu, E. A., GEmerson (2001). Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *Journal of Intellectual Disability Research*, *45*(6), 515–520. doi:10.1046/j.1365-2788.2001.00368.x
- Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, *193*(5), 364–372.

- doi:10.1192/bjp.bp.107.044461
- Moss, S., Friedlander, R., & Fairley, G. (2011). *PAS-ADD Clinical Interview: For the Assessment of Mental Health Problems in People with and Without Intellectual Disability*. Brighthon: Pavilion.
- Moss, S., Goldberg, D., Patel, P., Prosser, H., Ibbotson, B., Simpson, N. et al. (1997). Validity of the PAS-ADD for detecting psychiatric symptoms in adults with learning disability (mental retardation). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(6), 344–354. doi:10.1007/BF00805440
- Myrbakk, E., & Tetzchner, S. von (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 29(4), 316–332. doi:10.1016/j.ridd.2007.06.002
- Neuhäuser, G., & Steinhausen, H.-C. (2013). *Geistige Behinderung: Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte*. (G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häbler & K. Sarimski, Hrsg.) (Band 4, S. 15–29). Stuttgart.
- Neuschwander, M., In-Albon, T., Meyer, A. H., & Schneider, S. (2017). Acceptance of a structured diagnostic interview in children, parents, and interviewers. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(3), 1–9. doi:10.1002/mpr.1573
- Pinninti, N. R., Madison, H., Musser, E., & Rissmiller, D. (2003). MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry*, 18(7), 361–364. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.03.004
- Platt, J. M., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., & Kaufman, A. S. (2018). Intellectual disability and mental disorders in a US population representative sample of adolescents. *Psychological medicine*, 49(6), 952–961. doi:10.1017/S0033291718001605
- Prosser, H., Moss, S., Costello, H., Simpson, N., Patel, P., & Rowe, S. (1998). Reliability and validity of the Mini PAS-ADD for assessing psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42(4), 264–272. doi:10.1046/j.1365-2788.1998.00146.x
- Psychiatrists, R. C. of (2001). *DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders*

- for use with adults with learning disabilities/mental retardation* (Band 48). London: Gaskell.
- R Core Team (2015). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Reid, K., Smiley, E., & Cooper, S.-A. (2011). Prevalence and associations of anxiety disorders in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 172–181. doi:10.1111/j.1365-2788.2010.01360.x
- Reiss, S. (1988). *Reiss screen for maladaptive behavior: test manual*. IDS Publishing Corporation.
- Reiss, S., Levitan, G. W., & Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *American journal of mental deficiency*, 86(6), 567–574.
- Revelle, W. (2018). *psych: Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research*. Evanston, Illinois: Northwestern University. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>
- Richardson, S. A., & Koller, H. (1996). *Twenty-two years: Causes and consequences of mental retardation*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Rojahn, J., Matson, J. L., Lott, D., Esbensen, A. J., & Smalls, Y. (2001). The Behavior Problems Inventory: An instrument for the assessment of self-injury, stereotyped behavior, and aggression/destruction in individuals with developmental disabilities. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(6), 577–588. doi:10.1023/A:1013299028321
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. et al. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports*. Washington: AAIDD.
- Schecker, H. (2014). Überprüfung der Konsistenz von Itemgruppen mit Cronbachs α . In *Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung* (Band 439). Springer-Verlag, Springer Spektrum.
- Schmidt, H., & Meir, S. (2007). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte*. (C. Schanze,

- Hrsg.) (S. 25–27). Stuttgart.
- Schneider, S., & Wolke, D. (2007). *Structured diagnostic interview for regulatory problems (Baby-DIPS)[Measurement instrument]*. Basel: University of Basel.
- Schneider, S., Pflug, V., In-Albon, T., & Margraf, J. (2017). Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Bochum: Ruhr-Universität Bochum, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit.
- Schumacker, R. E. (2015). *Using R with multivariate statistics*. Los Angeles: Sage Publications.
- Shimoyama, M., Iwasa, K., & Sonoyama, S. (2018). The prevalence of mental health problems in adults with intellectual disabilities in Japan, associated factors and mental health service use. *Journal of Intellectual Disability Research*, *62*(11), 931–940. doi:10.1111/jir.12515
- Statistik Austria (2015). Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. *Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien.
- Steinhausen, H.-C. (2001). *Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter: ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stevens, J. P. (2012). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New York, NY: Routledge.
- Strauß, B., & Schumacher, J. (2004). *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Strohmer, D. (1989). *Strohmer-Prout Behavior Rating Scale manual*. Schenectady, NY: Genium Publishing Corporation. Schenectady, NY: Genium Publishing Corporation.
- Suppiger, A., In-Albon, T., Hendriksen, S., Hermann, E., Margraf, J., & Schneider, S. (2009). Acceptance of structured diagnostic interviews for mental disorders in clinical practice and research settings. *Behavior therapy*, *40*(3), 272–279. doi:10.1016/j.beth.2008.07.002
- Torchiano, M. (2018). *effsize: Efficient Effect Size Computation*.

