

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Fakultät für Medizin

**Psychische Komorbidität
von Tinnitusbetroffenen mit und ohne
Craniomandibulärer Dysfunktion**

Joachim Kurt Friedrich Boßler

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

| | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Vorsitzender: | Prof. Dr. E. J. Rummeny |
| Prüfer der Dissertation: | 1. apl. Prof. Dr. G .A. Goebel |
| | 2. Prof. Dr. H. A. Bier |

Die Dissertation wurde am 04.07.2016 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 09.08.2017 angenommen.

Danksagung

Besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Gerhard Goebel, der mich zum Beginn dieser Arbeit und immer wieder zum Durchhalten motiviert hat.

Meinem Freund Dr. phil. Dipl. Psych. Michael Metzner (Schön Klinik Roseneck), der mit seiner Begeisterung für wissenschaftliches Arbeiten und statistische Zusammenhänge unverzichtbar und zielführend ansteckend und mitreißend gewirkt hat.

Danken möchte ich auch Herrn Markus Görl (approbierter Zahnarzt, Bad Endorf) der alle zahnärztlichen Untersuchungen durchführte, Herrn Dr. Dipl. Psych. Hans Jürgen Korn (Schön Klinik Roseneck) für die Hilfe bei der statistischen Auswertung, Herrn Raimund Schlemmer von der medizinischen Dokumentation der Klinik Roseneck für den zuverlässigen Zugriff auf die psychologischen Testergebnisse aller untersuchten Patienten.

Besonders bedanke ich mich bei allen teilnehmenden Patienten, die sich für die zusätzliche Testdiagnostik und die zeitintensive psychische und zahnärztliche Diagnostik zur Verfügung gestellt haben.

Ich möchte diese Arbeit meinem geliebten Opi Kurt Wöhlert (*1904, +1989), „Ich möchte es gerne erleben, wenn Bübchen seinen Doktor macht“; meinem Vater Dr. phil. Helmut Boßler (*1923, +2005), meiner Mutter Dipl. ing. Margitta Boßler (*1935, +2007) und meiner Frau Dipl. päd. Jana Boßler widmen. Ohne Euch hätte es Helena (*2005) und Lennard (*2008) nicht gegeben. Das Leben. Dagegen ist alles nichts.

„Da wird sein Heulen und Zähneklappern“

Matthäus 8,12

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|------------------------------------|
| Schön Klinik Roseneck | Fehler! Textmarke nicht definiert. |
| Tabellenverzeichnis | 6 |
| Bilderverzeichnis | 7 |
| Abkürzungsverzeichnis | 9 |
| 1 Theorie | 11 |
| 1.1 Einleitung | 11 |
| 1.1.1 Tinnitus | 11 |
| 1.1.1.1 Begriffsbestimmung | 11 |
| 1.1.1.2 Diagnostik | 12 |
| 1.1.1.3 Epidemiologie | 12 |
| 1.1.1.4 Komorbidität | 13 |
| 1.1.1.5 Somatische Ätiologiemodelle der Tinnitusentstehung | 14 |
| 1.1.1.6 Psychosomatische Tinnitusmodelle | 16 |
| 1.1.2 Craniomandibuläre Dysfunktion | 18 |
| 1.1.2.1 Begriffsbestimmung | 18 |
| 1.1.2.2 Diagnostik | 18 |
| 1.1.2.3 Epidemiologie | 20 |
| 1.1.2.4 Ätiologie und Psychosomatik der CMD | 21 |
| 1.1.3 Tinnitus, CMD und Psychosomatik | 24 |
| 1.1.3.1 Prävalenzen von Tinnitus und CMD untereinander | 24 |
| 1.1.3.2 Mögliche symptomatische Hinweise bei Tinnitus auf CMD-Ätiologie | 25 |
| 1.1.3.3 Besondere CMD-Symptome bei Tinnitusbetroffenen | 25 |
| 2 Methode | 28 |
| 2.1 Aufbau der Untersuchung | 28 |
| 2.2 Fragestellung und Hypothesen | 28 |
| 2.2.1 Sind Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD psychisch kränker? | 28 |
| 2.2.2 Zeigen Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD eine erhöhte psychiatrische Komorbidität? | 29 |
| 2.2.3 Weisen Tinnitusbetroffene mit einzelnen Symptomen einer CMD erhöhte Werte für psychische Belastung auf? | 30 |
| 2.3 Statistische Auswertung | 30 |
| 2.4 Untersuchungsinstrumente | 31 |
| 2.4.1 CMD-Kurzbefund | 31 |
| 2.4.1.1 Mundöffnung asymmetrisch | 31 |
| 2.4.1.2 Mundöffnung eingeschränkt | 32 |
| 2.4.1.3 Gelenkgeräusche | 32 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 2.4.1.4 | Instabile oder habituelle Okklusion | 33 |
| 2.4.1.5 | Parafunktioneller Befund | 33 |
| 2.4.1.6 | Schmerzhafte Palpation | 33 |
| 2.4.2 | Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI) | 35 |
| 2.4.3 | Tinnitus-Fragebogen (TF) | 36 |
| 2.4.4 | Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen (GÜF) | 37 |
| 2.4.5 | Symptom-Checkliste (SCL-90-R) | 38 |
| 2.4.6 | Beck-Depressions-Inventar (BDI) | 38 |
| 2.4.7 | Beck-Angst-Inventar (BAI) | 39 |
| 2.4.8 | Whitely-Index (WI) | 40 |
| 2.4.9 | Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2) | 40 |
| 2.4.10 | Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) | 41 |
| 3 | Ergebnisse | 42 |
| 3.1 | Stichprobenbeschreibung | 42 |
| 3.1.1 | Soziodemographische Angaben | 42 |
| 3.1.2 | Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI) | 43 |
| 3.1.2.1 | Schweregradeinteilung nach der Verdeckbarkeit des Tinnitus | 43 |
| 3.1.2.2 | Anamnestiche Mehrfachursachen des Tinnitus | 44 |
| 3.1.3 | Tinnitus-Fragebogen (TF) | 46 |
| 3.1.4 | Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen (GÜF) | 46 |
| 3.1.5 | Testpsychologische Ergebnisse | 47 |
| 3.1.5.1 | Fragebögen zu Depression, Angst und somatischen Beschwerden | 47 |
| 3.1.5.2 | Fragebogen zur Hypochondrie: Whitely-Index (WI) | 48 |
| 3.1.6 | Psychischer Befund (IDCL): Stichprobenzusammensetzung | 48 |
| 3.1.6.1 | Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39) | 48 |
| 3.1.6.2 | Angststörungen (ICD-10 F40.X und F41.X) | 49 |
| 3.1.6.3 | Somatoforme Störungen (ICD-10 F45.X) | 49 |
| 3.1.6.4 | Sonstige Störungen | 50 |
| 3.1.6.5 | Lifetime | 50 |
| 3.1.6.6 | Komorbiditäten | 50 |
| 3.1.7 | Zahnärztlicher Befund | 53 |
| 3.1.8 | Zusammenhänge CMD und psychische Störungen | 54 |
| 3.1.9 | Korrelationen | 58 |
| 3.1.9.1 | Korrelationen des zahnmedizinischen Befundes | 58 |
| 3.1.9.2 | Korrelationen der zahnmedizinischen und psychischen Befunde | 59 |
| 3.1.9.3 | Mittelwertvergleich der psychopathologischen Befunde bei Patienten mit positivem und negativem Palpationsbefund | 59 |
| 3.1.10 | Zusammenhänge zwischen Palpationsbefund und psychischen Erkrankungen | 65 |
| 4 | Diskussion | 68 |
| 4.1 | Entwicklung der Fragestellung | 68 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.2 | Beobachtungen zur Stichprobe | 68 |
| 4.3 | Bewertung der Ergebnisse | 69 |
| 4.3.1 | Bestätigung der Nullhypothesen für Diagnosen | 69 |
| 4.3.2 | Kritik der zahnärztlichen Untersuchungsmethode | 70 |
| 4.3.3 | Ein schmerzhafter Palpationsbefund zeigt erhöhte Ängstlichkeit, psychische Belastung und psychiatrische Komorbidität bei stationären Tinnitusbetroffenen an | 71 |
| 4.3.4 | Einordnung der Ergebnisse in die wissenschaftlichen Erkenntnisse anderer Autoren | 73 |
| 4.3.5 | Schlussfolgerungen | 74 |
| 4.3.6 | Ausblick auf mögliche weitere Forschungsansätze | 74 |
| 5 | Zusammenfassung | 76 |
| 6 | Literatur | 79 |
| 7 | Anhang | 87 |
| 7.1 | Korrelationstabellen A | 87 |
| 7.2 | Informationsblatt und Einverständniserklärung B | 87 |
| 7.3 | Test- und Untersuchungsverfahren C | 87 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|--------------|---|----|
| Tabelle 3.1: | Beschwerdestärken im Strukturierten Tinnitus-Interview (STI)..... | 44 |
| Tabelle 3.2: | Tinnitusursachen im STI (Mehrfachdiagnosen (n=72)..... | 45 |
| Tabelle 3.3: | Tinnitus-Fragebogen (TF) mit Skalen Psychische Belastung (Emotional und Kognitiv), Penetranz, Hörprobleme, Schlafstörung und Somatische Beschwerden (n=51)..... | 46 |
| Tabelle 3.4: | Übersicht Testpsychologische Ergebnisse | 47 |
| Tabelle 3.5: | Ergebnisse Whiteley-Index (WI) | 48 |
| Tabelle 3.6: | Anzahl und Prozentsatz der Patienten mit Anzahlen an gestellten Diagnosen | 50 |
| Tabelle 3.7: | CMD-Kurzbefund: Ergebnisse der Einzelbefunde | 53 |
| Tabelle 3.8: | Korrelationen der einzelnen CMD-Befunde untereinander (n=68). | 58 |
| Tabelle 3.9: | Übersicht t-Test Palpationsbefund und psychische Befunde..... | 65 |

Bilderverzeichnis

| | | |
|------------|--|----|
| Bild 1.1: | Das neurophysiologische Modell nach Jastreboff & Hazell (Jastreboff, et al., 1993) Bild entnommen aus (Biesinger, et al., 1999) | 16 |
| Bild 1.2: | Bio-psycho-soziales Modell der Tinnitusbelastung nach Hiller und Goebel (Hiller, et al., 2001), Bild entnommen aus (Goebel, 2003) | 17 |
| Bild 1.3: | : Biobehavioral Model of Pain (Dworkin, et al., 1992) Bild entnommen aus: Interactive textbook on clinical symptom research (Max, et al.)... 21 | |
| Bild 1.4: | Bereiche der Behandlungsinterventionen (Dworkin, et al., 1992) Bild entnommen aus: Interactive textbook on clinical symptom research (Max, et al.) | 22 |
| Bild 2.1: | asymmetrische Mundöffnung mit asymmetrischer Öffnungsbewegung und Rückkehr in die Mitte (Görl, 2014) | 31 |
| Bild 2.2: | Prüfung der Mundöffnungsweite mit zwei Fingerendgliedern des untersuchenden Arztes (Görl, 2014) | 32 |
| Bild 2.3: | Prüfung auf das Vorliegen von Gelenkgeräuschen durch bimanuelle Palpation im Gelenkbereich (Görl, 2014) | 32 |
| Bild 2.4: | Prüfung der exzentrischen Okklusion (Görl, 2014) | 33 |
| Bild 2.5: | Palpation des M. masseter pars superficialis (Görl, 2014) | 33 |
| Bild 2.6: | Palpation des M. temporalis pars anterior (Görl, 2014) | 34 |
| Bild 2.7: | Palpation des M. digastricus venter posterior (Görl, 2014) | 34 |
| Bild 3.1: | Geschlechterverteilung (n=73) | 42 |
| Bild 3.2: | Familienstand (n=73) | 42 |
| Bild 3.3: | Strukturiertes Tinnitus-Interview: Schweregrade I-III nach Verdeckbarkeit (n=72) | 43 |
| Bild 3.4: | Schweregradquartile der Geräuschempfindlichkeit im GÜF (n= 71).... | 46 |
| Bild 3.5: | Whitely-Index (WI): Hypochondrie: Ergebnisse | 48 |
| Bild 3.6: | Anzahl der Diagnosen der Patienten in Prozent | 51 |
| Bild 3.7: | Prozentsatz der Patienten mit Angststörungsdiagnose | 51 |
| Bild 3.8: | Prozentsatz der Patienten mit und ohne depressiven Störungen | 52 |
| Bild 3.9: | Prozentsatz der Patienten mit und ohne Somatoforme Störung | 52 |
| Bild 3.10: | CMD-Kurzbefund: Einzelbefunde | 53 |
| Bild 3.11: | Prozentsatz der Patienten mit und ohne CMD | 54 |
| Bild 3.12: | Depressive Störungen und CMD, absolute Ergebnisse | 55 |
| Bild 3.13: | Angststörungen und CMD, absolute Ergebnisse | 55 |
| Bild 3.14: | Somatoforme Störungen und CMD, absolute Ergebnisse | 56 |
| Bild 3.15: | Anzahl der Diagnosen bei Patienten mit und ohne CMD | 57 |

| | |
|---|----|
| Bild 3.16: Mittelwerte des STI-Tinnitusgrades bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 60 |
| Bild 3.17: Mittelwerte der SCL-Werte „Somatisierung“ bei positivem und neg. Palpationsbefund (n=68) | 60 |
| Bild 3.18: Mittelwerte Der SCL-Werte „Ängstlichkeit“ bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 61 |
| Bild 3.19: Mittelwerte Der SCL-Werte „Phobische Angst“ bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 61 |
| Bild 3.20: Mittelwerte Der SCL-Werte „Psychotizismus“ bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 62 |
| Bild 3.21: Mittelwerte Der SCL-Werte „Generelle Symptomatik“ bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 62 |
| Bild 3.22: Mittelwerte der SCL-Werte „Stress-Index“ bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 63 |
| Bild 3.23: Mittelwerte der BDI-Summenwerte bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 63 |
| Bild 3.24: Mittelwerte der BAI-Summenwerte bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 64 |
| Bild 3.25: Mittelwerte der Anzahl (psychiatrischer) Diagnosen bei positivem und neg. Palpationsbefund..... | 64 |
| Bild 3.26: Palpationsbefund und Angststörungen: absolute Ergebnisse | 66 |
| Bild 3.27: Palpationsbefund und Somatoforme Störungen: absolute Ergebnisse | 66 |
| Bild 3.28: Palpationsbefund und Depressive Störungen: absolute Ergebnisse ... | 67 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|--|
| ADS-L | Allgemeine Depressionsskala (Kurzform) |
| BAI | Beck-Angst-Inventar |
| BDI | Beck-Depressions-Inventar |
| CMD | Craniomandibuläre Dysfunktion |
| CMI | Craniomandibular Index |
| DGZMK | Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde |
| DTL | Deutsche Tinnitus Liga |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV |
| fMEG | funktionelle Magnetencephalographie |
| fPET | funktionelle Positronen-Emissions-Tomographie |
| GCS | Graduierung chronischer Schmerzen |
| GÜF | Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| IDCL | Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV |
| FPI-R | Freiburger Persönlichkeitsinventar |
| MEG | Magnetencephalographie |
| MOODS-SR | Mood Spectrum Self Report |
| N | Gesamtstichprobe |
| n | Teilstichprobe/Stichprobengröße |
| NAS | Numerische Analogskala |
| NNB | Nicht näher bezeichnet |
| P | Signifikanzniveau |
| PAS-SR | Panic–Agoraphobic Spectrum Self-Report |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| PTSD | Posttraumatic Stress Disorder |

| | |
|-----------------|---|
| r | Reliabilität |
| rtt | Retest-Reliabilität |
| RDC/TMD | Research Criteria for Temporomandibular Disorders |
| SCID | Structured Clinical Interview for DSM-IV |
| SCL-90-R | Symptom-Check-Liste |
| SD | Standardabweichung |
| SHIP | Study of Health in Pomerania |
| SOMS | Screening für Somatoforme Störungen |
| SPSS | Statistical Package for the social sciences |
| STI | Strukturiertes Tinnitus-Interview |
| TF | Tinnitus-Fragebogen |
| TQ | Tinnitus Questionnaire |
| TMJ | temporo-mandibular-joint-disorders |
| TMD | temporo-mandibular -disorders |
| TRT | Tinnitus-Retraining-Therapie |
| WHO | World Health Organisation |
| WI | Whiteley Index |
| ZNS | Zentrales Nervensystem |

1 Theorie

1.1 Einleitung

1.1.1 Tinnitus

1.1.1.1 Begriffsbestimmung

Der Tinnitus (lateinisch „tinnire“= klingeln) bezeichnet Hörempfindungen, wobei diese keinen Signal- oder Informationscharakter haben, sondern durch unterschiedliche Funktionsstörungen im Bereich des Hörsystems bedingt sind (Lenarz 1992). Die Hörempfindungen sind dabei sehr unterschiedlich: sie können ein- oder beidseitig sein, es kann sich um tief- bis hochfrequente, dabei gleichmäßige, unregelmäßige, konstante oder intermittierend auftretende Töne oder Geräusche handeln.

Grundsätzlich kann zwischen dem häufigeren „subjektiven“ und dem viel selteneren „objektiven Tinnitus“ unterschieden werden. Beim „objektiven“ Tinnitus handelt es sich um ein Geräusch, das durch Schallwellen erzeugt wird, dem also auch eine Schallquelle zu Grunde liegt. Als Schallquellen kommen hier Blutgefäße (zum Beispiel durch Turbulenzen an Stenosen oder Fisteln) oder muskuläre Kontraktionen im Mittelohr in Frage. Wenn hier die Grunderkrankung behoben werden kann, dann ist, durch Wegfall der Schallquelle, auch der „objektive“ Tinnitus geheilt. Anders beim „subjektiven“ Tinnitus: hier gibt es keine Schallquelle, sondern das Geräusch kann nur vom Betroffenen wahrgenommen werden. Gleichwohl können Veränderungen der Hörwahrnehmung durch den chronischen Tinnitus sehr wohl objektiviert werden, z.B. durch den Nachweis von ansteigenden Aktivitäten der zentralen Hörbahn, wie durch die funktionelle Positronen-Emissions-Tomographie (fPET) (Arnold, Bartenstein, Oestreicher, Römer, & Schwaiger, 1996) oder funktionelle Magnetencephalographie (fMEG) (Weisz N, 2005).

Für die weitere Behandlung ist auch entscheidend, ob es sich um einen akuten oder chronischen Tinnitus handelt. Beim akuten Tinnitus sollten mögliche zugrundeliegende Erkrankungen erkannt und behandelt werden. Ist der Tinnitus nach 3 Monaten noch vorhanden kann man ihn als chronisch bezeichnen. Therapeutische Maßnahmen zielen spätestens dann nicht mehr auf die Beseitigung des Geräusches ab. In diese Untersuchung wurden nur Patienten mit einem chronischen Tinnitus aufgenommen.

Der chronische Tinnitus wird weiter in den *kompensierten* oder den *dekompensierten* Tinnitus unterteilt (Lenarz, 1998). Der dekompenzierte Tinnitus ist durch eine wesentliche Beeinträchtigung der Lebensqualität des Betroffenen gekennzeichnet, wobei psychische Reaktionen wie Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und Ängste in den Vordergrund treten und somit einen „chronisch komplexen“ Tinnitus charakterisieren und die einzelnen Symptome den Schweregrad einer psychischen Störung erreichen können (Goebel, Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Tinnitus, 2001).

1.1.1.2 Diagnostik

Zur Diagnosestellung ist zunächst zu überprüfen in welchem Stadium sich der Tinnitus befindet: im akuten Stadium ist im Wesentlichen eine Ursachenforschung zu betreiben, ab dem chronischen Stadium ist von einer bleibenden Störung des Hörsystems auszugehen, wobei die Diagnostik der Folgestörungen, vor allem im psychischen und psychosozialen Bereich, im Vordergrund steht. Hierbei muss diagnostisch sowohl die Art, als auch der Grad der Beeinträchtigung erfasst werden. Hierbei spielen für die Beeinträchtigung des Betroffenen audiologisch messbaren Größen keine entscheidende Rolle: weder die Art des Geräusches, noch die Frequenz, noch die Lautstärke korrelieren in einem bedeutsamen Maße mit der subjektiven Belastung (Hallam, Psychological approaches to the evaluation and management of tinnitus distress, 1987) und (Goebel, Tinnitus, 1989). Entscheidender für die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen sind weitere Beeinträchtigungen wie Hörbeeinträchtigungen (Schwerhörigkeit, Geräuschüberempfindlichkeit) und andere komorbide Störungen, besonders im psychischen Bereich, also das Vorliegen von z.B. einer Depression oder einer Angststörung. Für diese psychologische Tinnitusdiagnostik können Fragebögen wie die deutsche Version des Tinnitus Questionnaire (TQ) (Hallam, Jakes, & Hinchcliffe, Cognitive variables in tinnitus annoyance, 1988) der Tinnitus-Fragebogen (TF) (Goebel & Hiller, Tinnitus-Fragebogen (TF), 1998) eingesetzt werden. Für eine weitergehende Einordnung des Tinnitus, seiner Ursachen und seiner Komorbidität ist das Strukturierte Tinnitus-Interview (STI) (Goebel & Hiller, Das Strukturierte Tinnitus Interview (STI), 2001) hilfreich. Beide Verfahren werden im Kapitel 2.1. beschrieben.

1.1.1.3 Epidemiologie

Nach einer repräsentativen Studie der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL) (Pilgramm, et al., 1999) hatten zum Zeitpunkt der Befragung 2,9 Millionen erwachsene Bundesbürger (3,9%) ein Ohrgeräusch. Jährlich erleben 10 Millionen einen akuten Tinnitus (Jahresinzidenz), der bei ca. 340.000 in einen chronischen Tinnitus

übergang. Nach dieser Erhebung leiden 10-20% der chronisch Betroffenen erheblich unter Tinnitus (Prävalenz). Der Inzidenzspitzenbereich für chronischen Tinnitus liegt im mittleren bis höheren Alter zwischen 50 und 80 Jahren, es sind etwas mehr Männer als Frauen betroffen (Pilgramm, et al., 1999). Andere Studien setzen etwas jünger, zwischen 40 und 60 Jahren, an und geben schon bei 12% der Befragten den Beginn des Tinnitus vor dem 30. Lebensjahr an (Axelsson & Ringdahl, 1996). In einer Studie von Fleischer haben schon 5% der 18 bis 25 Jährigen einen chronischen Tinnitus (Fleischer, 1996). Vermutet werden frühere Einflüsse durch Konsum lauter Musik (Rock/Pop-Konzerte, Diskotheken, Musikspieler) (Fleischer, 1996). Lärm wird als die häufigste vorbestehende Belastung vor dem Auftreten von Tinnitus angegeben, z.B. bei 43% wird Lärm als ätiologischer Zusammenhang mit Hörminderung und Tinnitus (Axelsson & Ringdahl, 1996) beschrieben. Tinnitusbetroffene geben auch recht häufig (25%) ganz unspezifisch „Stress“ als Ursache für Ihr Leiden vermuten (Pilgramm, et al., 1999). Diese ursächlichen Zusammenhänge können vermutet, aber nicht physiologisch kausal nachgewiesen werden.

1.1.1.4 Komorbidität

Die Komorbidität mit Schwerhörigkeit (53%) und Geräuschüberempfindlichkeit (43%) ist hoch (Pilgramm, et al., 1999). Ebenso bestehen komorbide Zusammenhänge mit psychischen Erkrankungen: es konnten Komorbiditätsraten bis zu 90% bei Patienten mit einem dekompensierten Tinnitus gefunden werden (Hiller & Goebel, Komorbidität psychischer Störungen bei Patienten mit komplexem chronischem Tinnitus, 1992). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass mit dem Grad der Beeinträchtigung durch den Tinnitus auch die psychische Komorbidität steigt: Der Tinnituschweregrad ist sowohl mit psychischen Erkrankungen als auch mit der Schwere einer Angststörung und einer Depression korreliert (Zöger, Svedlund, & Holgers, 2006). Höhere Werte im Tinnitus-Fragebogen (TF) ergeben höhere Werte in den Skalen für Ängstlichkeit und Depressivität in der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). So stieg das Risiko für Depressivität und Ängstlichkeit bei den Schweregraden III und IV im TF auf das 5-7-fache (Härter, Maurischat, Weske, Laszig, & Berger, 2004). Sehr häufig besteht eine Komorbidität mit depressiven Erkrankungen. Ambulante Tinnitusbetroffene zeigten in einem klinischen Interview (SCID) zu 39% leichte Depressionen und zu 33% eine Major Depression (Zöger, Svedlund, & Holgers, 2006). Die Zahlen steigen bei stationär behandelten Tinnitusbetroffenen auf bis zu 85% für eine zusätzliche affektive Störung (Anpassungsstörung, Dysthymie, Major Depression) (Goebel & Hiller, Verhaltensmedizinische Tinnitusdiagnostik. Eine praktische Anleitung zur Erfassung medizinischer und psychologischer Merkmale

mittels des Strukturierten Tinnitus -Interviews (STI), 2001). Umgekehrt leiden 48-60% der Patienten mit einer depressiven Symptomatik auch unter einem Tinnitus (Sullivan, Katon, & Russo, 1993). Bei Angsterkrankten geben bis zu 56% der Befragten an, auch einen Tinnitus zu hören (Pilgramm, et al., 1999). Insgesamt liegen die Zahlen für komorbide Angststörungen niedriger als bei den depressiven Erkrankungen. So zeigten bei den ambulanten Patienten in der Studie von Zöger 45% eine Angststörung, in einer Studie von Konzag lag die Zahl ebenfalls bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnitusbetroffenen bei 24,3% (Konzag, Rubler, & Bandemer-Greulich, 2005). Auch Patienten mit Somatoformen Störungen berichten in einer internationalen WHO-Studie von 1993 zu 42% einen (medizinisch nicht eingeordneten) Tinnitus im Vergleich zu 11 Prozent in der Gesamtprobe. Ähnliche, wenn auch deutlich niedrigere Ergebnisse, zeigten sich für Hypochondrie (27%), Somatoforme autonome Funktionsstörungen (23%) und andere somatoforme Erkrankungen (Hiller, Goebel, Svitak, Schätz, & Janca, 1999).

Eine mit der vorliegenden Untersuchung vergleichbar durchgeführte Studie mit diagnostischem Interview und ebenfalls stationären Tinnitusbetroffenen zeigte 2008 folgende komorbide Erkrankungen (Mehrfachdiagnosen): 41,7% Major Depression, 8,6% Anpassungsstörungen, 5,5% dysthyme Störungen; sowie 14,7% soziale Phobie, 14,1% spezifische Phobien, 7,3% Agoraphobie, 3,7% Panikstörung, 3,7% Generalisierte Angststörung und 10,4% Somatisierungsstörung, 6,7% Somatoforme autonome Funktionsstörungen 2,4% autonome Funktionsstörungen, 4,3% Hypochondrie und 1,2% eine Schmerzstörung (Goebel & Flötzinger, Pilot Study to evaluate psychiatric comorbidity in tinnitus patients with and without hyperacusis, 2008).

1.1.1.5 Somatische Ätiologiemodelle der Tinnitusentstehung

Die Ätiologie des Tinnitus ist bisher kausal ungeklärt. Es existieren verschiedene Modelle, die sowohl im ersten Schritt die Entstehung des Tinnitus, als auch im zweiten Schritt die Chronifizierung des Tinnitus zu erklären versuchen.

Eine vermutlich häufig zu beobachtende Störung des Hörens kann durch mechanische Verlegung des äußeren Gehörgangs (z.B. durch Cerumen) oder durch Erguss des Mittelohres entstehen, wodurch die Schalleitung verschlechtert ist und im Innenohr kaum mehr Schallinformationen verarbeitet werden können. Durch die entstehende Stille entsteht möglicherweise eine fehlende Maskierung eines bereits bestehenden Tinnitus (wie ihn praktisch jeder von uns auch im absolut stillen Raum hören kann) oder eines normal vorhandenen Grundrauschens (Feldmann, 1998)

Am häufigsten wird jedoch eine Störung im Innenohr angenommen, nämlich eine Schädigung im Bereich des Corti-Organ, wobei besonders häufig die Inneren und/oder Äußeren Haarzellen betroffen sind. Die Inneren Haarzellen sind die eigentlichen Sinneszellen des Hörorgans und falls diese von einer Störung betroffen sind, kann dies im akuten Stadium aufgrund einer andauernden Depolarisation zu einer Signalweiterleitung führen, obwohl bereits keine Schallinformation mehr vorhanden ist (Transduktionstinnitus (Zenner, 1998)). Das auch sonst vorhandene Muster an Spontandepolarisationen, das vormals durch das Gehirn als Stille interpretiert wurde, ist nun verändert und könnte als Tinnitus interpretiert werden. Diese Störung wird am häufigsten für die Entstehung eines Tinnitus verantwortlich gemacht (Feldmann, 1998). Auch durch eine Schädigung der äußeren Haarzellen, die überwiegend efferent innerviert werden und dadurch die Empfindlichkeit des Cortiorgans regulieren können (deswegen Motor-Tinnitus (Zenner, 1998)), kann durch eine Dauerdepolarisation der Regulationsprozess gestört werden und damit wiederum ein geändertes Grundrauschen bei tatsächlich vorhandener Stille entstehen.

Anatomisch die nächste Möglichkeit einer Störung der Hörbahn ist eine Schädigung des Hörnervs, wofür z.B. ein demyelinisierender Prozess oder ein Akustikusneurinom verantwortlich sein könnte und damit eine Störung der Reizweiterleitung entstehen könnte (*Transformationstinnitus* (Zenner, 1998)).

Möglicherweise könnte der Tinnitus aber auch in Strukturen entstehen, die außerhalb der eigentlichen sensorischen Verarbeitung des Schalles liegen (z.B. Störungen der Zusammensetzung der Endo- und Perilymphe, sog. *Extrasensorischer Tinnitus* (Zenner, 1998)).

Direkte Schädigungen zentraler Strukturen der Hörbahn, wie z.B. durch einen Schlaganfall oder degenerative Veränderungen würden primär auf diese Strukturen einwirken und würden dann einen *primär-zentralen Tinnitus* erklären.

Tinnitusbetroffene zeigen in der funktionellen Magnetencephalographie (fMEG) eine pathologische erhöhte Deltawellenaktivität bei gleichzeitiger Reduktion der Alphawellen - signifikant in Abhängigkeit vom Tinnituschweregrad (TF). (Weisz N, 2005). Diese Prozesse zeigten sich vorwiegend im (rechten) Temporallappen und im (linken) Frontallappen. Dies könnte auf ein Tinnitus-assoziiertes kortikales Netzwerk hinweisen in dem der Tinnitus in seiner Bedeutung und Bewertung (negativ) eingeordnet wird und so möglicherweise plastische Veränderungen im auditiven Cortex dazu führen, dass letztlich der Tinnitus über diese Veränderungen peripher gar nicht mehr vorhanden sein muss, sondern im Sinne der Neuroplastizität nur noch in zentralen kortikalen Prozessen vorhanden ist,

weswegen hier auch vom *sekundär-zentralen* oder *Phantom-Tinnitus* gesprochen wird (Zenner, 1998).

Die vielen möglichen ätiologischen Modelle auf verschiedenen Ebenen lassen schon vermuten, dass eine monokausale Genese des Tinnitus unwahrscheinlich ist und es haben sich deswegen mehrdimensionale Modelle durchgesetzt, die neben den peripheren und zentralen somatischen Aspekten auch psychologische und psychosoziale Aspekte berücksichtigen:

1.1.1.6 Psychosomatische Tinnitusmodelle

In Anlehnung an das Angstmodell von Horvath (Horvath, 1980), basierend auf einer der verhaltenstherapeutischen Grundannahmen, der Habituation an Reize, wurde das „Habituationsmodell“ des Tinnitus entwickelt (Hallam, Psychological approaches to the evaluation and management of Tinnitus distress, 1987). Hierbei stellt die Habituation an Reize (in diesem Fall den Tinnitus) den gesunden Normalzustand dar, auch wenn dieser Prozess unterschiedlich lang dauern kann. Eine Verlängerung oder Verhinderung normaler Habituation (an den Tinnitus) wird durch ein anhaltendes oder wiederholtes Erregungsniveau erklärt. Ein erhöhtes Erregungsniveau kann durch (negative) Bewertungsprozesse und damit einhergehender Aufmerksamkeitseinengung, eine Schädigung des ZNS oder durch intensive oder wiederholte Veränderungen der Ohrgeräusche entstehen und aufrechterhalten werden.

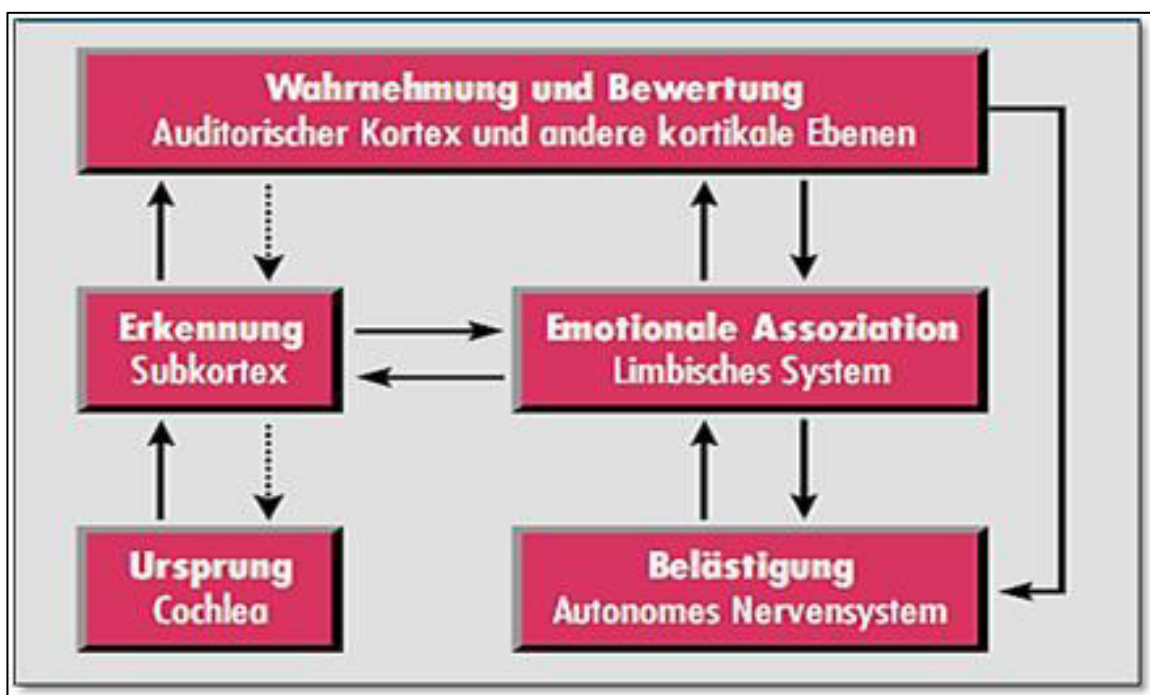


Bild 1.1: Das neurophysiologische Modell nach Jastreboff & Hazell (Jastreboff, et al., 1993) Bild entnommen aus (Biesinger, et al., 1999)

Im „Neurophysiologischen Modell“ (Jastreboff & Hazell, 1993) werden neuronale Ebenen in der Verarbeitung und Entstehung des Tinnitus angenommen. Auf der untersten neuronalen Ebene entsteht der Tinnitus als afferenter Reiz, dieser wird in subkortikalen (und damit nicht bewussten) Zentren in Wechselwirkung mit dem limbischen System aus der neuronalen Grundaktivität herausgefiltert und als bedeutsam „entdeckt“, und auf der höchsten Ebene im auditorischen Cortex und anderen kortikalen Zentren wahrgenommen und verarbeitet. Umgekehrt regeln diese kortikalen Verarbeitungsprozesse wiederum die niedrigeren Ebenen, sodass insgesamt ein komplexes Modell sich gegenseitig modulierender oder aufschaukelnder Prozesse ergibt. Dieses Modell stellt die Grundlage der Entwicklung der Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) dar.

Um die Entwicklung des Tinnitus vom akuten Symptom über die Wechselwirkung von somatischer Schädigung, psychischer Faktoren und (sozialer) Umgebungsfaktoren hin zu einem chronischen Prozess und dann zu einem komplexen, dekompensierten Tinnitus zu erklären wurde ein bio-psycho-soziales Modell entwickelt (Hiller & Goebel, Anwendungen der Verhaltensmedizin, 2001).

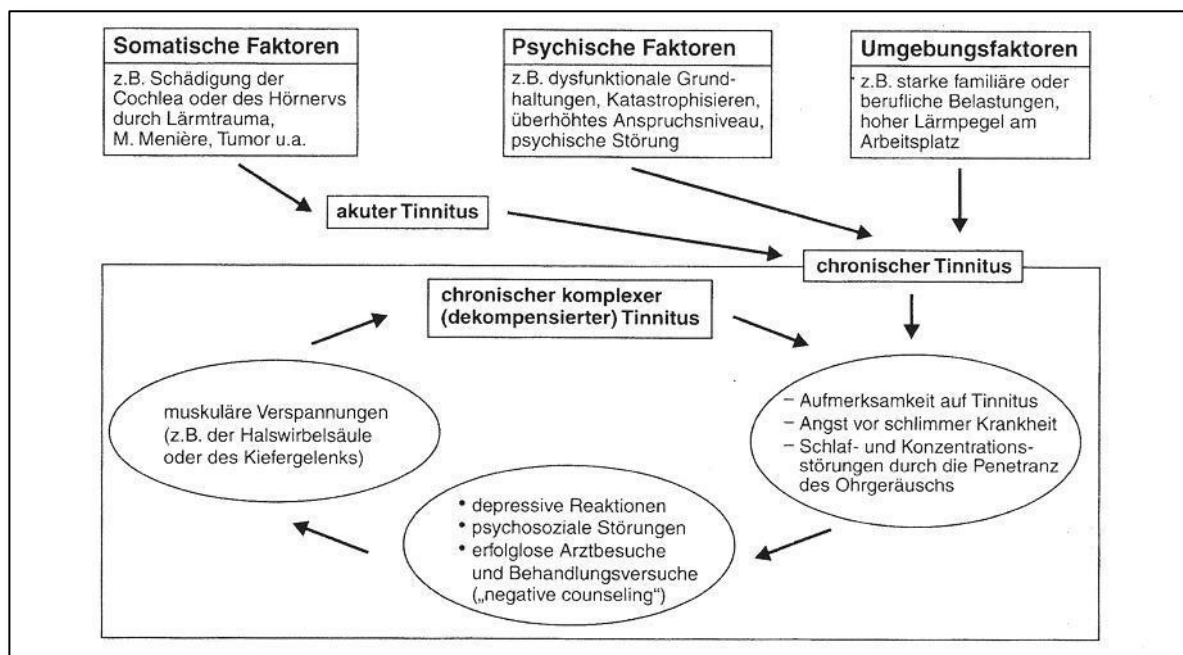


Bild 1.2: Bio-psycho-soziales Modell der Tinnitusbelastung nach Hiller und Goebel (Hiller & Goebel, Anwendungen der Verhaltensmedizin, 2001), Bild entnommen aus (Goebel, Tinnitus und Hyperakusis, 2003)

1.1.2 Craniomandibuläre Dysfunktion

1.1.2.1 Begriffsbestimmung

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) definiert die CMD folgendermaßen: „Craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD) als Bezeichnung für eine Gruppe von Erkrankungen der Kiefergelenke und der Kaumuskulatur sind mit den internationalen Begriffen „temporomandibular disorders“ und „craniomandibular disorders“ identisch. Im engeren Sinn gehören zu diesen Erkrankungen, die sich wesentlich in der Ätiologie, Progression und Behandlungsbedürftigkeit differenzieren, Diskusverlagerungen des Kiefergelenkes, degenerative und entzündliche Erkrankungen des Kiefergelenkes, die nicht systemisch bedingt sind, und myofasziale Schmerzen der Kaumuskulatur. Kiefergelenkgeräusche unterschieden in Kiefergelenkknacken und -reiben, Schmerzen in der Kaumuskulatur und im Kiefergelenk, Einschränkungen der Unterkieferbeweglichkeit sind die häufigsten Symptome, aber auch Kopfschmerzen und Ohrsymptome sind verbreitet. Charakteristisch für die Schmerzen ist eine Abhängigkeit von der Funktion des Kausystems. Sie sind die wichtigsten Symptome, wobei hier in chronische und nicht-chronische Beschwerden unterschieden werden sollte. Eine multiaxiale Beschreibung dieser Schmerzen ähnlich wie bei Kopf- und Rückenbeschwerden kann auch die Charakterisierung psycho-sozialer Aspekte umfassen. Patienten mit chronischen orofazialen Schmerzen und psychischer Beteiligung am Krankheitsgeschehen sind als die schwerste Ausprägung innerhalb der Craniomandibulären Dysfunktionen anzusehen.“ (John, 2000)

International sind auch die Begriffe „TMJ-Disorders“ (temporo-mandibular-joint-disorders) und „TMD“ (temporomandibular disorders) gebräuchlich. Interessant ist hier der feine Unterschied, dass hier (schon) von „Disorder“ statt (nur) „Dysfunktion“ gesprochen wird und damit nicht (nur) die Funktionsstörung vorrangig in der Diagnose berücksichtigt wird, sondern dem biopsychosozialen Modell mehr Rechnung getragen wird – und eine Funktionsstörung (zumindest nicht zwingend) vorhanden sein muss.

1.1.2.2 Diagnostik

Costen beschrieb erstmals ein vom Kiefergelenk ausgehendes Schmerzsyndrom, wobei für ihn die anatomische Nähe des Kiefergelenks, der Eustachischen Röhre und des Mittelohres und Nervenverläufe ursächlich bedeutsam erschien. Er beschrieb schon Kiefergelenksschmerzen, Gesichtsschmerzen,

Kiefergelenksknacken, aber auch Schwindel, Taubheit und Ohrensausen als mögliche Symptome einer Kiefergelenksstörung (Costen, 1934).

Es folgten zahlreiche verschiedene Symptombeschreibungen ohne einheitliche Diagnostik. Ein erstes verbreitetes diagnostisches Messinstrument wurde der nach seinem Erfinder benannte Helkimo-Index, der in einem Summenscore den Schweregrad der craniomandibulären Dysfunktion beschreibt, ohne genaue Abgrenzungen einzelner anatomischer Strukturen und Symptomgruppen vorzunehmen (Helkimo, Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state, 1974).

In der internationalen Literatur zur CMD sind die Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) gebräuchlich geworden (Dworkin & LeResche, Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique, 1992). Ziel war eine einheitliche Diagnostik um wissenschaftliche Vergleichbarkeit zu erreichen. Aufgrund der Annahme eines biopsychosozialen Modelles werden 2 Achsen mit jeweiligen Untergruppen unterschieden:

Achse I beschreibt die vorhandenen organischen Befunde und Beschwerden: in Gruppe I die schmerzhaften Beschwerden im Bereich der Kiefermuskulatur (I.a Myofaszialer Schmerz, I.b Myofaszialer Schmerz mit eingeschränkter Mundöffnung); in der Gruppe II die Verlagerung des Discus articularis und in der Gruppe III schmerzhafte Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke.

Achse II beschreibt die psychosozialen Beeinträchtigungen: Graduierung chronischer Schmerzen (GCS nach von Korff), die allgemeine Depressionsskala (ADS-L nach Hautzinger und Bailer) und unspezifische somatische Symptome (B-L, Beschwerdeliste nach von Zerssen).

Um die Diagnostik für den Patienten zu reduzieren und fachübergreifend einsetzbar zu machen, wurden Screeningverfahren entwickelt. Im deutschen Sprachraum, vor allem in der Praxis, ist der CMD-Kurzbefund nach Ahlers und Jakstat gebräuchlich, der eine Funktionsanalyse in Kurzform ermöglicht und eine rasche (dichotome) Entscheidung darüber ermöglicht ob eine Funktionsstörung vorliegt oder nicht (Ahlers & Jakstat, 2001). Für die vorliegende Studie an einer Psychosomatischen Klinik wurde aufgrund der einfachen und raschen Durchführbarkeit ohne apparative Hilfsmittel bei wissenschaftlich ausreichender Validität (Ahlers & Jakstat, 2001) der CMD-Kurzbefund von einem approbierten Zahnarzt durchgeführt.

