

LIFE: DSM-VI VERSION

Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (DSM-IV Version)

Autor(inn)en	Martin B. Keller, Eileen Nielson
Quelle	Plattner, A., Krämer, B. von Ballestrem, C.-L., Strauss, M., Hegerl, U. & Kächele, H. (in Vorb.). <i>LIFE-DSM-IV. Benutzermanual</i> .
Vorgänger-/ Originalversion	Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielson, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P. & Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. <i>Archives of General Psychiatry</i> , 44, 540-548.
Anwendungsbereich	Das LIFE ist ein semi-strukturiertes Interview, das in klinischen und epidemiologischen Studien zur retrospektiven Verlaufs- und Veränderungsdiagnostik von DSM-IV Achse-I Störungen eingesetzt werden kann. Es ermöglicht eine genaue Datierung und Darstellung des Beginns und der Dauer von Störungsepisoden und liefert damit Informationen zu Remission, Rückfällen und Dauer störungsfreier Intervalle. In Umfang und Inhalt kann das Interview weitgehend flexibel und ökonomisch an interessierende Diagnosen, longitudinale Fragestellungen und Forschungsprotokolle angepasst werden.
Übersetzung(en)	Einzelne Teile des LIFE wurden in verschiedenen retrospektiven Längsschnittstudien sukzessiv gemäß deren Hauptfragestellungen ins Deutsche übertragen. Die in Vorbereitung befindliche deutsche Bearbeitung des LIFE-DSM IV integriert diese Teile zu einer einheitlichen Version.
Art des Verfahrens	Semi-strukturiertes Interview und Fremdeinschätzungsverfahren
Bearbeitungszeit	Das Interview dauert in Abhängigkeit der einbezogenen Diagnosegruppen zwischen 15 und 90 Minuten; je nach Vor- und Nachbearbeitungsaufwand kann die Gesamtbearbeitung 2 bis 4 Stunden beanspruchen.
Voraussetzungen für die Anwendung	Das LIFE sollte von eigens für das Verfahren trainierten Interviewern durchgeführt werden. Allgemeine Voraussetzungen sind Erfahrung in der Durchführung strukturierter Interviews und in der Anwendung kriterienorientierter Diagnosesysteme. Klinische Vorerfahrungen mit dem im Interview erfassten Diagnosespektrum sind von Vorteil. Das Interviewtraining erfolgt stufenweise. Es umfasst neben dem Studium der Sektionen des LIFE, relevanter Literatur und den DSM-IV Diagnosekriterien, ein videogestütztes Interview- und Kodiertraining. Unter Supervision werden in Rollenspielen mittels Fallvignetten Übungsinterviews durchgeführt und ausführlich diskutiert. Ziel des Trainings ist es, die hierarchische Fragetechnik des LIFE einzuüben, und die Beurteilung und Kodierung des psychopathologischen

	Zustands zu schulen.
Kurzbeschreibung	Integriertes Interviewsystem zur retrospektiven Erfassung des Verlaufs psychischer Störungen nach DSM-IV, sowie der Beeinträchtigung in verschiedenen psychosozialen Funktionsbereichen, des globalen Funktionsniveaus und behandlungsbezogener Informationen.
Theoretischer Hintergrund	Das LIFE sieht eine weitgehend theoriefreie Beschreibung psychischer Störungen vor. Aussagen über ätiologische Zusammenhänge sind nicht Gegenstand des Instruments; alle Funktionsbereiche werden auf rein phänomenologischer Ebene erfasst. Da das LIFE neben der psychischen Symptomatik explizit auch psychosoziale Funktionsbereiche sowie somatisch-pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsinformationen einschließt, kann dem Verfahren allgemein ein bio-psycho-soziales Verständnis psychischer Störungen zugrundegelegt werden.
Entwicklung des Verfahrens	Der Hintergrund der Entwicklung des LIFE ist weniger theoretischer als methodologischer und forschungspragmatischer Natur. Die bestehende Methodenvielfalt in Längsschnittstudien erschwert bislang eine Integration von Verlaufsinformationen bei psychischen Störungen. Weiteren Anstoß zur Entwicklung des Verfahrens war der Mangel an Untersuchungsinstrumenten, mittels derer auch längere Follow-Up Perioden überbrückt werden können, und die zudem geeignet sind auch subkriteriale Symptomausprägungen zu erfassen. Mit der dem LIFE zugrunde liegenden Methode der wöchentlichen Einschätzung des psychopathologischen Zustands (PSR, Psychiatric Status Rating) und der operationalen Verknüpfung mit den DSM-IV Forschungskriterien konnte diese methodische Lücke geschlossen werden. Damit ermöglicht das LIFE gleichzeitig eine operationale Definition von Remission und Rückfall bei verschiedenen psychischen Störungen. Das Interview wurde zunächst zur longitudinalen Beobachtung affektiver Störungen entwickelt, die Anwendung wurde dann aber zunehmend auf weitere Diagnosen ausgeweitet (z.B. Essstörungen, Herzog et al., 1988; Angststörungen, Keller et al., 1994; Massion et al., 1993). Als LIFE-Range of Functioning Tool (LIFE-RIFT) wurde der psychosoziale Teil des Interviews als separates Instrument zur longitudinalen Erfassung der psychosozialen Beeinträchtigung eingesetzt (Leon et al., 2000).
Aufbau und Auswertung	<p>Das LIFE Interview umfasst mehrere Teile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Den größten Umfang des LIFE nimmt das Interview zur Psychopathologie ein, in dem die Symptomatik folgender DSM-IV Diagnosen über einen Zeitraum von 6 oder 12 Monaten nachgezeichnet werden kann: Affektive Störungen, Schizophrenie, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen, Störungen durch Substanzkonsum. Mittels geeigneter Fragen werden vom Interviewer Veränderungen in der Symptomatik (Veränderungspunkte, Change Points) einer Person ermittelt. Nach jeder datierbaren Veränderung wird der psychopathologische Zustand auf einer 4- oder 6-stufigen PSR- Skala, einer symptomorientierten, mittels der DSM-IV Forschungskriterien operationalisierten Skala, eingeschätzt. Mittels der so quantifizierten Symptomschwere können Beginn, Dauer und Remission einer Störungsepisode im Verlauf des Follow-Up mit