- doi:10.5281/zenodo.1480624
- Tüllmann, T. (2016). *Vergleich von subjektiven Faktoren zur Bestimmung der „Lebenszufriedenheit“ bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Menschen ohne intellektuelle Beeinträchtigung: eine qualitative und quantitative Studie*. Berlin: wvb Wissenschaftlicher Verlag Berlin.
- Unnewehr, S., Schneider, S., & Margraf, J. (2013). *Kinder-DIPS: diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer-Verlag.
- Weber, G. (1997). *Intellektuelle Behinderung: Grundlagen, klinisch-psychologische Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter: mit einem Beitrag zur Hypothese der Emotions-Spezifität*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Weber, G., & Rojahn, J. (2009). Intellektuelle Beeinträchtigung. In *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 351–366). Springer.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (Band 10). World Health Organization.
- WHO (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wing, J. K., Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1974). *Present State Examination Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms The*. England: Cambridge University Press.
- Wing, J., Nixon, J., Mann, S., & Leff, J. (1977). Reliability of the PSE used in a population study. *Psychological medicine*, 7(3), 505–516. doi:10.1017/S0033291700004487
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Band 1131). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen* (Band 51). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Skid. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Wood, D. S., & Tracey, T. J. (2009). A brief feedback intervention for diagnostic

- overshadowing. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(4), 218–225. doi:10.1037/a0016577
- Yanagida, T. (2016). *seqtest: Sequential Triangular Test*. <https://CRAN.R-project.org/package=seqtest>
- Zeilinger, E. L., Weber, G., & Haveman, M. J. (2011). Psychometric properties and norms of the German ABC-Community and PAS-ADD Checklist. *Research in developmental disabilities*, 32(6), 2431–2440. doi:10.1016/j.ridd.2011.07.017