1.1.2.3 Epidemiologie

Nach dem CMD-Dachverband leiden rund 7 Millionen Menschen in Deutschland und rund 30 Millionen Menschen weltweit an CMD (CMD-Dachverband, 2013). Größte Schwierigkeit bereitet in der Sichtung der Literatur zur Epidemiologie die unklare diagnostische Einordnung der Befunde - letztlich welche Beschwerden oder Untersuchungsbefunde wurden festgestellt und werden für die Diagnosestellung herangezogen? Denn Symptome im Kieferbereich sind in der Allgemeinbevölkerung so weitverbreitet, dass zum Beispiel eine Untersuchung von „nur 12% symptomfreien Probanden“ spricht (Helkimo, Studies on function and dysfunction of masticatory system. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the north of Finland., 1974). Weibliche Betroffene überwiegen bei nahezu allen Untersuchungen deutlich (Beispiel CMD-Dachverband: 70%) und in den Altersstufen besteht eine höchste Prävalenz (von 25) bis um 40 Lebensjahre. Die meisten Autoren weisen auf eine Diskrepanz zwischen großem epidemiologischem Vorhandensein an funktionellen Befunden und der vergleichsweise geringen tatsächlich Behandlungsbedürftigen mit CMD hin. Diese Zahl wird meist mit 3% der Bevölkerung angegeben (De Kanter, 1992). Wesentlich für unsere psychosomatische Betrachtungsweise ist dabei aber auch, welche Betroffenen bei so weitverbreiteten Befunden letztlich so daran leiden, dass sie behandlungsbedürftig werden. Hierbei deuten sich als ein ätiologischer Faktor unter anderem psychopathologische Charakteristika, wie z.B. dysfunktionale Einstellungen an (Rudy, Turk, Zaki, & Curtin, 1989).

1.1.2.4 Ätiologie und Psychosomatik der CMD

1.1.2.4.1 Biopsychosoziales Modell

Die Ursachen einer CMD werden heute in der Regel als multifaktoriell oder entsprechend einem bio-psycho-sozialen Modell beschrieben. „Entsprechend einem biosozialen Krankheitsverständnis sind traumatische, anatomische, neuromuskuläre und psychosoziale Faktoren an der Prädisposition, Auslösung und Unterhaltung der Erkrankung beteiligt“ (John, 2000).

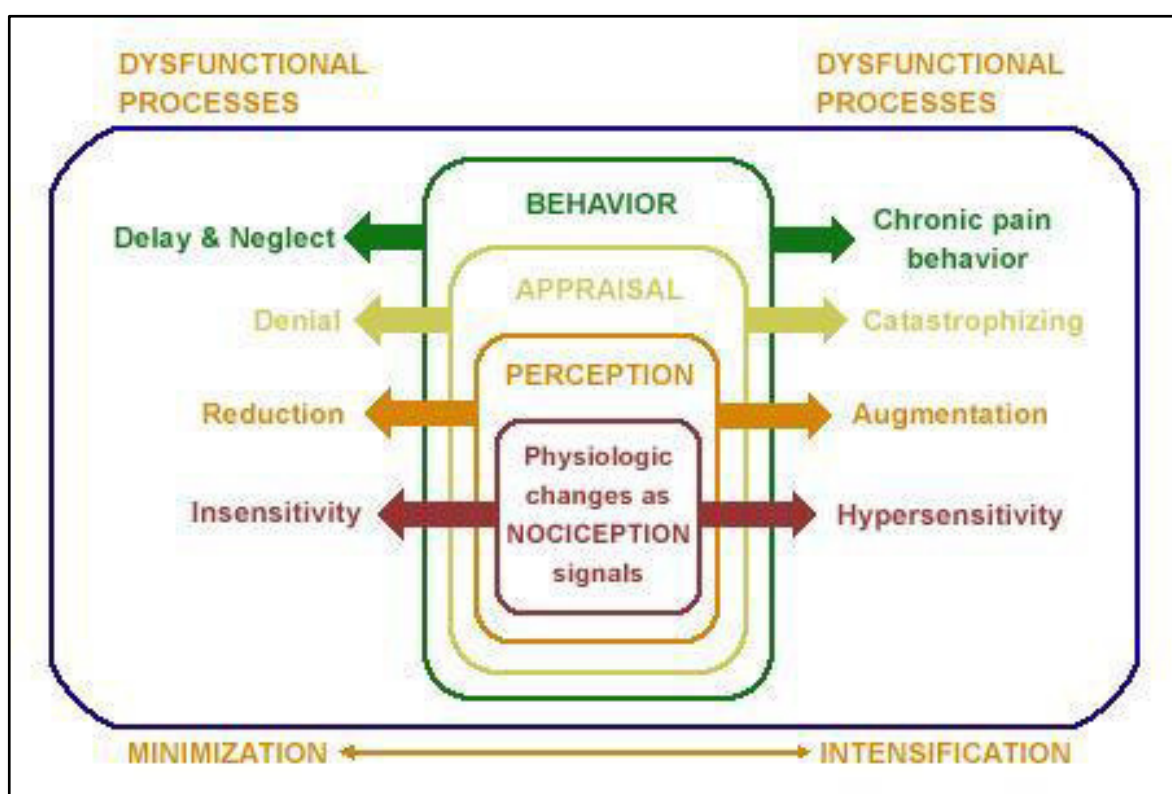


Bild 1.3: : Biobehavioral Model of Pain (Dworkin, et al., 1992) Bild entnommen aus: Interactive textbook on clinical symptom research (Max, et al.)

Samuel F. Dworkin et al. entwickelten ihr Biopsychosoziales Modell der TMD aus dem Verständnis der Entwicklung einer chronischen Schmerzsymptomatik heraus. Die Symptomatik wird in den Entwicklungsstufen „Nociception“ (Schmerzreiz), „Perception“ (Schmerzwahrnehmung), „Appraisal“ (Schmerzbewertung) und „Behavior“ (Verhalten) in einem andauernden Prozess entweder intensiviert oder minimiert (Dworkin, Von Korff, & LeResche, Epidemiologic studies of chronic pain: A dynamic-ecologic perspective., 1992). Es entscheiden also sowohl physiologische, als auch psychologische (Wahrnehmung und Bewertung) und psychosoziale, bzw. behaviorale Aspekte über den Gesamtverlauf (Dworkin & Suvinen, 1998). Aus dieser Erkenntnis entstand das oben beschriebene 2-

Achsenmodell der RDC/TMD mit der somatischen Achse I und der psychosozialen Achse II, das über die wissenschaftliche Bedeutung hinaus auch Konsequenzen für die Therapieplanung hat (siehe Bild 1.4) und heute eine verhaltensmedizinische Sichtweise Teil der Therapie darstellt.

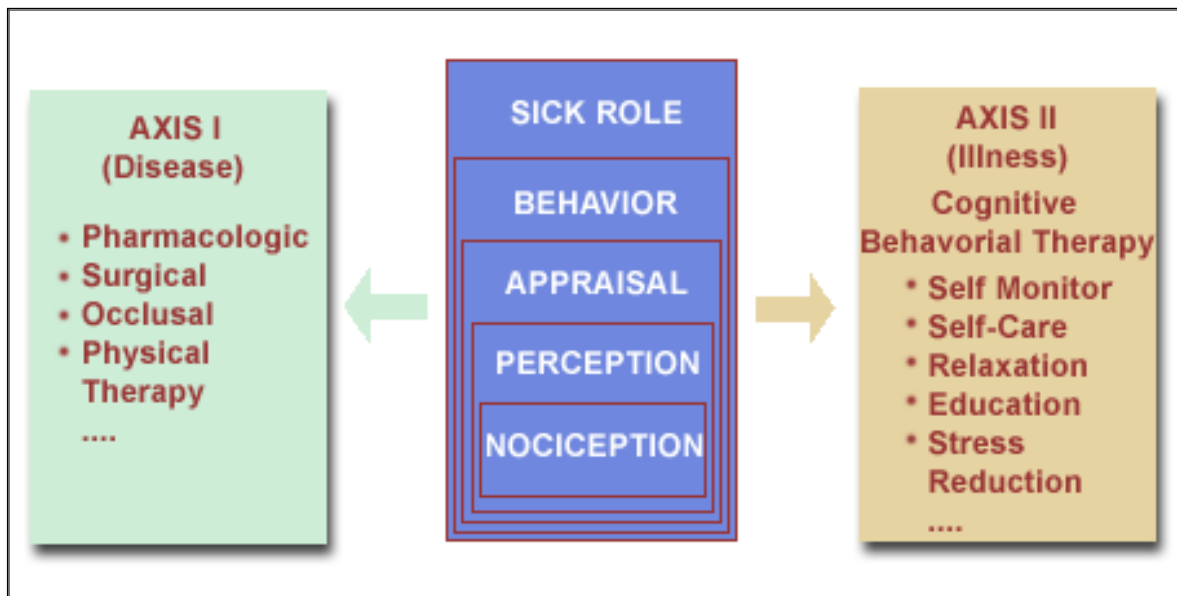


Bild 1.4: Bereiche der Behandlungsinterventionen (Dworkin, et al., 1992) Bild entnommen aus: *Interactive textbook on clinical symptom research* (Max, et al.)

1.1.2.4.2 Psychosomatische und Psychologische Ätiologiemodelle

Psychosomatische Aspekte wurden bereits früh kontrovers diskutiert. Der Zahnarzt W. Balters sprach 1952 von „Kieferanomalien als psychophänomenologische Korrelation“ und dass „es keinen Fall von Anomalie gibt, dessen Wurzel nicht im Seelischen liegt“ (Balters, 1952). Psychoanalytisch wird dem Mund aufgrund der Bedeutung der oralen Phase psychosomatisch eine besondere Rolle zugeschrieben und dem Saugen und Lutschen auch ein psychischer Ausdruck, sowohl als Lustquelle, als auch zur Reduktion von (Trennungs-) Ängsten (Freud, 1971). Defiziten in der oralen Phase, also einer nicht gelungenen symbiotischen Beziehung zur Mutter, wird späteres regressives Verhalten (also z.B. Lutschen, Saugen) und dem Entstehen psychosomatischer Beschwerden zugeordnet. Ein modernes psychopathologisches Modell (in tiefenpsychologischer Sprache) beschreiben Ahlers und Jakstat: ein aktueller Konflikt führe zu Angst- und Aggressionsspannung, welche auf psychischer Ebene über die Mechanismen der affektmotorischen Einflüsse, der Wahrnehmungsfokussierung und Projektion auf somatischer Ebene zu Schmerz und zur CMD mit den Befunden Parafunktion, muskuläre Hypertonizität und Malokklusion führe (Ahlers & Jakstat, 2001).

Trotz der beinahe schon allgemeingültigen Erkenntnis psychosomatischer Zusammenhänge wird eine Kluft in der tatsächlichen Diagnose psychischer Erkrankungen und Therapie derselben deutlich und von den Experten auch beklagt. „Patienten, die an einer cranio-mandibulären Dysfunktion leiden, zeigen oftmals psychosomatische Auffälligkeiten. (...) Dagegen gibt es relativ wenig psychopathologische Fälle im beschriebenen Patientengut.“ (Kopp, Sebald, & Plato, 2007).

1.1.2.4.3 Korrelationen mit Angsterkrankungen und Depressionen

Zusammenhänge zwischen CMD, Angstsymptomen und depressiven Symptomen konnten bereits von verschiedenen Autoren gezeigt werden. Selbst bei Kindern (12-Jährigen) zeigte sich schon, dass weibliches Geschlecht und psychologische Faktoren Risikofaktoren für eine CMD darstellen (Pereira, et al., 2009). Das Leiden an Schmerzen auch in anderen Körperregionen, das Vorhandensein von depressiven Symptomen und wiederum das weibliche Geschlecht konnten LeResche et al. als Prädiktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer CMD bei Kindern identifizieren (LeResche, Mancl, Drangsholt, Huang, & Von Korff, 2007) – aus der Ähnlichkeit der Risikofaktoren mit anderen Schmerzerkrankungen schlossen sie auf eine möglicherweise zugrundeliegende Vulnerabilität sowohl für CMD als auch andere Schmerzerkrankungen. Signifikante Korrelationen konnten auch zwischen der Schwere chronischer CMD-Schmerzen und der Ausprägung einer Depression gezeigt werden (Tesch, Denardin, Baptista, & Dias, 2004).

Verschiedene Untersuchungen konnten aber nicht nur zeigen, dass CMD mit psychosozialen Faktoren assoziiert ist, sondern dass die Untergruppe mit Muskelschmerzen dabei besonders betroffen ist:

Bonjardim et al. konnten bei Jugendlichen (Nicht-Patienten) signifikante Korrelationen zwischen einer CMD-Skala (CMI), besonders dessen Unterskala „Palpationsindex“ und einer Angstskala (HADSa) zeigen. Für die ebenfalls durchgeführte Depressionsskala (HADSd) zeigten sich diese Korrelationen nicht (Bonjardim, Gavião, Pereira, & Castelo, 2005). Auch Auerbach et al. teilten ihre Patienten in eine Gruppe mit Muskelschmerzen und Gelenkerkrankungen: Patienten mit Muskelschmerzen zeigten höhere Werte in den Depressionsskalen (u.a. BDI) und psychosozialen Störungen (SRRS= Social Readjustment Rating Scale) und sie zeigten deutlichere Verbesserungen durch eine Behandlung (Auerbach, Laskin, Frantsve, & Orr, 2001). Yap et al. verglichen Untergruppen von CMD-Patienten mit unterschiedlichen Teilsymptomen der CMD nach den RDC/TMD-Kriterien. Patienten der Gruppe mit myofaszialen Schmerzen (und

anderen Gelenkbeschwerden) waren signifikant depressiver als Patienten der Gruppe mit ausschließlich Diskusverlagerungen (Yap, Tan, Chua, & Tan, 2002). Und Rantala et al. zeigten, dass Patienten mit chronischen myofaszialen Schmerzen höhere Somatisierungsgrade aufwiesen als Patienten mit chronischen Diskusverlagerungen (Rantala, Ahlberg, Suvinen, Savolainen, & Könönen, 2004). Auch Zusammenhänge zwischen PTSD-Symptomen und der Schmerzintensität orofaszialer Schmerzpatienten konnten gezeigt werden (Burriss, Cyders, de Leeuw, Smith, & Carlson, 2009). Bertoli et al. untersuchten ebenfalls die Prävalenz von PTSD unter CMD-Patienten und unterschieden genauer zwischen Patienten mit Kaumuskelbeschwerden (MM) und Temporomandibular-Gelenk-Schmerzen (TMJ) – PTSD trat häufiger bei den Muskelschmerzen auf (14,9%) als bei den Gelenkschmerzen (9,9%) ($p= 0.112$). Diese PTSD-Patienten litten stärker in allen SCL-90 Skalen und hatten höhere Stressskalen und Schlafstörungen (Bertoli, de Leeuw, Schmidt, Okeson, & Carlson, 2007). Die Untergruppe der CMD-Patienten mit myofaszialen Schmerzen unterschied sich auch bei einer italienischen Studie von allen anderen Untergruppen (Diskusverlagerung, Gelenkstörungen und ohne CMD) – sie zeigten signifikant höhere Prävalenz für Panik- und agoraphobische Symptome (PAS-SR) und für affektive Störungen (MOODS-SR). Die Patienten mit myofaszialen Schmerzen unterschieden sich in Bezug auf Stressempfindlichkeit, Panik, Trennungsangst, hypochondrische und agoraphobische Symptome von den anderen Gruppen. Die anderen Gruppen unterschieden sich untereinander kaum. Die Autoren schlossen daraus, dass die Untergruppe mit myofaszialen Beschwerden eine zu unterscheidende Psychopathologie aufweist (Manfredini, Bandettini di Poggio, Cantini, Dell'Osso, & Bosco, 2004)

Alle diese Untersuchungen zeigen, neben der Rolle psychischer Faktoren, dass es sich bei CMD um kein einheitliches (psychosomatisches) Krankheitsbild handelt, sondern für diese Diagnose unterschiedliche ätiologische Faktoren eine Rolle spielen und dabei für den Muskelapparat psychopathologische Faktoren eine besondere Rolle spielen.

1.1.3 Tinnitus, CMD und Psychosomatik

1.1.3.1 Prävalenzen von Tinnitus und CMD untereinander

Wie oben beschrieben wurde, sind Tinnitus und CMD-Symptome sehr häufige Symptome, sodass es auch viele Betroffene geben wird, die unter beiden Beschwerden leiden. Je nach Studie tritt Tinnitus bei bis zu 59% der CMD-Patienten auf (Chole & Parker, 1992), aber auch bei nur 2% (8 von 350 Patienten) (Wedel & Carlsson G. E., 1985). Umgekehrt (also vergleichbares Vorgehen wie in

der vorliegenden Arbeit) finden sich in verschiedenen Studien bei Tinnitusbetroffenen bei bis zu 95% (19 von 20 Patienten) ein oder mehr Symptome einer CMD (Morgan D. , 1992) und andererseits nur 7% (69 von 1002 in einer retrospektiven Studie (Vernon, Griest, & Press, 1992). Das heißt eigentlich nur: „nichts genaueres weiß man nicht“ und man fragt sich nur wer, wann, wo, was gemessen hat, aber es erlaubt sich sicher nicht aus der Literatur Prävalenzen für Tinnitus und CMD untereinander anzugeben, wie dies (je nach „Interessenlage“ der Publikation) jedoch geschieht und Zusammenhänge, gar ätiologischer Art zu behaupten.

1.1.3.2 Mögliche symptomatische Hinweise bei Tinnitus auf CMD-Ätiologie

Die anatomische Nähe verleitet auch leicht dazu, die Vermutung von ätiologischen Zusammenhängen entstehen zu lassen (Neuhauser, 2001). Nachgewiesen werden konnten diese ätiologischen Zusammenhänge aufgrund (anatomisch-) funktioneller Veränderungen bisher jedoch nicht. In der oben zitierten großen retrospektiven Studie von Vernon fanden sich allenfalls Hinweise auf einen möglichen Zusammenhang mit CMD bei Tinnitusbetroffenen:

- mit Ohrschmerzen
- mit Völlegefühl oder „verstopften“ Ohren
- Veränderung des Tinnitus durch Kieferbewegungen
- Tinnitus mit mehreren oder komplexen Geräuschen
- mit langsamem Beginn des Tinnitus
- mit Masker nicht zu maskierendem Tinnitus

Die Autoren schlugen vor, bei 3 oder mehr dieser Beschwerden den Patienten zusätzlich auf CMD zu untersuchen (um dann möglicherweise mit der Therapie der CMD auch eine Verbesserung des Tinnitus zu erzielen) (Vernon, Griest, & Press, 1992).

1.1.3.3 Besondere CMD-Symptome bei Tinnitusbetroffenen

Peroz untersuchte 40 Tinnitusbetroffene und 35 Probanden auf CMD-Symptome und stellte dabei fest, dass Tinnitusbetroffene signifikant häufiger Muskelverspannungen (68%) aufwiesen als die Probanden (23%) und auch signifikant häufiger instabile Okklusion, Dysgnathien und Hinweise auf Parafunktionen – jedoch waren arthrogene Funktionsstörungen in beiden Gruppen nicht zu unterscheiden. Tinnitusbetroffene erwiesen sich zudem psychosozial tendenziell belasteter als die Probanden (Peroz, Funktionsstörungen des Kauorgans bei Tinnituspatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, 2003).

Auch andere Autoren fanden Hinweise auf Zusammenhänge des Tinnitus mit CMD: Tinnitusbetroffene bei Untersuchungen von Rubinstein et al. hatten vermehrt Kopfschmerzen und Schwäche, Empfindlichkeit und Palpationsschmerz der Kaumuskulatur, ungleiche Unterkieferbeweglichkeit und Parafunktionszeichen. Ein Teil der Tinnitusbetroffenen (ca. 1/3) konnten ihren Tinnitus mit Kieferbewegungen und/oder Druck beeinflussen (Rubinstein, Axelsson, & Carlsson, Prevalence of signs and symptoms of craniomandibular disorders in tinnitus patients, 1990). Kieferorthopädische Behandlung und Biofeedback schienen bei einem Teil der Patienten den Tinnitus zu reduzieren oder zu beenden. Eher leichter Schweregrad des Tinnitus, Normalhörigkeit, fluktuierender Tinnitus schienen dabei Prädiktoren für einen guten Therapieverlauf zu sein (Rubinstein, Tinnitus and craniomandibular disorders - is there a link?, 1993). In einer aktuellen großen deutschen Querschnittstudie (SHIP: Study of Health in Pomerania) zum Gesundheitszustand wurde auch überprüft ob es Risikofaktoren oder Marker für Tinnitus gibt. Von 191 Probanden mit Palpationsschmerz im Kiefergelenk hatten 24 Probanden (12,6%) nach 5 Jahren einen Tinnitus entwickelt. Von den 2643 Probanden ohne dieses Symptom entwickelten 142 Probanden (5,8%) einen Tinnitus. Dies entspricht einer Erhöhung des Risikos von CMD-Betroffenen (mit Kiefergelenkschmerzen) um das 2,4 fache (Bernhardt, et al., 2011).

Aus der Hals-Nasen-Ohren Fachrichtung untersuchte Peroz 221 CMD-Patienten die eine konservative Behandlung mit Schienentherapie und verhaltensmedizinische Anweisungen und Wärmetherapie erhielten. Durch die Behandlung konnte bei 90% der Otagiepatienten die Symptomatik beseitigt werden und bei den verbleibenden zumindest verbessert werden – jedoch konnte von den 8 Patienten mit Tinnitus nur einer von einer Reduktion der Ohrgeräusche berichten (Peroz, Otagie und Tinnitus bei Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen, 2001).

Einen besonders deutlichen Zusammenhang zwischen somatischen Beeinträchtigungen im Hals- und Kieferbereich sehen verschiedene Autoren, die die Begriffe „Somatischen Tinnitus“ oder „Somatosensorischen Tinnitus“ oder „Cranio-cervikalen Tinnitus“ verwenden. Neben den direkten Störungen des auditorischen Systems wird hier postuliert, dass somatische Störungen über somatosensorische Stimuli das auditorische System beeinflussen oder modulieren (Levine, 1999) (Biesinger, Tinnitus und Störungen der Halswirbelsäule, 2001) (Biesinger, Groth, Höing, & Hölzl, 2015). Als somatosensorische Einflüsse werden hier anamnestisch Bewegungen des Kiefers oder des Halses oder Druck auf Schläfe, Wange, Oberkiefer und Hals erfragt und in der Untersuchung Druck auf

muskuläre Triggerpunkte ausgeübt und der Patient soll Bewegungen des Halses, der Schulter, des Kiefers und Augenbewegungen durchführen, woraufhin der modulierende Effekt auf den Tinnitus (in Lautheit, Lokalisation und Tonhöhe) erfragt wird (Sanchez & Rocha, 2011). Je nach Untersuchung kann der Tinnitus bei 65 bis 80% der Tinnitusbetroffenen durch diese somatosensorische Einflüsse moduliert werden (Sanchez & Rocha, 2011). Überwiegend wird von einer Zunahme der Lautheit berichtet (Sanchez & Rocha, 2011) und (Simmons, Dambra, Lobarinas, Stocking, & Salvi, 2008). Am häufigsten ließen sich modulierende Effekte auf den Tinnitus für Bewegungen des Kiefers (N. Trigemini (V), Kaumuskulatur) und des Halses (Nervus accessorius (XI), u.a. M. sternocleidomastoideus und trapezius), sowie die Spinalnerven C1 und C2 nachweisen (Simmons, Dambra, Lobarinas, Stocking, & Salvi, 2008). Levine, der das Modell vorschlug, spricht auch von der „Dorsal Cochlear Nucleus Hypothesis“, weil im Ncl. Cochlearis dorsalis sowohl auditorische als auch cervikale Einflüsse (neuronale Verschaltungen der Kerngebiete der Hirnnerven (V, VII, IX, X) und der Spinalnerven) zusammenfließen und diese Informationen integrieren und modulieren soll (Levine, 1999), (Kaltenbach, 2006) und (Roberts, et al., 2010). Eine wesentliche Funktion des Nucleus Cochlearis ist die Integration akustischer Informationen mit der räumlichen Orientierung wie Kopfausrichtung und Augenstellung. Es wird angenommen, dass eine erhöhte Aktivität somatosensorischer Signale aus dem Kopf- (Hirnnerven) und Halsbereich (Spinalnerven) disinhibitorisch auf den Nucleus cochlearis dorsalis wirkt und die dadurch gesteigerte Spontanaktivität des Nucleus sich als Tinnitus auswirken soll (Levine, 1999). Weitergehende Untersuchungen zeigen, dass es Verbindungen des Nucleus Cochlearis mit weiteren nicht-auditorischen Hirnstammzentren gibt, die bei der Integration von Aufmerksamkeitskontrolle und Emotionen eine Rolle spielen (Locus coeruleus und Raphe-Kerne der Formatio reticularis) – was wiederum mögliche Hypothesen bezüglich der Rolle des Nucleus cochlearis im Zusammenspiel von Tinnitus, Depressionen und Angsterkrankungen liefert (Kaltenbach, 2006).

2 Methode

2.1 Aufbau der Untersuchung

Insgesamt wurden 73 konsekutiv aufgenommene Patienten der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck untersucht, die wegen einem chronischen Tinnitus und damit einhergehender psychischer Komorbidität zur stationären Psychotherapie eingewiesen wurden (§ 39 SGB V). Neben den standardmäßig bei Aufnahme durchgeführten Untersuchungen Beck-Depressions-Inventar (BDI, siehe 2.4.6), Symptom-Checkliste (SCL, siehe 2.4.5) und Tinnitus-Fragebogen (TF, siehe 2.4.3) wurden die soziodemographischen Daten, die Kurzform des Strukturierten Tinnitus-Interviews (STI, siehe 2.4.2), der Geräusch-überempfindlichkeitsfragebogen (GÜF, siehe 2.4.4), das Beck-Angst-Inventar (BAI, siehe 2.4.7), der Whitely-Index (WI, siehe 2.4.8) und das Screening für Somatoforme Störungen (SOMS, siehe 2.4.9) erhoben. Die psychischen Diagnosen wurden mittels des einstündigen klinischen Interviews „Diagnosen-Checklisten für ICD-10 (IDCL)“ (siehe 2.4.10) durch den Referenten (Facharzt für Psychotherapeutische Medizin) erhoben. Im Anschluss wurden die Patienten in den Räumen der Klinik von einem approbierten Zahnarzt untersucht, der konsekutiv die zahnärztliche Anamnese und das CMD-Screening erhob.

Die Stichprobe bestand aus Erwachsenen (> 18J.) Patienten mit einem chronischen Tinnitus (> ½ Jahr). Ausgeschlossen wurden Patienten mit einem objektivem Tinnitus oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit; ebenso solche mit einer Psychose, einer Facialisparesie oder gesichertem Morbus Menière. Die Patienten wurden über die Freiwilligkeit in Form einer Einverständniserklärung (siehe Anhang) aufgeklärt.

2.2 Fragestellung und Hypothesen

2.2.1 Sind Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD psychisch kränker?

Aufgrund der Literatur und eigener Beobachtungen stellten wir die Hypothese auf, dass Patienten mit einem chronischen Tinnitus in Kombination mit einer CMD eine erhöhte psychische Komorbidität im Vergleich zu Patienten mit einem chronischen Tinnitus ohne CMD aufweisen.

H0: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen keine höhere psychische Komorbidität auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

H1: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen eine höhere psychische Komorbidität auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

2.2.2 Zeigen Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD eine erhöhte psychiatrische Komorbidität?

Da sowohl beim chronischen Tinnitus als auch bei der CMD Depressionen und Angsterkrankungen häufiger assoziiert sind als in der gesunden Bevölkerung, erwarteten wir einerseits einen möglichen „Potenzierungseffekt“ bei Vorhandensein beider Erkrankungen, andererseits durch die ähnlichen ätiologischen Modelle mit der Bedeutung eines biopsychosozialen Modelles, mit der Folge einer anhaltenden psychischen Anspannung einen „Synergieeffekt“ für ängstliche und depressive Symptome. Im Falle der Depression sei das sorgenvolle Beschäftigen mit der Erkrankung, die niedergeschlagene Stimmung und Hoffnungslosigkeit und Erschöpfung als mögliche gemeinsame Effekte der beiden Erkrankungen genannt.

H0: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen nicht häufiger depressive Erkrankungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

H1: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen häufiger depressive Erkrankungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

Im Falle der Angsterkrankungen rechneten wir bei Vorhandensein von Tinnitus und CMD mit einer vergleichbaren ängstlichen Grundanspannung, die sowohl Folge der somatischen erlebten Symptome, als auch deren Ursache sein können. Provokativer gefragt: Sind Tinnitus und CMD Epiphänomene einer Angsterkrankung?

H0: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen nicht häufiger Angsterkrankungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

H1: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen häufiger Angsterkrankungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

Nicht zuletzt stellt sich die Frage, ob bei zwei anerkannt psychosomatischen Erkrankungen nicht auch die Komorbidität an Somatoformen Störungen erhöht sein müsste.

H0: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen nicht häufiger Somatoforme Störungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

H1: Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen häufiger Somatoforme Störungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.

2.2.3 Weisen Tinnitusbetroffene mit einzelnen Symptomen einer CMD erhöhte Werte für psychische Belastung auf?

Da die CMD mit verschiedenen beteiligten organischen Strukturen letztlich keine einheitliche Erkrankung darstellt, ergibt sich die Frage ob einzelne Symptome oder Symptomenkomplexe Hinweise auf eine erhöhte psychische Belastung (z.B. Ängstlichkeit, depressive Stimmung) ergeben.

H0: Patienten mit einem chronischen Tinnitus und bestimmten Symptomen einer CMD zeigen keine erhöhten Werte für psychische Belastungen

H1: Patienten mit einem chronischen Tinnitus und bestimmten Symptomen einer CMD zeigen erhöhte Werte für psychische Belastungen

2.3 Statistische Auswertung

Sämtliche statistischen Auswertungen wurden mit dem Computerprogramm SPSS für Windows durchgeführt. Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen CMD und Depression, Angst, Somatoforme Störungen und genereller Diagnosenanzahl wurden jeweils Chi-Quadrat-Tests durchgeführt; bei zu geringen erwarteten Häufigkeiten wurde die exakte Verteilungswahrscheinlichkeit nach dem Fischers exakten Test berechnet. Für den Gruppenunterschied der Tinnitusbetroffenen mit und ohne CMD wurde für den Mittelwertsvergleich der Diagnosenanzahl noch zusätzlich eine univariate einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Als Untergrenze der Signifikanzbeurteilung wurde jeweils das 5%-Niveau zugrunde gelegt. Die statistische Auswertung wurde von Dr. phil. Dipl. Psych. Michael Metzner (Schön Klinik Roseneck) supervidiert.

2.4 Untersuchungsinstrumente

2.4.1 CMD-Kurzbefund

Der CMD Kurzbefund stellt ein fachübergreifend einsetzbares, schnelles und valides Instrument zum Screening Funktionsstörungen im Craniomandibulären Bereich dar (Ahlers & Jakstat, 2001). Sechs Fragestellungen müssen vom Untersucher abgearbeitet werden und jeweils dichotom (ja/nein) entschieden werden. Das Screening fällt positiv für das Vorliegen einer CMD aus, wenn 2 oder mehr dieser Fragen mit ja beantwortet werden (vorliegen einer CMD ist wahrscheinlich), ab 3 (bis 6) positiven Befunden wird das Vorliegen einer CMD mit Sicherheit angenommen.

Der CMD-Kurzbefund wurde in dieser Untersuchung von einem Zahnarzt bei 73 Patienten durchgeführt. Das verwendete Untersuchungsformular (Ahlers & Jakstat, 1996-2000) befindet sich im Anhang. Die Abbildungen zeigen den Untersucher bei der Befunderhebung.

2.4.1.1 Mundöffnung asymmetrisch



Bild 2.1: asymmetrische Mundöffnung mit asymmetrischer Öffnungsbewegung und Rückkehr in die Mitte (Görl, 2014)

Der Befund ist positiv für eine asymmetrische Mundöffnung, wenn bei langsamer vollständiger Mundöffnung Seitwärtsabweichungen oder S-förmige Bewegungen entstehen. Die Abbildungen zeigen

2.4.1.2 Mundöffnung eingeschränkt

Der Befund ist positiv, wenn bei vollständiger Mundöffnung der Abstand der Schneidekanten der Schneidezähne kleiner 4 cm ist. Hierzu wurden Zeige- und Mittelfinger vermessen und als Untersuchungsinstrument verwendet.

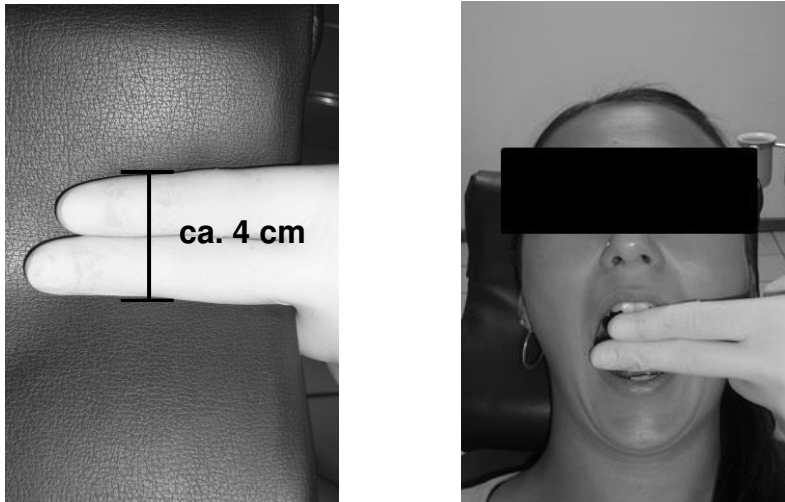


Bild 2.2: Prüfung der Mundöffnungsweite mit zwei Fingerendgliedern des untersuchenden Arztes (Görl, 2014)

2.4.1.3 Gelenkgeräusche

Der Befund ist positiv für Gelenkgeräusche, wenn bei langsamer Mundöffnung über den Kiefergelenken Reibegeräusche (Krepitation) oder Knackgeräusche tastbar oder hörbar sind



Bild 2.3: Prüfung auf das Vorliegen von Gelenkgeräuschen durch bimanuelle Palpation im Gelenkbereich (Görl, 2014)

2.4.1.4 Instabile oder habituelle Okklusion

Der Befund ist positiv für eine instabile oder habituelle Okklusion, wenn bei Kieferschluss die Zähne nicht gleichmäßig in Bisslage in maximalem Vielpunktkontakt aufeinandertreffen und dabei ein helles, „klapperndes“ Geräusch durch Vorkontakte auftritt.

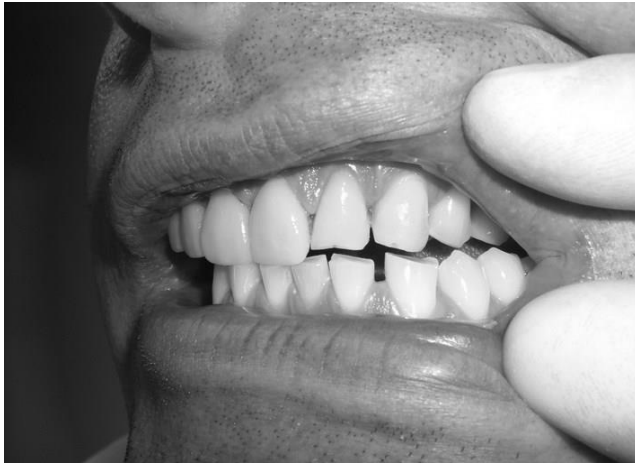


Bild 2.4: Prüfung der exzentrischen Okklusion (Görl, 2014)

2.4.1.5 Parafunktioneller Befund

der Befund ist positiv, wenn Abrasionsspuren vorhanden sind oder die dynamische Okklusion durch Seitwärtsbewegungen auffällig ist.

2.4.1.6 Schmerzhaftige Palpation

Der Befund weist ist positiv für eine schmerzhaftige Palpation, wenn ein schmerzhafter Tastbefund des M. Masseter (pars superficialis), des M. Temporalis (pars anterior) oder des M. digastricus venter posterior vorliegt.



Bild 2.5: Palpation des M. masseter pars superficialis (Görl, 2014)



*Bild 2.6: Palpation des M. temporalis pars anterior
(Görl, 2014)*



*Bild 2.7: Palpation des M. digastricus venter posterior
(Görl, 2014)*

2.4.2 Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI)

Die gezielten Fragen nach den Tinnitus erfolgten nach dem strukturierten Tinnitus-Interview STI (Goebel & Hiller 2001; Goebel et al. 2001). Es wird in Form eines halbstandardisierten Interviews durchgeführt und dauert ca. 20-30 min. Das STI entstand auf der Basis langjähriger Erfahrung mit der Behandlung von Tinnitusbetroffenen in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck. Es bildet als halbstandardisiertes Interview die Grundlage der diagnostischen Befunderhebung und der Therapieplanung. Für die Normstichprobe wurden 138 ambulante und 131 stationäre Patienten untersucht (Gesamtstichprobe $n=269$). (Goebel & Hiller, Das Strukturierte Tinnitus Interview (STI), 2001). Die Kappa-Werte der Test-Retest-Analyse ergaben Werte $> .70$ für anamnestische Merkmale und Werte $> .60$ für ätiologische Faktoren.

Zum einen erfasst das STI als Fremdbeurteilungsverfahren differenzierte Daten zur Anamnese und Ätiologie, zum anderen erlaubt der persönliche Kontakt und die Möglichkeit zum freien Antworten eine umfassendere Analyse von Besonderheiten der psychosomatischen Krankheitsentwicklung. Der Diagnostiker erhält so Informationen zur Tinnitusanamnese, zu assoziierten Problemfeldern, ätiologischen Faktoren des Tinnitus und bisher durchgeführten therapeutischen Maßnahmen.

Zusätzlich zu dieser qualitativen Beschreibung der Situation des Patienten ermöglichen zwei spezifische Items Fragen zum Tinnitusschweregrad und ein Itembereich erfasst die Geräuschempfindlichkeit:

Mittels Item 9 (entsprechend der Skala von Klockhoff & Lindblom 1967) wird erfragt, wie laut der Tinnitus im Vergleich zu den Umgebungsgeräuschen ist:

- Grad I: Tinnitus hörbar nur bei Stille
- Grad II: Tinnitus hörbar bei geringen Umgebungsgeräuschen und maskierbar durch gewöhnlichen Lärm
- Grad III: Tinnitus übertönt alle Geräusche

Mittels des Item 18 werden spezifische Fragen zur Geräuschüberempfindlichkeit abgefragt. Damit lässt sich ermitteln, ob eine generalisierte Geräuschüberempfindlichkeit (Hyperakusis) oder eine spezifische Empfindlichkeit beim Hören von emotional assoziierten Geräuschen vorliegt (Phonophobie).

Mittels des Item 20 werden assoziierte Problemfelder (Hörminderung, Geräuschempfindlichkeit, Schwindel und die damit einhergehende

Beschwerdestärke) auf einer jeweiligen numerischen Analogskala (NAS) erhoben. Die Skala reicht von 0 (kein Problem) bis 10 (großes Problem).

Mittels der Item 21 bis 36 werden ätiologischen Faktoren des Tinnitus erfragt (ja, Verdacht, keine Hinweise, nicht zu beurteilen). Folgende mögliche Faktoren werden erhoben:

- Tinnitus bei Innenohrschwerhörigkeit
- Tinnitus bei Schallleitungsschwerhörigkeit (z.B. Otosklerose)
- Tinnitus bei Z.n. Hörsturz
- Tinnitus bei cerebraler Durchblutungsstörung
- Tinnitus bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule („zervikogener Tinnitus“)
- Tinnitus bei Funktionsstörungen des Kiefergelenkes („stomatognathogener Tinnitus“)
- Tinnitus bei Z.n. Knalltrauma
- Tinnitus nach längerer Lärmbelastung
- Tinnitus bei Morbus Menière
- Tinnitus bei Z.n. Schädel-Hirn-Trauma
- Tinnitus bei Akustikus-Neurinom?
- Tinnitus bei anderer zentralnervöser Erkrankung
- Tinnitus bei ototoxischer Schädigung
- Tinnitus bei erblicher Belastung
- Tinnitus bei anderen ätiologischen Faktoren

Das Strukturierte Tinnitus-Interview liegt von 72 Patienten vor.

2.4.3 Tinnitus-Fragebogen (TF)

Der in wenigen Minuten durchzuführende Fragebogen wurde 1996 von Hallam als „Tinnitus-Questionnaire“ (TQ) entwickelt und von Goebel & Hiller in Deutschland reevaluiert (Goebel & Hiller, Tinnitus-Fragebogen (TF), 1998).

Mit dem TF kann der Schweregrad der psychosozialen Belastung des Tinnitus erfasst werden. Der Proband erhält 52 Fragen die er mit „stimmt“, „stimmt teilweise“ und „stimmt nicht“ beantworten kann. Aus den Ergebnissen des Tests werden die Skalen emotionale Belastung (E), kognitive Belastung (C), Penetranz des Tinnitus (I), Hörprobleme (A), Schlafstörungen (SI) und somatische Beschwerden (So) gebildet. Zusätzlich wird aus 40 der 52 Items ein Gesamtwert der Tinnitusbelastung gebildet, anhand dessen einzelne Patientengruppen im Schweregrad unterschieden werden können.

Folgende Gruppierungen wurden durch Quartilenbildung anhand der Untersuchung von unterschiedlichen Patientengruppen (ambulant, stationär, unterschiedliche Kliniken) einer Gesamtstichprobe von $n=673$ gebildet:

- leichtgradiger Tinnitus: TF-Gesamtwert 0-30,
- mittelgradiger Tinnitus: TF-Gesamtwert 31-46
- schwergradiger Tinnitus: TF-Gesamtwert 47-59
- schwerstgradiger Tinnitus: TF-Gesamtwert 60-84

Die Retest-Reliabilität liegt bei $rtt=.94$ für den TF-Gesamtscore und zwischen $rtt=.86$ und $rtt=.92$ für die einzelnen Unterskalen. Für den TF-Gesamtscore ist $\alpha=.94$ und die Subskalen liegen zwischen $\alpha=.74$ und $\alpha=.92$. Die Normstichprobe betrug $N=673$ Patienten (Goebel & Hiller, Tinnitus-Fragebogen (TF), 1998).

Der Tinnitus-Fragebogen wurde routinemäßig zu Beginn der stationären Behandlung von den Patienten ausgefüllt und ausgewertet. Von $n=51$ Patienten lag der (TF) vor.

2.4.4 Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen (GÜF)

Der GÜF (Nelting & Finlayson, 2004) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen der auf den Skalen „kognitive Reaktionen“, „aktionales und somatisches Verhalten“ und „emotionale Reaktionen“ mit insgesamt 15 Fragen (vierstufige Beantwortung: „stimmt nicht“, „stimmt manchmal“, „stimmt oft“, „stimmt immer“) den Grad der Beeinträchtigung durch Geräusche erfasst. Dabei kann die Beeinträchtigung durch Geräusche anhand der Quartile unterschieden werden:

- „leichtgradige Beeinträchtigung“ (GÜF-Gesamtwert 0-10),
- „mittelgradige Beeinträchtigung“ (GÜF-Gesamtwert 11-17),
- „schwergradige Beeinträchtigung“ (GÜF-Gesamtwert 18-25)
- „schwerstgradige Beeinträchtigung“ (GÜF-Gesamtwert 26-45)

Die Reliabilität des Verfahrens liegt bei einem Cronbachs-Alpha für die 3 Skalen zwischen $\alpha=.77$ und $\alpha=.82$. Die Validität wurde über eine faktorenanalytische Ableitung erhalten. Vergleiche mit anderen Fragebögen oder bereits standardisierten Erfassungsmethoden konnten mit einem französischen Hyperakusisfragebogen (Khalfa, et al., 2002) erfolgen. Beide Instrumente stimmen in ihrer Bewertung der Hyperakusis gut überein ($r=0.8$).

Der Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen konnte für diese Untersuchung von 71 Patienten erhoben werden.

2.4.5 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (Derogatis, 1977) in der deutschen Version von Franke (Franke, 2002) misst das Leiden des Probanden an körperlichen und psychischen Symptomen für die vergangenen 7 Tage.

Die Probanden erhalten insgesamt 90 Fragen, die sie fünfstufig von 0= „überhaupt nicht“ bis 4= „sehr stark“ beantworten können und die zu den Bereichen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ zusammengefasst werden können. Zusätzlich beschreiben drei globale Kennwerte das Antwortverhalten bei allen Items: „generelle Symptomatik“ (GSI=global severity index), „Beschwerdeanzahl“ (PST=positive symptom total) und „Stress-Index der Symptome“ (PSDI=positive symptom distress index).

Bezüglich der Zuverlässigkeit liegen die Werte bei $\alpha=.75$ und $\alpha=.97$, die Retest-Reliabilität liegt zwischen $r=.69$ und $r=.92$. Die SCL wurde an Jugendlichen ($n=857$) und Erwachsenen ($n=2141$) als repräsentative Stichprobe normiert. Es existieren bereits zahlreiche Untersuchungen und Studien über und mit der SCL-90-R.

Die SCL-90-R wird in der Klinik Roseneck zu Beginn der Behandlung durchgeführt, sodass mit 72 durchgeführten Tests Ergebnisse von nahezu allen Patienten vorliegen.