- der Genauigkeit von einer Woche bestimmt werden.
2. Dokumentation von Suizidhandlungen und -versuche
 3. Erfassung nicht psychiatrischer Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Medikation)
 4. Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen werden auf wöchentlicher Basis erfasst.
 5. Die Variablen des psychosozialen Bereichs werden monatlich auf 5- bis 7-stufigen Ratingskalen eingeschätzt und umfassen Beeinträchtigungen in den Bereichen Arbeit/Beschäftigung, familiäre Beziehungen, außerfamiliäre Beziehungen, Sexualleben, Freizeitaktivitäten, Zufriedenheit und allgemeine soziale Anpassung.
 6. Die Globale Erfassung des Funktionsniveaus mittels GAF (Endicott et al., 1976) wird ebenfalls monatlich abgetragen.
 7. In einem Interviewprotokoll werden biografische oder störungsbezogene Zusatzinformationen aufgezeichnet.

Die Informationssammlung wird außerdem, wenn nötig und verfügbar durch Krankenakten und die Angaben Dritter ergänzt. Mittels klinischer Urteilsbildung werden die Informationen aus den unterschiedlichen Quellen integriert. Die Verlaufsinformationen aus dem psychopathologischen Teil werden auf übersichtlichen Kodierblättern zusammen mit den Behandlungsinformationen und einer Bewertung der Qualität des Interviews abgetragen.

Gütekriterien

Objektivität: Das standardisierte Trainingsprotokoll, der halb-strukturierte Interviewleitfaden und das operationalisierte, an den DSM-IV Forschungskriterien orientierte Kodierschema zur Einschätzung der psychischen Symptomatik erhöhen die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität.

Die Interrater-Reliabilität als Maß der Objektivität bei Fremdbeurteilungsverfahren erreicht sowohl für die Einschätzung des psychopathologischen Zustands wie auch für die Fragen des psychosozialen Bereichs des LIFE im Verlauf gute bis sehr gute Übereinstimmungswerte. So lagen die Intraclass-Korrelationen bezüglich der retrospektiven Befragung nach einem Jahr für die maximale (minimale) Symptomausprägung bei verschiedenen DSM-IV Störungen bei ICC = .75 (.72) für die Panikstörung, ICC = .64 (.49) für die Agoraphobie o. Panikstörung, ICC = .84 (.86) für die Generalisierte Angststörung, ICC = .83 (.75) für die Soziale Phobie, ICC = .98 (.98) für die Spezifische Phobie und ICC = .74 (.74) für die Major Depression. Ähnliche Übereinstimmungswerte wurden für die Fragen aus dem psychosozialen Teil des LIFE ($.57 \leq \text{ICC} \leq .81$), die GAF (ICC = .77) und die Informationen zur medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung ($.68 \leq \kappa \leq 1.00$) ermittelt (Warshaw et al., 1994). Ein aufwändiges Verfahren zur laufenden Sicherung der Interrater-Reliabilität beschreiben Warshaw et al. (2001). Infolge kontinuierlicher Vergleiche der Interviewer mit aktuellen und zurückliegenden Kodierresultaten konnte einerseits das Problem des Rater-Drift kontrolliert werden und andererseits im eigenen Forschungsprogramm eine gleichbleibend hohe Interrater Reliabilität von $\text{Median}_{\text{ICC}} \geq .80$ etabliert werden.