Anhang A

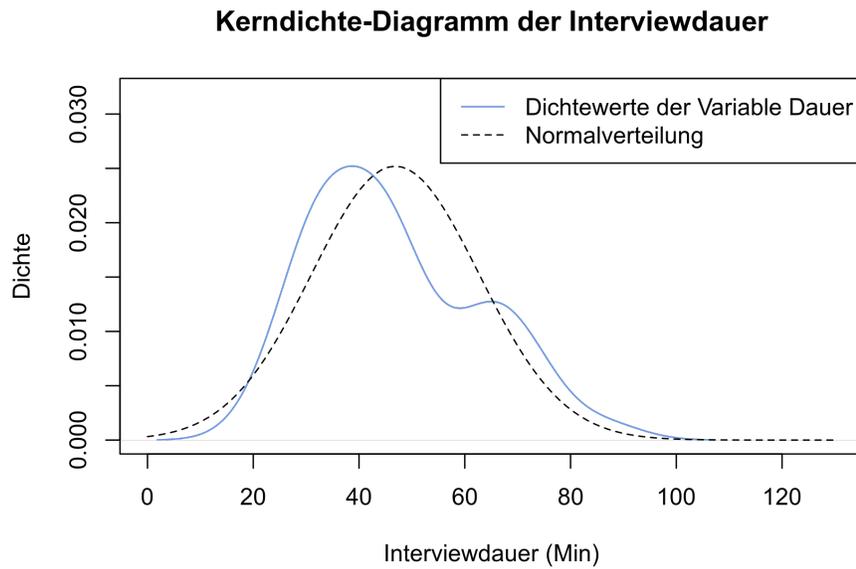


Abbildung 3. Kerndichtediagramm der Interviewdauer

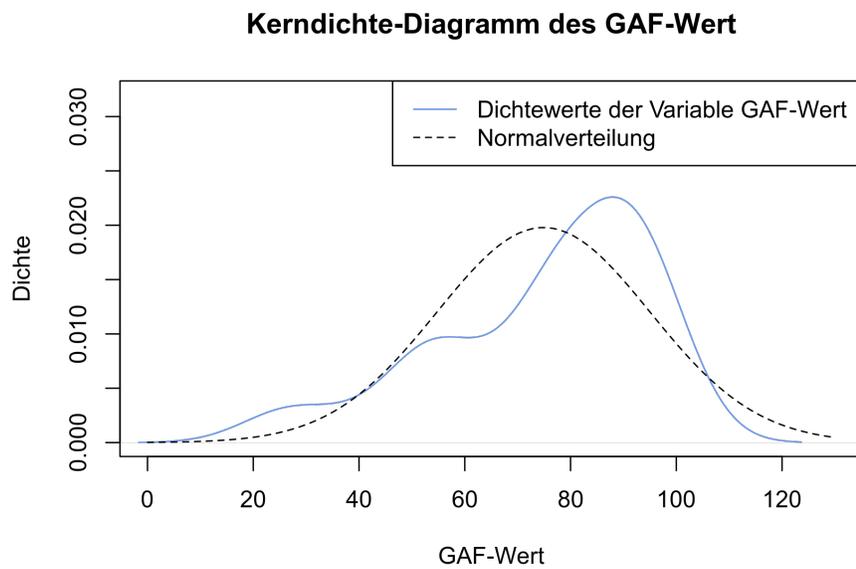


Abbildung 4. Kerndichtediagramm des GAF-Wert

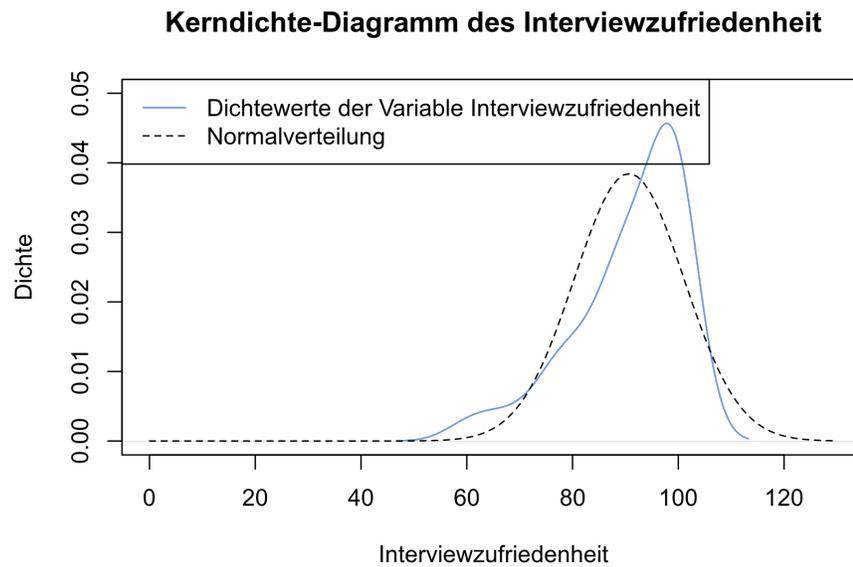


Abbildung 5. Kerndichtediagramm der Interviewzufriedenheit

Anhang B

Syntax

```
# Datensatz laden
daten <- read.csv2(file = "Masterarbeit_final/Daten_Masterarbeit.csv")

# Notwendige Pakete laden
library("papaja")
library(psych)
library(car)
library(papaja)
library(apaTables)
library(exactRankTests)
library(effsize)
library(readxl)
library(boot)
library(seqtest)
```

```
# Datenkontrolle
dim(daten)
names(daten)
head(daten)
tail(daten)

# Variablen in Faktoren umwandeln
daten$Gruppe <- factor(daten$Gruppe)
daten$Geschlecht <- factor(daten$Geschlecht)

# Prüfung der NV
shapiro.test(daten$Dauer)
shapiro.test(daten$GAF)
shapiro.test(daten$Zufriedenheit_B)

-----

# Ergebnisse

## Faktorenanalyse 1

### Umkodieren neg. gepolter Items
daten$f2_B.rec <- ifelse(daten$f2_B == 0,3, ifelse(daten$f2_B == 1,2,
  ifelse(daten$f2_B == 2,1,0)))
daten$f3_B.rec <- ifelse(daten$f3_B == 0,3, ifelse(daten$f3_B == 1,2,
  ifelse(daten$f3_B == 2,1,0)))
daten$f4_B.rec <- ifelse(daten$f4_B == 0,3, ifelse(daten$f4_B == 1,2,
  ifelse(daten$f4_B == 2,1,0)))
daten$f5_B.rec <- ifelse(daten$f5_B == 0,3, ifelse(daten$f5_B == 1,2,
  ifelse(daten$f5_B == 2,1,0)))
daten$f8_B.rec <- ifelse(daten$f8_B == 0,3, ifelse(daten$f8_B == 1,2,
  ifelse(daten$f8_B == 2,1,0)))
daten$f9_B.rec <- ifelse(daten$f9_B == 0,3, ifelse(daten$f9_B == 1,2,
  ifelse(daten$f9_B == 2,1,0)))
```

```
### Voraussetzungen
```

```
cortest.bartlett(faktorenanalyse)
```

```
KMO(faktorenanalyse)
```

```
### Analyse
```

```
faktorenanalyse <- data.frame(daten$f1_B, daten$f2_B.rec, daten$f3_B.rec,  
  daten$f4_B.rec, daten$f5_B.rec, daten$f6_B, daten$f7_B, daten$f8_B.rec,  
  daten$f9_B, daten$f10_B)
```

```
emotion <- data.frame(daten$f1_B, daten$f6_B, daten$f7_B, daten$f10_B,  
  daten$f8_B.rec, daten$f9_B)
```

```
kognitiv <- data.frame(daten$f2_B.rec, daten$f3_B.rec,  
  daten$f4_B.rec, daten$f5_B.rec)
```

```
kognitiv.2 <- data.frame(daten$f2_B, daten$f3_B, daten$f4_B, daten$f5_B)
```

```
fa.ml <- fa(faktorenanalyse, 2, fm="pa", rotate = "varimax")
```

```
print(fa.ml, digits = 2, cut = .45, sort = TRUE)
```

```
### Cronbachs Alpha
```

```
alpha(kognitiv)
```

```
alpha(emotion)
```

```
## Faktorenanalyse 2
```

```
faktorenanalyse.2 <- data.frame(daten$f2_B.rec, daten$f3_B.rec, daten$f4_B.rec,  
  daten$f5_B.rec, daten$f6_B, daten$f7_B, daten$f8_B.rec, daten$f10_B)
```

```
fa.parallel(faktorenanalyse.2, fa="fa")
```

```
fa.ml.2 <- fa(faktorenanalyse.2, 2, fm="pa", rotate = "varimax")
```

```
print(fa.ml.2, digits = 2, cut = .45, sort = TRUE)
```

```
emotion.2 <- data.frame(daten$f6_B, daten$f7_B, daten$f10_B, daten$f8_B.rec)
```

```
kognitiv.3 <- data.frame(daten$f2_B.rec, daten$f3_B.rec,  
  daten$f4_B.rec, daten$f5_B.rec)
```

```
### Cronbachs Alpha
```

```
alpha(kognitiv.3)
```

```
alpha(emotion.2)
```

```
## Allgemeine Analysen (Interviewdauer, GAF, Anzahl Diagnosen)
```

```
### Interviewdauer
```

```
leveneTest(daten$Dauer, daten$Gruppe)
```

```
test15 <- wilcox.exact(daten$Dauer ~ daten$Gruppe, var.equal = TRUE,  
                      alternative = "two.sided")
```

```
cohen.d(daten$Dauer ~ daten$Gruppe, paired = FALSE)
```

```
boot1 <- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$Dauer[i] ~ daten$Gruppe[i],  
    var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
```

```
boot.Dauer <- boot(daten, boot1, 2000)
```

```
leveneTest(daten$Dauer, daten$Geschlecht)
```

```
test10 <- wilcox.exact(daten$Dauer ~ daten$Geschlecht,  
                      var.equal =TRUE, paired = FALSE, alternative = "two.sided")
```

```
cohen.d(daten$Dauer ~ daten$Geschlecht, paired = FALSE)
```

```
boot2 <- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$Dauer[i] ~ daten$Geschlecht[i],  
    var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