2.4.6 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das Beck-Depressions-Inventar ist Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung und Quantifizierung von depressiven Symptomen (Beck, 1961). Die häufigsten Beschwerden sind zu 21 Items komprimiert (z.B. Traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust u.a.) Seine Aussage bleibt von Lebensalter, Geschlecht und nosologisch-diagnostischer Eingruppierung des Patienten weitgehend unberührt.

Jedes Item wird heute auf einer 4-stufigen Skala von 0 bis 3 hinsichtlich dessen Auftreten während der letzten Woche und dessen Intensität beurteilt, so dass Summenwerte für das BDI zw. 0 und 63 möglich sind.

Die interne Konsistenz liegt in Abhängigkeit von der Stichprobe zwischen $r = .73$ und $r = .95$. Die Stabilität der Symptomatik liegt über eine Woche bei $r = .75$ und über 2 Wochen bei $r = .68$. Mit Ausnahme eines Kriteriumssymptoms werden mit dem BDI alle in den gegenwärtig gültigen psychiatrischen Diagnosesystemen als relevant betrachteten Beschwerden abgebildet. Korrelationen mit anderen Selbstbeurteilungsskalen bei depressiver Symptomatik liegen bei $r = .76$.

Patienten brauchen nach entsprechender Anleitung selten mehr als 10, höchstens 15 Minuten. Der Grad der Antriebshemmung, die Entscheidungsfreudigkeit und das Alter haben Einfluss auf die Bearbeitungszeit. Der Fragebogen kann ab 16 Jahre ausgegeben werden.

Das Beck-Depressions-Inventar zählt zu den Standarduntersuchungen der Klinik. Es liegen 54 ausgewertete Untersuchungen zum Zeitpunkt der Untersuchung vor.

2.4.7 Beck-Angst-Inventar (BAI)

Das BAI (hier in der deutschen Fassung (Margraf & Ehlers, 1998)) ist ein Messinstrument zur Erfassung des Schweregrades klinisch relevanter Angst. Hier werden ebenfalls 21 Symptome, besonders von Panikattacken und körperliche Symptome generalisierter Angst, abgefragt (die Bearbeitungszeit liegt bei ca. 3 Minuten). Auf einer vierstufigen Skala soll deren Auftreten für die vergangene Woche beurteilt werden. Bei der Erstellung des BAI wurde auf möglichst wenige Überschneidungen mit depressiven Symptomen (z.B. mit dem BDI) geachtet.

Die Summenscores (Werte zwischen 0 und 63) weisen zwischen

- 0-9 auf keine relevante
- 10-18 auf eine leichte
- 19-29 auf eine mäßige
- Ab 30 auf eine schwere Angstsymptomatik hin.

Für die Zuverlässigkeit liegt mit einer internen Konsistenz von $\alpha > .90$ bei Patienten mit Angststörungen gute Werte vor. Nichtklinische Gruppen liegen noch zwischen $.85$ und $.90$. Test-Retest-Werte liegen bei kurzen Zeitspannen (2 und 7 Tage) zwischen $r = .68$ und $r = .79$. Die Gültigkeit liegt bei einer Korrelation mit der SCL-90 „Ängstlichkeit“ bei $r = .72$.

(Bei unserer Untersuchung lag die Korrelation BAI und SCL „Ängstlichkeit“ bei $r = .799$)

Für das BAI liegen 70 ausgewertete Tests vor.

2.4.8 Whitely-Index (WI)

Der kurze Fragebogen von Pilowsky (Pilowsky, 1967) liegt in der deutschen Fassung vor (Rief, Hiller, Geissner, & Fichter, 1994).

Der Patient erhält hier 14 Fragen, die er mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten hat. Die Fragen können in die Faktoren „Krankheitsängste“, „Somatische Beschwerden“ und „Krankheitsüberzeugungen“ aufgeteilt werden.

Ab einem Summenwert von

- 8 mit „Ja“ beantworteten Fragen besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Betroffene an einer Hypochondrie leidet.

Auch die einzelnen Faktoren können für eine Differenzierung zwischen hypochondrischen und nichthypochondrischen Personen herangezogen werden.

Das Cronach's α liegt bei .77, die Retest-Reliabilität bei $r=.81$.

Vom Whitely-Index liegen 72 durchgeführte Tests vor.

2.4.9 Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2)

Das Screening für Somatoforme Störungen (Rief, Schäfer, Hiller, & Fichter, 1992) besteht aus 68 Fragen die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Dabei werden Symptome somatoformer Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für die vergangenen 2 Jahre abgefragt. Hieraus kann ein Somatisierungsindex nach ICD-10, nach DSM-IV und ein Index zur Abklärung der somatoformen autonomen Funktionsstörung und ein klassifikationsübergreifender „Beschwerdeindex Somatisierung“ gebildet werden.

Die interne Konsistenz liegt bei $\alpha=.88$ für den „Beschwerdeindex Somatisierung“, die Retest-Reliabilität liegt zwischen $r=.85$ und $r=.87$. Zwischen dem SOMS und anderen Skalen (wie u.a. SCL und BDI) bestehen zufriedenstellende Korrelationen zur Bestätigung der Konstruktvalidität.

Es liegen 72 ausgefüllte Tests vor.

2.4.10 Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL)

Mit Unterstützung der Internationalen Diagnosen Checklisten (IDCL) für ICD-10 (Hiller, Zaudig, & Mombour, IDCL-Internationale Diagnosen Checklisten für ICD 10 und DSM-IV, 1995) fand ein diagnostisches Interview statt, in dem die Diagnosen des Kapitels V der ICD-10 („F-Kapitel“) erhoben wurden. Sie dienten als Leitfaden, sämtliche relevante Diagnosen zu erfassen und diagnostische Unterschiede und Kriterien (z.B. der Depressionen im Schweregrad) genau zu erfassen. Hierzu liegt für jede Diagnose eine Checkliste vor, in der die einzelnen zu erfüllenden Kriterien benannt werden und auch mögliche Ausschlüsse erörtert werden. Die Symptome wurden gemeinsam mit dem Patienten erörtert und mit der fachlichen Erfahrung eingeordnet. Zusätzlich wurde entschieden ob entsprechende Symptome derzeit oder jemals im Leben bestanden und ob sich daraus eine Diagnose in der Vergangenheit ergibt („lifetime“). Insgesamt entsteht durch dieses operationalisierte Verfahren eine sicherere Diagnostik.

Für sich genommen reklamiert die IDCL Reliabilitätswerte in der Diagnosenstellung von $r=.50$ (für Dysthyme Störungen) bis zu $r=.88$ (für Panikstörungen). Um diese noch gute Reliabilität zu erhöhen wurde das Ergebnis des Interviews dem jeweils behandelnden Arzt/Psychologen mitgeteilt, eventuell entstandene neue oder abweichende Diagnosen wurden besprochen und entsprechend den Diagnosekriterien gemeinsam angeglichen. Hierdurch sollte zusätzlich eine höhere diagnostische Sicherheit erzielt werden. Das diagnostische Interview dauerte jeweils ca. eine Stunde.

Die Untersuchung mittels Internationalen Diagnosen-Checklisten wurde vom Untersuchungsleiter bei sämtlichen an der Studie teilnehmenden Patienten ($n=73$) durchgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Soziodemographische Angaben

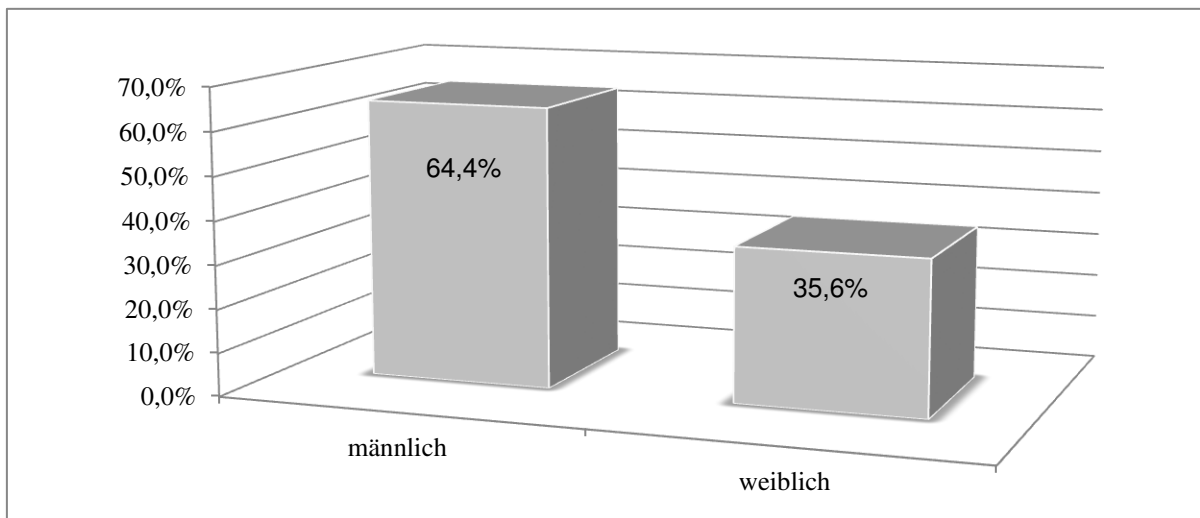


Bild 3.1: Geschlechterverteilung (n=73)

Die Gesamtstichprobe besteht aus 26 weiblichen (35,6%) und 47 männlichen (64,4%) Teilnehmern, insgesamt n=73. Im Durchschnitt sind die Patienten 47,9 Jahre alt (von 28 bis 68 Jahren, mit einer Standardabweichung von 9,7). Der überwiegende Teil der Teilnehmer ist verheiratet.

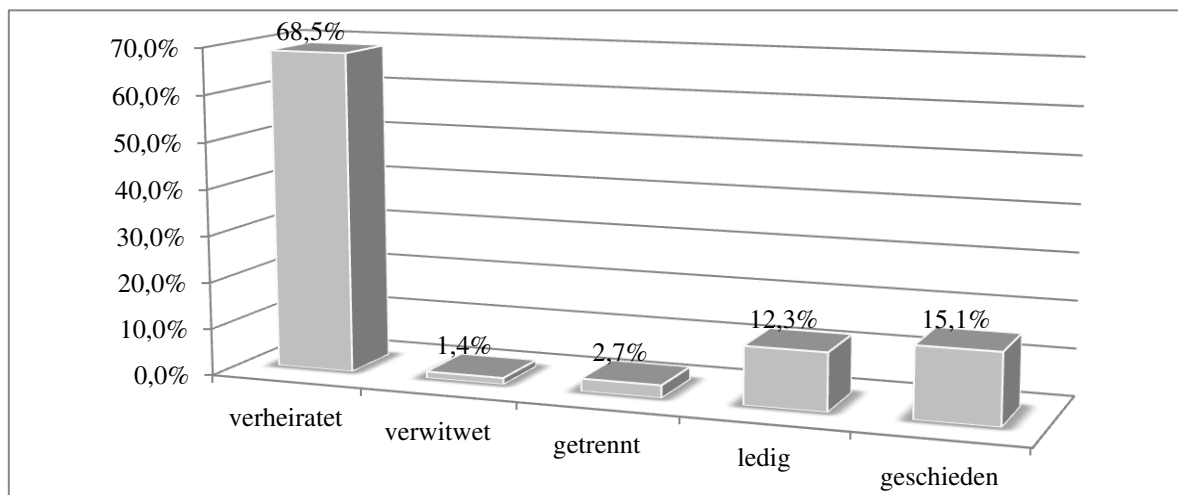


Bild 3.2: Familienstand (n=73)

3.1.2 Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI)

3.1.2.1 Schweregradeinteilung nach der Verdeckbarkeit des Tinnitus

Mit Item 8 des STI werden die Patienten gefragt, wie laut der Tinnitus mit den üblichen Umgebungsgeräuschen vergleichbar ist. Der Tinnitus Schweregrad wird als Grad I (leicht) eingestuft, wenn der Tinnitus nur in der Stille hörbar ist. Grad II (mittelgradig) kommt einem Tinnitus gleich, der nur bei geringen Umgebungsgeräuschen hörbar ist und durch gewöhnlichen Lärm maskierbar ist. Der Grad III (schwergradig) entspricht einem Tinnitus, der alle Geräusche übertönt.

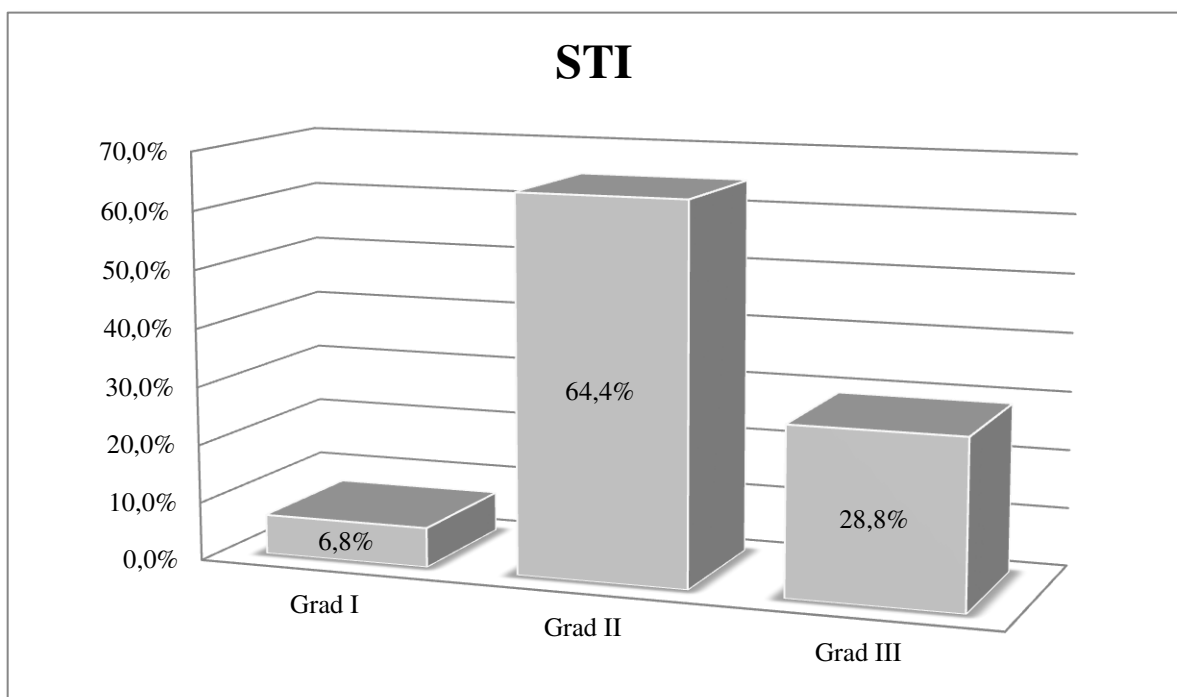


Bild 3.3: Strukturiertes Tinnitus-Interview: Schweregrade I-III nach Verdeckbarkeit (n=72)

Anhand des Item 8 des STI weisen 5 Patienten (6,8%) einen leichten Schweregrad auf (Tinnitus hörbar nur bei Stille). 47 Patienten (64,4%) einen Schweregrad II (Tinnitus hörbar bei geringen Umgebungsgeräuschen und maskierbar durch gewöhnlichen Lärm) und bei 21 Patienten (28,8%) handelt es sich um einen Schweregrad III (Tinnitus übertönt alle Geräusche). Diese Verteilung entspricht in etwa dem einer Stichprobe von 4995 Mitgliedern der Selbsthilfeorganisation Deutsche Tinnitus-Liga (DTL), denen 2004 die gleichen Fragen gestellt wurden (Goebel et al. 2004). Die Verteilung der Tinnitus Schweregrade auf Basis der gleichen Items zeigt eine deutlich geringer betroffene Population in der repräsentativen Erhebung des chronischen Tinnitus in

Deutschland (Pilgramm et al. 1999): Dort sind 37% leicht betroffen, 44% mittelgradig betroffen und 17% gaben bei der Erhebung einen Schweregrad III an.

Schweregradeinteilung nach numerischen Analogskalen (NAS)

Der Schweregrad des Tinnitus der untersuchten Patienten wird auch mittels der Item 20 des STI erhobenen Beschwerdestärken in den NAS deutlich: Im Durchschnitt geben die befragten Patienten eine Beschwerdestärke von 6,44 auf einer numerischen Skala von 1-10 an (0= kein Problem; 10 = großes Problem). Ebenso wurden die Beschwerdestärken für Hörminderung, Hyperakusis und Schwindel erfragt (Tabelle).

| Beschwerdestärken (Skala 1-10) | N | Durchschnitt | Standardabweichung |
|-----------------------------------|----|--------------|--------------------|
| Tinnitus | 72 | 6,44 | 2,23 |
| Hörminderung | 67 | 3,16 | 3,25 |
| Hyperakusis | 70 | 4,53 | 3,40 |
| Schwindel | 67 | 1,90 | 2,46 |

Tabelle 3.1: Beschwerdestärken im Strukturierten Tinnitus-Interview (STI)

Die Tinnitusbelastung wurde im Mittel mit $M = 6,4$ ($SD=2,2$) angegeben. Die Hörminderung beeinträchtigte nur leicht im Mittel $M = 3,2$ ($SD=3,3$). Die Hyperakusis fand sich im Mittel $M = 4,5$ ($SD = 3,4$). Schwindel belastete nur wenig, im Mittel $M = 1,9$ ($SD = 2,5$).

3.1.2.2 Anamnestische Mehrfachursachen des Tinnitus

Im STI werden die Ursachen des Tinnitus anhand einer strukturierten Fragen 21 bis 36 erhoben. Mit Abstand am häufigsten wird eine Innenohrschwerhörigkeit erfragt (22 Patienten, 30,6%) bzw. der Verdacht darauf (13 Patienten, 18%) – gefolgt von Zustand nach Hörsturz (16 Patienten, weitere 11 Patienten mit Verdacht auf) und Funktionsstörungen der Halswirbelsäule (5 Patienten, weitere 22 mit Verdacht auf) und des Kiefergelenkes (ebenfalls 5 Patienten, weitere 22 mit Verdacht auf). Da die Patienten in der Regel als Behandlung der Ohrgeräusche immer auch einer rheologischen Therapie unterzogen wurden, können sie die Vorstellung, ihr Tinnitus bestehe im Rahmen einer Durchblutungsstörung nicht ganz ausschließen und geben daher als weitere Ursache „Verdacht auf cerebrale Durchblutungsstörungen“ an, was von 69 (95,5%) so formuliert wird.

| Tinnitus bei ... | anamn. vorhanden | | Verdacht auf | | keine Hinweise | | nicht zu beurteilen | |
|------------------------------------|------------------|------|--------------|------|----------------|------|---------------------|-----|
| | n= | % | n= | % | n= | % | n= | % |
| Innenohrschwerhörigkeit | 22 | 30,6 | 13 | 17,8 | 34 | 46,6 | 3 | 4,1 |
| Schallleitungsschwerhörigkeit | 3 | 4,2 | 1 | 1,4 | 65 | 91,5 | 2 | 2,8 |
| Zustand nach Hörsturz | 16 | 22,2 | 11 | 15,3 | 45 | 62,5 | 0 | 0 |
| Cerebr. Durchblutungsstörung | 1 | 1,4 | 69 | 95,8 | 2 | 2,8 | 0 | 0 |
| Funktionsstörung der HWS | 5 | 6,9 | 22 | 30,6 | 41 | 56,9 | 4 | 5,6 |
| Funktionsstörung des Kiefergelenks | 5 | 6,9 | 21 | 29,2 | 44 | 61,1 | 2 | 2,8 |
| Zustand nach Knalltrauma | 3 | 4,2 | 6 | 8,3 | 61 | 84,7 | 2 | 2,8 |
| längerer Lärmbelastung | 4 | 5,6 | 16 | 22,2 | 52 | 72,2 | 0 | 0 |
| Morbus Menière | 0 | 0 | 5 | 6,9 | 67 | 93,1 | 0 | 0 |
| Z. n. Schädel-Hirn-Trauma | 0 | 0 | 7 | 9,7 | 65 | 90,3 | 0 | 0 |
| Akustikus-Neurinom | 0 | 0 | 1 | 1,4 | 68 | 94,4 | 3 | 4,2 |
| Andere ZNS-Erkrankungen | 0 | 0 | 2 | 2,8 | 70 | 97,2 | 0 | 0 |
| ototoxischer Schädigung | 0 | 0 | 7 | 9,7 | 64 | 88,9 | 1 | 1,4 |
| erblicher Belastung | 6 | 8,3 | 9 | 12,5 | 57 | 79,2 | 0 | 0 |
| anderen ätiologischen Faktoren | 3 | 4,5 | 2 | 3,0 | 60 | 89,6 | 2 | 3,0 |

Tabelle 3.2: Tinnitusursachen im STI (Mehrfachdiagnosen (n=72))

3.1.3 Tinnitus-Fragebogen (TF)

In dem Selbsteinschätzungsinstrument TF erreichen die Patienten im Durchschnitt einen Gesamtscore von $45 \pm 9,6$, entsprechend einer mittelgradigen Tinnitus-symptomatik (Quartil II).

| TF | N | Durchschnitt | Standardabweichung |
|------------------------|----|--------------|--------------------|
| Emotionale Belastung | 51 | 11,98 | 5,89 |
| Kognitive Belastung | 51 | 7,73 | 4,23 |
| Psychische Belastung | 51 | 11,78 | 3,81 |
| Penetranz des Tinnitus | 51 | 6,37 | 3,88 |
| Hörprobleme | 51 | 4,43 | 2,72 |
| Schlafstörungen | 51 | 2,86 | 2,07 |
| Somatische Beschwerden | 51 | 19,71 | 9,64 |
| Gesamt-Score | 51 | 45,16 | 18,03 |

Tabelle 3.3: Tinnitus-Fragebogen (TF) mit Skalen Psychische Belastung (Emotional und Kognitiv), Penetranz, Hörprobleme, Schlafstörung und Somatische Beschwerden (n=51).

In der Experteneinschätzung des Item 20 des STI (NAS) ergibt sich ein vergleichbarer Tinnitusbelastungsgrad der Gesamtstichprobe von 6,44.

3.1.4 Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen (GÜF)

Auch im Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogen (GÜF) überwiegen leicht die schwer und sehr schwer belasteten Patienten:

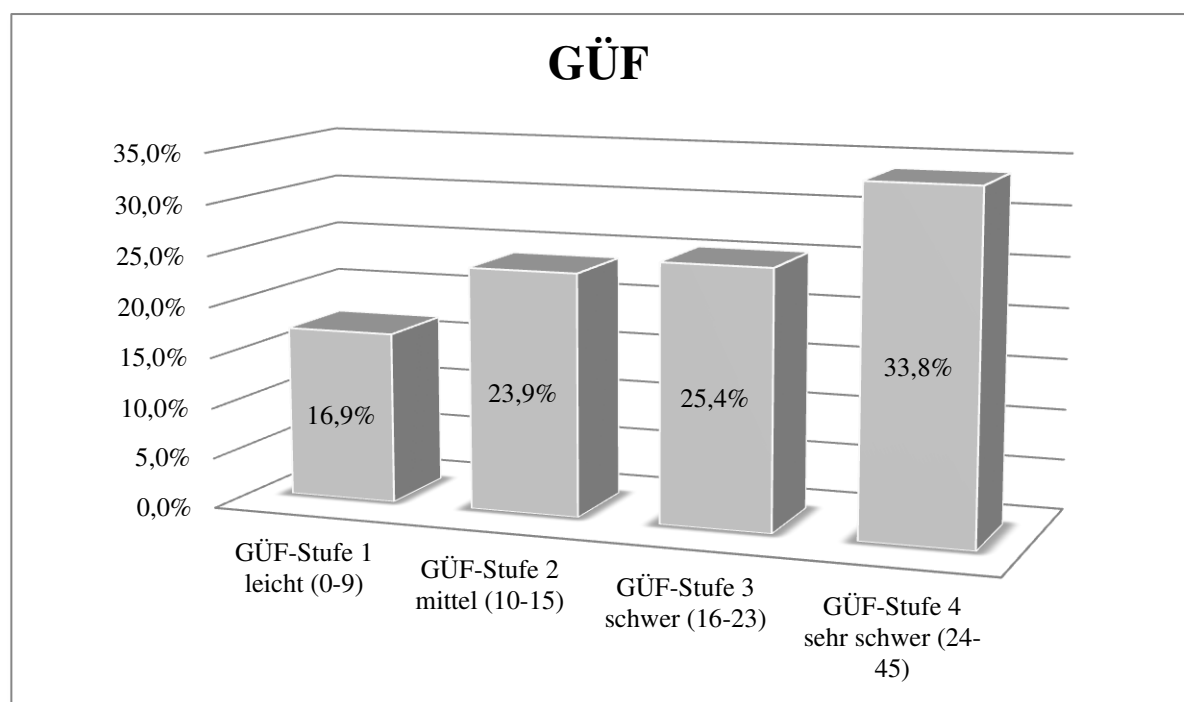


Bild 3.4: Schweregradquartile der Geräuschempfindlichkeit im GÜF (n= 71)

Bei 12 Patienten (16,9%) lag eine Hyperakusis Grad I (0 – 9 Punkte), bei 17 Patienten (23,9%) eine Hyperakusis Grad II (10 – 15 Punkte), bei 18 Patienten (25,4%) eine Hyperakusis Grad III (24 – 45 Punkte) und bei 24 Patienten (33,8%) eine Hyperakusis Grad IV (24 – 45 Punkte) vor. In einer vergleichbaren Stichprobe (Floetzing & Goebel 2008) von 163 Patienten der Klinik Roseneck fällt die Verteilung etwas geringer belastet aus (Grad I 24%; Grad II 25%; Grad III 26%; Grad IV 24%). In der Experteneinschätzung des Item 20 des STI (NAS) ergibt sich ein vergleichbarer Geräuschüberempfindlichkeitsgrad der Gesamtstichprobe von 4,53.

3.1.5 Testpsychologische Ergebnisse

3.1.5.1 Fragebögen zu Depression, Angst und somatischen Beschwerden

Zur Anwendung kam das Beck-Depressionsinventar (BDI). Hier lagen n=54 Fragebögen vor. Speziell für die Studie wurden das Beck-Angst-Inventar (BAI), der Whitely-Index (WI) und der SOMS-Beschwerdeindex erhoben.

| Test | N | Durchschnitt | Standardabweichung |
|---|----|--------------|--------------------|
| BDI (Gesamtscore) | 54 | 17,81 | 12,52 |
| BAI (Gesamtscore) | 70 | 16,91 | 13,08 |
| WI (Gesamtscore) | 72 | 4,54 | 2,86 |
| WI (Krankheitsängste) | 72 | 2,07 | 1,77 |
| WI (Somatische Beschwerden) | 72 | 1,03 | 1,05 |
| WI (Krankheitsüberzeugungen) | 72 | ,92 | ,96 |
| SOMS (Beschwerdeindex Somatisierung) | 72 | 13,19 | 10,19 |

Tabelle 3.4: Übersicht Testpsychologische Ergebnisse

Im BDI zeigten sich im Schnitt eine milde depressive Symptomatik (Schnitt im Gesamtscore: 17,81) bei einer hohen Standardabweichung von 12,52.

Im BAI zeigte sich im Schnitt eine noch leichte Angstsymptomatik (BAI-Summenscore von 16,91) mit einer hohen Standardabweichung von 13,08.

3.1.5.2 Fragebogen zur Hypochondrie: Whitely-Index (WI)

Im Whiteley-Index erzielten 12 Patienten einen Summenwert über 8 und wurden somit als hypochondrisch eingestuft.

| | Anzahl (n) | Prozent (%) |
|--------------------|------------|-------------|
| Hypochondrie | 12 | 16,7 |
| Keine Hypochondrie | 60 | 83,3 |

Tabelle 3.5: Ergebnisse Whiteley-Index (WI)

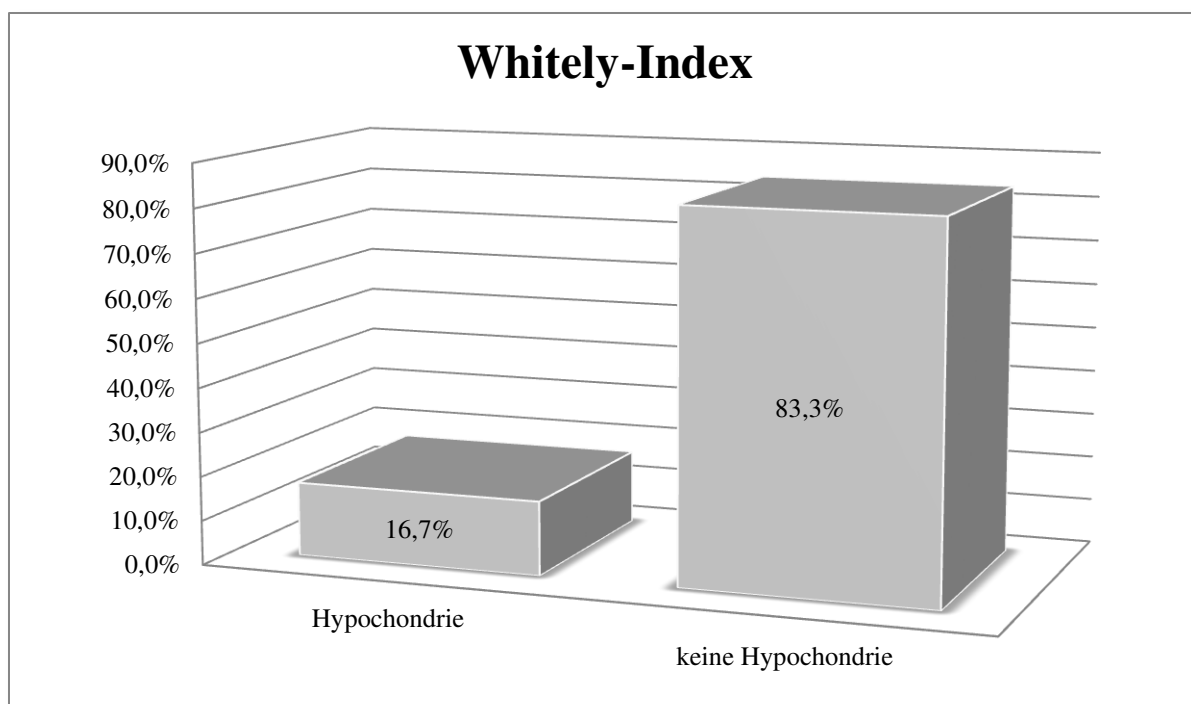


Bild 3.5: Whitely-Index (WI): Hypochondrie: Ergebnisse

3.1.6 Psychischer Befund (IDCL): Stichprobenszusammensetzung

Mit Hilfe der Internationalen Diagnose-Checklisten (IDCL) wurde mit jedem Patienten ein eingehendes fachärztliches diagnostisches Interview durchgeführt. Der prozentuale Anteil bezieht sich auf die Stichprobe von n=73.

3.1.6.1 Affektive Störungen (ICD-10 F30-F39)

Die größte Anzahl der diagnostizierten psychischen Diagnosen nahm die Gruppe der **affektiven, insbesondere der depressiven Störungen**, mit insgesamt **57 Patienten (78,1%)** ein:

13 Patienten litten an einer **einzelnen depressiven Episode (F32.X)**: Davon 1 Patient mit einer leichtgradigen Episode (ICD-10 F32.0), 6 Patienten mit einer mittelgradigen Episode (ICD-10 F32.1) und 5 Patienten mit einer schwergradigen Episode (ICD-10 F32.2). Bei 1 Patienten war die Episode zum Untersuchungs- und Behandlungszeitpunkt remittiert (ICD-10 F32.4).

24 Patienten litten an einer bereits **rezidivierenden depressiven Episode (F33.X)**: Davon 1 Patient an einer zur Untersuchung leichten Episode (ICD-10 F33.0), 9 Patienten mit einer mittelgradigen Episode (ICD-10 F33.1), 13 Patienten mit einer schweren Episode (ICD-10 F33.2) bei einem Patienten wurden zusätzlich psychotische Merkmale festgestellt (ICD-10 F33.3).

7 Patienten litten an einer **Dysthymie (ICD-10 F34.1)**, weitere

9 Patienten litten an Anpassungsstörungen mit depressiven Symptomen (7x **F43.21** und 2x **F43.22**), die hier aufgrund der depressiven Symptomatik dieser Gruppe zugeordnet wurden.

3 Patienten litten an einer **Zyklothymie (F34.0)** und

1 Patient litt an einer **Bipolaren Störung (F31.4)** und war zum Zeitpunkt der Untersuchung schwer depressiv.

3.1.6.2 Angststörungen (ICD-10 F40.X und F41.X)

An zweiter Stelle folgten **30 Patienten (41%, n=73)**, die an **Angststörungen** litten:

14 Patienten litten an einer **sozialen Phobie (F40.1)**

4 Patienten litten an einer **Agoraphobie (F40.0)**,

2 Patienten an einer **Panikstörung (F41.0)** und

3 Patienten an einer **Generalisierten Angststörung (F41.1)**.

4 Patienten litten an einer **spezifischen Phobie (F40.2)** und

3 Patienten hatten **Sonstige Angststörungen** oder eine **Angststörung NNB (F41.8 und 41.9)**

3.1.6.3 Somatoforme Störungen (ICD-10 F45.X)

An dritter Stelle folgten die **somatoformen Störungen** mit insgesamt **16 Diagnosen (22,2%)**

7 Patienten litten an einer **Schmerzstörung (F45.4)**,

4 Patienten litten an einer **Somatisierungsstörung (F45.0)**,

2 Patienten litten an einer **Undifferenzierten Somatoformen Störung (F45.1)**,

2 Patienten litten unter einer **Sonstigen Somatoformen Störung (F45.9)**

1 Patient litt unter einer **Somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.32)**,

3.1.6.4 Sonstige Störungen

3 Patienten litten zum Untersuchungszeitpunkt an **Essstörungen NNB (F50.9)**

3 Patienten litten unter Reaktionen auf schwere Belastungen: Posttraumatische Belastungsstörung (**PTBS, F43.1**) und **NNB (F43.8)**.

3.1.6.5 Lifetime

Erfasst wurden auch alle psychischen Störungen, die zeitlebens aufgetreten waren und anamnestisch erhoben werden konnten. Diese gingen jedoch nicht in die weitere Untersuchung ein, da nur die aktuelle Symptomatik berücksichtigt werden sollte.

Zusätzlich zu den akuten depressiven Erkrankungen traten „lifetime“ 29 depressive Erkrankungen auf. 2 weitere Patienten hatten in ihrem Leben schon eine Angststörung gehabt und 3 weitere Patienten litten unter somatoformen Störungen.

3.1.6.6 Komorbiditäten

Die Patienten hatten bis zu 4 komorbide psychische Erkrankungen.

| Anzahl der Diagnosen | Anzahl der Patienten (n) | Prozent (%) |
|----------------------|--------------------------|-------------|
| 0 | 13 | 17,8 |
| 1 | 28 | 38,4 |
| 2 | 20 | 27,4 |
| 3 | 7 | 9,6 |
| 4 | 5 | 6,8 |

Tabelle 3.6: Anzahl und Prozentsatz der Patienten mit Anzahlen an gestellten Diagnosen

Am häufigsten wiesen die untersuchten Patienten eine komorbide psychische Diagnose auf (38,4%), gefolgt von Patienten mit zwei komorbiden Diagnosen (27,4%). Immerhin 17,8% der Patienten hatten keine zusätzliche Diagnose zum Tinnitus. Die weiteren Diagramme zeigen die Häufigkeit der Patienten die komorbid an Depressionen, Angsterkrankungen und Somatoformen Störungen leiden.

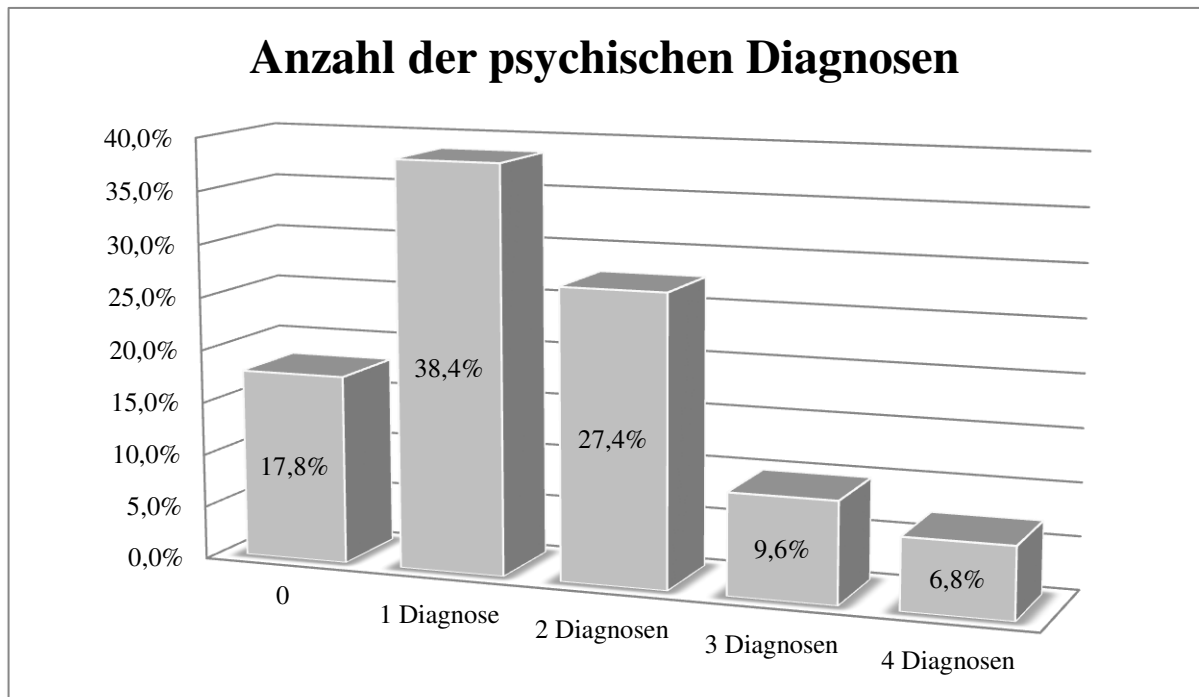


Bild 3.6: Anzahl der Diagnosen der Patienten in Prozent

41% der untersuchten Patienten mit chronischem Tinnitus litten an einer Angsterkrankung (Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung, u.a.)

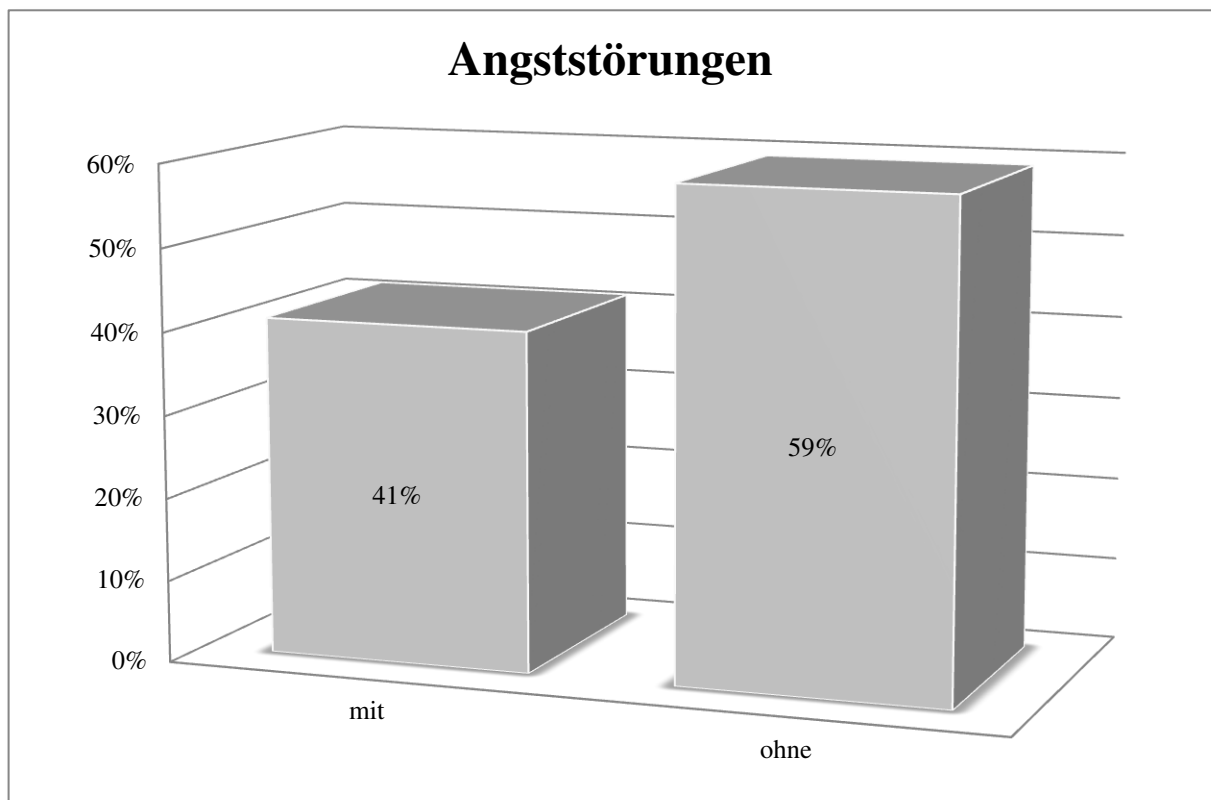


Bild 3.7: Prozentsatz der Patienten mit Angststörungsdiagnose

Letztlich wie zu erwarten sind die depressiven Erkrankungen die häufigsten komorbiden Störungen. 78,1% aller Patienten der Studie haben eine depressive Erkrankung (Major Depression, Dysthymie, Anpassungsstörungen depressiv u.a.)

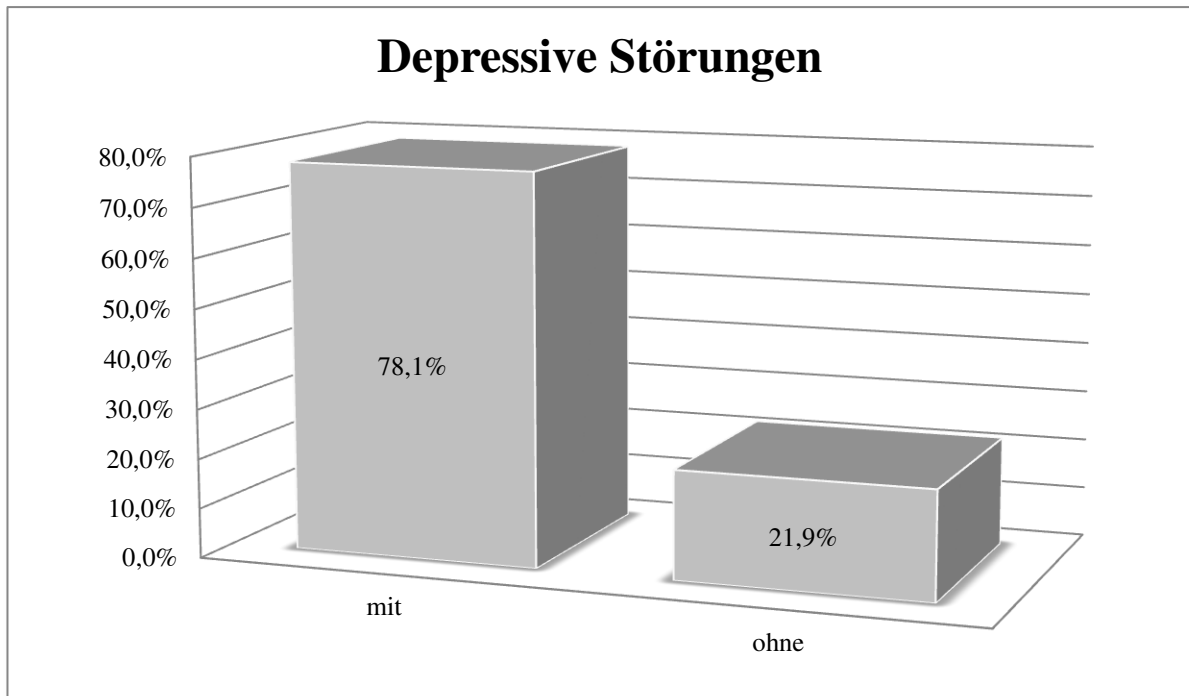


Bild 3.8: Prozentsatz der Patienten mit und ohne depressiven Störungen

Somatoforme Störungen (Undifferenzierte Somatoforme Störung, Somatisierungsstörung, u.a.) finden sich bei knapp 22 Prozent der Patienten.