Test-Retest Reliabilität: Da die Interrater-Reliabilität in der Studie von Warshaw et al. (1994) mittels zweier Interviewer bestimmt wurde, die die Probanden binnen einer Woche wiederholt bzgl. desselben 1-jährigen Follow-Ups befragt haben, können die oben beschriebenen Resultate gleichzeitig als Beleg für die Stabilität der Einschätzung des

Vergleichswerte/ Normen

Literatur

psychischen Zustands interpretiert werden.

Konstruktvalidität: Warshaw et al. (1994) fanden hohe Korrelationen aggregierter PSR-Maße sowohl mit Fremdeinschätzungen (GAF, $r = -.57$) als auch mit Selbstbeurteilungen (Medical Outcome Survey MOS, $r = -.52$) des allgemeinen psychosozialen Funktionsniveaus. Ein Hinweis auf die konvergente und diskriminante Validität fand sich im Korrelationsmuster der PSR unterschiedlicher Angststörungen mit dem Mobility Inventory (MI, Chambless, et al., 1985). Erwartungsgemäß zeigte sich ein Zusammenhang bei der Diagnose Agoraphobie ($r = .54$) gefolgt von Panikstörung ($r = .35$), Sozialer Phobie ($r = .29$) und Major Depression ($r = .25$), wohingegen die PSR bei Zwangsstörungen ($r = -.03$) und Posttraumatischen Belastungsstörungen ($r = .06$) nicht mit dem MI assoziiert waren.

Die Gültigkeit der retrospektiven Einschätzungen des bis zu einem Jahr zurückliegenden Störungsgeschehens wurde gesondert untersucht. Der Vergleich kontinuierlicher, im Abstand von 2 Wochen durchgeführter Befragungen mit einem einmaligen retrospektiven 1-Jahres Follow-Up bzgl. desselben Zeitraums ergab zufriedenstellende bis sehr gute Übereinstimmungswerte ($.40 \leq ICC \leq .99$) (Warshaw et al., 2001). Die retrospektiven Einschätzungen des psychopathologischen Zustands mittels PSR repräsentieren somit hinreichend valide die globale wie auch die diagnosespezifische Störungsschwere.

Ökonomie: Im Rahmen des für klinische Interviewverfahren üblichen Trainingsaufwands kann das Verfahren als sehr ökonomisch bezeichnet werden. Mittels Screeningfragen kann ein nicht relevanter Bereich des Interviews übersprungen und die Dauer des Interviews verkürzt werden. Das Interview kann auch telefonisch durchgeführt werden.

Vergleichswerte oder Veränderungsnormen für verschiedene DSM-IV Störungen existieren bislang nicht.

- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W. & Ott, I. L. (1988). Short-term prospective study of recovery in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 23, 45-55.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Friedman, B., Nielson, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P. & Andreasen, N. C. (1987). The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44, 540-548.
- Keller, M. B., Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Gollan, J., Massion, A. O., White, K., Swartz, A., Pratt, L., Reich, J. & Lavori, P. W. (1994). Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: A prospective short-interval naturalistic follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 290-296.
- Kordy, H., Krämer, B., Palmer, R. L., Papezova, H., Pellet, J., Richard, M., Treasure, J. & COST Action B6. (2002). Remission, recovery, relapse, and recurrence in eating disorders: Conceptualization and

illustration of a validation strategy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 833-846.

Leon, A. C., Solomon, D. A., Mueller, T. I., Endicott, J., Posternak, M., Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S. & Keller, M. B. (2000). A brief assessment of psychosocial functioning of subjects with bipolar I disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 805-812.

Massion, A. O., Warshaw, M. G., Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder versus generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600-607.

Plattner, A., Krämer, B., von Ballestrem, C.-L., Strauss, M., Hegerl, U. & Kächele, H. (in Vorb.). LIFE-DSM-IV. Benutzermanual.

Warshaw, M. G., Keller, M. B. & Stout, R. L. (1994). Reliability and validity of the Longitudinal Interval Follow-up Evaluation for assessing outcome of anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 531-545.

Warshaw, M. G., Dyck, I., Allsworth, J., Stout, R. L. & Keller, M. B. (2001). Maintaining reliability in a long-term psychiatric study: an ongoing inter-rater reliability monitoring program using the longitudinal interval follow-up evaluation. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 297-305.

WWW-Ressourcen

Keine

Autor/innen des Beitrags

Dipl.-Psych. Markus Wolf
Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart
Christian-Belser-Str. 79a, D-70597 Stuttgart
mwolf@psyres-stuttgart.de

Prof. Dr. Horst Kächele
Universität Ulm
Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Am Hochsträss 8, D-89081 Ulm
kaechele@uni-ulm.de