```

```
boot.Geschl <- boot(daten, boot2, 2000)
```

```
daten$Diagnose <- ifelse(daten$Anzahl_Diagnosen == 0,0,1)
```

```
daten$Diagnose <- factor(daten$Diagnose)
```

```
leveneTest(daten$Dauer, daten$Diagnose)
```

```
test14 <- wilcox.exact(daten$Dauer ~ daten$Diagnose,  
                      var.equal = TRUE, alternative = "two.sided")
```

```
cohen.d(daten$Dauer ~ daten$Diagnose, paired = FALSE)
```

```
boot3 <- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$Dauer[i] ~ daten$Diagnose[i],  
    var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
```

```
boot.Diag <- boot(daten, boot3, 2000)
```

```
### GAF
```

```
leveneTest(daten$GAF, daten$Gruppe)
test6 <- wilcox.exact(daten$GAF ~ daten$Gruppe,
  alternative = "two.sided", var.equal = TRUE)
cohen.d(daten$GAF ~ daten$Gruppe, paired = FALSE)
boot4<- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$GAF[i] ~ daten$Gruppe[i],
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.GAF1 <- boot(daten, boot4, 2000)

leveneTest(daten$GAF, daten$Diagnose)
test11 <- wilcox.exact(daten$GAF ~ daten$Diagnose,
  alternative = "two.sided", var.equal = TRUE)
cohen.d(daten$GAF ~ daten$Diagnose, paired = FALSE)
boot5<- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$GAF[i] ~ daten$Diagnose[i],
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.GAF2 <- boot(daten, boot5, 2000)

leveneTest(daten$GAF, daten$Geschlecht)
test12 <- wilcox.exact(daten$GAF ~ daten$Geschlecht,
  alternative = "two.sided", var.equal = TRUE)
cohen.d(daten$GAF ~ daten$Geschlecht, paired = FALSE)
boot6<- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$GAF[i] ~ daten$Geschlecht[i],
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.GAF3 <- boot(daten, boot6, 2000)

### Anzahl Diagnosen

shapiro.test(daten$Anzahl_Diagnosen)
leveneTest(daten$Anzahl_Diagnosen, daten$Gruppe)
test7 <- wilcox.exact(daten$Anzahl_Diagnosen ~ daten$Gruppe,
  alternative = "two.sided", var.equal = FALSE)
cohen.d(daten$Anzahl_Diagnosen ~ daten$Gruppe, paired = FALSE)
boot7<- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$Anzahl_Diagnosen[i] ~ daten$Gruppe[i],
```

```
var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.Anz1 <- boot(daten, boot7, 2000)

test13 <- wilcox.exact(daten$Anzahl_Diagnosen ~ daten$Geschlecht,
  alternative = "two.sided", paired = FALSE, var.equal = FALSE)
cohen.d(daten$Anzahl_Diagnosen ~ daten$Geschlecht, paired = FALSE)
boot8<- function(daten,i){ wilcox.exact
  (daten$Anzahl_Diagnosen[i] ~ daten$Geschlecht[i],
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.Anz2 <- boot(daten, boot8, 2000)

### Korrelationen PAQ + GAF/Interviewdauer

cor.test(daten$Zufriedenheit_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f1_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f2_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f3_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f4_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f5_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f6_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f7_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f8_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f9_B, daten$Dauer, method = "spearman")
cor.test(daten$f10_B, daten$Dauer, method = "spearman")

cor.test(daten$Zufriedenheit_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f1_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f2_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f3_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f4_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f5_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f6_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f7_B, daten$GAF, method = "spearman")
```

```
cor.test(daten$f8_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f9_B, daten$GAF, method = "spearman")
cor.test(daten$f10_B, daten$GAF, method = "spearman")
```

```
## Itemanalyse
```

```
daten$akzeptanz <- daten$f1_B + daten$f2_B.rec + daten$f3_B.rec +