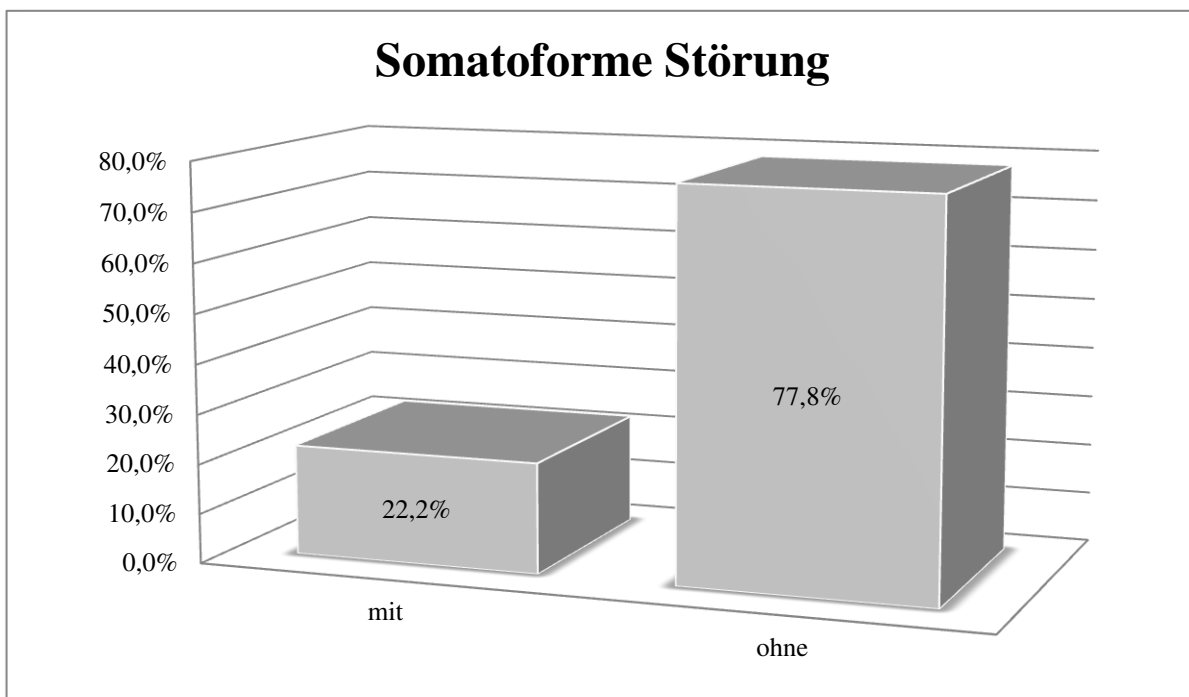


Bild 3.9: Prozentsatz der Patienten mit und ohne Somatoforme Störung

3.1.7 Zahnärztlicher Befund

Eine Woche nach der psychiatrischen Diagnostik wurden die Patienten von einem Zahnarzt bezüglich des Vorliegens einer CMD untersucht. Hierzu wurde der CMD-Kurzbeurteilung nach Ahlers/Jakstat „6-Punkte-Test“ angewendet, bei dem Parafunktionelle Befunde (1), schmerzhafter Palpationsbefund (2), Gelenkgeräusche (3), asymmetrische Mundöffnung (4), eingeschränkte Mundöffnung (5) und habituelle Okklusion (6) erhoben wurde. Bis zu einem positiven Befund kann von einem gut kompensierten Zustand ausgegangen werden, ab zwei positive Befunde gelten als grenzwertig, ab drei positiven Befunden kann von einem dekompenzierten Zustand gesprochen werden, sodass eine CMD sicher diagnostiziert werden kann (Ahlers & Jakstat, 2001).

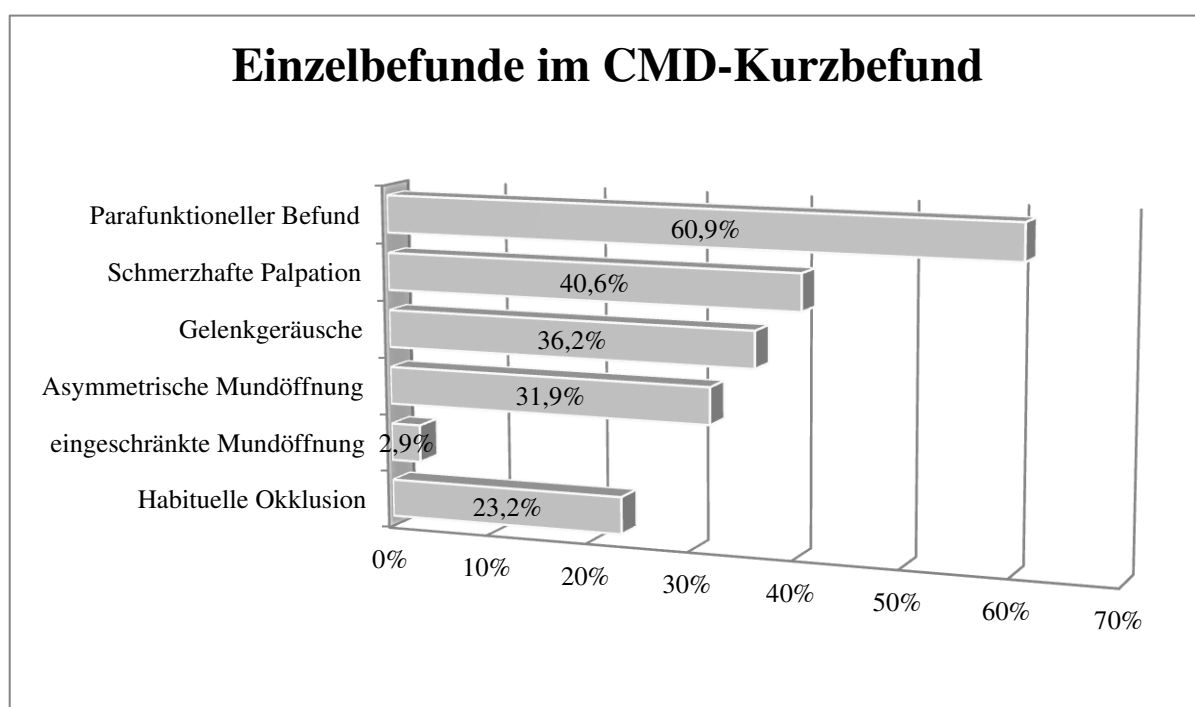


Bild 3.10: CMD-Kurzbeurteilung: Einzelbefunde

| Screening-Kriterium | Anzahl (n) | Prozent (%) |
|----------------------------|------------|-------------|
| Parafunktioneller Befund | 42 | 60,9 |
| Schmerzhaftes Palpation | 28 | 40,6 |
| Gelenkgeräusche | 25 | 36,2 |
| Asymmetrische Mundöffnung | 22 | 31,9 |
| Eingeschränkte Mundöffnung | 2 | 2,9 |
| Habituelle Okklusion | 16 | 23,2 |

Tabelle 3.7: CMD-Kurzbeurteilung: Ergebnisse der Einzelbefunde

Die überwiegende Zahl der bei der Zweituntersuchung teilnehmenden Patienten (n=69) wies einen parafunktionellen Befund auf (42 Patienten, 60,9%), gefolgt von

positiven Befunden bei schmerzhafter Palpation (28 Patienten, 40,6%), Gelenkgeräuschen (25 Patienten, 36,2%) und asymmetrischer Mundöffnung (22 Patienten, 31,9%). Seltener war die habituelle Okklusion (16 Patienten, 23,2%), eine eingeschränkte Mundöffnung (unter 40mm) wurde nur bei 2 Patienten gefunden (2,9%).

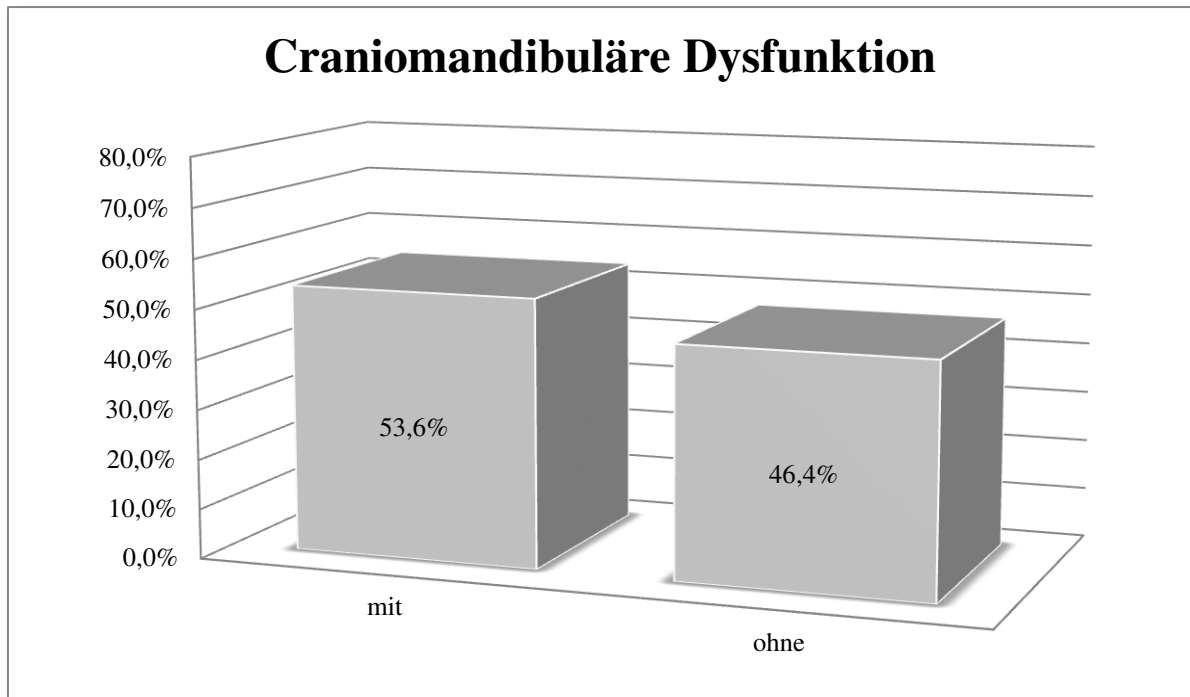


Bild 3.11: Prozentsatz der Patienten mit und ohne CMD

Nach den Screeningkriterien erfüllten 37, etwas mehr als die Hälfte, der 69 Patienten sicher eine CMD (dies entspricht 53,6% der Patienten).

3.1.8 Zusammenhänge CMD und psychische Störungen

Die Nullhypothese **H0**: „Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen nicht häufiger depressive Erkrankungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.“ kann nicht verworfen werden. Dies zeigt sich in den durchgeführten statistischen Verteilungstests. So ergibt sich im Pearsonschen Chi-Quadrat-Test für depressive Störungen und CMD bei einseitig gerichteter H1-Hypothese eine Wahrscheinlichkeit von 0,288 ($\text{Chi-Quadrat}_{df1} = 0,313$) und im einseitigen Fischer's Exakt-Test eine Signifikanz von 0,397.

Ein vergleichbares Bild findet sich auch bei den Angststörungen: Auch hier kann die Nullhypothese **H0**: „Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen nicht häufiger Angsterkrankungen auf, als Patienten mit Tinnitus allein.“ nicht abgelehnt werden.

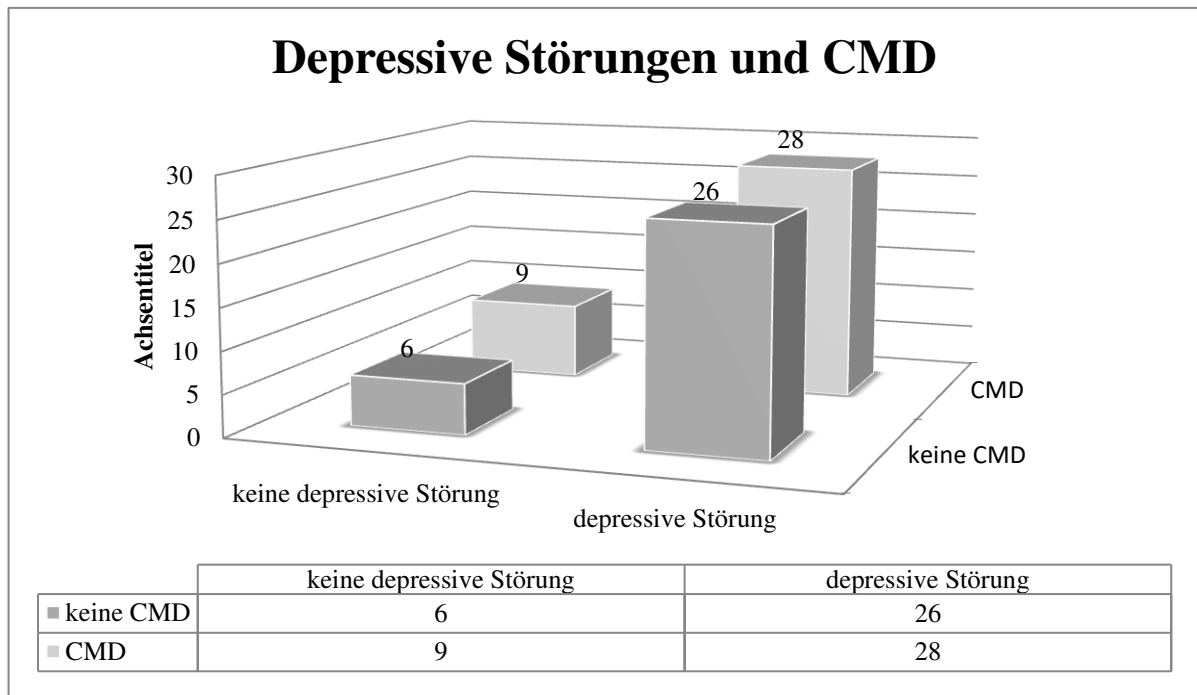


Bild 3.12: Depressive Störungen und CMD, absolute Ergebnisse

Der Chi-Quadrat-Test ergibt für Angststörungen und CMD eine Wahrscheinlichkeit (einseitig getestet) von 0,226 ($\text{Chi-Quadrat}_{df1} = 0,567$) und im einseitigen Fischer's Exakt-Test eine Signifikanz von 0,307. Damit besteht kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit von Angststörungen bei CMD- und Nicht-CMD-Patienten.

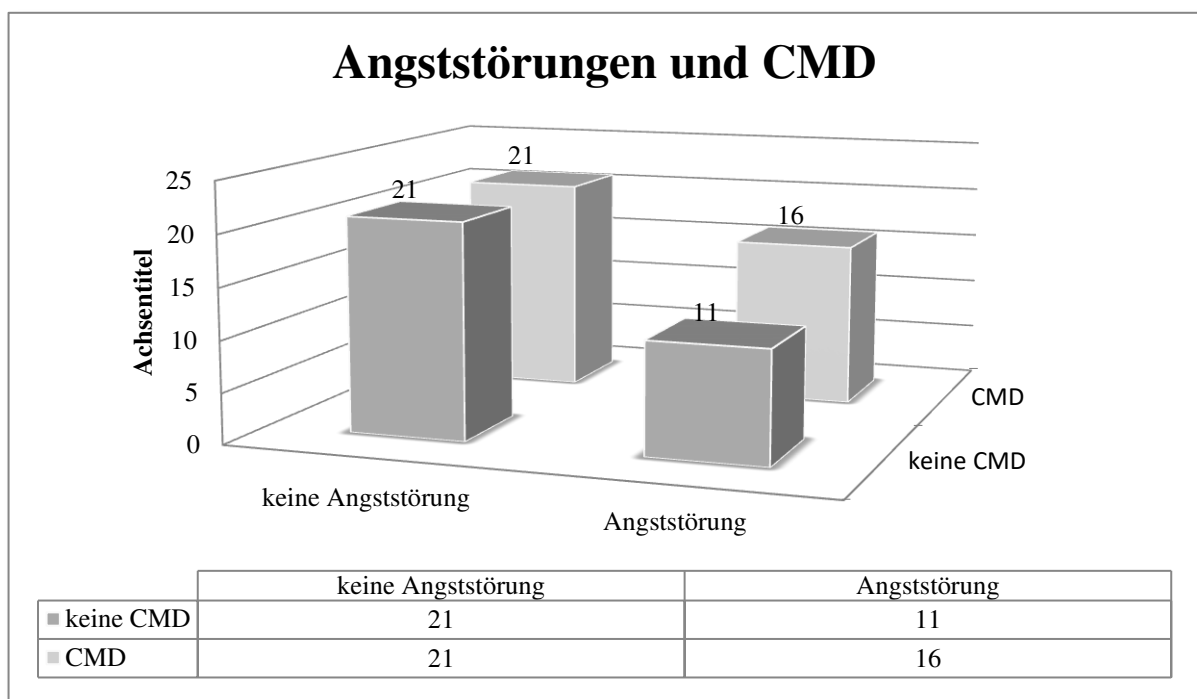


Bild 3.13: Angststörungen und CMD, absolute Ergebnisse

Zuletzt zeigt sich auch bei den Somatoformen Störungen, dass die Nullhypothese **H₀** beibehalten werden muss: Es ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit (einseitig getestet) von 0,381 ($\text{Chi-Quadrat}_{df1} = 0,092$) und im einseitigen Fischer's Exakt-Test eine Signifikanz von 0,495. Damit besteht ebenfalls kein statistisch bedeutsamer Unterschied in der Häufigkeit von Somatoformen Störungen bei CMD- und Nicht-CMD-Patienten.

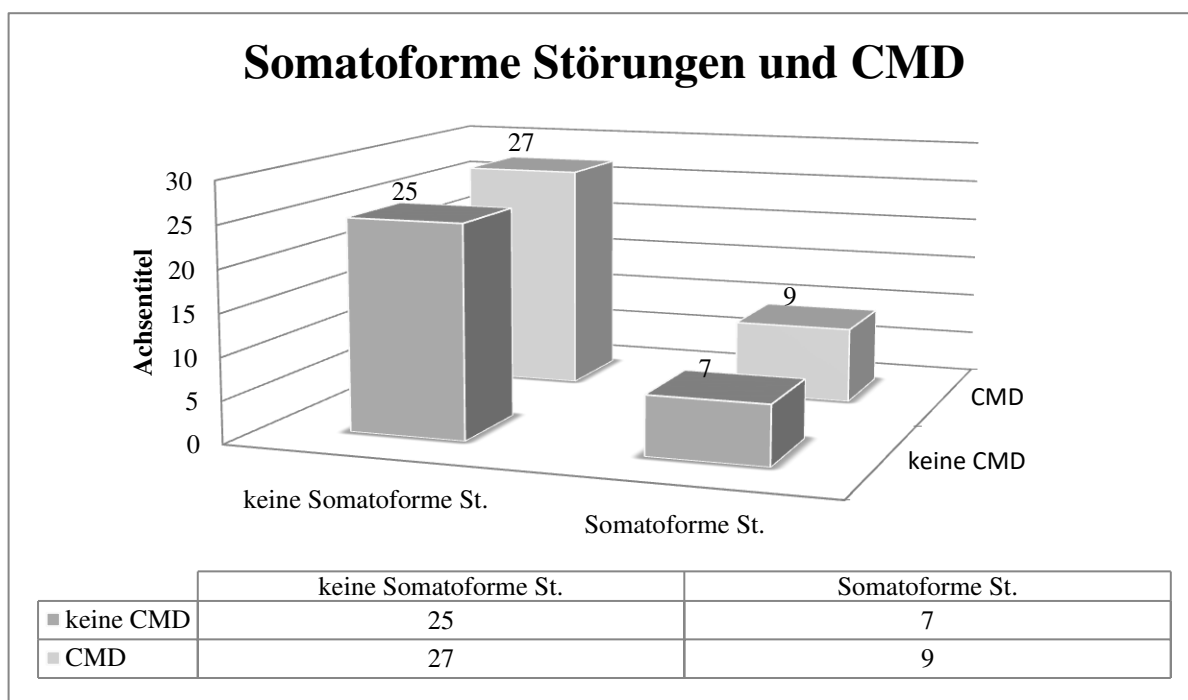


Bild 3.14: Somatoforme Störungen und CMD, absolute Ergebnisse

Auch die zentrale Nullhypothese der quantitativen Diagnosenhäufigkeit pro Patient **H₀**: „Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD weisen keine höhere psychische Komorbidität auf als Patienten mit Tinnitus allein“ erweist sich als zunächst gültig, ein Unterschied, bei geringen Tendenzen, konnte nicht nachgewiesen werden.

Die Häufigkeit der Diagnosen bei Tinnitusbetroffenen mit und ohne CMD ist aus Bild 3.15 ersichtlich. Die Häufigkeiten der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant. Der Chi-Quadrat-Test zeigt bei $\text{Chi-Quadrat}_{df4} = 0,730$ für Diagnosenanzahl und CMD eine Signifikanz (einseitig) von $p = 0,474$.

Im Schnitt wiesen die untersuchten Tinnitusbetroffenen ohne CMD durchschnittlich 1,38 psychische Diagnosen zusätzlich zum chronischen Tinnitus auf, Tinnitusbetroffene mit CMD hatten durchschnittlich 1,57 psychische Diagnosen. Im metrischen Mittelwertvergleich via ANOVA unterschieden sich die Mittelwerte der Diagnosenanzahl beider Gruppen folglich ebenfalls nicht ($F_{1,67} = 0,516$; $p = 0,475$).

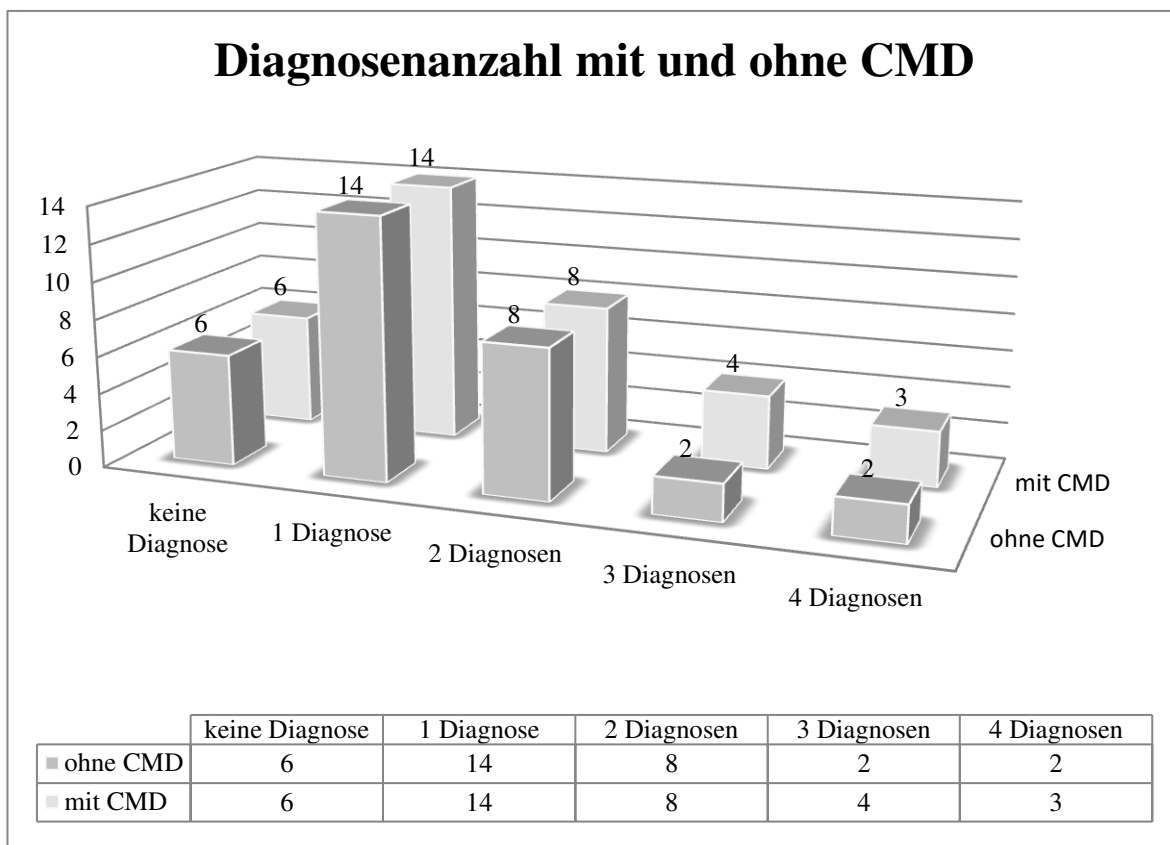


Bild 3.15: Anzahl der Diagnosen bei Patienten mit und ohne CMD

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass in allen Mittelwertvergleichen der einzelnen Patientengruppen keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden konnten. Tinnitusbetroffene mit CMD können in dieser Untersuchung nicht in Ihren psychischen Erkrankungen von denen ohne CMD unterschieden werden.

Da die CMD mehrere verschiedene Beschwerden in anatomisch zu unterscheidenden Strukturen in einer Diagnose zusammenfasst, liegt - auch anhand der bisherigen Forschungsergebnisse - der Verdacht nahe, dass sich möglicherweise psychopathologische Zusammenhänge aber sehr wohl bei bestimmten einzelnen CMD-Unterbefunden gefunden werden könnten. Zunächst wurde untersucht, wie stark die einzelnen CMD-Unterbefunde bei den untersuchten stationären Tinnitusbetroffenen überhaupt miteinander zusammenhängen und somit einer einheitlichen Diagnose „CMD“ gerecht werden.

Hierzu wurden Korrelationen der einzelnen CMD-Befunde untereinander gebildet.

3.1.9 Korrelationen

3.1.9.1 Korrelationen des zahnmedizinischen Befundes

| Korrelation der Screeningkriterien der zahnmedizinischen Untersuchung untereinander | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | CMD |
|---|---------------------------|---------------------|-------------------|------------------|-----------------|--------------------------|---------------------------|----------------------|------------------|
| | | | Parafunkt. Befund | Palpationsbefund | Gelenkgeräusche | Mundöffnung asymmetrisch | Mundöffnung eingeschränkt | habituelle Okklusion | CMD-Entscheidung |
| 1 | Parafunkt. Befund | Pearson Correlation | 1,000 | ,179 | ,295(*) | ,294(*) | ,141 | ,300(*) | -,624(**) |
| | | Sig. (2-tailed) | , | ,142 | ,014 | ,014 | ,251 | ,012 | ,000 |
| | | N | 69 | 69 | 69 | 69 | 68 | 69 | 69 |
| 2 | Palpationsbefund | Pearson Correlation | ,179 | 1,000 | ,360(**) | ,385(**) | ,037 | ,315(**) | -,532(**) |
| | | Sig. (2-tailed) | ,142 | , | ,002 | ,001 | ,767 | ,008 | ,000 |
| | | N | 69 | 69 | 69 | 69 | 68 | 69 | 69 |
| 3 | Gelenkgeräusche | Pearson Correlation | ,295(*) | ,360(**) | 1,000 | ,519(**) | -,129 | ,515(**) | -,641(**) |
| | | Sig. (2-tailed) | ,014 | ,002 | , | ,000 | ,296 | ,000 | ,000 |
| | | N | 69 | 69 | 69 | 69 | 68 | 69 | 69 |
| 4 | Mundöffnung asymmetrisch | Pearson Correlation | ,294(*) | ,385(**) | ,519(**) | 1,000 | ,072 | ,287(*) | -,574(**) |
| | | Sig. (2-tailed) | ,014 | ,001 | ,000 | , | ,559 | ,017 | ,000 |
| | | N | 69 | 69 | 69 | 69 | 68 | 69 | 69 |
| 5 | Mundöffnung eingeschränkt | Pearson Correlation | ,141 | ,037 | -,129 | ,072 | 1,000 | -,093 | -,164 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,251 | ,767 | ,296 | ,559 | , | ,453 | ,181 |
| | | N | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 |
| 6 | habituelle Okklusion | Pearson Correlation | ,300(*) | ,315(**) | ,515(**) | ,287(*) | -,093 | 1,000 | -,511(**) |
| | | Sig. (2-tailed) | ,012 | ,008 | ,000 | ,017 | ,453 | , | ,000 |
| | | N | 69 | 69 | 69 | 69 | 68 | 69 | 69 |
| C M D | CMD-Entscheidung | Pearson Correlation | -,624(**) | -,532(**) | -,641(**) | -,574(**) | -,164 | -,511(**) | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,181 | ,000 | , |
| | | N | 69 | 69 | 69 | 69 | 68 | 69 | 69 |

Tabelle 3.8: Korrelationen der einzelnen CMD-Befunde untereinander (n=68)

Wie Tabelle 3.8 zeigt, fallen die Korrelationen der zahnmedizinischen Befunde untereinander insgesamt gering aus. Die Diagnose der CMD entsteht aus der Zusammenwirkung dieser einzelnen, gering korrelierten Symptomen und Befunden. Dadurch entsteht eine in sich inhomogene Diagnose, die eine globale Beurteilung des Vorhandenseins einer Dysfunktion erlaubt – aber spezifische Vergleiche, z.B. unter der Annahme einer gemeinsamen Ätiologie werden scheitern. Trägt man dieser Tatsache Rechnung so müssen die einzelnen Befunde jeweils mit den psychischen Befunden verglichen werden, um die vermuteten Zusammenhänge von CMD-Symptomen und psychischen Symptomen aufzudecken.

3.1.9.2 Korrelationen der zahnmedizinischen und psychischen Befunde

Bei den Korrelationen der einzelnen zahnmedizinischen CMD-Befunde und der erhobenen psychischen Befunde zeigen sich hoch signifikante Korrelationen des positiven CMD-Palpationsbefundes mit nahezu allen erhobenen Befunden, die eine erhöhte Angst beim Patienten anzeigen. Da jeweils eine spezifische H1-Hypothese vermutet wurde (positiver oder negativer Zusammenhang), sind die Wahrscheinlichkeiten der Korrelationen einseitig gerichtet. Dies gilt für die SCL-Subskalen „Ängstlichkeit“ ($r = -0,354$; $p = 0,0015$), „Phobische Angst“ ($r = -0,334$; $p = 0,0025$) und „Somatisierung“ ($r = -0,341$; $p = 0,002$), sowie für das Beck-Angst-Inventar (BAI) ($r = -0,341$; $p = 0,0025$). Ebenfalls hoch signifikant ergibt sich eine Korrelation aus Tinnitus-Grad (im STI) und dem Palpationsbefund ($r = -0,311$; $p = 0,0045$). Noch signifikant sind die Korrelationen des positiven Palpationsbefundes mit den SCL-Skalen „Psychotizismus“ ($r = -0,274$; $p = 0,012$), „Generelle Symptomatik“ ($r = -0,272$; $p = 0,0125$), dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) ($r = -0,275$; $p = 0,0265$) und dem „Stress-Index“ ($r = -0,256$; $p = 0,0175$). Auch die Anzahl der psychischen Diagnosen nach ICD-10 korreliert signifikant mit dem Palpationsbefund ($r = -0,258$; $p = 0,016$).

3.1.9.3 Mittelwertvergleich der psychopathologischen Befunde bei Patienten mit positivem und negativem Palpationsbefund

Nachdem sich bei Patienten mit positivem Palpationsbefund eindeutige Korrelationen mit verschiedenen psychopathologischen Befunden, insbesondere in verschiedenen Angstskalen, ergeben haben, wurden die Mittelwerte dieser Befunde erhoben und mittels t-Tests wurden Mittelwertvergleiche durchgeführt.

Es zeigten sich signifikante Mittelwertunterschiede für den Tinnitusgrad im STI, für die SCL-Werte „Somatisierung“, „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“, „Psychotizismus“, „Generelle Symptomatik“ und „Stress-Index“, sowie für den BDI und den BAI und auch für die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen. Tendenzen zeigten sich für den TF Gesamtscore und die 4-Stufen des GÜF.

Der Tinnitusgrad im STI (Schweregrade I (leicht), II (mittel) bis III (schwer)) betrug bei Patienten mit positivem Palpationsbefund im Mittel 2,43 bei Patienten mit negativem Palpationsbefund hingegen 2,07. Es ergibt sich eine durchschnittliche Differenz von 0,36, die Mittelwerte unterscheiden sich mit einer Signifikanz von $p = 0,0045$.

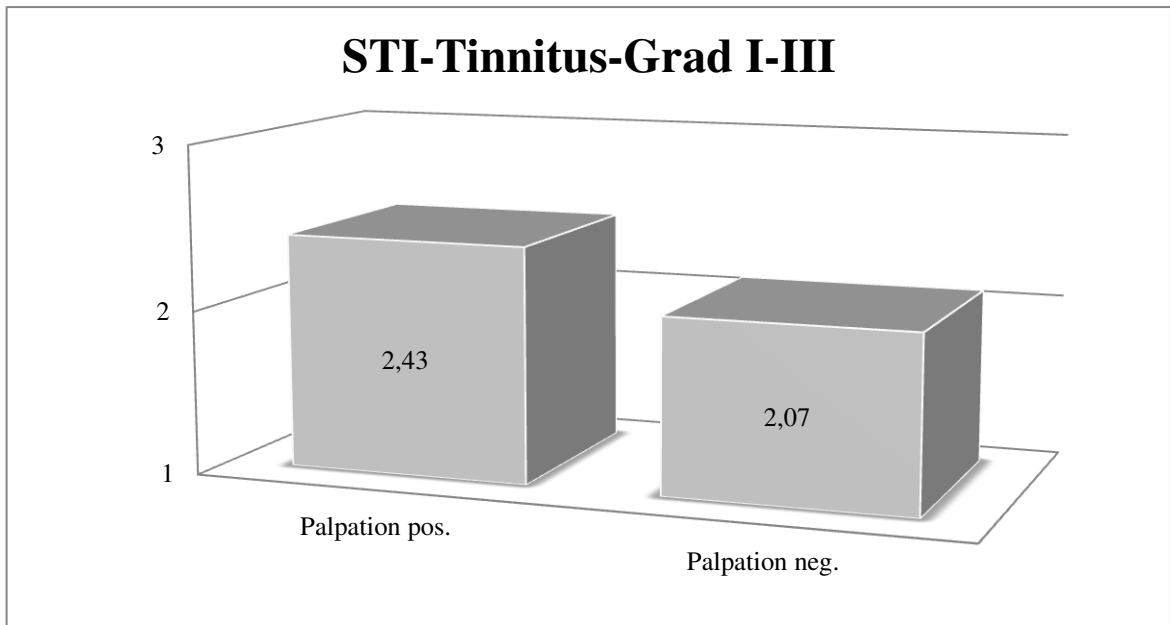


Bild 3.16: Mittelwerte des STI-Tinnitusgrades bei positivem und neg. Palpationsbefund

Deutliche Mittelwertunterschiede ergeben sich auch für einige Ergebnisse der Symptomcheckliste (SCL):

So zeigen sich für den Bereich „Somatisierung“ Mittelwerte von 1,50 (Palpation positiv) gegen einen Mittelwert von 0,96 mit einem Mittelwertunterschied von 0,54 und einer Signifikanz von 0,0055.

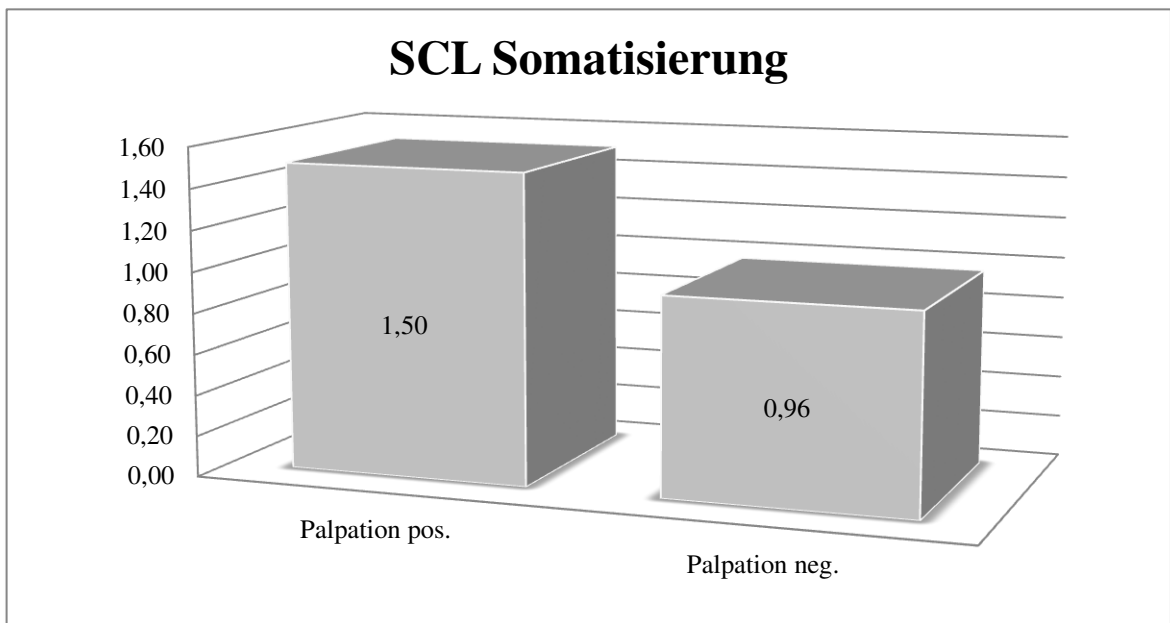


Bild 3.17: Mittelwerte der SCL-Werte „Somatisierung“ bei positivem und neg. Palpationsbefund (n=68)

Ähnliches zeigt sich für den Bereich „Ängstlichkeit“ mit einem Mittelwert von 1,46 bei Patienten mit positivem und 0,84 bei negativem Palpationsbefund. Auch hier ist der durchschnittliche Mittelwertunterschied (0,62) signifikant (0,0035).

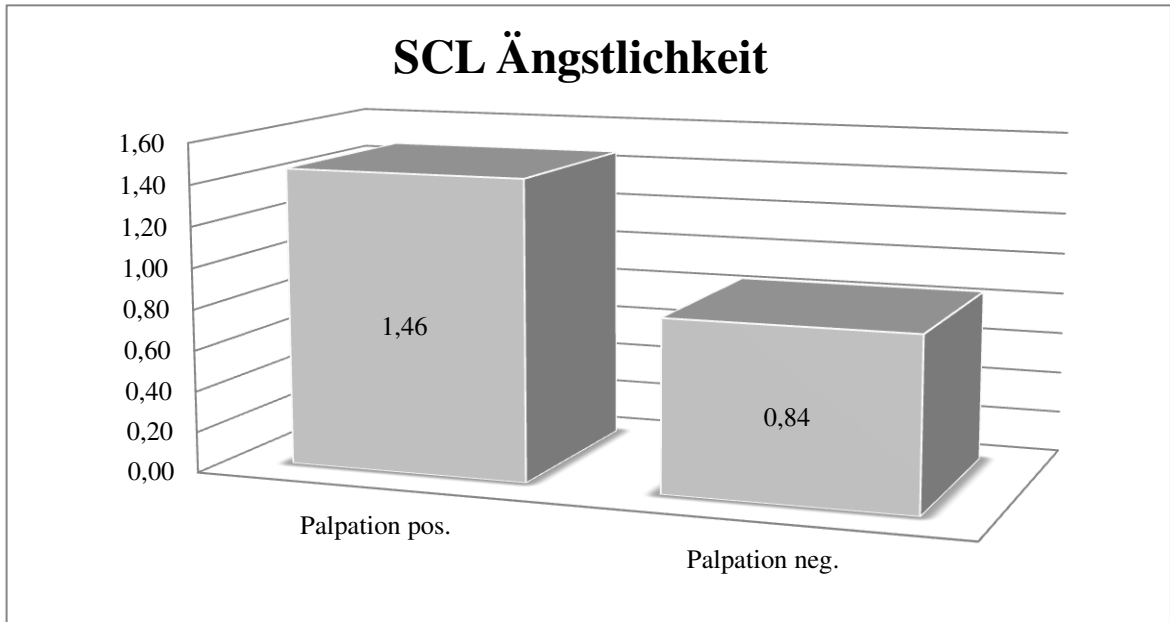


Bild 3.18: Mittelwerte Der SCL-Werte „Ängstlichkeit“ bei positivem und neg. Palpationsbefund

Auch beim SCL-Bereich „Phobische Angst“, mit auf Personen, Objekten und Orten gerichteter Angst, ist der Mittelwertunterschied (mit 0,51) signifikant (0,0075) bei Mittelwerten von 0,92 für Patienten mit positiver Palpation und 0,41 bei negativer Palpation.

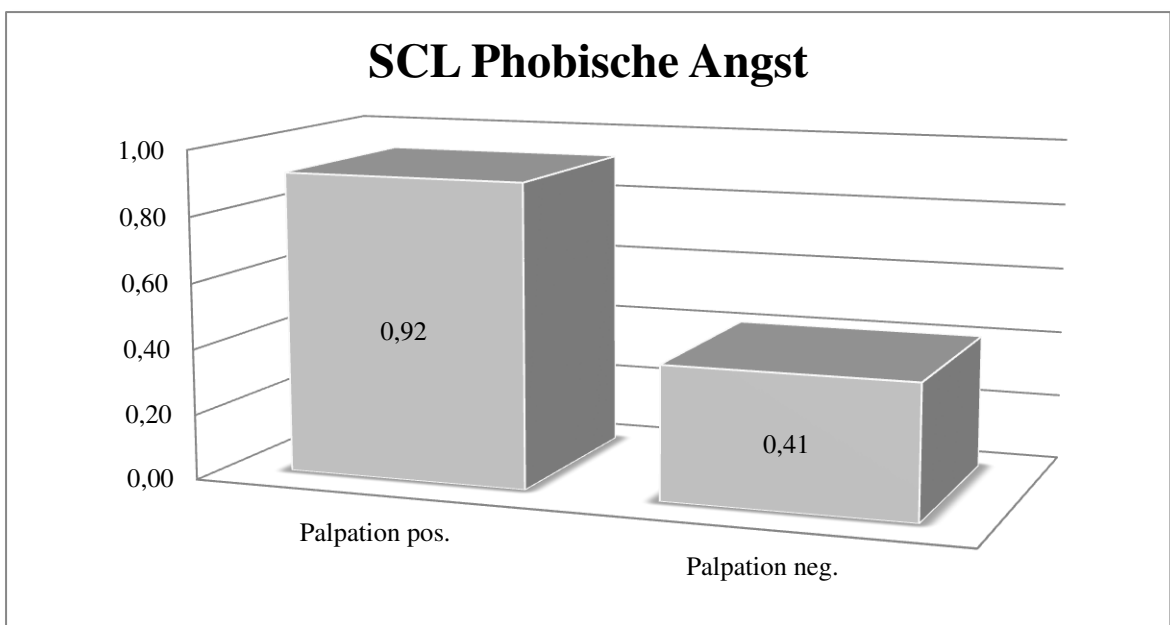


Bild 3.19: Mittelwerte Der SCL-Werte „Phobische Angst“ bei positivem und neg. Palpationsbefund

Selbst der Bereich „Psychotizismus“, der (bedrohliche) Gefühle der Isolation und Entfremdung beschreibt, unterscheidet sich bei Patienten mit positivem (0,89) und negativem (0,52) Palpationsbefund (Mittelwertunterschied 0,37, $p=0,023$).

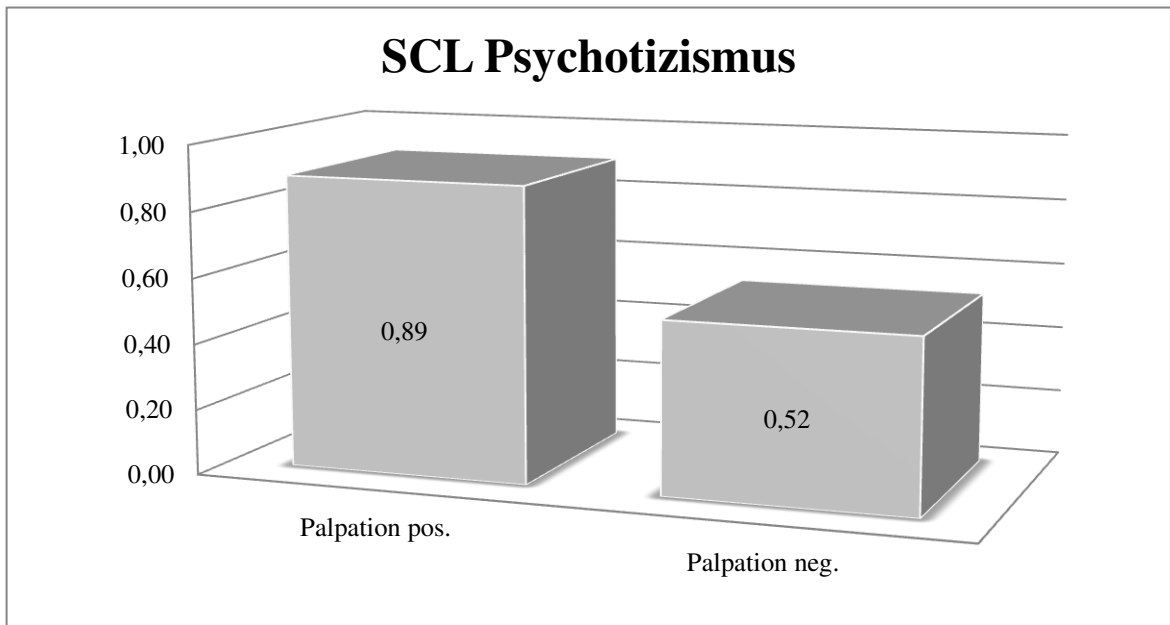


Bild 3.20: Mittelwerte Der SCL-Werte „Psychotizismus“ bei positivem und neg. Palpationsbefund

Der globale Kennwert „Generelle Symptomatik“, der innerhalb des SCL als bester Indikator für die insgesamt vorhandene psychische Belastung gilt, liegt bei Patienten mit positivem Palpationsbefund im Schnitt bei 1,17 und bei negativem Palpationsbefund bei 0,82 (Mittelwertunterschied von 0,35, $p=0,022$).