  daten$f4_B.rec + daten$f5_B.rec + daten$f6_B + daten$f7_B +
  daten$f8_B.rec + daten$f9_B + daten$f10_B
```

```
## Zufriedenheit
```

```
leveneTest(daten$Zufriedenheit_B, daten$Gruppe)
test1 <- wilcox.exact(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Gruppe,
  paired = FALSE, alternative = "two.sided")
cohen.d(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Gruppe, paired = FALSE)
boot9<- function(daten,i){ wilcox.exact(daten$Zufriedenheit_B[i] ~ daten$Gruppe[i],
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.Zufr1 <- boot(daten, boot9, 2000)
```

```
leveneTest(daten$Zufriedenheit_B, daten$Geschlecht)
test2 <- wilcox.exact(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Geschlecht,
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired = FALSE)
cohen.d(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Geschlecht, paired = FALSE)
boot10<- function(daten,i){ wilcox.exact
  (daten$Zufriedenheit_B[i] ~ daten$Geschlecht[i],
  var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.Zufr2 <- boot(daten, boot10, 2000)
```

```
leveneTest(daten$Zufriedenheit_B, daten$Diagnose)
test4 <- wilcox.exact(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Diagnose,
  alternative = "two.sided", var.equal = TRUE, paired = FALSE)
cohen.d(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Diagnose, paired = FALSE)
boot12<- function(daten,i){ wilcox.exact
```

```
(daten$Zufriedenheit_B[i] ~ daten$Diagnose[i],
 var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.Zufr4 <- boot(daten, boot12, 2000)
```

```
daten$Dauer_kat <- factor(ifelse(daten$Dauer <= mean(daten$Dauer), 0,1))
leveneTest(daten$Zufriedenheit_B, daten$Dauer_kat)
test8 <- wilcox.exact(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Dauer_kat,
 alternative = "two.sided", paired = FALSE, var.equal = TRUE)
cohen.d(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Dauer_kat, paired = FALSE)
boot13<- function(daten,i){ wilcox.exact
 (daten$Zufriedenheit_B[i] ~ daten$Dauer_kat[i],
 var.equal = TRUE, alternative = "two.sided", paired =FALSE)$statistic}
boot.Zufr5 <- boot(daten, boot13, 2000)
```

```
### Korrelationen PAQ+Zufriedenheit
```

```
cor.test(daten$akzeptanz, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f1_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f2_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f3_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f4_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f5_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f6_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f7_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f8_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f9_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
cor.test(daten$f10_B, daten$Zufriedenheit_B, method = "spearman")
```

```
## Regression
```

```
daten$koknitiv.4 <- daten$f2_B + daten$f3_B + daten$f4_B
 + daten$f5_B + daten$f8_B + daten$f9_B.rec
daten$emotion <- daten$f6_B + daten$f7_B + daten$f10_B + daten$f8_B.rec
```

```
### Zentrierung
daten$Dauer.c <- scale(daten$Dauer, scale = FALSE)
daten$GAF.c <- scale(daten$GAF, scale = FALSE)
daten$emotion.c <- scale(daten$emotion, scale = FALSE)
daten$kognitiv.4.c <- scale(daten$kognitiv.4, scale = FALSE)

mult.reg <- lm(daten$Zufriedenheit_B ~ daten$Gruppe + daten$Dauer.c + daten$GAF.c
  + daten$IB + daten$emotion.c + daten$kognitiv.4.c + daten$Diagnose)

### Voraussetzungen
durbinWatsonTest(mult.reg)
par(mfrow = c(2,2))
plot(mult.reg)
vif(mult.reg)
1/vif(mult.reg)

auswahl.reg <- na.omit(data.frame(daten$Zufriedenheit_B, daten$Geschlecht,
  daten$Gruppe, daten$Dauer.c, daten$GAF.c, daten$Sitzungen, daten$IB,
  daten$emotion.c, daten$kognitiv.4.c, daten$Diagnose))
step.input <- lm(daten$Zufriedenheit_B ~ 1, data = auswahl.reg)
step.output <- step(step.input,
  direction = "both",
scope = ~ daten$Gruppe + daten$Dauer.c + daten$GAF.c + daten$IB + daten$emotion.c
  + daten$kognitiv.4.c + daten$Diagnose)
summary(step.output)
```

Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem klinischen Interview MPAS-Diag

Teil I: Persönliche Informationen der/des Betroffenen

1. Geschlecht

- Weiblich
- Männlich
- Anderes / Keine Angabe

2. Wohnsituation

- Eigene Wohnung
- Betreutes Wohnen
- Bei der Familie
- Anderes: _____

3. Derzeitige Beschäftigung

- Arbeitslos
- Schule / Ausbildung
- Arbeit / Werkstätte
- Pension
- Anderes: _____

4. Wer füllt diesen Fragebogen aus?

- Ich selbst
- Familienangehörige(r)
- BetreuerIn
- Anderes: _____

5. Alter:

_____ Jahre

6. Kennen Sie den (aktuellen) IQ?

- Ja nämlich: _____
- Ja, aber der ist veraltet
- Nein, den kannte ich noch nie

7. Wurde bereits eine psychische Störung diagnostiziert?

- Ja, nämlich: _____
- Nein

Vom Interviewer auszufüllen. Bitte NICHT ausfüllen!

Anzahl an Sitzungen: _____

Dauer des Interviews: _____

(Minuten)

GAF: _____

Zufriedenheit und Akzeptanz des MPAS-DIAG

1. Bitte füllen Sie nachstehende Fragen wahrheitsgetreu aus. Es gibt dabei keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bei den Fragen handelt es sich um Ihre Zufriedenheit mit dem eben durchgeführten Interview MPAS-Diag.

Auf einer Skala von 0 bis 100 : Wie zufrieden sind Sie mit dem durchgeführten Interview allgemein? (0 = sehr unzufrieden; 100 = sehr zufrieden)	
--	--

0 = trifft überhaupt nicht zu 1 = trifft eher nicht zu 2 = trifft eher zu 3 = trifft total zu
--

Das Vorgehen des Interviewers habe ich als hilfreich erlebt.	0	1	2	3
Ich fühle mich verwirrt als vor dem Interview.	0	1	2	3
Ich fühle mich ausgefragt.	0	1	2	3
Es waren mir zu viele Fragen.	0	1	2	3
Das Interview war zu anstrengend	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl, der Interviewer nimmt meine Probleme ernst	0	1	2	3
Die Beziehung zum Interviewer habe ich als angenehm empfunden	0	1	2	3
Heute habe ich nicht alles vorgebracht, was mich wirklich bewegte	0	1	2	3
Ich habe das Gefühl, dass ich mich selber nach dem Interview besser verstehe.	0	1	2	3
Ich denke, der Interviewer hat genau nachgefragt, um die Situation zu verstehen.	0	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem klinischen Interview MPAS-Diag

Teil I: Persönliche Informationen

1. Geschlecht

- Weiblich
- Männlich
- Anderes / Keine Angabe

2. Wohnsituation

- Eigene Wohnung
- Betreutes Wohnen
- Bei der Familie
- Anderes: _____

3. Derzeitige Beschäftigung

- Arbeitslos
- Schule / Ausbildung
- Arbeit / Werkstätte
- Pension
- Anderes: _____

4. Wer füllt diesen Fragebogen aus?

- Ich selbst
- Familienangehörige(r)
- BetreuerIn
- Anderes: _____

5. Alter:

_____ Jahre

6. Kennen Sie den (aktuellen) IQ?

- Ja nämlich: _____
- Ja, aber der ist veraltet
- Nein, den kannte ich noch nie

7. Wurde bereits eine psychische Störung diagnostiziert?

- Ja, nämlich: _____
- Nein

Vom Interviewer auszufüllen. Bitte NICHT ausfüllen!