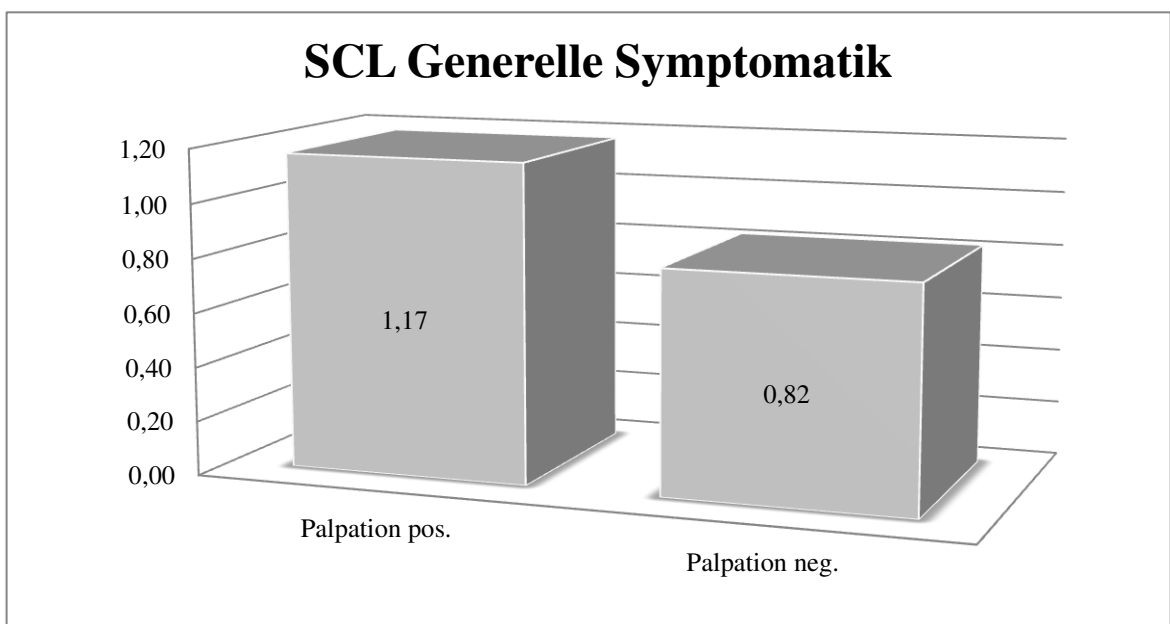


Bild 3.21: Mittelwerte Der SCL-Werte „Generelle Symptomatik“ bei positivem und neg. Palpationsbefund

Auch der „SCL Stress-Index“, der die Intensität der berichteten Belastungen beschreibt, ist bei positivem Palpationsbefund (1,74) im Schnitt höher als bei negativem (1,48). Der Mittelwertunterschied beträgt 0,27, bei $p=0,0265$.

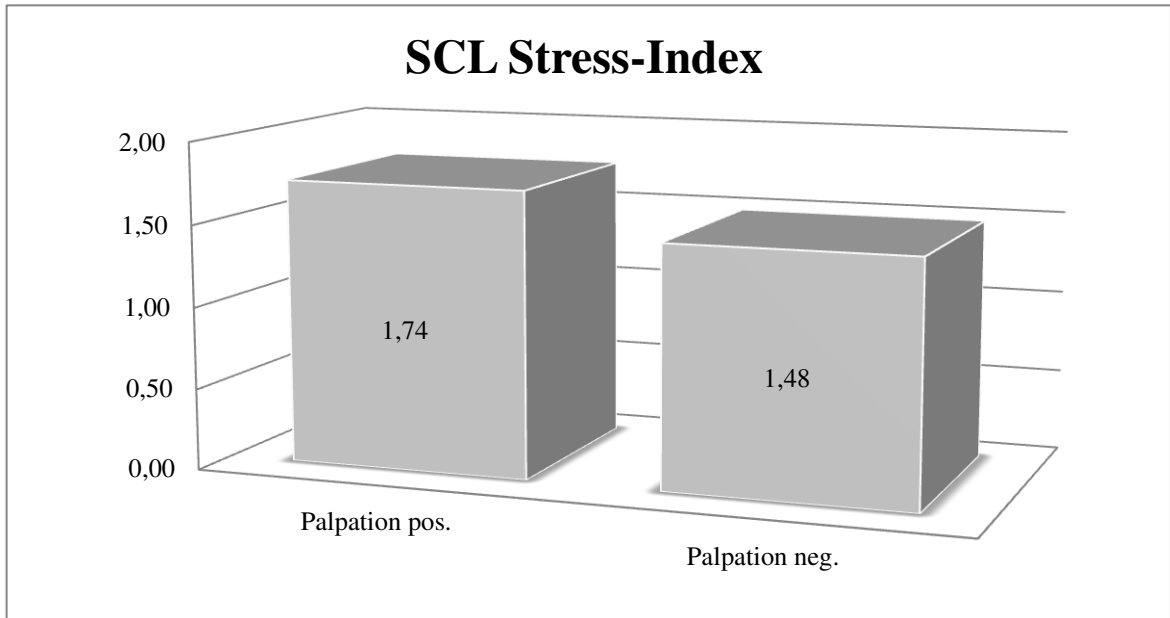


Bild 3.22: Mittelwerte der SCL-Werte „Stress-Index“ bei positivem und neg. Palpationsbefund

Auch beim Beck Depressioninventar (BDI) bei Aufnahme waren die Patienten mit positivem Palpationsbefund belasteter (Mittelwert von 21,82) als diejenigen mit negativem Palpationsbefund (Mittelwert von 14,71). Auch dieser Mittelwertunterschied fällt mit 7,1 signifikant ($p=0,0265$) aus.

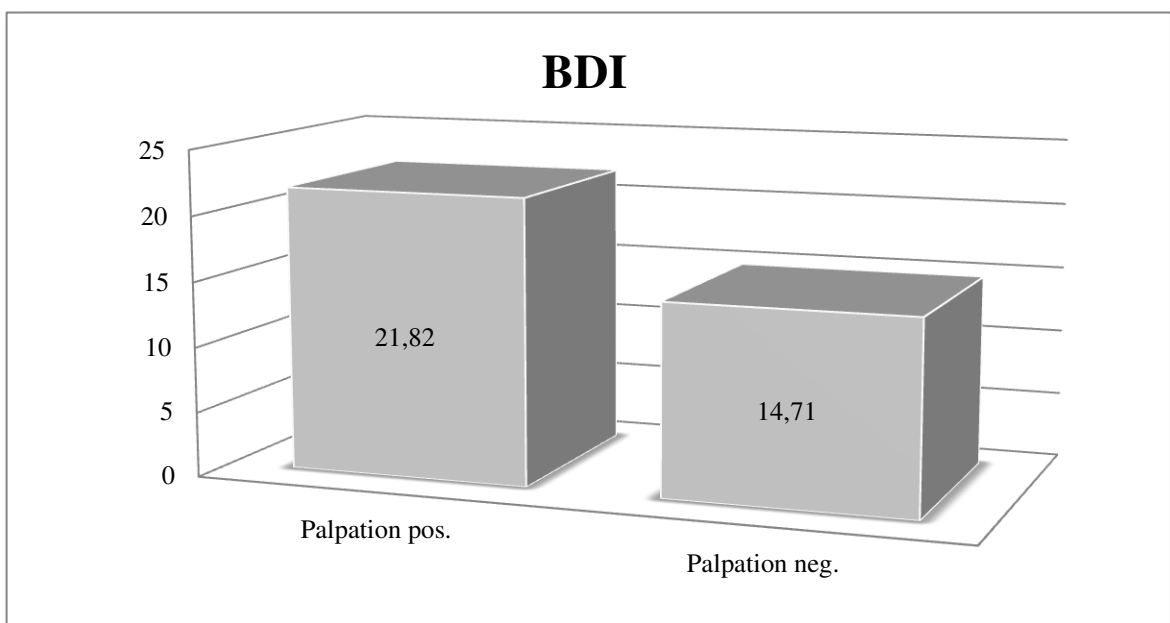


Bild 3.23: Mittelwerte der BDI-Summenwerte bei positivem und neg. Palpationsbefund

Ebenso waren beim Beck Angstinventar (BAI) die Patienten mit positivem Palpationsbefund ängstlicher (Mittelwert von 22,20) als diejenigen mit negativem Palpationsbefund (Mittelwert von 13,02). Auch dieser Mittelwertunterschied fällt mit 9,18 signifikant ($p=0,005$) aus.

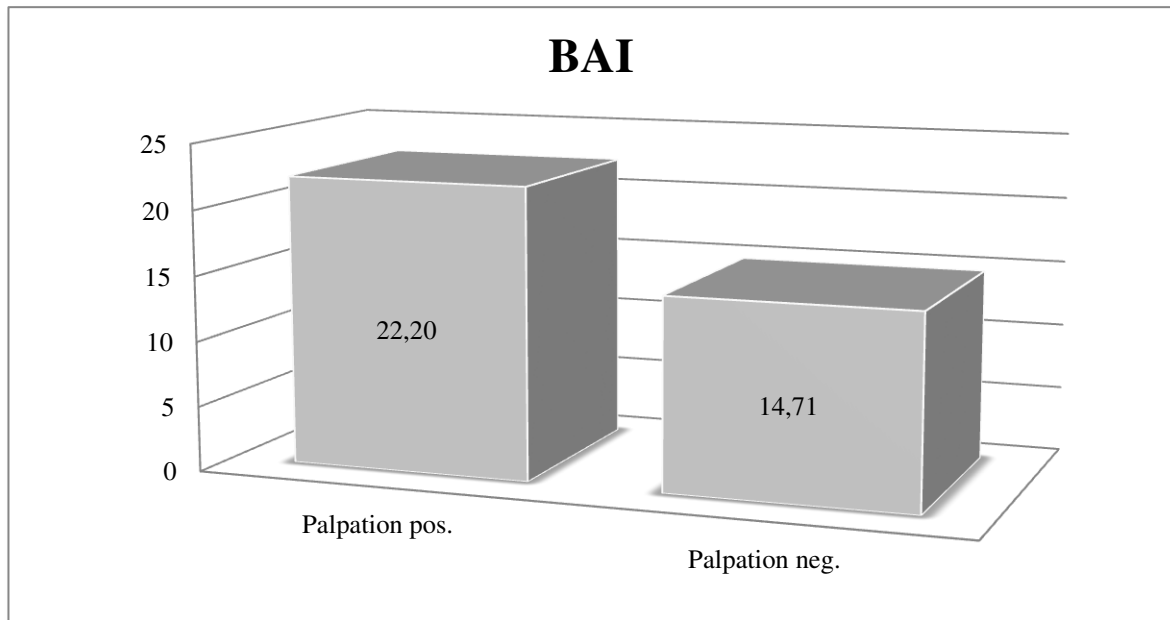


Bild 3.24: Mittelwerte der BAI-Summenwerte bei positivem und neg. Palpationsbefund

Auch die Anzahl der Diagnosen, die Ausprägung der psychiatrischen Komorbidität, hat sich im Mittelwert bei positivem (1,82) und negativem (1,24) Palpationsbefund signifikant ($r = 0,016$) unterschieden.

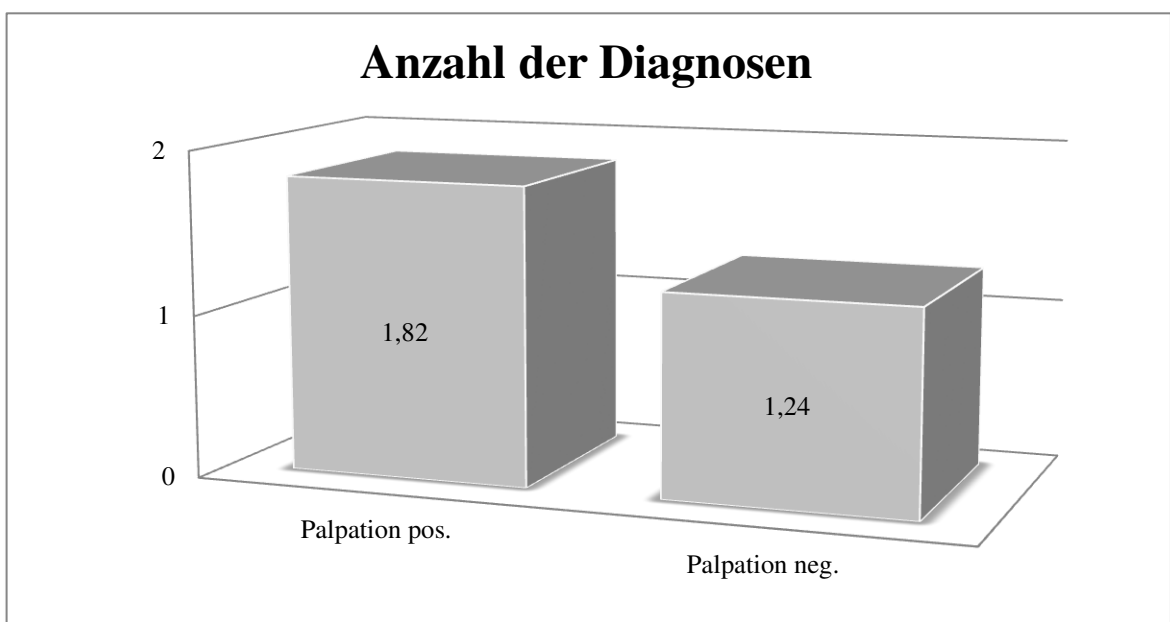


Bild 3.25: Mittelwerte der Anzahl (psychiatrischer) Diagnosen bei positivem und neg. Palpationsbefund

Die Tabelle 3.9 zeigt abschließend noch einmal eine Übersicht über die ermittelten Mittelwertsunterschiede.

| t-Test (Palpationsbefund) | Gleiche Varianzen angenommen | t | Freiheitsgrade (df) | Sig. (1-seitig) | Durchschnitt Differenz | Standardfehler der Differenz |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------|------------------------|-----------------|---------------------------|---------------------------------|
| STI-Tinnitus-Grad (I-III), Item 6 | ja | 2,678 | 67 | ,0045 | ,36 | ,13 |
| SCL Somatisierung | nein | 2,681 | 38,946 | ,0055 | ,5395 | ,2013 |
| SCL Ängstlichkeit | nein | 2,844 | 41,439 | ,0035 | ,6165 | ,2168 |
| SCL Phobische Angst | nein | 2,563 | 35,915 | ,0075 | ,5113 | ,1995 |
| SCL Psychotizismus | nein | 2,063 | 36,392 | ,023 | ,3702 | ,1794 |
| SCL Gen. Symptomatik | nein | 2,086 | 38,584 | ,022 | ,3490 | ,1673 |
| SCL Stress-Index | nein | 1,991 | 41,396 | ,0265 | ,26684 | ,13403 |
| BDI Aufnahme | ja | 1,985 | 48 | ,0265 | 7,10 | 3,58 |
| BAI | nein | 2,687 | 39,571 | ,005 | 9,18 | 3,41 |
| Anzahl der ICD-10 Diagnosen | ja | 2,188 | 67 | ,016 | ,58 | ,26 |
| TF Gesamtscore | ja | 1,387 | 46 | ,086 | 7,33 | 5,29 |
| GÜF 4-Stufen | nein | 1,608 | 62,484 | ,0565 | ,4120 | ,2562 |

Tabelle 3.9: Übersicht t-Test Palpationsbefund und psychische Befunde

3.1.10 Zusammenhänge zwischen Palpationsbefund und psychischen Erkrankungen

Zusätzlich wurde post hoc untersucht, ob die Patienten mit positivem Palpationsbefund, nachdem sie ja deutliche psychische Auffälligkeiten zeigten, in Bezug auf psychische Erkrankungen auffälliger waren, als jene mit unauffälligem Palpationsbefund.

Der Chi-Quadrat-Test ergibt für positiven Palpationsbefund und Angststörungen eine Wahrscheinlichkeit (einseitig getestet) von 0,063 ($\text{Chi-Quadrat}_{df1} = 2,337$) und im einseitigen Fischer's Exakt-Test eine Signifikanz von 0,10. Damit besteht kein statistisch signifikanter, gerade noch ein tendenzieller Unterschied, in der Häufigkeit von Angststörungen bei unterschiedlichem Palpationsbefund.

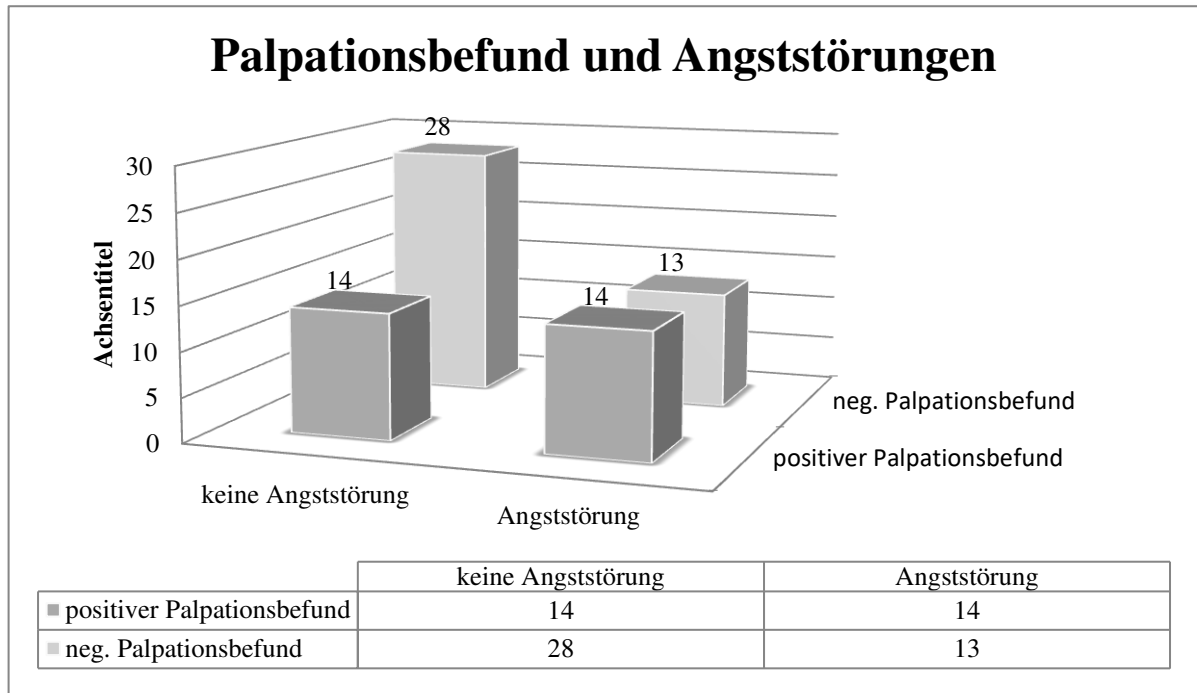


Bild 3.26: Palpationsbefund und Angststörungen: absolute Ergebnisse

Vergleichbares zeigt sich für somatoforme Störungen: der Chi-Quadrat-test zeigt eine einseitig getestete Wahrscheinlichkeit von 0,061 ($\text{Chi-Quadrat}_{df1} = 2,392$) und im Fischer's Exakt-Test auch hier gerade noch eine Tendenz mit einer Signifikanz von 0,10,

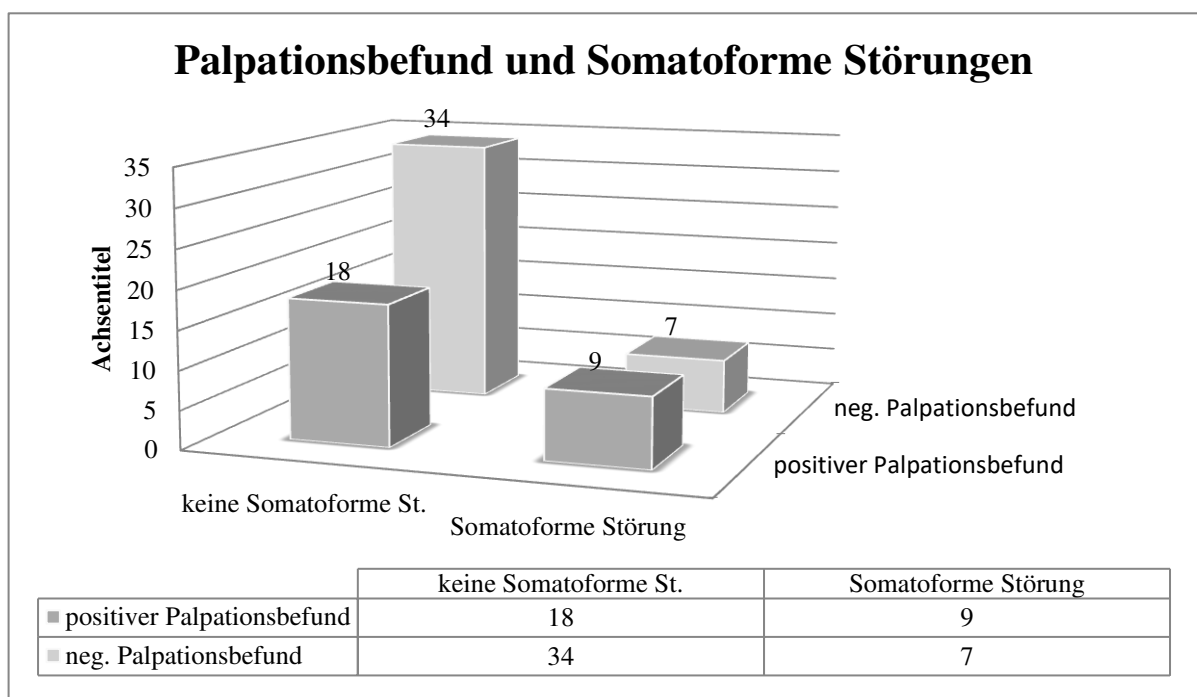


Bild 3.27: Palpationsbefund und Somatoforme Störungen: absolute Ergebnisse

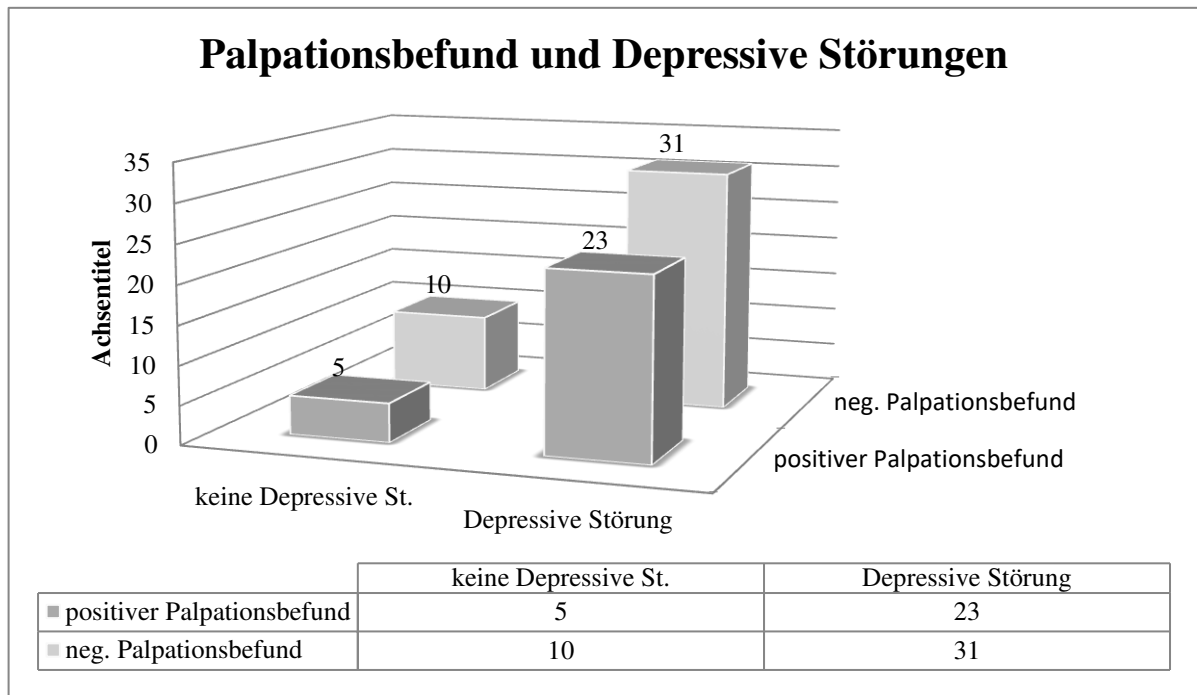


Bild 3.28: Palpationsbefund und Depressive Störungen: absolute Ergebnisse

Kein nachweisbarer Unterschied zeigte sich für die Depressiven Störungen: im Chi-Quadrat-Test bestand eine einseitig getestete Wahrscheinlichkeit von 0,259 ($\text{Chi-Quadrat}_{df1} = 0,417$) und im einseitigen Fischer's Exakt-Test eine Signifikanz von 0,37.

Die absolute Verteilung der psychischen Diagnosen bei unterschiedlichem Palpationsbefund zeigen die Bilder Bild 3.26 bis Bild 3.28

4 Diskussion

4.1 Entwicklung der Fragestellung

„Da wird sein Heulen und Zähneklappern“. Das meint Matthäus bedrohlich. Angst sollen wir haben. Zwar nicht vor Tinnitus und CMD, aber die Bibelstelle in Matthäus 8,12 erinnert daran, dass große Angst sich in körperlichen Symptomen ausdrückt – und auch, dass hinter körperlichen Symptomen Ängste stecken können.

Aus der klinischen Erfahrung kam der Verdacht auf, ob nicht bei den besonders „verbissenen“ Tinnitusbetroffenen, also den psychomotorisch bereits auffällig angespannten Patienten nicht eine Craniomandibuläre Dysfunktion und - noch weitergehend - nicht ein Zusammenhang zwischen Tinnitus, Craniomandibulärer Dysfunktion und psychischer Komorbidität, besonders den Angsterkrankungen zu finden sein müsste. Stünde - in der Vorstellung eines psychosomatisch-psychotherapeutisch Denkenden - nicht gar hinter dem (dekompenzierten) Tinnitus und der (zusätzlichen) Craniomandibulären Dysfunktion eigentlich eine psychische Störung – gar präziser eine Angststörung und/oder somatoforme Störung? Die Doppelerkrankung an Tinnitus und CMD als eine Art psychosomatischer Super-GAU oder um bei dem Bild zu bleiben einem psychosomatischen Jüngsten Gericht? Klar, dass das sehr einseitig und weit gedacht war – aber psychosomatische Zusammenhänge wurden wissenschaftlich sowohl für den Tinnitus, als auch die CMD bereits gefunden. Untersuchungen für Patienten mit beiden Erkrankungen, chronischem Tinnitus und CMD und deren psychischen Komorbidität liegen bisher nicht vor.

4.2 Beobachtungen zur Stichprobe

Es bot sich in der Klinik Roseneck eine Stichprobe aus Patienten, die wegen ihres Tinnitusleidens eine stationäre psychosomatische Therapie in Anspruch nehmen, an. Die weit überwiegende Zahl der Tinnitusbetroffenen leidet an einem Tinnitus-Schweregrad II (64%) oder III (29%) (STI) und der Gesamtscore im Tinnitus-Fragebogen lag im Durchschnitt bei 45 entsprechend einer noch mittelgradigen Tinnitussymptomatik. Also eine Stichprobe in der die Probanden bereits durch die Aufnahme einer stationären psychosomatischen Therapie als psychisch belastet, meist psychisch erkrankt, definiert sind. Alle Ergebnisse sind unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten, dass die Stichprobe aus bereits psychisch

belasteten Probanden bestand – was für die Fragestellung sogar noch eine größere Herausforderung darstellt – denn würden sich die bereits psychisch belasteten stationären Tinnitusbetroffenen mit einer bekannt hohen psychischen Komorbidität von bis zu 85% für affektive Störungen (Goebel & Hiller, Das Strukturierte Tinnitus Interview (STI), 2001) (Goebel, Psychische Komorbiditäten bei Tinnitus, 2015) von denen mit zusätzlicher CMD-Diagnose unterscheiden können? Eine Unterscheidung der psychiatrischen Diagnosen dieser beiden Patientengruppen wäre, zumal bei der recht kleinen Gesamtstichprobe von nur 73 Patienten mit zahnmedizinischer CMD-Untersuchung, schon beeindruckend gewesen.

4.3 Bewertung der Ergebnisse

4.3.1 Bestätigung der Nullhypothesen für Diagnosen

In den Ergebnissen zeigte sich, dass nur 13 dieser 73 Patienten, also knapp 18%, keine psychiatrische Diagnose aufwiesen, der weit überwiegende Teil wies psychiatrisch komorbide Störungen auf. Bei den beinahe gleichmäßig aufgeteilten beiden Patientengruppen Tinnitusbetroffene mit CMD (54%) und Tinnitusbetroffene ohne CMD (46%) zeigten sich dann auch keine signifikanten Unterschiede in der psychiatrischen Komorbidität. Weder in der Anzahl der Diagnosen (siehe Bild 3.15), mit praktisch gleichen Häufigkeiten, noch in Bezug auf die einzelnen Diagnosen. Selbst bei den Angststörungen, hatten bei den CMD-Patienten genauso viele Patienten keine Angststörung wie bei den Nicht-CMD-Patienten (jeweils 21, siehe Bild 3.13) – dass CMD-Patienten schon deutlich mehr Angststörungen aufwiesen (16 zu 11) ergibt statistisch aber nicht einmal eine Tendenz – es bleibt fraglich, ob hier eine größere Stichprobe hilfreich gewesen wäre. Und es ergibt sich die Frage ob in diesem Zusammenhang Diagnosen – sowohl die CMD als auch die psychiatrischen Diagnosen als Variablen zur wissenschaftlichen Untersuchung geeignet sind. Fassen sie nicht zu viele, besonders in Bezug auf die CMD, eigentlich ätiologisch, anatomisch, statische und funktional veränderbare, also teilweise gänzlich voneinander unabhängige Variablen in einer Überkategorie zusammen? Eingeschränkt gilt dies natürlich auch für die psychiatrischen Diagnosen – denn kann nicht ein ängstlich-agitierter depressiver Patient chronisch ängstlich angespannt sein, obwohl er dann den depressiven Erkrankungen zugeordnet wäre? Während ein Sozialphobiker - solange er das Haus nicht verlässt, also vermeidet - zwar phobische aber durchaus ansonsten angstarm oder gar entspannt sein kann – obwohl er den Angsterkrankungen zugeordnet wäre? Es spricht viel dafür, dass es sinnvoller

gewesen wäre, von vorneherein die Nullhypothesen nicht in Bezug auf einzelne Erkrankungen zu formulieren, sondern ausschließlich auf somatische (z.B. Muskelschmerz, Gelenksknacken, eingeschränkte Mundöffnung) und psychische (Ängstlichkeit, Depressivität) Befunde abzielen und hierbei die Messinstrumente genau zu definieren. Möglicherweise würden allenfalls sehr große Stichproben hier bei Untersuchungen mit Diagnosen zu signifikanten Ergebnissen führen.

4.3.2 Kritik der zahnärztlichen Untersuchungsmethode

Warum also konnte den CMD-Patienten keine andere oder höhere psychiatrische Komorbidität zugewiesen werden? Die Vermutung lag nahe, auch anhand der Literatur, dass die globale Diagnose Craniomandibuläre Dysfunktion als Sammeldiagnose verschiedener ätiologischer Ursachen leider keine wissenschaftlich hilfreiche Untersuchungsvariable darstellte. Es zeigte sich dementsprechend in einer post-hoc-Analyse, dass die einzelnen Untersuchungsbefunde die zur Gesamtdiagnose CMD führen, untereinander wenig korrelieren. Letztlich also der Diagnose CMD voneinander unabhängige Befunde und somit auch vermutlich unterschiedliche Ätiologien und Pathophysiologien zugrunde liegen. Diese Schwäche der sehr globalen Diagnose CMD ist wissenschaftlich bekannt und hat zu verschiedenen Versuchen geführt, diesem Dilemma zu begegnen. Hier sind besonders die Bemühungen von Dworkin (mit seinen „Research Diagnostic Criteria for temporomandibular Disorders“ (RDC/TMD) (Dworkin & LeResche, Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique, 1992)) zu nennen. Es war methodisch zwar praktikabel und gut durchführbar, sowie im deutschen Sprachraum durchaus üblich, aber zumindest ungünstig, hier die Untersuchungsmethode „CMD-Kurzbefund“ nach Ahlers und Jakstat (Ahlers & Jakstat, 2001) zu wählen, die der praktischen Durchführbarkeit im klinischen Alltag, besonders auch bei interdisziplinärem Einsatz Rechnung trägt, aber eben nicht die einheitliche, international vergleichbare und für diese Arbeit letztlich besonders wichtige Differenziertheit mitbringt. Gerade diese Differenziertheit leistet das Diagnoseschema RDC/TMD mit seiner Aufteilung in einzelne Achsen und Gruppen: Achse I mit den somatischen Befunden aufgeteilt in Gruppen, wobei die Gruppe I die schmerzhaften Beschwerden im Bereich der Kiefermuskulatur beschreibt (I.a Myofasziärer Schmerz, I.b Myofasziärer Schmerz mit eingeschränkter Mundöffnung) - hier hätte methodisch von vorneherein eine Untergruppe „I.a Myofasziärer Schmerz“ (fraglich weitgehend ähnlich dem schmerzhaften Palpationsbefund) existiert, die mit den psychischen Befunden statistisch in Verbindung gebracht werden hätte können. Zusätzlich hätten dann

für unsere Stichprobe die psychosozialen Befunde der Achse II vorgelegen, die die Arbeit ebenfalls international vergleichbarer gemacht hätten. So blieb hier das methodisch weniger elegante Vorgehen, die Gesamtdiagnose CMD in die einzelnen Untersuchungsbefunde zu zerlegen und mit den psychischen Befunden zu korrelieren.

4.3.3 Ein schmerzhafter Palpationsbefund zeigt erhöhte Ängstlichkeit, psychische Belastung und psychiatrische Komorbidität bei stationären Tinnitusbetroffenen an

Im positiven Ergebnis der Arbeit zeigten sich hohe Korrelationen des positiven (schmerzhaften) Palpationsbefundes (des M. Masseter pars superficialis und des M. Temporalis pars anterior) mit einigen psychopathologischen Befunden. Werden die Mittelwerte der CMD-Patienten mit schmerzhafter Palpation mit denen mit schmerzloser Palpation verglichen zeigen sich bei dieser, bereits a priori sehr belasteten, stationären Stichprobe an Patienten mit chronischem Tinnitus mit überwiegend schwerem Ausprägungsgrad immer noch hoch signifikante Unterschiede. Diese Gruppe hat einen im Schnitt deutlich höheren STI-Tinnituschweregrad (2,43 zu 2,07) und zeigt höhere Werte in der SCL für „Somatisierung“, „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“, „Psychotizismus“, sowie für „Generelle Symptomatik“ und „Stress-Index“. Des Weiteren höhere Gesamtwerte für den BDI und den BAI und sogar noch eine signifikant höhere Anzahl an psychiatrischen Diagnosen und damit an psychiatrischer Komorbidität. Immerhin noch Tendenzen zeigten sich für den Tinnitus-Fragebogen-Gesamtscore (TF-Gesamtscore) und die 4-Stufen des Geräuschüberempfindlichkeits-Fragebogens (GÜF). Das Ziel der Arbeit, Zusammenhänge zwischen Tinnitus, CMD und psychischer Belastung und Komorbidität zu überprüfen, kann für diese Untergruppe an CMD-Patienten mit schmerzhafter Palpation eindeutig als erreicht bezeichnet werden. Es kann behauptet werden, das nachgewiesen werden konnte, dass chronische Tinnitusbetroffene mit einem schmerzhaften Palpationsbefund der Kiefermuskulatur im Schnitt eine höhere Ängstlichkeit aufweisen, insgesamt einen ausgeprägteren Tinnitusgrad aufweisen und anhand der erhöhten Skalen in der SCL kann angenommen werden, dass sie mehr unter Ihrer Symptomatik leiden und auch eine psychiatrisch höhere Komorbidität aufweisen.

Diese Ergebnisse ergänzen und bestätigen bisherige wissenschaftliche Ergebnisse sowohl in der Notwendigkeit, die CMD-Diagnose differenzierter zu gestalten, als auch in der Erkenntnis, dass CMD-Patienten mit muskulären

Beeinträchtigungen eine höhere psychische Belastung, insbesondere aber eine erhöhte Ängstlichkeit, aufweisen.

4.3.4 Einordnung der Ergebnisse in die wissenschaftlichen Erkenntnisse anderer Autoren

Besonders erwähnt sei hier die Untersuchung von Bonjardim et al. (Bonjardim, Gavião, Pereira, & Castelo, 2005) an Jugendlichen mit signifikanten Korrelationen einer CMD-Unterskala „Palpationsindex“ und einer Angstska (HADSa), welche sich für die ebenfalls durchgeführte Depressionsskala (HADSd) nicht zeigte – eine vollkommen andere Stichprobe mit Jugendlichen, Nicht-Patienten, aber mit einem ähnlichen Ergebnis, dass ein schmerzhafter Palpationsbefund besonders auf Angstsymptome hinweist.

Ebenfalls Hinweise auf Korrelationen mit psychischen Symptomen fanden Yap et al. bei CMD-Patienten mit myofaszialen Schmerzen (nach RDC/TMD-Kriterien), diese waren signifikant depressiver als Patienten der Gruppe mit ausschließlich Diskusverlagerungen. Rantala et al. zeigten, dass Patienten mit chronischen myofaszialen Schmerzen höhere Somatisierungsgrade aufwiesen als Patienten mit chronischen Diskusverlagerungen (Rantala, Ahlberg, Suvinen, Savolainen, & Könönen, 2004). Bei diesen beiden Untersuchungen bestand die Stichprobe aus CMD-Patienten hier standen insgesamt depressive und somatoforme psychische Symptome bei den Patienten mit muskulären Schmerzen im Vordergrund – nicht jedoch die in unserer Stichprobe (stationäre Tinnitusbetroffene) im Vordergrund stehenden Angstsymptome. Ist diese Ängstlichkeit das besondere an unserer Stichprobe, spricht den Tinnitusbetroffenen?

Eventuell nicht, denn ebenfalls interessante Ergebnisse mit Angst im Vordergrund zeigte eine auch im Theorieteil bereits erwähnte italienischen Studie von Manfredini (Manfredini, Bandettini di Poggio, Cantini, Dell'Osso, & Bosco, 2004): auch hier unterschied sich eine CMD-Untergruppe mit myofaszialen Schmerzen von allen anderen Untergruppen (Diskusverlagerung, Gelenkstörungen und ohne CMD) – sie zeigten signifikant höhere Prävalenz für Panik- und agoraphobische Symptome (PAS-SR) und für affektive Störungen (MOODS-SR). Die Patienten mit myofaszialen Schmerzen unterschieden sich in Bezug auf Stressempfindlichkeit, Panik, Trennungsangst, hypochondrische und agoraphobische Symptome von den anderen Gruppen. Die Autoren schlossen daraus, dass die Untergruppe mit myofaszialen Beschwerden eine zu unterscheidende Psychopathologie aufweise. Diese Studie zeigt nun – obwohl keine Tinnitusbetroffene – frappierende Ähnlichkeiten mit der hier vorliegenden Studie, besonders in Bezug auf myofasziale Schmerzen und Angst.

4.3.5 Schlussfolgerungen

Warum sind in der hier vorliegenden Studie diejenigen Tinnitusbetroffenen im Schnitt belasteter, die einen schmerzhaften Palpationsbefund aufweisen? Nun, weil dieser schmerzhafteste Palpationsbefund auf chronische muskuläre Anspannung hinweist, welche, ich unterstelle, Folge einer erhöhten psychischen Anspannung, einer erhöhten Ängstlichkeit ist – welche hier auch nachgewiesen wurde und die parallel auch auf eine ausgeprägtere Tinnitusbelastung und eine erhöhte psychische Komorbidität hinweist. Die vorliegende Studie ist ein Baustein in der Bestätigung von psychosomatischen Modellen sowohl für den Tinnitus als auch die CMD, da Zusammenhänge zwischen einem körperlichen Befund und psychischen Befunden nachgewiesen werden konnten.

Weitergedacht und gefragt: Ist es möglich, anhand zweier Handgriffe an zwei Muskeln der Kaumuskulatur eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit einer hohen Tinnitusbelastung und einer erhöhten psychischen Anspannung, gar Ängstlichkeit zu treffen? Mit Einschränkungen: ja, mit praktischen Nutzen in der Diagnostik und in der Kommunikation von psychosomatischen Zusammenhängen für den Patienten: „Aus der Schmerzhaftigkeit ihrer Kaumuskulatur schließe ich, dass Sie psychisch sehr angespannt sind und dass Sie an einem sehr ausgeprägten Tinnitus leiden.“ – „Sie können an mir tasten, wie sehr ich leide?“ – „Ja, das nennt man Psychosomatik – sie haben ein körperliches Symptom wie z.B. Muskelschmerz oder Tinnitus, aber diese beiden körperlichen Symptome hängen beide sehr eng miteinander und mit psychischer Anspannung zusammen!“. Der gute Untersucher spricht natürlich nicht von Angst, weil das hören Patienten nicht so gern – er kann zunächst das somatische Symptom ängstlicher Anspannung erkennen, so gegebenenfalls Rückschlüsse auf vom Patienten nicht wahrgenommene psychische Phänomene vermuten und diese gemeinsam mit dem Patienten vom somatischen Symptom aus erarbeiten und dem Patienten somit zugänglich und verständlich machen. Die Erkenntnis dieser Arbeit hat also sowohl diagnostische, als auch therapeutische Relevanz.

Daran schließen sich mögliche Ausblicke auf weitere Forschung an:

4.3.6 Ausblick auf mögliche weitere Forschungsansätze

Einerseits die Frage, ob z.B. eine Prognose über den Verlauf des Tinnitus anhand des positiven Palpationsbefundes möglich wäre. Ähnlich wie in der aktuellen Studie von Bernhard bei dem ein Palpationsbefund im Kiefergelenk eine höhere Vorhersagewahrscheinlichkeit (12,6% zu 5,8% ohne Palpationsbefund) für die Entwicklung eines Tinnitus hatte (Bernhardt, et al., 2011). Möglich wäre hier zum

Beispiel die Hypothese, dass eine positiver Palpationsbefund einen ungünstigen Verlauf des Tinnitus anzeigt – oder aber besonders gut auf psychotherapeutische Interventionen anspricht: „Aufgrund des Tastbefundes kann ich voraussagen, dass eine psychotherapeutische Behandlung bei Ihnen besonders erfolgversprechend ist“ – hier wäre z.B. eine Studie mit der Erhebung des Palpationsbefundes und Tinnitusparametern (STI, TF etc.), sowie psychischen Variablen (selbige wie in dieser Studie), vor einer anschließenden Psychotherapie, z.B. Retraining-Therapie, und einer anschließenden vergleichenden Untersuchung des Verlaufs, möglich. Eventuell sogar mit einer erneuten Erhebung des Palpationsbefundes, der möglicherweise parallel zu den Ergebnissen der psychischen Befunde und des Tinnitus-Schweregrades eine Besserung zeigen könnte.

Sollte es möglich sein nachzuweisen, dass es Zusammenhänge zwischen der Reduktion der muskulären Anspannung der Kaumuskulatur und der Reduktion der Tinnitusbelastung so wäre dies ein Biofeedbacktherapie indiziert: „Sie meinen ich kann meinen Tinnitus loswerden, wenn ich meine Anspannung in einem Muskel reduziere?“ „Ja, das hängt miteinander zusammen! Und ich gehe so weit, dass wir eine entscheidende Verbesserung Ihrer Symptomatik erreichen können, wenn Sie lernen diesen Muskel – und damit sich - mehr zu entspannen. Das können Sie lernen – zum Beispiel in einer Biofeedback-Sitzung und der Tinnitus-Retraining-Therapie“.