Anzahl an Sitzungen: _____

Dauer des Interviews: _____

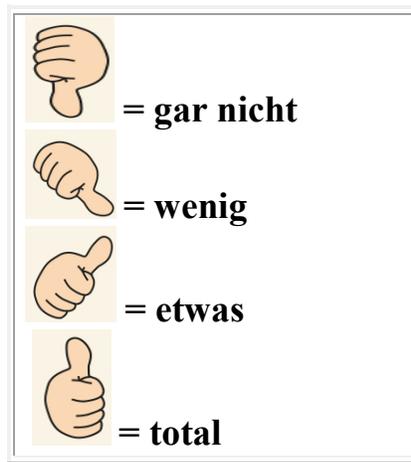
(Minuten)

GAF: _____

Zufriedenheit und Akzeptanz des MPAS-DIAG

1. Bitte füllen Sie nachstehende Fragen wahrheitsgetreu aus. Es gibt dabei keine "richtigen" oder "falschen" Antworten. Bei den Fragen handelt es sich um Ihre Zufriedenheit mit dem eben durchgeführten Interview MPAS-Diag.

<p>Auf einer Skala von 0 bis 100: Wie zufrieden sind Sie mit dem durchgeführten Interview allgemein? (0 = sehr unzufrieden; 100 = sehr zufrieden)</p>	
---	--



Das Vorgehen des Interviewers war hilfreich.				
Ich fühle verwirrter als vor dem Interview.				
Ich fühle mich ausgefragt.				
Es waren mir zu viele Fragen.				

Interviewcode: _____

Das Interview war zu anstrengend				
Der Interviewer nimmt meine Probleme ernst				
Die Beziehung zum Interviewer empfinde ich als angenehm.				
Ich konnte heute alles sagen, was mir wichtig war				
Ich verstehe mich selber nach dem Interview besser.				
Der Interviewer hat genau nachgefragt, um meine Situation zu verstehen.				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!



Information zur Studienteilnahme

Ich lade Sie herzlich ein, an einem Interview für meine Masterarbeit im Rahmen des Studiums Psychologie an der Universität Wien teilzunehmen.

Ich überprüfe die Akzeptanz des klinischen Interviews „Moss Psychiatric Assessment Schedule-Diagnostic (MPAS-Diag)“, welches psychische Schwierigkeiten (Probleme) bei Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten einschätzen soll. Eine Teilnahme an dem Interview ist jedoch auch dann möglich, wenn man keine psychischen Probleme hat.

Das Interview dauert zwischen 45 und 60 Minuten.

Die Teilnahme ist vollkommen freiwillig. Ihr Name und ihre persönlichen Daten werden anonymisiert und nicht verwendet.

Sie können zu jedem Zeitpunkt weitere Informationen über Zweck, Ablauf etc. erfragen oder um eine Pause bitten.

Selbstverständlich können Sie das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

Einverständniserklärung

- Ich habe die Information gelesen und verstanden und möchte an der Studie teilnehmen.

Vor- und Nachname: _____

Datum und Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Kontakt: Andreas Kiebler, BA BSc

Telefon: +43 676 577 49 46

E-Mail: andreas.kiebler@gmx.at

Die Studie erfolgt im Rahmen einer Lehrveranstaltung unter Leitung von ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber. (Kontakt: ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, Institut für Angewandte Psychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Liebiggasse 5, A-1010 Wien, E-Mail: germain.weber@univie.ac.at)



Information zur Studienteilnahme

Für eine Studie an der Universität Wien benötige ich Ihre Hilfe.

Ich möchte zuerst mit Ihnen über Ihre Sorgen, Ängste, Gefühle und Gedanken sprechen. Sollten Sie keine großen Sorgen und Ängste haben macht das nichts, Sie können trotzdem an der Studie teilnehmen. Es interessiert mich dann, wie das Gespräch für Sie war (z.B. war es zu lang? Haben Sie alle Fragen verstanden?).

Das Gespräch dauert ca. 1 Stunde.

Die Teilnahme ist freiwillig, Ihr Name wird nicht genannt und alles, was Sie mir im Gespräch erzählen, erzähle ich nicht weiter.

Sie können mich immer fragen, wenn Sie etwas nicht verstehen oder Sie eine Pause brauchen.

Sie können das Interview jederzeit abbrechen, wenn Sie möchten.

Einverständniserklärung

- Ich habe die Information gelesen und verstanden.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen.

Vor- und Nachname: _____

Datum und Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Kontakt: Andreas Kiebler, BA BSc

Telefon: +43 676 577 49 46

E-Mail: andreas.kiebler@gmx.at

Die Studie erfolgt im Rahmen einer Lehrveranstaltung unter Leitung von ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber.
(Kontakt: ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber, Institut für Angewandte Psychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Liebiggasse 5, A-1010 Wien, E-Mail: germain.weber@univie.ac.at)

Abstract (Deutsch)

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (IB) haben eine 3-4 Mal höhere Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, als Menschen ohne IB. Die Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit IB basiert zum Großteil auf Fremdbeurteilungen durch Drittpersonen mittels Screeningverfahren, standardisierte klinische Interviews sind gerade im deutschen Sprachraum nicht vorhanden. DiagnostikerInnen verlassen sich bei der Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit IB zumeist auf ihre Expertise, dabei kann es zum Phänomen des „diagnostic overshadowing“ kommen, wonach die gezeigten Symptome der diagnostizierten Person als zur IB zugehörig interpretiert werden und nicht als zu einer eigenständigen klinisch-psychologischen Diagnose zugehörig. Aus diesem Grund war es Ziel dieser Arbeit, das semi-strukturierte klinische Interview „Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic (MPAS-Diag)“ von englischer in deutsche Sprache zu übersetzen, um anschließend die Akzeptanz des Interviews aus Sicht betroffener Personen mittels dem „Patient Acceptance Questionnaire“ zu untersuchen. Insgesamt nahmen 43 Personen sowohl mit als auch ohne IB teil. Die Ergebnisse legen nahe, dass Personen, die mittels MPAS-Diag interviewt werden, eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Instrument zeigen. Die Zufriedenheit unterscheidet sich auch nicht zwischen Personen mit und ohne IB. In Hinblick auf die allgemeine Zufriedenheit mit dem halb-strukturierten klinischen Interview MPAS-Diag zeigt sich, dass mit steigender Interviewdauer die Zufriedenheit sinkt, der wichtigste Prädiktor hierfür ist die kognitive Anstrengung. Als Limitationen dieser Studie wird die geringe Stichprobengröße, der Umstand, dass die Interviews nur von einer Person durchgeführt wurden sowie die fehlende Akzeptanz aus Sicht möglicher AnwenderInnen angesehen.

Schlagwörter intellektuelle Beeinträchtigung, Diagnostik, Akzeptanz, MPAS-Diag, strukturiertes Interview, Zufriedenheit

Abstract (English)

People with Intellectual Disability (ID) are 3-4 times more likely to develop a mental disorder than people without ID. The diagnosis of mental disorders in people with ID is largely based on external assessments by third parties using screening methods; standardized clinical interviews are currently not available in German-speaking countries. Diagnosticians often rely on their expertise in the diagnosis of mental disorders in people with ID, which can lead to the phenomenon of „diagnostic overshadowing“, according to which the symptoms of the diagnosed person are interpreted as belonging to the ID and not as an independent clinical diagnosis. For this reason, the aim of this study was to translate the semi-structured clinical interview „Moss Psychiatric Assessment Schedule - Diagnostic (MPAS-Diag)“ from English into German and then to assess the acceptance of the interview from the point of view of affected persons using the „Patient Acceptance Questionnaire“. A total of 43 people participated, both with and without ID. The results suggest that people interviewed by MPAS-Diag show high acceptance and satisfaction with the instrument. The satisfaction does not differ between people with and without ID. In terms of overall satisfaction with the semi-structured clinical interview, MPAS-Diag shows that satisfaction increases with increasing interview time, the most important predictor of which is mental effort. The limitations of this study are the small sample size, the fact that the interviews were conducted by only one person and the lack of acceptance from the perspective of potential users.

Keywords intellectual disability, diagnostic, acceptance, MPAS-Diag, structured Interview, satisfaction

Abbildungsverzeichnis

1	Parallelanalysen Scree Plot	30
2	Grafische Überprüfung der Voraussetzungen der multiplen linearen Regression	38
3	Kerndichtediagramm der Interviewdauer	55
4	Kerndichtediagramm des GAF-Wert	55
5	Kerndichtediagramm der Interviewzufriedenheit	56

Tabellenverzeichnis

1	Intelligenzminderung nach ICD-10	9
2	Disorder of intellectual development (DID) nach ICD-11	10
3	Erfasste Störungsbilder im MPAS-Diag	21
4	Demographische Charakteristik der Stichprobe	27
5	Primäre Diagnosen nach ICD-10	27
6	Faktorladungen des Patient Acceptance Questionnaire	30
7	Adaptierte Faktorladungen des Patient Acceptance Questionnaire	31
8	Item-Korrelationen des Patient Acceptance Questionnaire mit der Interviewdauer in Minuten und der Global Assessment Functioning (GAF) Skala	33
9	Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) des Patient Acceptance Questionnaire unterteilt nach Gruppe	34
10	Item-Korrelationen des Patient Acceptance Questionnaire mit der Interviewzufriedenheit	37
11	Multiple Regression	40