5 Zusammenfassung

An 73 mindestens mittelgradigen Tinnitus-Patienten einer psychosomatischen Klinik wurde zu Beginn der Behandlung ein diagnostisches Interview anhand der Internationalen Diagnosechecklisten (IDCL) zur Erfassung der psychiatrischen ICD-10 Diagnosen, sowie soziodemographische und psychometrische Daten erfasst (SCL, STI, TF, GÜF, BDI, BAI, WI, SOMS-2). Eine Woche nach der Erstuntersuchung wurden mit einer zahnärztlichen Zweituntersuchung anhand des CMD-Kurzbefundes (nach Ahlers und Jakstat) die Patienten mit einer Craniomandibulären Dysfunktion identifiziert.

Die Anfangshypothese unterstellte, dass Patienten die sowohl an einem chronischen Tinnitus, als auch an einer CMD leiden eine erhöhte psychische Komorbidität aufweisen würden, als solche mit einem chronischen Tinnitus allein. Diese Hypothese wurde durch weitere Hypothesen für die Zusammenhänge zwischen Tinnitus mit und ohne CMD und Angsterkrankungen, Somatoformen Störungen und Depressiven Störungen ergänzt. Zuletzt sollten einzelne Befunde der CMD-Diagnostik auf erhöhte Testwerte für psychische Belastungen überprüft werden.

Die Stichprobe bestand aus Patienten mit überwiegend mittelschwerem (STI, Tinnitusgrad II, 64,4%) und schwerem (Tinnitusgrad III, 28,8%) Tinnitus. Der TF-Gesamtscore lag im Schnitt bei 45,16. Die Durchschnittswerte für die Gesamtwerte im BDI (17,81) im BAI (16,91) und im WI (4,54) und im SOMS (Beschwerdeindex Somatisierung) (13,19) beschreiben eine Patientenstichprobe in stationärer Behandlung.

Die fachärztlich-psychotherapeutische Untersuchung der Patienten ergab, dass 17,8% der Patienten keine psychische Diagnose aufwiesen, 38,4% eine, 27,4% zwei, 9,6% drei und 6,8% 4 psychische Diagnosen (F-Kapitel ICD-10). 41% der Patienten litten unter Angststörungen, 78,1% unter Depressiven Störungen und 21,9% unter Somatoformen Störungen.

In den zahnärztlichen Untersuchungen wurden bei 60,9% aller Patienten ein parafunktionellen Befund gefunden, gefolgt von 40,6% der Patienten, die eine schmerzhafte Palpation aufwiesen. 36,2% hatten Gelenkgeräusche, 31,9% eine asymmetrische Mundöffnung, 2,9% eine eingeschränkte Mundöffnung und 23,2% der Patienten zeigten eine habituelle Okklusion. Ab drei positiven Befunden wurde

eine CMD diagnostiziert. 53,6% der Patienten erfüllten hiermit die Diagnose einer Craniomandibulären Dysfunktion.

Im Ergebnis zeigten sich für Patienten mit chronischem Tinnitus und CMD im Vergleich zu Patienten mit Tinnitus allein keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Anzahl der komorbiden psychischen Erkrankungen, die Anzahl der Depressiven Erkrankungen, der Angststörungen und Somatoformen Störungen.

Die einzelnen 6 zahnärztlichen Befunde zeigten untereinander geringe Korrelationen. Die Bildung von Korrelationen der einzelnen zahnärztlichen Befunde mit den vorliegenden Testbefunden der Patienten ergaben hoch signifikante Korrelationen für den Einzelbefund „schmerzhafter Palpationsbefund“ bei dem sich eine schmerzhaft palpation der Mm. Masseter und Mm. Temporalis gezeigt hatte. Hohe Korrelationen zeigten sich mit den SCL-Subskalen „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ und „Somatisierung“, sowie mit dem Beck-Angst-Inventar (BAI), dem Tinnitus-Grad im STI. Noch signifikant waren die Korrelationen des positiven Palpationsbefundes mit den SCL-Skalen „Psychotizismus“, „Generelle Symptomatik“, dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) und dem „Stress-Index“ der Beschwerden im SCL. Auch die Anzahl der psychischen Diagnosen nach ICD-10 korrelierte signifikant mit dem Palpationsbefund. Auch in der Bildung der Mittelwerte und der statistischen Untersuchung der Mittelwertunterschiede zeigten sich (meist hoch) signifikante Mittelwertunterschiede für diese Variablen.

Ein schmerzhafter Palpationsbefund der Kaumuskulatur bei Tinnitusbetroffenen weist bei diesen in erster Linie (bei besonders hoher Signifikanz) auf eine überdurchschnittlich hohe (STI-)Tinnitusbelastung, eine erhöhte Ängstlichkeit und Somatisierung, eine überdurchschnittlich beklagte generelle Symptomatik unter der sie auch in den Einzelbefunden überdurchschnittlich leiden, sowie auf eine erhöhte psychische Komorbidität, hin.

Im Gegensatz zur globalen Betrachtung und statistischen Untersuchung der CMD-Diagnose und psychischen Diagnosen untereinander, erbrachte die Untersuchung von somatischen Einzelbefunden der Craniomandibulären Dysfunktion, speziell des schmerzhaften Palpationsbefundes, hilfreiche Erkenntnisse über psychosomatische Zusammenhänge zwischen Kieferbeschwerden, Tinnitusleiden und psychischen Beschwerden und Erkrankungen.

Die Ergebnisse haben praktische Relevanz in der Befunderhebung durch körperliche Untersuchung, sowie Anamnese des Tinnitusbetroffenen und dessen Aufklärung über psychosomatische Zusammenhänge. Die Ergebnisse bestätigen

bestehende wissenschaftliche Untersuchungen zu psychosomatischen Zusammenhängen, insbesondere zwischen Tinnitus, somatoformen Beschwerden und Angst. Die Ergebnisse ermutigen zu weiteren Untersuchungen in Hinblick auf mögliche diagnostische, prognostische und therapeutische Überlegungen.

6 Literatur

- Ahlers, M. O., & Jakstat, H. A. (2001). *Klinische Funktionsanalyse - Interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen*. Hamburg: dentaConcept.
- Ahlers, M., & Jakstat, H. (1996-2000). *Klinische Funktionsanalyse*. Hamburg: denta Konzept Formblätter, CMD Basis-Set.
- Arnold, W., Bartenstein, P., Oestreicher, E., Römer, W., & Schwaiger, M. (1996). Focal metabolic activation in the predominant left auditory cortex in patients suffering from tinnitus: a PET study with [18F]deoxyglucose. *ORL J. Otorhinolaryngol. Relat. Spec.*(1996 Jul-Aug, 58(4)), S. 195-199.
- Auerbach, S., Laskin, D., Frantsve, L., & Orr, T. (2001). Depression, pain, exposure to stressful life events, and long-term outcomes in temporomandibular disorder patients. *Journal of Oral Maxillofacial Surgery*(2001, 59 (6)), S. 628-633.
- Axelsson, A., & Ringdahl, A. (1996). Tinnitus epidemiology. In G. Reich, & J. Vernon, *Proceedings of the Fifth International Tinnitus Seminar* (S. 249-255). Portland: American Tinnitus Association.
- Balters, W. (1952). Hindernisse und Hemmungen der Kieferdehnung. In G. Korkhaus, *Die Kiefererweiterung*. München: Hanser.
- Beck, A. W. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*(1961, 4), S. 561-571.
- Bernhardt, O., Mundt, T., Welk, A., Köppl, N., Kocher, T., Meyer, G., & Schwahn, C. (2011). Signs and symptoms of temporomandibular disorders and the incidence of tinnitus. *Journal of Oral Rehabilitation*(2011, 38: no.doi: 10.1111/j.1365-2842.2011.02224.x).
- Bertoli, E., de Leeuw, R., Schmidt, J., Okeson, J., & Carlson, C. (2007). Prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms in patients with masticatory muscle or temporomandibular joint pain: differences and similarities. *Journal of Orofacial Pain*(2001, 21 (2)), S. 85-86.

- Biesinger, E. (2001). Tinnitus und Störungen der Halswirbelsäule. In G. Goebel, *Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus* (S. 279-292). München: Urban und Vogel.
- Biesinger, E., & Heiden, C. (1999). Die Bedeutung der Retrainingtherapie bei Tinnitus. *Deutsches Ärzteblatt*(1999, 96, 44), S. 2817-2825.
- Biesinger, E., Groth, A., Höing, R., & Hölzl, M. (2015). Somatosensorischer Tinnitus. *HNO*, 2015, 4, S. 266-271.
- Bonjardim, L., Gavião, M., Pereira, L., & Castelo, P. (2005). Anxiety and depression in adolescents and their relationship with signs and symptoms of temporomandibular disorders. *Int J Prosthodont*(2005, 18 (4)), S. 347-352.
- Burris, J., Cyders, M., de Leeuw, R., Smith, G., & Carlson, C. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms and chronic orofacial pain: an empirical examination of the mutual maintenance model. *J Orofac Pain*(2009, 23 (3)), S. 243-252.
- Chole, R., & Parker, W. (1992). Tinnitus and vertigo in patients with temporomandibular disorder. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*(1992, 118 (8)), S. 817-821.
- CMD-Dachverband. (2013). *www.cmd-dachverband.de*. Abgerufen am 4. Oktober 2013 von <http://www.cmd-dachverband.de/>
- Costen, J. (1934). Syndrom of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol*(1934, 43), S. 1-15.
- De Kanter, R. J. (1992). Demand and need for treatment of craniomandibular dysfunction in the Dutch adult population. *J Dent Res*, 1992, 71, S. 1607-1612.
- Derogatis, L. (1977). The SCL-90-R. Administration, Scoring and procedures Manual. *Clinical Psychometrics Research*, 1977.
- Dworkin, S., & LeResche, L. (1992). Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomandib Disord Facial Oral Pain*(1992, 6), S. 301-355.

- Dworkin, S., & Suvinen, T. (1998). Biobehavioral aspects of temporomandibular disorders: Behavioral, cognitive, and emotional factors related to etiology, assessment, diagnosis, and management: Review of the scientific literature. In H. Millard, M. D., & eds., *Perspectives on 3rd World Workshop on Oral Medicine*. Ann Arbor: University of Michigan School of Dentistry Office of Continuing Dental Education.
- Dworkin, S., Von Korff, M., & LeResche, L. (1992). Epidemiologic studies of chronic pain: A dynamic-ecologic perspective. *Ann Behav Med*(1992, 14), S. 3-11.
- Feldmann, H. (1998). Tinnitus. Grundlagen einer rationalen Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Fleischer, G. (1996). *Hörschäden und Tinnitus bei jungen Leuten*. Bad Rappenau: Internationaler Tinnitus Kongress der Deutschen Tinnitus-Liga.
- Franke, G. (2002). Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freud, A. (1971). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goebel, G. (1989). Tinnitus. In I. Hand, & H. Wittchen, *Verhaltenstherapie in der Medizin* (S. 207-208). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Goebel, G. (2001). Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Tinnitus. In G. Goebel, *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus* (S. 97-124). München: Urban und Vogel.
- Goebel, G. (2003). *Tinnitus und Hyperakusis*. Göttingen: Hogrefe.
- Goebel, G. (2015). Psychische Komorbiditäten bei Tinnitus. *HNO*, 2015, 4, S. 272-282.
- Goebel, G., & Flötzinger, U. (2008). Pilot Study to evaluate psychiatric comorbidity in tinnitus patients with and without hyperacusis. *Audiol Med*(2008, 6), S. 78-84.
- Goebel, G., & Hiller, W. (1998). *Tinnitus-Fragebogen (TF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Goebel, G., & Hiller, W. (2001). Das Strukturierte Tinnitus Interview (STI). Göttingen: Hogrefe.

- Goebel, G., & Hiller, W. (2001). *Verhaltensmedizinische Tinnitusdiagnostik. Eine praktische Anleitung zur Erfassung medizinischer und psychologischer Merkmale mittels des Strukturierten Tinnitus -Interviews (STI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Görl, M. (2014). Evaluation eines strukturierten Interviews zur Erfassung stomatognather Tinnitusanteile im Kontext des craniomandibulären Systems. *Dissertation zum Dr. med. dent.* Prien: noch nicht eingereicht.
- Hallam, R. (1987). Psychological approaches to the evaluation and management of tinnitus distress. In J. Hazell, *Tinnitus* (S. 131-143). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hallam, R. (1987). Psychological approaches to the evaluation and management of Tinnitus distress. In J. Hazell, *Tinnitus* (S. 156-175). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hallam, R., Jakes, S., & Hinchcliffe, R. (1988). Cognitive variables in tinnitus annoyance. *British Journal of Clinical Psychology*(1988, 27), S. 112-118.
- Härter, M., Maurischat, C., Weske, G., Laszig, R., & Berger, M. (2004). Psychische Belastungen und Einschränkungen der Lebensqualität bei Patienten mit Tinnitus. *HNO*(2004, 52 (2)), S. 125-131.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). Das Beck Depressionsinventar (BDI). Bern: Huber.
- Helkimo, M. (1974). Studies on function and dysfunction of masticatory system. An epidemiological investigation of symptoms of dysfunction in Lapps in the north of Finland. *Proc Finn Dent*(1974, J 70), S. 37-54.
- Helkimo, M. (1974). Studies on function and dysfunction of the masticatory system. II. Index for anamnestic and clinical dysfunction and occlusal state. *Swed Dent J*(1974, 67), S. 101-119.
- Hiller, W., & Goebel, G. (1992). Komorbidität psychischer Störungen bei Patienten mit komplexem chronischem Tinnitus. In G. Goebel, *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus: Vorkommen, Diagnostik und Therapie* (S. 64-68). München: Quintessenz.
- Hiller, W., & Goebel, G. (2001). Anwendungen der Verhaltensmedizin. In H. Flor, K. Hahlweg, & N. Birbaumer, *Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen (HNO)* (S. 147-200). Göttingen: Hogrefe.

- Hiller, W., Goebel, G., Svitak, M., Schätz, M., & Janca, A. (1999). Association between tinnitus and the diagnostic concept of somatoform disorders. In J. Hazell, *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar* (S. 373-377). London: The Tinnitus and Hyperacusis Centre.
- Hiller, W., Zaudig, M., & Mombour, W. (1995). IDCL-Internationale Diagnosen Checklisten für ICD 10 und DSM-IV. Bern: Huber.
- Horvath, T. (1980). Arousal and Anxiety. In G. Burrows, & B. Davies, *Handbook of studies in anxiety* (S. 89–116). Amsterdam: Elsevier.
- Jastreboff, P., & Hazell, J. (1993). Aneurophysiological approach to tinnitus: clinical implications. *British Journal of Audiology*, 1993, 27, S. 7-17.
- John, M. (2000). *Stellungnahme des Arbeitskreises Epidemiologie in der DGZMK in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Funktionslehre in der DGZMK zu epidemiologischen Studien über kranio-mandibuläre Dysfunktionen (CMD)*.
- Kaltenbach, J. A. (2006). The dorsal cochlear nucleus as a participant in the auditory, attentional and emotional components of tinnitus. *Hearing research*, 2006, 216-217, S. 224-234.
- Khalifa, S., Dubal, S., Veuillet, E., Perez-Diaz, F., Jouvent, R., & Collet, L. (2002). Psychometric normalisation of a hyperacusis Questionnaire. *Otorhinolaryngol Journal*, 2002, 64, S. 436-442.
- Konzag, T., Rubler, D., & Bandemer-Greulich, U. e. (2005). Tinnitusbelastung und psychische Komorbidität bei ambulanten subakuten und chronischen Tinnituspatienten. *Z Psychosom Med Psychother*(2005, 51), S. 247-260.
- Kopp, S., Sebald, W., & Plato, G. (2007). Ätiologische und pathogenetische Aspekte der Craniomandibulären Dysfunktion (CMD). In M. Ahlers, & H. Jakstat, *Klinische Funktionsanalyse - Interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen* (S. 106). Hamburg: dentaConcept.
- Lenarz, T. (1998). Allgemeine Diagnostik und Differentialdiagnose. In H. F. (Hrsg.), *Tinnitus - Grundlage einer rationalen Diagnostik und Therapie* (S. 84-92). Stuttgart: Thieme Verlag.
- LeResche, L., Mancl, L., Drangsholt, M., Huang, G., & Von Korff, M. (2007). Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain*(129 (3)), S. 269-278.

- Levine, R. A. (1999). Somatic (Cranio-cervical) Tinnitus and the Dorsal Cochlear Nucleus Hypothesis. *American Journal of Otolaryngology*, 1999, 20(6), S. 351-362.
- Manfredini, D., Bandettini di Poggio, A., Cantini, E., Dell'Osso, L., & Bosco, M. (2004). Mood and anxiety psychopathology and temporomandibular disorder: a spectrum approach. *Journal of Oral Rehabilitation*(2004, 31 (10)), S. 933-940.
- Margraf, J., & Ehlers, A. (1998). Das Beck Angstinventar (BAI). Bern: Huber.
- Max, M., & Lynn, J. (2013). *Interactive textbook on clinical symptom research*. Abgerufen am 19. Oktober 2013 von http://painconsortium.nih.gov/symptomresearch/chapter_22/sec2/csds2pg2.htm
- Morgan, D. (1992). Tinnitus of TMJ origin: a preliminary report. *Cranio*(1992, 10 (2)), S. 124-129.
- Nelting, M., & Finlayson, N. (2004). Geräuschüberempfindlichkeit-Fragebogen (GÜF). Göttingen: Hogrefe.
- Neuhauser, W. (2001). Tinnitus als zahnärztliches Problem. In G. Goebel, *Ohrgeräusche. Psychosomatische Aspekte des komplexen chronischen Tinnitus* (S. 257-278). München: Urban und Vogel.
- Pereira, L., Pereira-Cenci, T., Pereira, S., Del Bel Cury, A., Ambrosano, G., Pereira, A., & Gaviao, M. (2009). Psychological factors and the incidence of temporomandibular disorders in early adolescence. *Braz Oral Res*(2009, 23 (2)), S. 155-160.
- Peroz, I. (2001). Otagie und Tinnitus bei Patienten mit kranio-mandibulären Dysfunktionen. *HNO*(2001, 49 (9)), S. 713-718.
- Peroz, I. (2003). Funktionsstörungen des Kauorgans bei Tinnituspatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. *HNO*(2003, 51), S. 544-549.
- Pilgramm, M., Rychlick, R., Lebisch, H., Siedentop, H., Goebel, G., & Kirchhoff, D. (1999). Tinnitus in the Federal Republic of Germany: A representative epidemiological study. In J. Hazell, *Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar* (S. 64-67). London: The Tinnitus and Hyperacusis Center.

- Pilowsky, I. (1967). Dimension of hypochondrias. *British Journal of Psychiatry*(1967, 113), S. 89-93.
- Rantala, M., Ahlberg, J., Suvinen, T., Savolainen, A., & Könönen, M. (2004). Chronic myofaszial pain, disk displacement with reduction and psychosocial factors in Finnish non-patients. *Acta Odontol Scand.*(2004, 62 (6)), S. 293-297.
- Rief, W., Hiller, W., Geissner, E., & Fichter, M. (1994). Hypochondrie: Erfassung und erste klinische Ergebnisse. *Zeitschrift für klinische Psychologie*(1994, 23), S. 34-42.
- Rief, W., Schäfer, S., Hiller, W., & Fichter, M. (1992). SOMS- ein Screening Verfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica*(1992, 38), S. 228-241.
- Roberts, L. E., Eggermont, J. J., Caspary, D. M., Shore, S. E., Melcher, J. R., & Kaltenbach, J. A. (10. November 2010). Ringing Ears: The Neuroscience of Tinnitus. *The Journal of Neuroscience*, 2010, 30 (45), S. 14972-14979.
- Rubinstein, B. (1993). Tinnitus and craniomandibular disorders - is there a link? *Swedish Dental Journal. Supplement.*(1993, 95), S. 1-46.
- Rubinstein, B., Axelsson, A., & Carlsson, G. (1990). Prevalence of signs and symptoms of craniomandibular disorders in tinnitus patients. *Journal of Craniomandibular Disorder*(1990, 4(3)), S. 186-192.
- Rudy, T. E., Turk, D., Zaki, H., & Curtin, H. (1989). An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. *Pain*(1989, 36), S. 311-320.
- Sanchez, T. G., & Rocha, C. B. (2011). Diagnosis and management of somatosensory Tinnitus: review article. *Clinics*, 2011, 66 (6), S. 1089-1094.
- Simmons, R., Dambra, C., Lobarinas, E., Stocking, C., & Salvi, R. (November 2008). Head, Neck, and Eye Movements That Modulate Tinnitus. *Semin Hear*, 2008, 29 (4), S. 361-370.
- Sullivan, M., Katon, W., & Russo, J. e. (1993). A Randomized trial of nortriptyline for severe chronic tinnitus. Effects on depression, disability and tinnitus symptoms. *Arch Intern Med*(1993, 153), S. 2251-2259.

- Tesch, R., Denardin, O., Baptista, C., & Dias, F. (2004). Depression levels in chronic orofacial pain patients: a pilot study. *J Oral Rehabil.*(2004, 31 (10)), S. 926-932.
- Vernon, J., Griest, S., & Press, L. (1992). Attributes of tinnitus associated with temporomandibular joint syndrome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*(1992, 249), S. 93-94.
- Wedel, A., & Carlsson G. E. (1985). Factors influencing the outcome of treatment in patients referred to a temporomandibular joint clinic. *The Journal of Prosthetic Dentistry*(1985, 54 (3)), S. 420-426.
- Weisz N, M. S. (2005). Tinnitus perception and distress is related to abnormal spontaneous brain activity as measured by magnetoencephalography. *PLoS Med., Jun; 2(6)*(e153. Epub 2005 Jun 28.).
- Yap, A., Tan, K., Chua, E., & Tan, H. (2002). Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders. *J Prosthet Dent*(2002 Nov, 88 (5)), S. 479-484.
- Zenner, H. (1998). Eine Systematik für Entstehungsmechanismen von Tinnitus. *HNO, 1998, 46*, S. 699-711.
- Zöger, S., Svedlund, J., & Holgers, K. (2006). Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. *Psychosomatics*(2006, 47), S. 282-288.

7 Anhang

7.1 Korrelationstabellen A

7.2 Informationsblatt, Einverständniserklärung und Stichprobenfragebogen B

7.3 Test- und Untersuchungsverfahren C

Klinische Funktionsanalyse (dentaConcept)

Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI)

Tinnitus-Fragebogen (TF)

Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen (GÜF)

Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Beck Depressions-Inventar (BDI)

Beck Angst-Inventar (BAI)

Whitely-Index (WI)

Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2)

Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL)

7.1 Korrelationstabellen

Correlations

| | | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymmm.) |
|--|---|---|--|---|---|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 69 | ,179 ,142 69 | ,295* ,014 69 | ,294* ,014 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,179 ,142 69 | 1,000 , 69 | ,360** ,002 69 | ,385** ,001 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,295* ,014 69 | ,360** ,002 69 | 1,000 , 69 | ,519** ,000 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymmm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,294* ,014 69 | ,385** ,001 69 | ,519** ,000 69 | 1,000 , 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,141 ,251 68 | ,037 ,767 68 | -,129 ,296 68 | ,072 ,559 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,300* ,012 69 | ,315** ,008 69 | ,515** ,000 69 | ,287* ,017 69 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,624** ,000 69 | -,532** ,000 69 | -,641** ,000 69 | -,574** ,000 69 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,205 ,092 69 | -,311** ,009 69 | ,023 ,849 69 | ,043 ,724 69 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,100 ,426 65 | ,130 ,302 65 | ,135 ,283 65 | ,075 ,551 65 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,006 ,969 49 | ,056 ,702 49 | -,024 ,868 49 | -,066 ,654 49 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,065 ,598 68 | -,109 ,376 68 | -,035 ,776 68 | ,084 ,496 68 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,131 ,302 64 | ,010 ,935 64 | ,141 ,265 64 | ,206 ,103 64 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,139 ,265 66 | -,043 ,733 66 | -,185 ,136 66 | -,057 ,650 66 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,100 ,437 63 | -,026 ,839 63 | -,262* ,038 63 | -,197 ,122 63 |
| Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,060 ,629 67 | -,167 ,178 67 | ,037 ,766 67 | ,091 ,464 67 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,193 ,114 68 | -,341** ,004 68 | -,163 ,185 68 | -,054 ,664 68 |

Correlations

| | | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) |
|---------------------------|---|---|--|---|--|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,036 ,769 68 | -,108 ,382 68 | ,008 ,945 68 | ,012 ,924 68 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,077 ,530 68 | -,187 ,128 68 | ,039 ,755 68 | ,024 ,849 68 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,060 ,626 68 | -,231 ,058 68 | ,015 ,901 68 | ,038 ,759 68 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,016 ,895 68 | -,354** ,003 68 | -,091 ,458 68 | -,056 ,653 68 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,003 ,978 68 | ,003 ,978 68 | ,029 ,815 68 | ,124 ,312 68 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,071 ,566 68 | -,334** ,005 68 | -,098 ,427 68 | -,130 ,292 68 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,099 ,421 68 | -,050 ,688 68 | ,051 ,679 68 | ,138 ,263 68 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,011 ,932 68 | -,274* ,024 68 | -,081 ,514 68 | ,021 ,867 68 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,014 ,908 68 | -,272* ,025 68 | -,049 ,692 68 | ,011 ,928 68 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,058 ,638 68 | -,188 ,125 68 | ,010 ,934 68 | ,072 ,562 68 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,051 ,677 68 | -,256* ,035 68 | -,040 ,747 68 | -,017 ,888 68 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,159 ,281 48 | -,135 ,361 48 | -,009 ,949 48 | ,166 ,259 48 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,085 ,565 48 | -,173 ,240 48 | -,178 ,225 48 | ,095 ,520 48 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,097 ,513 48 | -,121 ,413 48 | -,005 ,971 48 | ,233 ,111 48 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,017 ,909 48 | -,223 ,127 48 | ,028 ,849 48 | ,277 ,057 48 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,168 ,254 48 | -,121 ,412 48 | -,202 ,168 48 | ,055 ,709 48 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,029 ,846 48 | -,214 ,144 48 | ,120 ,416 48 | ,269 ,064 48 |

Correlations

| | | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymmetrisch) |
|---|---|---|--|---|--|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,134 ,363 48 | -,158 ,283 48 | -,084 ,569 48 | ,143 ,332 48 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,111 ,453 48 | -,200 ,172 48 | -,057 ,700 48 | ,224 ,127 48 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,159 ,199 67 | -,188 ,127 67 | -,029 ,813 67 | ,048 ,698 67 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,110 ,446 50 | -,275 ,053 50 | ,145 ,313 50 | ,169 ,240 50 |
| BAI | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,103 ,412 66 | -,341** ,005 66 | -,108 ,387 66 | -,179 ,150 66 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,100 ,419 68 | -,121 ,327 68 | -,250* ,040 68 | ,066 ,594 68 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,013 ,914 68 | -,037 ,764 68 | -,226 ,064 68 | ,152 ,216 68 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,081 ,514 68 | -,150 ,222 68 | -,154 ,210 68 | -,071 ,565 68 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,063 ,609 68 | -,187 ,126 68 | -,249* ,041 68 | -,086 ,487 68 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,128 ,300 68 | -,202 ,099 68 | -,253* ,037 68 | -,093 ,450 68 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,056 ,645 69 | -,258* ,032 69 | -,138 ,257 69 | -,042 ,733 69 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,052 ,676 68 | -,052 ,676 68 | -,162 ,187 68 | ,048 ,699 68 |

Correlations

| | | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) |
|---|---|---|--|---|--|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,141 ,251 68 | ,300* ,012 69 | -,624** ,000 69 | -,205 ,092 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,037 ,767 68 | ,315** ,008 69 | -,532** ,000 69 | -,311** ,009 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,129 ,296 68 | ,515** ,000 69 | -,641** ,000 69 | ,023 ,849 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,072 ,559 68 | ,287* ,017 69 | -,574** ,000 69 | ,043 ,724 69 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 68 | -,093 ,453 68 | -,164 ,181 68 | -,086 ,485 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,093 ,453 68 | 1,000 , 69 | -,511** ,000 69 | -,093 ,447 69 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,164 ,181 68 | -,511** ,000 69 | 1,000 , 69 | ,153 ,209 69 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,086 ,485 68 | -,093 ,447 69 | ,153 ,209 69 | 1,000 , 73 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,006 ,960 64 | ,205 ,102 65 | -,080 ,526 65 | -,065 ,601 68 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,111 ,452 48 | ,053 ,716 49 | -,016 ,913 49 | -,066 ,641 52 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,001 ,996 67 | ,066 ,593 68 | ,015 ,905 68 | ,564** ,000 72 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,078 ,542 63 | ,072 ,574 64 | -,116 ,362 64 | ,306* ,012 67 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,076 ,550 65 | -,126 ,313 66 | ,093 ,457 66 | ,154 ,204 70 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,008 ,949 62 | ,007 ,957 63 | ,154 ,228 63 | ,173 ,161 67 |
| Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,058 ,644 66 | -,065 ,599 67 | -,052 ,674 67 | ,312** ,008 71 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,020 ,874 67 | -,167 ,175 68 | ,159 ,194 68 | ,331** ,005 72 |

Correlations

| | | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) |
|---------------------------|---|---|--|---|--|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,054 ,664 67 | -,049 ,690 68 | -,096 ,437 68 | ,216 ,068 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,075 ,544 67 | ,013 ,919 68 | -,067 ,586 68 | ,175 ,141 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,012 ,922 67 | -,147 ,230 68 | ,001 ,992 68 | ,224 ,058 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,060 ,627 67 | -,119 ,333 68 | ,079 ,522 68 | ,236* ,046 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,071 ,565 67 | -,048 ,695 68 | -,141 ,251 68 | ,225 ,057 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,012 ,923 67 | -,100 ,415 68 | ,145 ,238 68 | ,147 ,219 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,069 ,579 67 | ,011 ,929 68 | -,182 ,138 68 | ,242* ,041 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,028 ,821 67 | -,146 ,235 68 | ,049 ,694 68 | ,293* ,013 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,023 ,855 67 | -,117 ,342 68 | ,025 ,842 68 | ,291* ,013 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,107 ,387 67 | -,086 ,486 68 | ,010 ,933 68 | ,236* ,046 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,113 ,364 67 | -,099 ,421 68 | ,008 ,949 68 | ,274* ,020 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,026 ,863 48 | ,150 ,309 48 | -,071 ,630 48 | ,437** ,001 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,025 ,867 48 | ,159 ,282 48 | ,003 ,984 48 | ,493** ,000 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,108 ,463 48 | ,141 ,340 48 | -,066 ,654 48 | ,500** ,000 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,170 ,247 48 | ,106 ,472 48 | -,180 ,222 48 | ,386** ,005 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,131 ,374 48 | -,107 ,471 48 | ,096 ,516 48 | ,314* ,025 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,070 ,637 48 | ,271 ,063 48 | -,173 ,239 48 | ,347* ,013 51 |

Correlations

| | | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) |
|---|---------------------|---|--|---|--|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,026 | ,161 | -,042 | ,483** |
| | Sig. (2-tailed) | ,858 | ,273 | ,776 | ,000 |
| | N | 48 | 48 | 48 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,101 | ,154 | -,080 | ,534** |
| | Sig. (2-tailed) | ,496 | ,297 | ,589 | ,000 |
| | N | 48 | 48 | 48 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | -,120 | -,109 | ,015 | ,215 |
| | Sig. (2-tailed) | ,337 | ,379 | ,907 | ,072 |
| | N | 66 | 67 | 67 | 71 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,021 | ,088 | -,061 | ,419** |
| | Sig. (2-tailed) | ,883 | ,545 | ,672 | ,002 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 54 |
| BAI | Pearson Correlation | -,018 | -,200 | ,132 | ,272* |
| | Sig. (2-tailed) | ,889 | ,108 | ,290 | ,023 |
| | N | 65 | 66 | 66 | 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | -,187 | -,241* | ,103 | ,345** |
| | Sig. (2-tailed) | ,129 | ,048 | ,404 | ,003 |
| | N | 67 | 68 | 68 | 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | -,200 | -,249* | ,065 | ,143 |
| | Sig. (2-tailed) | ,104 | ,041 | ,599 | ,232 |
| | N | 67 | 68 | 68 | 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | -,162 | -,223 | ,196 | ,474** |
| | Sig. (2-tailed) | ,190 | ,067 | ,109 | ,000 |
| | N | 67 | 68 | 68 | 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | -,016 | -,078 | ,020 | ,139 |
| | Sig. (2-tailed) | ,895 | ,529 | ,872 | ,245 |
| | N | 67 | 68 | 68 | 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | -,009 | -,313** | ,191 | ,095 |
| | Sig. (2-tailed) | ,942 | ,009 | ,119 | ,428 |
| | N | 67 | 68 | 68 | 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | -,005 | -,105 | ,087 | ,182 |
| | Sig. (2-tailed) | ,970 | ,392 | ,475 | ,123 |
| | N | 68 | 69 | 69 | 73 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | -,173 | -,152 | ,014 | ,304** |
| | Sig. (2-tailed) | ,162 | ,217 | ,909 | ,009 |
| | N | 67 | 68 | 68 | 72 |

Correlations

| | | STI - Geräuschem pfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | STI - Geräusche mpfindlichk eit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.3) | STI - Beschwerde stärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | STI - Beschwerde stärke (2) Hörminderu ng (1-10) (Kurzform: Item 14) |
|---|---|--|--|---|--|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,100 ,426 65 | ,006 ,969 49 | -,065 ,598 68 | -,131 ,302 64 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,130 ,302 65 | ,056 ,702 49 | -,109 ,376 68 | ,010 ,935 64 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,135 ,283 65 | -,024 ,868 49 | -,035 ,776 68 | ,141 ,265 64 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,075 ,551 65 | -,066 ,654 49 | ,084 ,496 68 | ,206 ,103 64 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,006 ,960 64 | ,111 ,452 48 | ,001 ,996 67 | -,078 ,542 63 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,205 ,102 65 | ,053 ,716 49 | ,066 ,593 68 | ,072 ,574 64 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,080 ,526 65 | -,016 ,913 49 | ,015 ,905 68 | -,116 ,362 64 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,065 ,601 68 | -,066 ,641 52 | ,564** ,000 72 | ,306* ,012 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 68 | ,628** ,000 52 | -,233 ,058 67 | ,108 ,398 63 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,628** ,000 52 | 1,000 , 52 | -,109 ,448 51 | ,024 ,873 47 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,233 ,058 67 | -,109 ,448 51 | 1,000 , 72 | ,293* ,017 66 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,108 ,398 63 | ,024 ,873 47 | ,293* ,017 66 | 1,000 , 67 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,797** ,000 65 | -,661** ,000 50 | ,363** ,002 69 | ,041 ,745 65 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,157 ,223 62 | -,102 ,494 47 | ,274* ,026 66 | ,168 ,184 64 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,477** ,000 66 | -,569** ,000 50 | ,325** ,006 70 | ,181 ,149 65 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,168 ,174 67 | -,317* ,023 51 | ,201 ,093 71 | ,175 ,161 66 |

Correlations

| | | STI - Geräuschem pfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | STI - Geräusche mpfindlichk eit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.3) | STI - Beschwerde stärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | STI - Beschwerde stärke (2) Hörminderu ng (1-10) (Kurzform: Item 14) |
|------------------------------|---|--|--|---|--|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,269* ,028 67 | -,328* ,019 51 | ,229 ,055 71 | ,105 ,401 66 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,179 ,146 67 | -,330* ,018 51 | ,110 ,360 71 | -,064 ,612 66 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,256* ,037 67 | -,340* ,015 51 | ,174 ,148 71 | ,013 ,919 66 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,372** ,002 67 | -,390** ,005 51 | ,177 ,139 71 | -,006 ,959 66 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,129 ,297 67 | -,363** ,009 51 | ,284* ,016 71 | ,094 ,454 66 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,252* ,040 67 | -,295* ,036 51 | ,120 ,321 71 | -,005 ,969 66 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,184 ,137 67 | -,339* ,015 51 | ,164 ,172 71 | ,126 ,312 66 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,236 ,055 67 | -,247 ,081 51 | ,174 ,147 71 | ,117 ,348 66 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,263* ,032 67 | -,368** ,008 51 | ,219 ,067 71 | ,068 ,590 66 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,184 ,137 67 | -,289* ,039 51 | ,139 ,247 71 | -,001 ,996 66 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,240 ,051 67 | -,403** ,003 51 | ,237* ,046 71 | ,097 ,438 66 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,118 ,424 48 | -,071 ,684 35 | ,573** ,000 51 | ,388* ,007 47 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,033 ,826 48 | ,155 ,374 35 | ,565** ,000 51 | ,191 ,198 47 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,049 ,741 48 | ,074 ,673 35 | ,660** ,000 51 | ,275 ,061 47 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,163 ,269 48 | -,236 ,172 35 | ,250 ,077 51 | ,508* ,000 47 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,311* ,031 48 | -,253 ,142 35 | ,517** ,000 51 | ,085 ,571 47 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,150 ,310 48 | -,292 ,089 35 | ,471** ,000 51 | ,201 ,176 47 |

Correlations

| | | STI - Geräuschem pfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | STI - Geräusche mpfindlichk eit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.3) | STI - Beschwerde stärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | STI - Beschwerde stärke (2) Hörminderu ng (1-10) (Kurzform: Item 14) |
|---|---|--|--|---|--|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,058 ,698 48 | ,025 ,885 35 | ,598** ,000 51 | ,322* ,027 47 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,138 ,350 48 | -,089 ,611 35 | ,645** ,000 51 | ,374** ,010 47 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,416** ,001 66 | -,550** ,000 50 | ,199 ,099 70 | ,124 ,324 65 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,223 ,115 51 | -,385* ,017 38 | ,255 ,063 54 | ,084 ,564 49 |
| BAI | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,373** ,002 65 | -,348* ,013 50 | ,058 ,638 69 | ,038 ,769 64 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,270* ,027 67 | -,340* ,015 51 | ,135 ,261 71 | ,147 ,240 66 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,200 ,105 67 | -,280* ,047 51 | ,045 ,708 71 | ,166 ,183 66 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,121 ,329 67 | -,292* ,038 51 | ,118 ,326 71 | ,086 ,494 66 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,380** ,001 67 | -,270 ,056 51 | ,088 ,467 71 | -,071 ,574 66 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,303* ,013 67 | -,287* ,041 51 | -,140 ,245 71 | ,088 ,484 66 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,297* ,014 68 | -,392** ,004 52 | ,097 ,419 72 | -,185 ,135 67 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,113 ,365 67 | -,160 ,262 51 | -,030 ,805 71 | ,104 ,406 66 |

Correlations

| | | STI - Beschwerde stärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | STI - Beschwerde stärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Geräuschübe rempfindlichk eitsfrageboge n (GÜF) Mittelwert (0-3) | SCL Somatisier ung |
|---|---|--|--|---|--------------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,139 ,265 66 | -,100 ,437 63 | -,060 ,629 67 | -,193 ,114 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,043 ,733 66 | -,026 ,839 63 | -,167 ,178 67 | -,341** ,004 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,185 ,136 66 | -,262* ,038 63 | ,037 ,766 67 | -,163 ,185 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,057 ,650 66 | -,197 ,122 63 | ,091 ,464 67 | -,054 ,664 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,076 ,550 65 | -,008 ,949 62 | -,058 ,644 66 | ,020 ,874 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,126 ,313 66 | ,007 ,957 63 | -,065 ,599 67 | -,167 ,175 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,093 ,457 66 | ,154 ,228 63 | -,052 ,674 67 | ,159 ,194 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,154 ,204 70 | ,173 ,161 67 | ,312** ,008 71 | ,331** ,005 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,797** ,000 65 | -,157 ,223 62 | -,477** ,000 66 | -,168 ,174 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,661** ,000 50 | -,102 ,494 47 | -,569** ,000 50 | -,317* ,023 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,363** ,002 69 | ,274* ,026 66 | ,325** ,006 70 | ,201 ,093 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,041 ,745 65 | ,168 ,184 64 | ,181 ,149 65 | ,175 ,161 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 70 | ,214 ,082 67 | ,632** ,000 68 | ,270* ,025 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,214 ,082 67 | 1,000 , 67 | ,100 ,430 65 | ,127 ,309 66 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,632** ,000 68 | ,100 ,430 65 | 1,000 , 71 | ,508** ,000 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,270* ,025 69 | ,127 ,309 66 | ,508** ,000 70 | 1,000 , 72 |

Correlations

| | | STI - Beschwerde stärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | STI - Beschwerde stärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Geräuschübe rempfindlichk eitsfrageboge n (GÜF) Mittelwert (0-3) | SCL Somatisier ung |
|------------------------------|---|--|--|---|--------------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,320** ,007 69 | -,069 ,583 66 | ,586** ,000 70 | ,755** ,000 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,168 ,167 69 | -,083 ,509 66 | ,464** ,000 70 | ,608** ,000 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,272* ,024 69 | -,119 ,340 66 | ,510** ,000 70 | ,736** ,000 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,342** ,004 69 | -,013 ,919 66 | ,545** ,000 70 | ,755** ,000 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,197 ,105 69 | ,061 ,625 66 | ,511** ,000 70 | ,639** ,000 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,244* ,043 69 | ,071 ,571 66 | ,512** ,000 70 | ,750** ,000 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,228 ,059 69 | ,007 ,953 66 | ,569** ,000 70 | ,538** ,000 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,249* ,039 69 | ,026 ,834 66 | ,581** ,000 70 | ,679** ,000 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,304* ,011 69 | ,001 ,990 66 | ,598** ,000 70 | ,852** ,000 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,208 ,086 69 | -,106 ,396 66 | ,539** ,000 70 | ,716** ,000 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,314** ,009 69 | ,071 ,574 66 | ,500** ,000 70 | ,820** ,000 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,294* ,042 48 | ,107 ,481 46 | ,442** ,001 50 | ,388** ,005 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,180 ,220 48 | ,161 ,286 46 | ,335* ,017 50 | ,269 ,056 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,247 ,091 48 | ,221 ,139 46 | ,296* ,037 50 | ,268 ,057 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,295* ,042 48 | ,307* ,038 46 | ,550** ,000 50 | ,428** ,002 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,486** ,000 48 | ,178 ,235 46 | ,348* ,013 50 | ,168 ,239 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,312* ,031 48 | ,048 ,751 46 | ,438** ,001 50 | ,364** ,009 51 |

Correlations

| | | STI - Beschwerde stärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | STI - Beschwerde stärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Geräuschübe rempfindlichk eitsfrageboge n (GÜF) Mittelwert (0-3) | SCL Somatisier ung |
|---|---|--|--|---|--------------------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,258 ,076 48 | ,136 ,369 46 | ,417** ,003 50 | ,355* ,010 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,361* ,012 48 | ,214 ,153 46 | ,506** ,000 50 | ,406** ,003 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,588** ,000 68 | ,153 ,223 65 | ,923** ,000 71 | ,409** ,000 70 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,210 ,138 51 | -,151 ,301 49 | ,555** ,000 52 | ,705** ,000 54 |
| BAI | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,355** ,003 67 | ,111 ,381 64 | ,608** ,000 68 | ,720** ,000 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,325** ,006 69 | -,004 ,974 66 | ,419** ,000 70 | ,496** ,000 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,194 ,110 69 | -,105 ,402 66 | ,256* ,032 70 | ,247* ,037 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,216 ,075 69 | ,015 ,906 66 | ,350** ,003 70 | ,536** ,000 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,359** ,002 69 | ,136 ,275 66 | ,396** ,001 70 | ,435** ,000 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,308* ,010 69 | ,084 ,501 66 | ,395** ,001 70 | ,607** ,000 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,344** ,004 70 | ,037 ,765 67 | ,345** ,003 71 | ,531** ,000 72 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,201 ,097 69 | -,174 ,162 66 | ,291* ,015 70 | ,323** ,006 72 |

Correlations

| | | SCL Zwanghaft igkeit | SCL Soziale Unsicherheit | SCL Depressivität |
|---|---------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation | ,036 | ,077 | ,060 |
| | Sig. (2-tailed) | ,769 | ,530 | ,626 |
| | N | 68 | 68 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation | -,108 | -,187 | -,231 |
| | Sig. (2-tailed) | ,382 | ,128 | ,058 |
| | N | 68 | 68 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation | ,008 | ,039 | ,015 |
| | Sig. (2-tailed) | ,945 | ,755 | ,901 |
| | N | 68 | 68 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation | ,012 | ,024 | ,038 |
| | Sig. (2-tailed) | ,924 | ,849 | ,759 |
| | N | 68 | 68 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation | ,054 | ,075 | ,012 |
| | Sig. (2-tailed) | ,664 | ,544 | ,922 |
| | N | 67 | 67 | 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation | -,049 | ,013 | -,147 |
| | Sig. (2-tailed) | ,690 | ,919 | ,230 |
| | N | 68 | 68 | 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation | -,096 | -,067 | ,001 |
| | Sig. (2-tailed) | ,437 | ,586 | ,992 |
| | N | 68 | 68 | 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation | ,216 | ,175 | ,224 |
| | Sig. (2-tailed) | ,068 | ,141 | ,058 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation | -,269* | -,179 | -,256* |
| | Sig. (2-tailed) | ,028 | ,146 | ,037 |
| | N | 67 | 67 | 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation | -,328* | -,330* | -,340* |
| | Sig. (2-tailed) | ,019 | ,018 | ,015 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | ,229 | ,110 | ,174 |
| | Sig. (2-tailed) | ,055 | ,360 | ,148 |
| | N | 71 | 71 | 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | ,105 | -,064 | ,013 |
| | Sig. (2-tailed) | ,401 | ,612 | ,919 |
| | N | 66 | 66 | 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | ,320** | ,168 | ,272* |
| | Sig. (2-tailed) | ,007 | ,167 | ,024 |
| | N | 69 | 69 | 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | -,069 | -,083 | -,119 |
| | Sig. (2-tailed) | ,583 | ,509 | ,340 |
| | N | 66 | 66 | 66 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation | ,586** | ,464** | ,510** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 70 | 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation | ,755** | ,608** | ,736** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |

Correlations

| | | SCL Zwanghaft igkeit | SCL Soziale Unsicherheit | SCL Depressivität |
|------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 72 | ,772** ,000 72 | ,866** ,000 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,772** ,000 72 | 1,000 , 72 | ,835** ,000 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,866** ,000 72 | ,835** ,000 72 | 1,000 , 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,778** ,000 72 | ,680** ,000 72 | ,795** ,000 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,748** ,000 72 | ,688** ,000 72 | ,734** ,000 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,745** ,000 72 | ,700** ,000 72 | ,707** ,000 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,741** ,000 72 | ,788** ,000 72 | ,696** ,000 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,758** ,000 72 | ,768** ,000 72 | ,768** ,000 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,906** ,000 72 | ,865** ,000 72 | ,931** ,000 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,808** ,000 72 | ,823** ,000 72 | ,819** ,000 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,829** ,000 72 | ,727** ,000 72 | ,892** ,000 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,432** ,002 51 | ,269 ,056 51 | ,310* ,027 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,321* ,021 51 | ,263 ,063 51 | ,244 ,085 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,260 ,066 51 | ,117 ,415 51 | ,169 ,236 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,257 ,068 51 | ,191 ,179 51 | ,241 ,088 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,232 ,101 51 | ,000 ,998 51 | ,054 ,709 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,380** ,006 51 | ,283* ,044 51 | ,291* ,039 51 |

Correlations

| | | SCL Zwanghaft igkeit | SCL Soziale Unsicherheit | SCL Depressivität |
|---|---------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,405** | ,280* | ,297* |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | ,047 | ,035 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,406** | ,248 | ,288* |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | ,080 | ,041 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,429** | ,373** | ,409** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,001 | ,000 |
| | N | 70 | 70 | 70 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,784** | ,777** | ,837** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 54 | 54 |
| BAI | Pearson Correlation | ,714** | ,637** | ,696** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 70 | 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,521** | ,487** | ,537** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,358** | ,265* | ,355** |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,025 | ,002 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,461** | ,469** | ,488** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,464** | ,521** | ,455** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,524** | ,486** | ,512** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,518** | ,565** | ,571** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,452** | ,461** | ,459** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |

Correlations

| | | SCL Ängstlichkeit | SCL Aggressivität | SCL Phobische Angst |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,016 ,895 68 | -,003 ,978 68 | -,071 ,566 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,354** ,003 68 | ,003 ,978 68 | -,334** ,005 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,091 ,458 68 | ,029 ,815 68 | -,098 ,427 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,056 ,653 68 | ,124 ,312 68 | -,130 ,292 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,060 ,627 67 | ,071 ,565 67 | -,012 ,923 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,119 ,333 68 | -,048 ,695 68 | -,100 ,415 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,079 ,522 68 | -,141 ,251 68 | ,145 ,238 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,236* ,046 72 | ,225 ,057 72 | ,147 ,219 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,372** ,002 67 | -,129 ,297 67 | -,252* ,040 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,390** ,005 51 | -,363** ,009 51 | -,295* ,036 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,177 ,139 71 | ,284* ,016 71 | ,120 ,321 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,006 ,959 66 | ,094 ,454 66 | -,005 ,969 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,342** ,004 69 | ,197 ,105 69 | ,244* ,043 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,013 ,919 66 | ,061 ,625 66 | ,071 ,571 66 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,545** ,000 70 | ,511** ,000 70 | ,512** ,000 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,755** ,000 72 | ,639** ,000 72 | ,750** ,000 72 |

Correlations

| | | SCL Ängstlichkeit | SCL Aggressivität | SCL Phobische Angst |
|------------------------------|---|----------------------|----------------------|---------------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,778** ,000 72 | ,748** ,000 72 | ,745** ,000 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,680** ,000 72 | ,688** ,000 72 | ,700** ,000 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,795** ,000 72 | ,734** ,000 72 | ,707** ,000 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 72 | ,576** ,000 72 | ,816** ,000 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,576** ,000 72 | 1,000 , 72 | ,576** ,000 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,816** ,000 72 | ,576** ,000 72 | 1,000 , 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,575** ,000 72 | ,697** ,000 72 | ,555** ,000 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,724** ,000 72 | ,670** ,000 72 | ,774** ,000 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,881** ,000 72 | ,794** ,000 72 | ,843** ,000 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,803** ,000 72 | ,687** ,000 72 | ,715** ,000 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,775** ,000 72 | ,742** ,000 72 | ,737** ,000 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,310* ,027 51 | ,361** ,009 51 | ,346* ,013 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,291* ,038 51 | ,325* ,020 51 | ,269 ,056 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,176 ,216 51 | ,243 ,085 51 | ,172 ,229 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,273 ,052 51 | ,340* ,015 51 | ,269 ,057 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,230 ,104 51 | ,032 ,823 51 | ,121 ,399 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,343* ,014 51 | ,272 ,053 51 | ,302* ,031 51 |

Correlations

| | | SCL Ängstlichkeit | SCL Aggressivität | SCL Phobische Angst |
|---|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,318* | ,364** | ,330* |
| | Sig. (2-tailed) | ,023 | ,009 | ,018 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,340* | ,355* | ,323* |
| | Sig. (2-tailed) | ,015 | ,011 | ,021 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,435** | ,416** | ,400** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,001 |
| | N | 70 | 70 | 70 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,821** | ,714** | ,761** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 54 | 54 |
| BAI | Pearson Correlation | ,799** | ,543** | ,688** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 70 | 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,516** | ,508** | ,428** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,340** | ,315** | ,255* |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | ,007 | ,031 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,480** | ,449** | ,433** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,422** | ,400** | ,474** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,554** | ,409** | ,493** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,554** | ,361** | ,503** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,002 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,445** | ,446** | ,388** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,001 |
| | N | 72 | 72 | 72 |

Correlations

| | | SCL Paranoides Denken | SCL Psychotizi smus | SCL generelle Symptomatik | SCL Beschwer deanzahl |
|---|---|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,099 ,421 68 | -,011 ,932 68 | -,014 ,908 68 | -,058 ,638 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,050 ,688 68 | -,274* ,024 68 | -,272* ,025 68 | -,188 ,125 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,051 ,679 68 | -,081 ,514 68 | -,049 ,692 68 | ,010 ,934 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,138 ,263 68 | ,021 ,867 68 | ,011 ,928 68 | ,072 ,562 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,069 ,579 67 | ,028 ,821 67 | ,023 ,855 67 | -,107 ,387 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,011 ,929 68 | -,146 ,235 68 | -,117 ,342 68 | -,086 ,486 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,182 ,138 68 | ,049 ,694 68 | ,025 ,842 68 | ,010 ,933 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,242* ,041 72 | ,293* ,013 72 | ,291* ,013 72 | ,236* ,046 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,184 ,137 67 | -,236 ,055 67 | -,263* ,032 67 | -,184 ,137 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,339* ,015 51 | -,247 ,081 51 | -,368** ,008 51 | -,289* ,039 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,164 ,172 71 | ,174 ,147 71 | ,219 ,067 71 | ,139 ,247 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,126 ,312 66 | ,117 ,348 66 | ,068 ,590 66 | -,001 ,996 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,228 ,059 69 | ,249* ,039 69 | ,304* ,011 69 | ,208 ,086 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,007 ,953 66 | ,026 ,834 66 | ,001 ,990 66 | -,106 ,396 66 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,569** ,000 70 | ,581** ,000 70 | ,598** ,000 70 | ,539** ,000 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,538** ,000 72 | ,679** ,000 72 | ,852** ,000 72 | ,716** ,000 72 |

Correlations

| | | SCL Paranoides Denken | SCL Psychotizi smus | SCL generelle Symptomatik | SCL Beschwer deanzahl |
|------------------------------|---|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,741** ,000 72 | ,758** ,000 72 | ,906** ,000 72 | ,808** ,000 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,788** ,000 72 | ,768** ,000 72 | ,865** ,000 72 | ,823** ,000 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,696** ,000 72 | ,768** ,000 72 | ,931** ,000 72 | ,819** ,000 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,575** ,000 72 | ,724** ,000 72 | ,881** ,000 72 | ,803** ,000 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,697** ,000 72 | ,670** ,000 72 | ,794** ,000 72 | ,687** ,000 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,555** ,000 72 | ,774** ,000 72 | ,843** ,000 72 | ,715** ,000 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 72 | ,780** ,000 72 | ,788** ,000 72 | ,753** ,000 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,780** ,000 72 | 1,000 , 72 | ,880** ,000 72 | ,783** ,000 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,788** ,000 72 | ,880** ,000 72 | 1,000 , 72 | ,884** ,000 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,753** ,000 72 | ,783** ,000 72 | ,884** ,000 72 | 1,000 , 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,653** ,000 72 | ,719** ,000 72 | ,904** ,000 72 | ,649** ,000 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,459** ,001 51 | ,453** ,001 51 | ,411** ,003 51 | ,420** ,002 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,424** ,002 51 | ,388** ,005 51 | ,352* ,011 51 | ,347* ,013 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,265 ,060 51 | ,236 ,096 51 | ,244 ,084 51 | ,264 ,061 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,351* ,011 51 | ,368** ,008 51 | ,342* ,014 51 | ,278* ,048 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,175 ,220 51 | ,148 ,299 51 | ,161 ,259 51 | ,151 ,290 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,306* ,029 51 | ,349* ,012 51 | ,371** ,007 51 | ,359** ,010 51 |

Correlations

| | | SCL Paranoides Denken | SCL Psychotizi smus | SCL generelle Symptomatik | SCL Beschwer deanzahl |
|---|---------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,466** | ,448** | ,406** | ,409** |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,001 | ,003 | ,003 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,442** | ,431** | ,409** | ,398** |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,002 | ,003 | ,004 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,485** | ,482** | ,478** | ,479** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,647** | ,784** | ,878** | ,729** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 54 | 54 | 54 | 54 |
| BAI | Pearson Correlation | ,554** | ,601** | ,775** | ,708** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,560** | ,537** | ,585** | ,567** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,392** | ,364** | ,361** | ,387** |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,002 | ,002 | ,001 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,432** | ,436** | ,543** | ,497** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,515** | ,511** | ,526** | ,441** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,493** | ,413** | ,576** | ,567** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,447** | ,461** | ,592** | ,510** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,484** | ,464** | ,495** | ,468** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 | 72 | 72 |

Correlations

| | | SCL Stress-Index | TF emotionale Belastung | TF kognitive Belastung |
|---|---|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,051 ,677 68 | -,159 ,281 48 | -,085 ,565 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,256* ,035 68 | -,135 ,361 48 | -,173 ,240 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,040 ,747 68 | -,009 ,949 48 | -,178 ,225 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,017 ,888 68 | ,166 ,259 48 | ,095 ,520 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,113 ,364 67 | ,026 ,863 48 | ,025 ,867 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,099 ,421 68 | ,150 ,309 48 | ,159 ,282 48 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,008 ,949 68 | -,071 ,630 48 | ,003 ,984 48 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,274* ,020 72 | ,437** ,001 51 | ,493** ,000 51 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,240 ,051 67 | -,118 ,424 48 | ,033 ,826 48 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,403** ,003 51 | -,071 ,684 35 | ,155 ,374 35 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,237* ,046 71 | ,573** ,000 51 | ,565** ,000 51 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,097 ,438 66 | ,388** ,007 47 | ,191 ,198 47 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,314** ,009 69 | ,294* ,042 48 | ,180 ,220 48 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,071 ,574 66 | ,107 ,481 46 | ,161 ,286 46 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,500** ,000 70 | ,442** ,001 50 | ,335* ,017 50 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,820** ,000 72 | ,388** ,005 51 | ,269 ,056 51 |

Correlations

| | | SCL Stress-Index | TF emotionale Belastung | TF kognitive Belastung |
|------------------------------|---|----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,829** ,000 72 | ,432** ,002 51 | ,321* ,021 51 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,727** ,000 72 | ,269 ,056 51 | ,263 ,063 51 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,892** ,000 72 | ,310* ,027 51 | ,244 ,085 51 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,775** ,000 72 | ,310* ,027 51 | ,291* ,038 51 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,742** ,000 72 | ,361** ,009 51 | ,325* ,020 51 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,737** ,000 72 | ,346* ,013 51 | ,269 ,056 51 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,653** ,000 72 | ,459** ,001 51 | ,424** ,002 51 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,719** ,000 72 | ,453** ,001 51 | ,388** ,005 51 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,904** ,000 72 | ,411** ,003 51 | ,352* ,011 51 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,649** ,000 72 | ,420** ,002 51 | ,347* ,013 51 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 72 | ,305* ,029 51 | ,279* ,048 51 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,305* ,029 51 | 1,000 , 51 | ,808** ,000 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,279* ,048 51 | ,808** ,000 51 | 1,000 , 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,203 ,153 51 | ,785** ,000 51 | ,730** ,000 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,312* ,026 51 | ,463** ,001 51 | ,378** ,006 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,118 ,408 51 | ,567** ,000 51 | ,531** ,000 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,301* ,032 51 | ,556** ,000 51 | ,393** ,004 51 |

Correlations

| | | SCL Stress-Index | TF emotionale Belastung | TF kognitive Belastung |
|---|---------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,309* | ,966** | ,933** |
| | Sig. (2-tailed) | ,027 | ,000 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,328* | ,931** | ,859** |
| | Sig. (2-tailed) | ,019 | ,000 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,378** | ,340* | ,206 |
| | Sig. (2-tailed) | ,001 | ,016 | ,150 |
| | N | 70 | 50 | 50 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,813** | ,293 | ,292 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,054 | ,054 |
| | N | 54 | 44 | 44 |
| BAI | Pearson Correlation | ,668** | ,224 | ,262 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,123 | ,069 |
| | N | 70 | 49 | 49 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,509** | ,318* | ,362** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,023 | ,009 |
| | N | 72 | 51 | 51 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,293* | ,176 | ,188 |
| | Sig. (2-tailed) | ,013 | ,216 | ,187 |
| | N | 72 | 51 | 51 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,498** | ,168 | ,278* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,238 | ,048 |
| | N | 72 | 51 | 51 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,469** | ,406** | ,349* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,003 | ,012 |
| | N | 72 | 51 | 51 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,506** | ,156 | ,155 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,275 | ,277 |
| | N | 72 | 51 | 51 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,596** | ,057 | ,156 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,692 | ,274 |
| | N | 72 | 51 | 51 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,411** | ,283* | ,343* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,044 | ,014 |
| | N | 72 | 51 | 51 |

Correlations

| | | TF psychische Belastung | TF Penetranz des Tinnitus | TF Hörprobleme | TF Schlafstö- rungen |
|---|---|-------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,097 ,513 48 | ,017 ,909 48 | -,168 ,254 48 | ,029 ,846 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,121 ,413 48 | -,223 ,127 48 | -,121 ,412 48 | -,214 ,144 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,005 ,971 48 | ,028 ,849 48 | -,202 ,168 48 | ,120 ,416 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,233 ,111 48 | ,277 ,057 48 | ,055 ,709 48 | ,269 ,064 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,108 ,463 48 | ,170 ,247 48 | ,131 ,374 48 | ,070 ,637 48 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,141 ,340 48 | ,106 ,472 48 | -,107 ,471 48 | ,271 ,063 48 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,066 ,654 48 | -,180 ,222 48 | ,096 ,516 48 | -,173 ,239 48 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,500** ,000 51 | ,386** ,005 51 | ,314* ,025 51 | ,347* ,013 51 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,049 ,741 48 | -,163 ,269 48 | -,311* ,031 48 | -,150 ,310 48 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,074 ,673 35 | -,236 ,172 35 | -,253 ,142 35 | -,292 ,089 35 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,660** ,000 51 | ,250 ,077 51 | ,517** ,000 51 | ,471** ,000 51 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,275 ,061 47 | ,508** ,000 47 | ,085 ,571 47 | ,201 ,176 47 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,247 ,091 48 | ,295* ,042 48 | ,486** ,000 48 | ,312* ,031 48 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,221 ,139 46 | ,307* ,038 46 | ,178 ,235 46 | ,048 ,751 46 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,296* ,037 50 | ,550** ,000 50 | ,348* ,013 50 | ,438** ,001 50 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,268 ,057 51 | ,428** ,002 51 | ,168 ,239 51 | ,364** ,009 51 |

Correlations

| | | TF psychische Belastung | TF Penetranz des Tinnitus | TF Hörprobleme | TF Schlafstö- rungen |
|------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,260 ,066 51 | ,257 ,068 51 | ,232 ,101 51 | ,380** ,006 51 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,117 ,415 51 | ,191 ,179 51 | ,000 ,998 51 | ,283* ,044 51 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,169 ,236 51 | ,241 ,088 51 | ,054 ,709 51 | ,291* ,039 51 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,176 ,216 51 | ,273 ,052 51 | ,230 ,104 51 | ,343* ,014 51 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,243 ,085 51 | ,340* ,015 51 | ,032 ,823 51 | ,272 ,053 51 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,172 ,229 51 | ,269 ,057 51 | ,121 ,399 51 | ,302* ,031 51 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,265 ,060 51 | ,351* ,011 51 | ,175 ,220 51 | ,306* ,029 51 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,236 ,096 51 | ,368** ,008 51 | ,148 ,299 51 | ,349* ,012 51 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,244 ,084 51 | ,342* ,014 51 | ,161 ,259 51 | ,371** ,007 51 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,264 ,061 51 | ,278* ,048 51 | ,151 ,290 51 | ,359** ,010 51 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,203 ,153 51 | ,312* ,026 51 | ,118 ,408 51 | ,301* ,032 51 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,785** ,000 51 | ,463** ,001 51 | ,567** ,000 51 | ,556** ,000 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,730** ,000 51 | ,378** ,006 51 | ,531** ,000 51 | ,393** ,004 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 51 | ,419** ,002 51 | ,505** ,000 51 | ,489** ,000 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,419** ,002 51 | 1,000 , 51 | ,218 ,125 51 | ,445** ,001 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,505** ,000 51 | ,218 ,125 51 | 1,000 , 51 | ,494** ,000 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,489** ,000 51 | ,445** ,001 51 | ,494** ,000 51 | 1,000 , 51 |

Correlations

| | | TF psychische Belastung | TF Penetranz des Tinnitus | TF Hörprobleme | TF Schlafstö- rungen |
|---|---------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------|----------------------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,800** | ,449** | ,580** | ,513** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,001 | ,000 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,861** | ,627** | ,671** | ,662** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,205 | ,536** | ,280* | ,379** |
| | Sig. (2-tailed) | ,152 | ,000 | ,049 | ,007 |
| | N | 50 | 50 | 50 | 50 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,173 | ,235 | ,156 | ,339* |
| | Sig. (2-tailed) | ,262 | ,124 | ,310 | ,024 |
| | N | 44 | 44 | 44 | 44 |
| BAI | Pearson Correlation | ,124 | ,331* | ,175 | ,125 |
| | Sig. (2-tailed) | ,394 | ,020 | ,230 | ,392 |
| | N | 49 | 49 | 49 | 49 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,257 | ,151 | ,174 | ,264 |
| | Sig. (2-tailed) | ,068 | ,290 | ,221 | ,062 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,124 | -,063 | ,151 | ,077 |
| | Sig. (2-tailed) | ,387 | ,661 | ,289 | ,593 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,119 | ,230 | ,091 | ,280* |
| | Sig. (2-tailed) | ,406 | ,104 | ,524 | ,047 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,291* | ,213 | ,120 | ,276* |
| | Sig. (2-tailed) | ,038 | ,134 | ,400 | ,050 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,138 | ,375** | ,101 | ,048 |
| | Sig. (2-tailed) | ,334 | ,007 | ,480 | ,739 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,086 | ,158 | ,047 | ,104 |
| | Sig. (2-tailed) | ,547 | ,268 | ,745 | ,466 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,118 | ,139 | ,190 | ,232 |
| | Sig. (2-tailed) | ,410 | ,331 | ,182 | ,101 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 |

Correlations

| | | TF Somatische Beschwerden | TF Gesamtscore | GÜF - 4 Stufen | BDI Aufnahme |
|---|---|------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,134 ,363 48 | -,111 ,453 48 | -,159 ,199 67 | ,110 ,446 50 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,158 ,283 48 | -,200 ,172 48 | -,188 ,127 67 | -,275 ,053 50 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,084 ,569 48 | -,057 ,700 48 | -,029 ,813 67 | ,145 ,313 50 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,143 ,332 48 | ,224 ,127 48 | ,048 ,698 67 | ,169 ,240 50 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,026 ,858 48 | ,101 ,496 48 | -,120 ,337 66 | ,021 ,883 50 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,161 ,273 48 | ,154 ,297 48 | -,109 ,379 67 | ,088 ,545 50 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,042 ,776 48 | -,080 ,589 48 | ,015 ,907 67 | -,061 ,672 50 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,483** ,000 51 | ,534** ,000 51 | ,215 ,072 71 | ,419** ,002 54 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,058 ,698 48 | -,138 ,350 48 | -,416** ,001 66 | -,223 ,115 51 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,025 ,885 35 | -,089 ,611 35 | -,550** ,000 50 | -,385** ,017 38 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,598** ,000 51 | ,645** ,000 51 | ,199 ,099 70 | ,255 ,063 54 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,322* ,027 47 | ,374** ,010 47 | ,124 ,324 65 | ,084 ,564 49 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,258 ,076 48 | ,361* ,012 48 | ,588** ,000 68 | ,210 ,138 51 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,136 ,369 46 | ,214 ,153 46 | ,153 ,223 65 | -,151 ,301 49 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,417** ,003 50 | ,506** ,000 50 | ,923** ,000 71 | ,555** ,000 52 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,355* ,010 51 | ,406** ,003 51 | ,409** ,000 70 | ,705** ,000 54 |

Correlations

| | | TF Somatische Beschwerden | TF Gesamtscore | GÜF - 4 Stufen | BDI Aufnahme |
|------------------------------|---|------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,405** ,003 51 | ,406** ,003 51 | ,429** ,000 70 | ,784** ,000 54 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,280* ,047 51 | ,248 ,080 51 | ,373** ,001 70 | ,777** ,000 54 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,297* ,035 51 | ,288* ,041 51 | ,409** ,000 70 | ,837** ,000 54 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,318* ,023 51 | ,340* ,015 51 | ,435** ,000 70 | ,821** ,000 54 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,364** ,009 51 | ,355* ,011 51 | ,416** ,000 70 | ,714** ,000 54 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,330* ,018 51 | ,323* ,021 51 | ,400** ,001 70 | ,761** ,000 54 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,466** ,001 51 | ,442** ,001 51 | ,485** ,000 70 | ,647** ,000 54 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,448** ,001 51 | ,431** ,002 51 | ,482** ,000 70 | ,784** ,000 54 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,406** ,003 51 | ,409** ,003 51 | ,478** ,000 70 | ,878** ,000 54 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,409** ,003 51 | ,398** ,004 51 | ,479** ,000 70 | ,729** ,000 54 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,309* ,027 51 | ,328* ,019 51 | ,378** ,001 70 | ,813** ,000 54 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,966** ,000 51 | ,931** ,000 51 | ,340* ,016 50 | ,293 ,054 44 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,933** ,000 51 | ,859** ,000 51 | ,206 ,150 50 | ,292 ,054 44 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,800** ,000 51 | ,861** ,000 51 | ,205 ,152 50 | ,173 ,262 44 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,449** ,001 51 | ,627** ,000 51 | ,536** ,000 50 | ,235 ,124 44 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,580** ,000 51 | ,671** ,000 51 | ,280* ,049 50 | ,156 ,310 44 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,513** ,000 51 | ,662** ,000 51 | ,379** ,007 50 | ,339* ,024 44 |

Correlations

| | | TF Somatische Beschwerden | TF Gesamtscore | GÜF - 4 Stufen | BDI Aufnahme |
|---|---------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | 1,000 | ,946** | ,299* | ,305* |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,000 | ,035 | ,044 |
| | N | 51 | 51 | 50 | 44 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,946** | 1,000 | ,403** | ,309* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | , | ,004 | ,042 |
| | N | 51 | 51 | 50 | 44 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,299* | ,403** | 1,000 | ,389** |
| | Sig. (2-tailed) | ,035 | ,004 | , | ,004 |
| | N | 50 | 50 | 71 | 52 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,305* | ,309* | ,389** | 1,000 |
| | Sig. (2-tailed) | ,044 | ,042 | ,004 | , |
| | N | 44 | 44 | 52 | 54 |
| BAI | Pearson Correlation | ,252 | ,275 | ,467** | ,680** |
| | Sig. (2-tailed) | ,080 | ,056 | ,000 | ,000 |
| | N | 49 | 49 | 68 | 52 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,353* | ,332* | ,406** | ,535** |
| | Sig. (2-tailed) | ,011 | ,017 | ,000 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 70 | 54 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,190 | ,146 | ,258* | ,371** |
| | Sig. (2-tailed) | ,181 | ,307 | ,031 | ,006 |
| | N | 51 | 51 | 70 | 54 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,225 | ,241 | ,283* | ,493** |
| | Sig. (2-tailed) | ,112 | ,089 | ,018 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 70 | 54 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,402** | ,372** | ,399** | ,398** |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | ,007 | ,001 | ,003 |
| | N | 51 | 51 | 70 | 54 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,163 | ,218 | ,396** | ,314* |
| | Sig. (2-tailed) | ,252 | ,125 | ,001 | ,021 |
| | N | 51 | 51 | 70 | 54 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,103 | ,126 | ,291* | ,569** |
| | Sig. (2-tailed) | ,471 | ,377 | ,014 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 71 | 54 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,324* | ,283* | ,246* | ,511** |
| | Sig. (2-tailed) | ,020 | ,044 | ,040 | ,000 |
| | N | 51 | 51 | 70 | 54 |

Correlations

| | | BAI | WI Gesamtscore | WI Krankheitsän- gste (1, 4, 6, 12, 13, 14) |
|---|---|-----------------------|----------------------|--|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,103 ,412 66 | -,100 ,419 68 | -,013 ,914 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,341** ,005 66 | -,121 ,327 68 | -,037 ,764 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,108 ,387 66 | -,250* ,040 68 | -,226 ,064 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,179 ,150 66 | ,066 ,594 68 | ,152 ,216 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,018 ,889 65 | -,187 ,129 67 | -,200 ,104 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,200 ,108 66 | -,241* ,048 68 | -,249* ,041 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,132 ,290 66 | ,103 ,404 68 | ,065 ,599 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,272* ,023 70 | ,345** ,003 72 | ,143 ,232 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,373** ,002 65 | -,270* ,027 67 | -,200 ,105 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,348* ,013 50 | -,340* ,015 51 | -,280* ,047 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,058 ,638 69 | ,135 ,261 71 | ,045 ,708 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,038 ,769 64 | ,147 ,240 66 | ,166 ,183 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,355** ,003 67 | ,325** ,006 69 | ,194 ,110 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,111 ,381 64 | -,004 ,974 66 | -,105 ,402 66 |
| Geräuschüberempfindlich- keitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,608** ,000 68 | ,419** ,000 70 | ,256* ,032 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,720** ,000 70 | ,496** ,000 72 | ,247* ,037 72 |

Correlations

| | | BAI | WI Gesamtscore | WI Krankheitsän- gste (1, 4, 6, 12, 13, 14) |
|------------------------------|---------------------|--------|-------------------|--|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation | ,714** | ,521** | ,358** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,002 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation | ,637** | ,487** | ,265* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,025 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation | ,696** | ,537** | ,355** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,002 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation | ,799** | ,516** | ,340** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,003 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation | ,543** | ,508** | ,315** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,007 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation | ,688** | ,428** | ,255* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,031 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation | ,554** | ,560** | ,392** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,001 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation | ,601** | ,537** | ,364** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,002 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation | ,775** | ,585** | ,361** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,002 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation | ,708** | ,567** | ,387** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,001 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation | ,668** | ,509** | ,293* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,013 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation | ,224 | ,318* | ,176 |
| | Sig. (2-tailed) | ,123 | ,023 | ,216 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation | ,262 | ,362** | ,188 |
| | Sig. (2-tailed) | ,069 | ,009 | ,187 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation | ,124 | ,257 | ,124 |
| | Sig. (2-tailed) | ,394 | ,068 | ,387 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation | ,331* | ,151 | -,063 |
| | Sig. (2-tailed) | ,020 | ,290 | ,661 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation | ,175 | ,174 | ,151 |
| | Sig. (2-tailed) | ,230 | ,221 | ,289 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation | ,125 | ,264 | ,077 |
| | Sig. (2-tailed) | ,392 | ,062 | ,593 |
| | N | 49 | 51 | 51 |

Correlations

| | | BAI | WI Gesamtscore | WI Krankheitsän- gste (1, 4, 6, 12, 13, 14) |
|---|---------------------|--------|-------------------|--|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation | ,252 | ,353* | ,190 |
| | Sig. (2-tailed) | ,080 | ,011 | ,181 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation | ,275 | ,332* | ,146 |
| | Sig. (2-tailed) | ,056 | ,017 | ,307 |
| | N | 49 | 51 | 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation | ,467** | ,406** | ,258* |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,031 |
| | N | 68 | 70 | 70 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation | ,680** | ,535** | ,371** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,006 |
| | N | 52 | 54 | 54 |
| BAI | Pearson Correlation | 1,000 | ,444** | ,232 |
| | Sig. (2-tailed) | , | ,000 | ,054 |
| | N | 70 | 70 | 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation | ,444** | 1,000 | ,857** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | , | ,000 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation | ,232 | ,857** | 1,000 |
| | Sig. (2-tailed) | ,054 | ,000 | , |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation | ,478** | ,690** | ,356** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,002 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation | ,361** | ,647** | ,417** |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation | ,714** | ,585** | ,385** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,001 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation | ,516** | ,357** | ,162 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,002 | ,174 |
| | N | 70 | 72 | 72 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation | ,365** | ,754** | ,597** |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,000 | ,000 |
| | N | 70 | 72 | 72 |

Correlations

| | | WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | WI Krankheitsüb- erzeugung (7, 9, 10, 11) | SOMS Beschwerdei- ndex Somatisieru- ng (1-53) |
|---|---|--|--|---|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,081 ,514 68 | -,063 ,609 68 | -,128 ,300 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,150 ,222 68 | -,187 ,126 68 | -,202 ,099 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,154 ,210 68 | -,249* ,041 68 | -,253* ,037 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,071 ,565 68 | -,086 ,487 68 | -,093 ,450 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,162 ,190 67 | -,016 ,895 67 | -,009 ,942 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,223 ,067 68 | -,078 ,529 68 | -,313** ,009 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,196 ,109 68 | ,020 ,872 68 | ,191 ,119 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,474** ,000 72 | ,139 ,245 72 | ,095 ,428 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,121 ,329 67 | -,380** ,001 67 | -,303* ,013 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | -,292* ,038 51 | -,270 ,056 51 | -,287* ,041 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,118 ,326 71 | ,088 ,467 71 | -,140 ,245 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,086 ,494 66 | -,071 ,574 66 | ,088 ,484 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,216 ,075 69 | ,359** ,002 69 | ,308* ,010 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,015 ,906 66 | ,136 ,275 66 | ,084 ,501 66 |
| Geräuschüberempfindlich- keitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,350** ,003 70 | ,396** ,001 70 | ,395** ,001 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,536** ,000 72 | ,435** ,000 72 | ,607** ,000 72 |

Correlations

| | | WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | WI Krankheitsüb- erzeugung (7, 9, 10, 11) | SOMS Beschwerdei- ndex Somatisieru- ng (1-53) |
|------------------------------|---|--|--|---|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,461** ,000 72 | ,464** ,000 72 | ,524** ,000 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,469** ,000 72 | ,521** ,000 72 | ,486** ,000 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,488** ,000 72 | ,455** ,000 72 | ,512** ,000 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,480** ,000 72 | ,422** ,000 72 | ,554** ,000 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,449** ,000 72 | ,400** ,000 72 | ,409** ,000 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,433** ,000 72 | ,474** ,000 72 | ,493** ,000 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,432** ,000 72 | ,515** ,000 72 | ,493** ,000 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,436** ,000 72 | ,511** ,000 72 | ,413** ,000 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,543** ,000 72 | ,526** ,000 72 | ,576** ,000 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,497** ,000 72 | ,441** ,000 72 | ,567** ,000 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,498** ,000 72 | ,469** ,000 72 | ,506** ,000 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,168 ,238 51 | ,406** ,003 51 | ,156 ,275 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,278* ,048 51 | ,349* ,012 51 | ,155 ,277 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,119 ,406 51 | ,291* ,038 51 | ,138 ,334 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,230 ,104 51 | ,213 ,134 51 | ,375** ,007 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,091 ,524 51 | ,120 ,400 51 | ,101 ,480 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,280* ,047 51 | ,276* ,050 51 | ,048 ,739 51 |

Correlations

| | | WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | WI Krankheitsüb erzeugung (7, 9, 10, 11) | SOMS Beschwerdei ndex Somatisieru ng (1-53) |
|---|---|--|---|---|
| TF Somatische Beschwerden | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,225 ,112 51 | ,402** ,003 51 | ,163 ,252 51 |
| TF Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,241 ,089 51 | ,372** ,007 51 | ,218 ,125 51 |
| GÜF - 4 Stufen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,283* ,018 70 | ,399** ,001 70 | ,396** ,001 70 |
| BDI Aufnahme | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,493** ,000 54 | ,398** ,003 54 | ,314* ,021 54 |
| BAI | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,478** ,000 70 | ,361** ,002 70 | ,714** ,000 70 |
| WI Gesamtscore | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,690** ,000 72 | ,647** ,000 72 | ,585** ,000 72 |
| WI Krankheitsängste (1, 4, 6, 12, 13, 14) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,356** ,002 72 | ,417** ,000 72 | ,385** ,001 72 |
| WI Somatische Beschwerden (2, 5, 8) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | 1,000 , 72 | ,268* ,023 72 | ,559** ,000 72 |
| WI Krankheitsüberzeugung (7, 9, 10, 11) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,268* ,023 72 | 1,000 , 72 | ,422** ,000 72 |
| SOMS Beschwerdeindex Somatisierung (1-53) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,559** ,000 72 | ,422** ,000 72 | 1,000 , 72 |
| Anzahl Diagnosen | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,403** ,000 72 | ,374** ,001 72 | ,455** ,000 72 |
| WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) | Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N | ,633** ,000 72 | ,469** ,000 72 | ,455** ,000 72 |

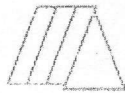
Correlations

| | | Anzahl Diagnosen | WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) |
|---|---------------------|---------------------|--|
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 1 (Parafunkt. Befund) | Pearson Correlation | ,056 | ,052 |
| | Sig. (2-tailed) | ,645 | ,676 |
| | N | 69 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 2 (Palpationsbefund) | Pearson Correlation | -,258* | -,052 |
| | Sig. (2-tailed) | ,032 | ,676 |
| | N | 69 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 3 (Gelenkgeräusche) | Pearson Correlation | -,138 | -,162 |
| | Sig. (2-tailed) | ,257 | ,187 |
| | N | 69 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 4 (Mundöffnung asymm.) | Pearson Correlation | -,042 | ,048 |
| | Sig. (2-tailed) | ,733 | ,699 |
| | N | 69 | 68 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 5 (Mundöffnung eingeschränkt) | Pearson Correlation | -,005 | -,173 |
| | Sig. (2-tailed) | ,970 | ,162 |
| | N | 68 | 67 |
| Screening-Kriterium (Zahnmedizinisch) 6 (habituelle Okklusion) | Pearson Correlation | -,105 | -,152 |
| | Sig. (2-tailed) | ,392 | ,217 |
| | N | 69 | 68 |
| CMD-Entscheidung Zahnmedizinisch (dichotom) | Pearson Correlation | ,087 | ,014 |
| | Sig. (2-tailed) | ,475 | ,909 |
| | N | 69 | 68 |
| STI - Tinnitus-Grad (I-III) (Kurzform: Item 6) | Pearson Correlation | ,182 | ,304** |
| | Sig. (2-tailed) | ,123 | ,009 |
| | N | 73 | 72 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit (Kurzform: Item 12.1) | Pearson Correlation | -,297* | -,113 |
| | Sig. (2-tailed) | ,014 | ,365 |
| | N | 68 | 67 |
| STI - Geräuschempfindlichkeit nicht spezifisch (Kurzform: Item 12.2) | Pearson Correlation | -,392** | -,160 |
| | Sig. (2-tailed) | ,004 | ,262 |
| | N | 52 | 51 |
| STI - Beschwerdestärke (1) Tinnitus (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | ,097 | -,030 |
| | Sig. (2-tailed) | ,419 | ,805 |
| | N | 72 | 71 |
| STI - Beschwerdestärke (2) Hörminderung (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | -,185 | ,104 |
| | Sig. (2-tailed) | ,135 | ,406 |
| | N | 67 | 66 |
| STI - Beschwerdestärke (3) Hyperakusis (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | ,344** | ,201 |
| | Sig. (2-tailed) | ,004 | ,097 |
| | N | 70 | 69 |
| STI - Beschwerdestärke (4) Schwindel (1-10) (Kurzform: Item 14) | Pearson Correlation | ,037 | -,174 |
| | Sig. (2-tailed) | ,765 | ,162 |
| | N | 67 | 66 |
| Geräuschüberempfindlichk eitsfragebogen (GÜF) Mittelwert (0-3) | Pearson Correlation | ,345** | ,291* |
| | Sig. (2-tailed) | ,003 | ,015 |
| | N | 71 | 70 |
| SCL Somatisierung | Pearson Correlation | ,531** | ,323** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,006 |
| | N | 72 | 72 |

Correlations

| | | Anzahl Diagnosen | WI Ergebnis Hypochondrie (Ja/Nein) |
|------------------------------|---------------------|---------------------|--|
| SCL Zwanghaftigkeit | Pearson Correlation | ,518** | ,452** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Soziale Unsicherheit | Pearson Correlation | ,565** | ,461** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Depressivität | Pearson Correlation | ,571** | ,459** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Ängstlichkeit | Pearson Correlation | ,554** | ,445** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Aggressivität | Pearson Correlation | ,361** | ,446** |
| | Sig. (2-tailed) | ,002 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Phobische Angst | Pearson Correlation | ,503** | ,388** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,001 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Paranoides Denken | Pearson Correlation | ,447** | ,484** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Psychotizismus | Pearson Correlation | ,461** | ,464** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL generelle Symptomatik | Pearson Correlation | ,592** | ,495** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Beschwerdeanzahl | Pearson Correlation | ,510** | ,468** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| SCL Stress-Index | Pearson Correlation | ,596** | ,411** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 |
| | N | 72 | 72 |
| TF emotionale Belastung | Pearson Correlation | ,057 | ,283* |
| | Sig. (2-tailed) | ,692 | ,044 |
| | N | 51 | 51 |
| TF kognitive Belastung | Pearson Correlation | ,156 | ,343* |
| | Sig. (2-tailed) | ,274 | ,014 |
| | N | 51 | 51 |
| TF psychische Belastung | Pearson Correlation | ,086 | ,118 |
| | Sig. (2-tailed) | ,547 | ,410 |
| | N | 51 | 51 |
| TF Penetranz des Tinnitus | Pearson Correlation | ,158 | ,139 |
| | Sig. (2-tailed) | ,268 | ,331 |
| | N | 51 | 51 |
| TF Hörprobleme | Pearson Correlation | ,047 | ,190 |
| | Sig. (2-tailed) | ,745 | ,182 |
| | N | 51 | 51 |
| TF Schlafstörungen | Pearson Correlation | ,104 | ,232 |
| | Sig. (2-tailed) | ,466 | ,101 |
| | N | 51 | 51 |

7.2 Informationsblatt, Einverständniserklärung und Stichprobenfragebogen



Informationsblatt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aufgrund Ihrer Ohrgeräusche haben Sie sich für einen Aufenthalt in der Klinik Roseneck entschieden. Wir werden in der Behandlung bemüht sein, Sie zu unterstützen, besser mit den Belastungen durch die Ohrgeräusche zurechtzukommen.

Darüber hinaus ist die Klinik Roseneck bestrebt, die Qualität ihrer ärztlichen und psychotherapeutischen Arbeit fortlaufend zu verbessern. Wir bitten Sie daher, uns bei einer gemeinsamen wissenschaftlichen Studie zu unterstützen, die wir in Kooperation mit der **HNO-Klinik, Medizinische Fakultät der Technischen Universität München** (Prof. Arnold) und der **Deutschen Tinnitus-Liga** durchführen. Durch die Studie wollen wir erfahren, ob es Möglichkeiten gibt,

- 1) die Diagnostik von Geräuschüberempfindlichkeit (Hyperakusis) mit einem Hörtest (Würzburger Hörfeld; Otoakustische Emissionen, DPOAE) zu verbessern;
- 2) die Diagnostik von Fehlfunktionen des Kiefer-Kauapparates und Zusammenhänge mit Tinnitus in Form eines Fragebogens besser zu erfassen;
- 3) möglicherweise vorhandene psychischen Begleiterkrankungen bei Hyperakusis und Fehlfunktionen des Kiefer-Kauapparates zu untersuchen.

Hierzu erfolgen die übliche Untersuchung der Hörfunktion mit Tinnitusanalyse und Geräuschüberempfindlichkeitsuntersuchung in unserer Hörkabine sowie einer neuartigen Untersuchung der Funktion des Innenohrs (feiner Hörtest auf einer Entspannungsliege (Diplomandin Frau Krause), ein fachärztliches Interview (Herr Boßler, Facharzt für psychosomatische Medizin) und eine orientierende Untersuchung durch einen Facharzt für Zahnheilkunde (Herr Görl). Alle Untersuchungen erfolgen im Haus und werden ohne Störung Ihres Therapieablaufs eingeplant. Außerdem bitten wir Sie, beiliegende Fragebögen auszufüllen.

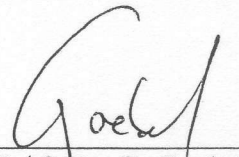
Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns und anderen Patienten, die Problematik der Geräuschüberempfindlichkeit und weitere psychosomatische Aspekte besser zu verstehen und damit Ihre Behandlungsmöglichkeiten und die anderer Betroffener zu verbessern.

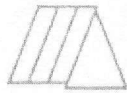
Alle Angaben, die Sie machen, werden **streng vertraulich** behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre ausgefüllten Fragebögen werden anonymisiert am Computer eingegeben, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist. Auch bei eventuellen Veröffentlichungen wird kein Bezug zu Ihrer Person hergestellt, und es werden in Zusammenhang mit der Studie keine personenbezogenen Daten an Dritte weitergegeben. Sie können selbstverständlich während der Studie ohne Angaben von Gründen Ihr Einverständnis zurückziehen oder auch nur die Teilnahme an einem Teilabschnitt der Studie verweigern. Es werden Ihnen dadurch auch keinerlei Nachteile bei der Teilnahme am sonstigen Therapieangebot der Klinik entstehen.

Wenn Sie das Vorangegangene gelesen haben und Sie bereit wären, an der Studie teilzunehmen, bitten wir Sie, die beigefügte Einverständniserklärung zu unterschreiben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!


Prof. Dr. M. Fichter
Ärztlicher Direktor


Prof. Dr. G. Goebel
Chefarzt, Studienleiter



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zur Teilnahme an einem wissenschaftlichen Projekt über chronischer Tinnitus und dessen Zusammenhänge mit Hyperakusis (Diagnostik), Fehlfunktionen des Kiefer-Kauapparates sowie psychischer Belastungen.

(Name, Vorname des Patienten)

(Geburtsdatum)

Ich wurde darüber informiert, dass an der Klinik Roseneck eine wissenschaftliche Studie über Tinnituserkrankungen mit der Diagnostik der Geräuschüberempfindlichkeit (Hörtest einschließlich Funktionsuntersuchung der Haarzellen im Innenohr mittels Otoakustischer Emissionen; OAE; DPOAE), der Diagnostik von Fehlfunktionen des Kiefergelenkes (in Form eines Fragebogens und einer zahnärztlichen Untersuchung), sowie der Erfassung von psychischen Belastungen (durch ein fachärztliches Interview und Fragebögen) durchgeführt wird.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse oder sonstige Angaben, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen), an Dritte weitergegeben werden.

Mir wurde versichert, dass die Teilnahme an dieser Untersuchung völlig freiwillig erfolgt, dass ich das Recht habe, jederzeit davon zurückzutreten ohne dass mir Nachteile für die reguläre Behandlung daraus erwachsen, dass die Angaben streng vertraulich behandelt werden sowie grundsätzlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Untersuchungsteilnehmers)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des aufklärenden Studienleiters)

Name: _____

**Bitte beantworten Sie zuerst folgende Fragen zu Ihrer Person!
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. ALTER _____ Jahre

2. GESCHLECHT

- 1. männlich
- 2. weiblich

3. FAMILIENSTAND

- 1. ledig
- 2. verheiratet/ Lebensgemeinschaft
- 3. geschieden/ getrennt lebend
- 4. verwitwet

4. HAUSSTAND

- 1. allein lebend
- 2. mit Partner
- 3. mit Partner und Kindern
- 4. mit Kindern
- 5. mit Eltern
- 6. andere Wohnform

5. SCHULABSCHLUSS

- 1. kein Abschluss
- 2. Hauptschule
- 3. Realschule
- 4. Fachschule
- 5. Abitur
- 6. Studium

6. BERUFSTÄTIGKEIT

- 1. berentet
- 2. vollschichtig
- 3. Teilzeit
- 4. im Haushalt tätig
- 5. arbeitslos
- 6. in Ausbildung

7. BERUFLICHER STATUS

- 1. ungelernt
- 2. qualifiziert - einfach
- 3. qualifiziert - mittel
- 4. qualifiziert - leitend
- 5. selbständig
- 6. in Ausbildung

8. ANZAHL DER KINDER _____

7.3 Test- und Untersuchungsverfahren

C

Klinische Funktionsanalyse (dentaConcept)

Strukturiertes Tinnitus-Interview (STI)

Tinnitus-Fragebogen (TF)

Geräuschüberempfindlichkeitsfragebogen (GÜF)

Symptomcheckliste (SCL-90-R)

Beck Depressions-Inventar (BDI)

Beck Angst-Inventar (BAI)

Whitely-Index (WI)

Screening für Somatoforme Störungen (SOMS-2)

Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL)

Patient/in

Datum

Patienten-Nummer

Geburtsdatum

Praxis-Stempel

Life-Event-Scale

Übertrag aus dem Fragebogen Streßbelastung:

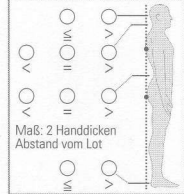
Punkte
 Punkte
 Punkte

Die Streßbelastung ist demnach:

- extrem (≥ 200 Punkte)
- erhöht (≥ 100 Punkte)
- normal (< 100 Punkte)

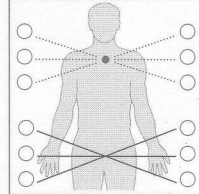
Orthopädische Befunde

Haltung: seitlich



Maß: 2 Handdicken Abstand vom Lot
Ligamentäre Schwäche positiv

frontal



HWS:

Rotationseinschränkung in...

Inklination
 li keine re
Mittelstellung
 li keine re
Reklination
 li keine re

Parafunkt. Befunde

- Zungenindentationen
- Wangenveränderungen
- deutliche Abrasionen
- keilförmige Defekte
- Rezessionen
- McCallsche Girlanden
- Stillman-Spalten
- Zahnlockerungen

Palpationsbefunde / Isometrie

| rechts | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Mißempfindung | Schmerz | <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> | links |
|--------------------------|--|-----------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. masseter superfic. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. masseter prof. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kiefergelenk lateral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kiefergelenk dorsal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. temporalis ant. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. temporalis med./post. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Suboccip.-/Nacken-M. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. trapezius | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. sternocleidomastoideus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | infrahyoidale M. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | suprahyoidale M. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. pterygoideus med. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. digastricus venter post. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | M. pteryg. lat. / Isometrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gelenkgeräusche

rechts **Öffnen** links

initial intermed. terminal
 terminal intermed. initial

rechts **Schließen** links

terminal intermed. initial
 initial intermed. terminal

Knackgeräusch

- kurz, hart
- weich
- kurz, hart
- weich

Kompression verändert Zeitpunkt

- früher
- nicht
- später/nicht mehr
- früher
- nicht
- später/nicht mehr

Mobilitäts- und klinische Okklusionsbefunde

Öffnung UK

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| re | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | mm |
| li | | | | | | |

SKD max. **aktiv** 5 mm Mißempf. Schmerz

SKD max. **passiv** 5 mm Mißempf. Schmerz

Endgefühl weich hart

Overjet (horiz.) 4 mm

Overbite (vert.) 2 mm

Protrusion 4 mm Mißempf. Schmerz

Laterotrusion rechts 4 mm Mißempf. Schmerz

Laterotrusion links 4 mm Mißempf. Schmerz

Gleitweg in zentrische Relation 5 mm Mißempf. Schmerz

...wenn > 0: **Gleitweg** sagittal
 Abweichung rechts
 Abweichung links

Habituelle Okklusion:

- stabil instabil
- Frontzähne in Kontakt
- Seitenzähne außer Kontakt
- Sprechabstand nicht ausreichend

Unphysiol. Okklusionskontakte

- habituell
- zentrisch
- protrusiv
- laterotrusiv ► re.
- laterotrusiv ► li.

(betr. Zähne)

Reaktionstests

Provokationstest (KROGH-POULSEN, Isometrie)

pos. neg. Ausführung

Resilienztest nach GERBER:

rechts Shimstock fixiert bei links mm Zinnfolie
links Shimstock fixiert bei rechts mm Zinnfolie

- Kompression
- neutral
- Distraktion
- Kompression
- neutral
- Distraktion

Auswertung

Initialdiagnose(n):

Nebendiagnose(n):

Differentialdiagn.:

Konsile

- Psychosomatik
- Orthopädie
- Physiotherapie
- RÖ, CT, MR, Sono
- andere:
- zahnärztl. instrumentelle Funktionsanalyse / Okklusionsanalyse



Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck

im Verbund mit der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

Mini-STRUKTURIERTES TINNITUS-INTERVIEW (STI)

Heutiges Datum:

Ihr Name:

Alter:

Geschlecht:

Angaben zu Ihrem Tinnitus

1. Auf welchem Ohr hören Sie den Tinnitus ?

- rechts (oder überwiegend rechts) links (oder überwiegend links)
- beidseits (oder etwa gleich) im Kopf

2. Wie etwa klingt Ihr Tinnitus ?

3. Wann hat Ihr Tinnitus begonnen ?

rechts: _____ links: _____

4. Hat Ihr Tinnitus urplötzlich oder langsam einschleichend begonnen ?

- rechts: links:
- urplötzlich
- langsam einschleichend

5. Hat sich die Lautstärke Ihres Tinnitus im Laufe der Zeit verändert ?

- rechts: links:
- stärker geworden
- schwächer geworden
- im wesentlichen gleichgeblieben

6. Wie laut ist Ihr Tinnitus, wenn Sie ihn mit üblichen Umgebungsgeräuschen vergleichen?

- Grad I:** Tinnitus hörbar nur bei Stille
- Grad II:** Tinnitus hörbar bei geringen Umgebungsgeräuschen und maskierbar durch gewöhnlichen Lärm
- Grad III:** Tinnitus übertönt alle Geräusche

7. Ändert sich die Lautstärke Ihres Tinnitus bei oder nach lauten Umgebungsgeräuschen ?

- wird leiser ändert sich nicht (oder kaum) wird lauter

8. Ist Ihr Tinnitus tagsüber ständig da ?

- ständig, ohne Unterbrechung mit kurzen Pausen (< 1 Std.)
- mit längeren Pausen (> 1 Std.) z.T. ganze Tage ohne Tinnitus

9. Erleben Sie Ihren Tinnitus als quälend ?

- Ja teilweise/ manchmal Nein

10. (Falls Frage 10 zutrifft:) Seit wann erleben Sie Ihren Tinnitus als quälend ?

- von Anfang an quälend wurde erst später quälend quälend seit: _____ Jahren, _____ Monaten

Angaben zu anderen Beschwerden

11. Besteht bei Ihnen eine Hörminderung ?

- Ja Nein nicht bekannt
- rechts seit: _____ links seit: _____

12. Die folgenden Fragen beziehen sich auf eine mögliche Geräuschempfindlichkeit

(1) Erleben Sie leise oder durchschnittliche Geräusche (wie Zeitungsrascheln, Ventilator des PC, eigenes Lachen, Brummen des Kühlschranks) als unangenehm bis schmerzhaft?

- Ja, trifft zu Manchmal Nein

(2) Benutzen Sie regelmäßig Watte oder anderen Gehörschutz auch in Umgebungen mit normalen Geräuschpegeln (z.B. beim Verlassen des Hauses)?

- Ja, trifft zu Manchmal Nein

(3) Bezieht sich Ihre Geräuschempfindlichkeit nicht nur auf bestimmte Geräusche (z.B. Schreien eines Kindes, Musik), sondern auf alle mögliche unterschiedliche Geräusche und Gelegenheiten?

- Ja, trifft zu Manchmal Nein

(4) Sind Sie in Ihrer Lebensführung durch die Geräuschempfindlichkeit erheblich beeinträchtigt?

- Ja, trifft zu Manchmal Nein

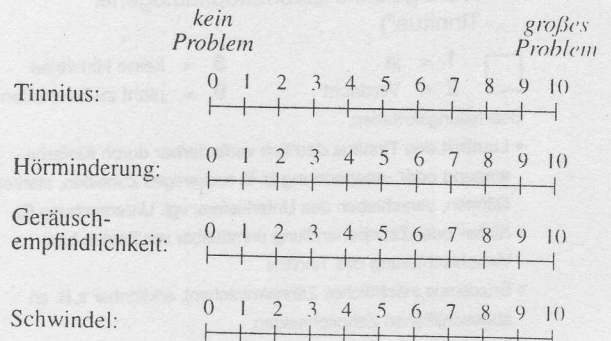
13. Leiden Sie unter Schwindel ?

- Ja Nein

• Falls Schwindel bereits ärztlich abgeklärt wurde:

Diagnose: _____

14. Schätzen Sie jetzt bitte die Stärke Ihrer Beschwerden zwischen 0 und 10 ein.



15. Sind Sie besonders geräuschempfindlich (z. B. Kühlschrank, WC-/Bad-Entlüfter, PC-Ventilatoren etc.)

- Nein Teilweise/
manchmal Ja

Falls ja oder teilweise/manchmal:

- rechts Beidseitig links

16. Besteht bei Ihnen eine Hörminderung?

- Ja Nein Nicht
bekannt

rechts seit: _____ links seit: _____

Hinweis: Bitte stellen Sie uns auf jeden Fall die Kopie eines der letzten Audiogramme zur Verfügung (s. u.).

Verbessert sich Ihr Tinnitus durch die Benutzung eines Maskers?

- Ja rechts Ja links
 Hat nichts genutzt Noch nie Masker
benutzt

Benutzen Sie ein Hörgerät?

- Nein Rechts
 Beidseits Links

Gibt es eine HNO-ärztliche Diagnose für die Ursache Ihres Tinnitus? – Bitte Punkte 17. bis 30. ankreuzen; es können auch mehrere Ursachen angegeben werden.

17. Tinnitus seit Hörsturz?

- Nein Verdacht Ja

18. Tinnitus bei Durchblutungsstörung?

- Nein Verdacht Ja

19. Tinnitus bei Funktionsstörungen der Halswirbelsäule („Zervikogener Tinnitus“)?

- Nein Verdacht Ja

20. Tinnitus bei Funktionsstörungen des Kiefergelenks („Stomatognathogener Tinnitus“)?

- Nein Verdacht Ja

21. Tinnitus seit Knalltrauma?

- Nein Verdacht Ja

22. Tinnitus im Zusammenhang mit längerer Lärmbelastung?

- Nein Verdacht Ja

23. Tinnitus nach schweren Schädelverletzungen?

- Nein Verdacht Ja

24. Tinnitus bei Morbus Menière?

- Nein Verdacht Ja

25. Tinnitus bei Otosklerose (Mittelohrknochenprobleme)?

- Nein Verdacht Ja

26. Tinnitus im Zusammenhang mit Tumoroperationen am Hörnerv (Akustikusneurinom)?

- Nein Verdacht Ja

27. Tinnitus bei anderer zentralnervöser Erkrankung?

- Nein Verdacht Ja

28. Tinnitus bei Innenohrschädigung durch Medikamente?

- Nein Verdacht Ja

29. Tinnitus bei familiärer Schwerhörigkeit*?

- Nein Verdacht Ja

* Schwerhörigkeit seit Kindheit, bei Verwandten – Hörminderung, Taubheit oder andere Gehörerkrankungen

30. Tinnitus bei anderen Ursachen (z. B. Über- oder Unterdruckunfall beim Tauchen/Fliegen, Ruptur rundes Fenster, Autoimmunerkrankung, seltenen Allergien, Hörminderung, die nicht im Zusammenhang mit den Ursachen unter Punkt 17. bis 29. zusammenhängt etc.)?

- Nein Verdacht Ja

Bitte beschreiben, Sie können hier Ihre Vermutungen auch nicht schulmedizinischer Zusammenhänge vermerken, wie z. B. Stress, Lebenskrise etc.

Die Fragen beziehen sich auf psychische Beschwerden, die im Zusammenhang mit länger-dauerndem Tinnitus auftreten können.

Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen für den Zeitraum der **letzten 14 Tage!**

31. Ich merke den Tinnitus kaum, nur wenn ich darauf achte.

- Nein Ja

32. Er wird tagsüber meist durch Umgebungsgeräusche überdeckt.

- Nein Ja

33. Auch tagsüber ist der Tinnitus sehr störend.

- Nein Ja

34. Auch tagsüber ist er sogar entnervend und immer da.

- Nein Ja

35. Er stört mich zwar, aber ich habe mich damit abgefunden.

- Nein Ja

36. Wie stark schränkt der Tinnitus Ihr Leben ein?

- Nicht wesentlich Leichtgradig Mittelgradig
 Höhergradig Komplett

37. Wie oft bemerken Sie den Tinnitus, wenn Sie wach sind?

- Nie oder selten Manchmal Oft
 Sehr oft Immer

38. Wie oft stört der Tinnitus Ihre Konzentration, z. B. beim Lesen?

- Nie oder selten Manchmal Oft
 Sehr oft Immer

39. Wenn Sie in einer stillen Umgebung sind (außer beim Versuch, einzuschlafen), wie stark stört Sie dann der Tinnitus?

- Nicht/wenig Leicht Mittelgradig
 Stark Sehr stark

40. Wie oft ist es wegen des Tinnitus schwierig einzuschlafen und/oder weiterzuschlafen?

- Weniger als einmal pro Monat
 Ein bis drei Nächte pro Monat
 Ein bis drei Nächte pro Woche
 Drei bis fünf Nächte pro Woche
 Sechs bis sieben Nächte pro Woche

41. Wie leicht können Sie Ihren gewöhnlich auftretenden Tinnitus unterdrücken oder „vergessen“, wenn Sie etwas unternehmen, z. B. fernsehen oder sich mit jemandem unterhalten?

- Sehr leicht Ziemlich leicht Mittelgradig
 Sehr schwierig Unmöglich

42. Wenn Sie Tagesgeräuschen ausgesetzt sind (z. B. Hintergrundmusik, Uhrenticken, Hupe), wie leicht können diese Geräusche Ihren Tinnitus reduzieren oder vergessen?

- Sehr leicht Ziemlich leicht Mittelgradig
 Sehr schwierig Unmöglich

43. Wie oft löst Ihr Tinnitus in Ihnen ängstliche Gefühle oder Sorgen aus?

- Nie oder selten Manchmal Oft
 Sehr oft Immer

44. Wie oft löst Ihr Tinnitus in Ihnen Anspannung oder Irritation aus?

- Nie oder selten Manchmal Oft
 Sehr oft Immer

45. Wie oft löst Ihr Tinnitus in Ihnen depressive oder miserable Gefühle aus?

- Nie oder selten Manchmal Oft
 Sehr oft Immer

46. Wie laut ist Ihr Tinnitus?

Bitte markieren Sie die Lautheit zwischen 0 und 100 als Durchschnitt der letzten 14 Tage.

0 100

Mein Tinnitus war nicht wahrnehmbar. Mein Tinnitus war extrem laut.

47. Wie lästig/störend/unangenehm ist Ihr Tinnitus?

Bitte markieren Sie die Belästigung zwischen 0 und 100 als Durchschnitt der letzten 14 Tage.

0 100

Mein Tinnitus war überhaupt nicht belästigend. Mein Tinnitus war extrem belästigend.

48. Was tun Sie zur Zeit gegen Ihren Tinnitus?

.....
.....
.....
.....
.....

Weiterer Raum für Angaben am Ende des Bogens

49. Was ist Ihr derzeitiger Familienstand?

- Verheiratet Nie verheiratet Getrennt
 Ledig Geschieden Verwitwet

50. Welchen Beruf haben Sie?

.....

Hinweis: Falls „Hausfrau/Hausmann“, Frage 51 analog beantworten

51. Sind Sie derzeit berufstätig?

- Vollschichtig
 Derzeit krankgeschrieben
 ____ Std. wöchentlich
 Arbeitslos

52. Weitere sozialmedizinische Angaben

- Beziehe Rente
 Beziehe Unfallrente wegen Tinnitus
 Streit mit Behörde/Versicherung etc. wegen Tinnitus
 Rente beantragt
 Überlege, Rente zu beantragen

Ziel der folgenden Fragen ist es, herauszufinden, ob Ihre Ohr- oder Kopfgeräusche Einflüsse auf Ihre Gefühle, Verhaltensweisen oder Einstellungen haben.

| | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> | | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Manchmal kann ich die Ohrgeräusche ignorieren, auch wenn sie da sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, mehreren Menschen gleichzeitig zuzuhören. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich kann keine Musik genießen wegen der Ohrgeräusche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Die Ohrgeräusche sind die meiste Zeit laut. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Es ist unfair, dass ich unter meinen Ohrgeräuschen zu leiden habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Ich mache mir wegen der Ohrgeräusche Sorgen, ob mit meinem Körper ernstlich etwas nicht in Ordnung ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich wache in der Nacht wegen meiner Ohrgeräusche häufiger auf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Wenn die Ohrgeräusche andauern, wird mein Leben nicht mehr lebenswert sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich bin mir der Ohrgeräusche vom Aufwachen bis zum Schlafengehen bewusst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich etwas von meinem Selbstvertrauen verloren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Die Meinung und Einstellung zu den Ohrgeräuschen beeinflussen nicht das Quälende daran. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Ich wünsche mir, jemand würde verstehen, was das überhaupt für ein Problem ist. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Meistens sind die Ohrgeräusche ziemlich leise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Egal was ich tue, die Ohrgeräusche lenken mich ab. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich mache mir Sorgen, dass mich die Ohrgeräusche in einen Nervenzusammenbruch treiben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Es gibt nur ganz wenig, was man tun kann, um mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wegen der Ohrgeräusche habe ich Schwierigkeiten zu sagen, woher andere Töne kommen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Die Geräusche machen mir manchmal Ohren- und Kopfschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Die Art, wie die Ohrgeräusche klingen, ist wirklich unangenehm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Wenn ich mich niedergeschlagen oder pessimistisch fühle, scheint das Ohrgeräusch schlimmer zu sein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich habe den Eindruck, dass ich den Ohrgeräuschen nie entkommen kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich gegenüber meiner Familie und meinen Freunden gereizter. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wegen der Ohrgeräusche wache ich morgens früher auf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Aufgrund der Ohrgeräusche habe ich Muskelverspannungen an Kopf und Nacken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ich mache mir Sorgen, ob ich jemals in der Lage sein werde, mit diesem Problem fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Aufgrund der Ohrgeräusche erscheinen mir die Stimmen anderer Menschen verzerrt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Es wird fürchterlich sein, wenn diese Ohrgeräusche nie weggingen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ich Sorge mich, dass die Ohrgeräusche meine körperliche Gesundheit schädigen könnten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Das Ohrgeräusch scheint direkt durch meinen Kopf zu gehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Fast alle meine Probleme sind durch diese Ohrgeräusche bedingt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Mein Hauptproblem ist der Schlaf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Was mir zu schaffen macht, ist die Art und Weise darüber nachzudenken – nicht das Geräusch selbst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Wegen der Ohrgeräusche ist es für mich schwieriger, einer Unterhaltung zu folgen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer, zu entspannen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Oft sind meine Ohrgeräusche so schlimm, dass ich sie nicht ignorieren kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Wegen der Ohrgeräusche brauche ich länger zum Einschlafen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Wenn ich über die Ohrgeräusche nachdenke, werde ich manchmal sehr ärgerlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Wegen der Ohrgeräusche fällt es mir schwerer zu telefonieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Wegen der Ohrgeräusche bin ich leichter niedergeschlagen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Wenn ich etwas Interessantes tue, kann ich die Ohrgeräusche vergessen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Wegen der Ohrgeräusche scheint mir das Leben über den Kopf zu wachsen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Ohrenbeschwerden haben mir schon immer Sorgen bereitet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | <i>stimmt</i> | <i>stimmt teilweise</i> | <i>stimmt nicht</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 43. Ich denke oft darüber nach, ob die Ohrgeräusche jemals wieder weggehen werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Ich kann mir vorstellen zu lernen, mit den Ohrgeräuschen fertig zu werden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Die Ohrgeräusche lassen nie nach. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Eine stabilere Persönlichkeit würde dieses Problem vielleicht besser akzeptieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Ich bin ein Opfer meiner Ohrgeräusche. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Die Ohrgeräusche haben meine Konzentration beeinträchtigt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Die Ohrgeräusche sind eines der Probleme im Leben, mit denen man zu leben hat. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Aufgrund der Ohrgeräusche bin ich unfähig, Radio oder Fernsehen zu genießen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Manchmal verursachen die Ohrgeräusche starke Kopfschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ich hatte schon immer einen leichten Schlaf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Raum für ergänzende Bemerkungen:

GÜF GERÄUSCHÜBEREMPFLINDLICHKEITS – FRAGEBOGEN

Ziel der folgenden Aussagen ist es herauszufinden, wie sehr Ihre Geräuschüberempfindlichkeit Ihre Gefühle, Ihr Verhalten oder Denken beeinflusst. Geräusche, auf die Sie überempfindlich reagieren, können (1) laut und unangenehm sein. Sie können aber auch (2) laut oder (3) unangenehm sein. Sie werden im Fragebogen durchgehend die Bezeichnung „laut / unangenehm“ finden, die für alle drei Möglichkeiten gilt.

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage die am meisten zutreffende Antwort an; es ist jeweils nur eine Antwort möglich.

Datum: _____

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____

| | <i>stimmt nicht</i> | <i>stimmt manchmal</i> | <i>stimmt oft</i> | <i>stimmt immer</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Geräusche, die mich früher nicht gestört haben, machen mir jetzt Angst. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich mache mir Sorgen, dass es mir nie gelingen wird, mich an die lauten/ unangenehmen Geräusche zu gewöhnen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich kann nicht lange zuhören, wenn um mich herum laute/unangenehme Geräusche sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Durch meine Geräuschüberempfindlichkeit gibt es Spannungen mit meinem Partner/in, meiner Familie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bestimmte Geräusche muss ich meiden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich habe sehr große Angst vor Lärm. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich denke, die Geräuschüberempfindlichkeit hat mein Leben ruiniert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wenn viele Geräusche um mich herum sind, verstehe ich gar nichts mehr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Andere Menschen ziehen sich zurück, weil ich laute / unangenehme Geräusche nicht mehr aushalte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich ärgere mich über Geräusche, die mir zu laut/unangenehm sind. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bei lauten/unangenehmen Geräuschen bekomme ich Ohrenschmerzen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich glaube, ich werde den Alltag nicht bewältigen können, wenn die Geräuschüberempfindlichkeit so schlimm bleibt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Bei lauten / unangenehmen Geräuschen ziehe ich mich sofort zurück. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich habe Angst, dass laute / unangenehme Geräusche mein Gehör schädigen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Seit ich geräuschüberempfindlich bin, ist Musik für mich kein Genuss mehr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | |
|------------------------------|-------|-----|-------|------|-----------|------------|-------------------------------------|
| Code des Patienten/Probanden | Datum | Tag | Monat | Jahr | Tageszeit | Medikation | Initiales des Probanden (Patienten) |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Unterschrift des Untersuchers

CIPS

SCL-90-R

Bitte auch Rückseite beachten!

| Anleitung | Beispiel | Stärkegrade | |
|---|--|---|--|
| <p>Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!</p> | <p>Frage: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?</p> <p>Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen „sehr stark“ an.</p> | <p>überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> | |
| ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT. | | | |
| Wie sehr litten Sie unter...? | | Wie sehr litten Sie unter...? | |
| | überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark | überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark | |
| 1. Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Nervosität oder innerem Zittern | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 27. Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 29. Einsamkeitsgefühlen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 30. Schermut | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Gedächtnisschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 33. Furchtsamkeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Herz- und Brustschmerzen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 39. Herzklopfen oder Herzjagen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 40. Übelkeit oder Magenverstimmung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Zittern | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. schlechtem Appetit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. Neigung zum Weinen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 44. Einschlafschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22. der Befürchtung, erpöppelt oder erwischt zu werden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |

SCL-90-R

Seite 2

| Wie sehr litten Sie unter...? | überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark | Wie sehr litten Sie unter...? | überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 48. Schwierigkeiten beim Atmen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 49. Hitzewallungen oder Kälteschauern | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 72. Schreck- oder Panikanfällen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 51. Leere im Kopf | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 55. Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 79. dem Gefühl, wertlos zu sein | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 58. Schweregefühl in Armen oder Beinen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 59. Gedanken an den Tod und ans Sterben | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 60. dem Drang, sich zu überessen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 86. schreckerrregenden Gedanken und Vorstellungen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 64. frühem Erwachen am Morgen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 66. unruhigem oder gestörtem Schlaf | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 89. Schuldgefühlen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen zutreffend beantwortet haben! | | | | | | | | | | | |
| Score 1 | Score 2 | Score 3 | Score 4 | Score 5 | Score 6 | Score 7 | Score 8 | Score 9 | Score 10 | Score 11 | Score 12 |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

BDI

Name: _____

Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____

Ausfülldatum: _____

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

B

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.

C

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

D

- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

E

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

F

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

G

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

H

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

I

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

J

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

_____ Subtotal Seite 1

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
- 3 Ich finde mich hässlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

- Ja
- Nein

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

_____ Subtotal Seite 2

_____ Subtotal Seite 1

_____ Summenwert

Ich leide unter Angst

Ich leide nicht unter Angst

Angstfragebogen

Auf dieser Seite finden Sie eine Aufstellung von Empfindungen, die vorkommen können, wenn man ängstlich ist. Bitte lesen Sie jede Empfindung sorgfältig durch. Geben Sie jeweils an, WIE SEHR Sie durch jede dieser Empfindungen in der LETZTEN WOCHE, EINSCHLIESSLICH HEUTE belastet waren, indem Sie ein Kreuz in die zutreffende Spalte machen.

| | Überhaupt nicht | Wenig Es störte mich nicht sehr. | Mittel Es war unangenehm aber ich konnte es aushalten. | Stark Ich konnte es kaum aushalten. |
|---------------------------------------|--------------------------|--|---|--|
| 1. Taubheit oder Kribbeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hitzegefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Weiche Knie/Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Unfähig, mich zu entspannen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Befürchtung des Schlimmsten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schwindlig oder benommen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Herzrasen oder -klopfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wacklig oder schwankend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Schrecken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nervös | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Erstickungsgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Zitternde Hände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Zittrig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Angst, die Kontrolle zu verlieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Angst zu sterben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Furchtsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Magen- oder Darmbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Schwächegefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Glühendes Gesicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Schwitzen (nicht wegen Hitze) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Geschlecht: männlich weiblich

Alter: _____

| | sehr gut | gut | mittel- mäßig | schlecht | sehr schlecht |
|---|-------------|-----|------------------|----------|------------------|
| Wie schätzen Sie Ihren <u>derzeitigen</u> allgemeinen körperlichen Gesundheitszustand ein ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Beantworten Sie bitte jede der folgenden Fragen, indem Sie entweder "Ja" oder "Nein" ankreuzen:

Whiteley-Index (WI)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Sind Sie sich oftmals der verschiedenen Vorgänge bewußt, die in Ihrem Körper vor sich gehen ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Machen Sie sich viele Sorgen über Ihre Gesundheit ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Haben Sie oftmals die Symptome einer sehr ernsthaften Krankheit ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam gemacht werden (durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder einen Bekannten), machen Sie sich dann Sorgen, daß Sie diese Krankheit auch bekommen könnten ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Wenn Sie sich krank fühlen und jemand sagt Ihnen, daß Sie bereits wieder besser aussehen - ärgert Sie das ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Finden Sie, daß Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Ist es schwer für Sie, einmal nicht an sich zu denken, sondern an alle möglichen anderen Dinge ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, daß kein Grund zur Besorgnis besteht ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Bekommen Sie das Gefühl, daß die Leute Ihre Krankheit nicht ernstnehmen ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 12. Denken Sie, daß Sie sich mehr Sorgen über Ihre Gesundheit machen als die meisten anderen Leute ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. Denken Sie, daß mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 14. Haben Sie Angst, krank zu werden ? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Heutiges Datum: _____ Geschlecht: w. / m.

SOMS-2

Anleitung: Im folgenden finden Sie eine Liste von körperlichen Beschwerden.

Bitte geben Sie an, ob Sie im Laufe der vergangenen 2 Jahre unter diesen Beschwerden über kürzere oder längere Zeit gelitten haben oder immer noch leiden.

Geben Sie nur solche Beschwerden an, für die von Ärzten keine genauen Ursachen gefunden wurden und die Ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt haben.

Ich habe die Anleitung gelesen

Ja Nein

Ich habe in den vergangenen 2 Jahren unter folgenden Beschwerden gelitten:

(1) Kopf- oder Gesichtsschmerzen Ja Nein

(2) Schmerzen im Bauch oder in der Magengegend Ja Nein

(3) Rückenschmerzen Ja Nein

(4) Gelenkschmerzen Ja Nein

(5) Schmerzen in den Armen oder Beinen Ja Nein

(6) Brustschmerzen Ja Nein

(7) Schmerzen im Enddarm Ja Nein

(8) Schmerzen beim Geschlechtsverkehr Ja Nein

(9) Schmerzen beim Wasserlassen Ja Nein

⊗

(10) Übelkeit Ja Nein

(11) Völlegefühl (sich aufgebläht fühlen) Ja Nein

(12) Druckgefühl, Kribbeln oder Unruhe im Bauch Ja Nein

(13) Erbrechen (außerhalb einer Schwangerschaft) Ja Nein

(14) Vermehrtes Aufstoßen (in der Speiseröhre) Ja Nein

(15) "Luftschlucken", Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich Ja Nein

(16) Unverträglichkeit von verschiedenen Speisen Ja Nein

(17) Appetitverlust Ja Nein

(18) Schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge Ja Nein

(19) Mundtrockenheit Ja Nein

(20) Häufiger Durchfall Ja Nein

(21) Flüssigkeitsaustritt aus dem Darm Ja Nein

(22) Häufiges Wasserlassen Ja Nein

(23) Häufiger Stuhl drang Ja Nein

(24) Herzrasen oder Herzstolpern Ja Nein

(25) Druckgefühl in der Herzgegend Ja Nein

(26) Schweißausbrüche (heiß oder kalt) Ja Nein

(27) Hitzewallungen oder Erröten Ja Nein

(28) Atemnot (außer bei Anstrengung) Ja Nein

(29) Übermäßig schnelles Ein- und Ausatmen Ja Nein

(30) außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung Ja Nein

(31) Flecken oder Farbänderungen der Haut Ja Nein

⊗

(32) Sexuelle Gleichgültigkeit Ja Nein

(33) Unangenehme Empfindungen im oder am Genitalbereich Ja Nein

⊗

(34) Koordinations- oder Gleichgewichtsstörungen Ja Nein

(35) Lähmung oder Muskelschwäche Ja Nein

(36) Schwierigkeiten beim Schlucken oder Kloßgefühl Ja Nein

(37) Flüsterstimme oder Stimmverlust Ja Nein

(38) Harnverhaltung oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen Ja Nein

(39) Sinnestäuschungen Ja Nein

(40) Verlust von Berührungs- oder Schmerzempfindungen Ja Nein

(41) Unangenehme Kribbelempfindungen Ja Nein

(42) Sehen von Doppelbildern Ja Nein

(43) Blindheit Ja Nein

(44) Verlust des Hörvermögens Ja Nein

(45) Krampfanfälle Ja Nein

(46) Gedächtnisverlust Ja Nein

(47) Bewußtlosigkeit Ja Nein

Für Frauen:

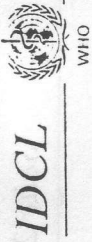
- (48) Schmerzhaftige Regelblutungen Ja Nein
- (49) Unregelmäßige Regelblutungen Ja Nein
- (50) Übermäßige Regelblutungen Ja Nein
- (51) Erbrechen während der gesamten Schwangerschaft Ja Nein
- (52) Ungewöhnlicher oder verstärkter Ausfluß aus der Scheide Ja Nein

Für Männer:

- (53) Impotenz oder Störungen des Samenergusses Ja Nein

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die von Ihnen auf der Vorderseite und oben genannten Beschwerden. Falls Sie keine Beschwerden hatten, können Sie die folgenden Fragen auslassen und mit Frage 64 weitermachen.

- (54) Wie oft waren Sie wegen der genannten Beschwerden beim Arzt ? kein-mal 1 bis 2 x 3 bis 6 x 6 bis 12 x mehr als 12 x
- (55) Konnte der Arzt für die genannten Beschwerden eine genaue Ursache feststellen ? Ja Nein
- (56) Wenn der Arzt Ihnen sagte, daß für Ihre Beschwerden keine Ursachen zu finden seien, konnten Sie dies akzeptieren ? Ja Nein
- (57) Haben die genannten Beschwerden Ihr Wohlbefinden sehr stark beeinträchtigt ? Ja Nein
- (58) Haben die genannten Beschwerden Ihr Alltagsleben (z.B. Familie, Arbeit, Freizeitaktivitäten) stark beeinträchtigt ? Ja Nein
- (59) Nahmen Sie wegen der genannten Beschwerden Medikamente ein ? Ja Nein
- (60) Hatten Sie jemals Panikattacken, bei denen Sie furchtbare Angst bekamen und zahlreiche körperliche Beschwerden empfanden, und die nach einigen Minuten oder Stunden wieder abklangen ? Ja Nein
- (61) Traten die geschilderten Beschwerden ausschließlich während solcher Panikattacken (Angstanfällen) auf ? Ja Nein
- (62) Begannen die ersten der genannten Beschwerden bereits vor dem 30. Lebensjahr ? Ja Nein
- (63) Wie lange halten diese Beschwerden nun schon an ? unter 6 Monate 6 Monate bis 1 Jahr 1 - 2 Jahre über 2 Jahre
- (64) Haben Sie Angst oder sind Sie fest überzeugt, eine schwere Krankheit zu haben, ohne daß bisher von Ärzten eine ausreichende Erklärung gefunden wurde ? Ja Nein
- (65) Wenn ja, haben Sie diese Angst bzw. Überzeugung bereits seit mindestens 6 Monaten ? Ja Nein
- (66) Haben Sie Schmerzen, die Sie stark beschäftigen ? Ja Nein
- (67) Wenn ja, besteht dieses Problem bereits seit mindestens einem halben Jahr ? Ja Nein
- (68) Halten Sie bestimmte Körperteile von sich für mißgestaltet, obwohl andere Personen diese Meinung nicht teilen ? Ja Nein



Falls eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung vorliegt:

- Bestimmen Sie, ob die diagnostischen Kriterien für ein "somatisches Syndrom" erfüllt sind und tragen Sie entsprechend die fünfte Stelle der Diagnose ein (Seite 3).

Somatisches Syndrom

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Verdacht | Ja |
| (1) Deutlicher Verlust von <i>Interesse</i> oder <i>Freude</i> an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu <i>reagieren</i> , auf die normalerweise eine emotionale Reaktion erfolgte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) <i>Frühmorgendliches Erwachen</i> zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) <i>Morgentief</i> der Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Objektive Hinweise für ausgeprägte <i>psychomotorische Hemmung</i> oder <i>Agitiertheit</i> (von anderen bemerkt oder berichtet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Deutlicher <i>Appetitverlust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) <i>Gewichtsverlust</i> (5% oder mehr im vergangenen Monat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Deutlicher <i>Libidoverlust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mindestens 4 Merkmale aus (1) bis (8)

Somatisches Syndrom

Andere Diagnosen für Störungen mit depressiver Symptomatik:

- | | | | | |
|---|----------|--------------------------|----|--------------------------|
| Bipolare affektive Störung (F30.x oder F31.x) | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Dysthymia (F34.1) oder Zykllothymia (F34.0) | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Anpassungsstörung (F43.2) | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Andere depressive Episode (F32.8) oder andere rezidivierende depressive Störung (F33.8) | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nicht näher bezeichnete depressive Episode (F32.9) oder nicht näher bezeichnete rez. depressive Störung (F33.9) | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |

Depressive Episode

Name: _____ Datum: _____
 Alter: _____

- (1) *Depressive Stimmung* in einem für den Betroffenen deutlich *abnormen* Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens 2 Wochen anhaltend.

- Ermitteln Sie die Art der Symptomatik
- Beziehen Sie *alle Symptome* auf den in (1) kodierten Zeitraum

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (2) Verlust von <i>Interesse</i> oder <i>Freude</i> an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind | Nein | <input type="checkbox"/> | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> |
| (3) Verminderter <i>Antrieb</i> oder erhöhte <i>Ermüdbarkeit</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Verlust von <i>Selbstvertrauen</i> oder <i>Selbstwertgefühl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Unbegründete <i>Selbstvorwürfe</i> oder ausgeprägte und unangemessene <i>Schuldgefühle</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Wiederkehrende <i>Gedanken</i> an den Tod oder an Suizid oder <i>suizidales Verhalten</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Klagen über oder Anzeichen für vermindertes <i>Denk-</i> oder <i>Konzentrationsvermögen</i> wie <i>Unentslossenheit</i> oder <i>Unschlüssigkeit</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Änderung der <i>psychomotorischen Aktivität</i> mit <i>Agitiertheit</i> oder <i>Hemmung</i> (subjektiv oder objektiv) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) <i>Schlafstörungen</i> jeder Art | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) <i>Appetitverlust</i> oder <i>gesteigerter Appetit</i> mit entsprechender <i>Gewichtsveränderung</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht |
| Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig. | Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor. | Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____) | |

Beurteilen Sie mit Hilfe der Symptome (1) bis (10):

Sind die unten aufgeführten Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Episode erfüllt ?

Table with 3 columns: leicht, mittelschwer, schwer. Each column contains criteria (1-10) and checkboxes for Ja, Verdacht, Nein.

G1 Die depressive Episode dauert mindestens zwei Wochen an.

G2 Schließen Sie aus: Hypomanie und Manie

Es bestanden niemals in der Vorgeschichte hypomanische oder manische Symptome, die die Kriterien einer hypomanischen oder manischen Episode erfüllen.

G3 Schließen Sie aus: Organische Ätiologie

Die Episode ist auf den Konsum psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

Flowchart for 'Depressive Episode' with decision points: Falls G1 bis G3 erfüllt sind und eine leichte, mittelschwere oder schwere Episode vorliegt; Erwägen Sie andere Diagnosen für affektive Störungen; Falls keine spezifische affektive Störung vorliegt.

Art der Störung

Depressive Episode Nur bei einer einzigen (der ersten) depressiven Episode

Rezidivierende depressive Störung Bei mindestens 2 depressiven Episoden (von denen eine Episode 2 Wochen oder länger ange dauert haben muß), die durch eine Periode von mindestens 2 Monaten ohne deutliche affektive Symptome voneinander getrennt waren.

Anderc oder nicht näher bezeichnete depressive Störung Kodieren Sie F32.8/9 oder F33.8/9 auf Seite 4 unten

Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik

Kodieren Sie entsprechend der Kriterien auf Seite 2

- leicht, mittelschwer, schwer, ohne psychotische Symptome, schwer, mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig remittiert, andere (= 8), oder nicht näher bezeichnet (= 9)

Tragen Sie ein: 3. Stelle der Diagnose Art der Störung

Diagnose: F 3 .

Tragen Sie ein: 4. Stelle der Diagnose Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik

Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose Somatisches Syndrom (vgl. Seite 4)

bei psychotischen Symptomen: nicht "somatisches Syndrom" kodieren, sondern: stimmungskongruent = 0, stimmungsinkongruent = 1

Hypomanie

A *Gehobene oder gereizte Stimmung* in deutlich *abnormem* Ausmaß für den Betroffenen für mindestens 4 *aufeinanderfolgende Tage*.

Nein Verdacht Ja

B • Ermitteln Sie die Art der Symptomatik
• Die unten aufgelistete hypomanische Symptomatik muß so ausgeprägt sein, daß sie gewisse *Beeinträchtigungen* in der persönlichen Lebensführung bewirkt

Nein Ende

- (1) Gesteigerte *Aktivität* oder motorische *Ruhelosigkeit*
- (2) Gesteigerte *Gesprächigkeit*
- (3) *Ablenkbarkeit* oder *Konzentrationschwierigkeiten*
- (4) Vermindertes *Schlafbedürfnis*
- (5) Gesteigerte *sexuelle Energie*
- (6) *Übertriebene Geldausgaben* oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten
- (7) Gesteigerte *Geselligkeit* oder übermäßige *Vertraulichkeit*

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Ende

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (7) Ende ←

C Die Episode *erfüllt* die Kriterien für Manie, bipolare affektive Störung, depressive Episode, Zykllothymia oder Anorexia nervosa.

Ja Verdacht Nein

Ende ←

D Die Episode ist auf den Konsum psychotroper Substanzen oder eine organische psychische Störung *zurückzuführen*.

Ja Verdacht Nein

Ende ←

Andere Diagnosen für Störungen mit maniformer Symptomatik:

Zykllothymia (F34.0) Verdacht Ja

Andere manische Episode (F30.8) oder andere bipolare affektive Störung (F31.8) Verdacht Ja

Nicht näher bezeichnete manische Episode (F30.9) oder nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung (F31.9) Verdacht Ja

Manische Episode oder Hypomanie

Name: _____ Datum: _____
Alter: _____

A Vorherrschend *gehobene, expansive* oder *gereizte Stimmung* in deutlich *abnormem* Ausmaß für den Betroffenen.

Nein Verdacht Ja

Kriterium A ist erfüllt, wenn die veränderte Stimmung auffällig ist und mindestens 1 *Woche* andauert (es sei denn, eine Krankenhauseinweisung ist nötig).

Beachten Sie: Wenn Kriterium A nicht erfüllt ist, überprüfen Sie Kriterien für Hypomanie (S. 4).

B • Ermitteln Sie die Art der Symptomatik
• Beziehen Sie alle Symptome auf den Zeitraum unter A
• Die Symptomatik muß so ausgeprägt sein, daß sie *schwere Beeinträchtigungen* in der persönlichen Lebensführung bewirkt

- (1) Gesteigerte *Aktivität* oder motorische *Ruhelosigkeit*
- (2) Gesteigerte *Gesprächigkeit* (Rededrang)
- (3) *Ideenflucht* oder subjektives Gefühl des *Gedankenjagens*
- (4) Verlust normaler *sozialer Hemmungen*, was zu einem unangemessenen Verhalten führt
- (5) Vermindertes *Schlafbedürfnis*
- (6) Überhöhte *Selbstschätzung* oder *Größenideen*
- (7) *Ablenkbarkeit* oder *ständig wechselnde* Aktivitäten oder Pläne
- (8) *Tollkühnes* oder *leichtsinziges Verhalten*, dessen Risiken der Betroffene nicht erkennt z.B. Lokalfahrten ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Fahren
- (9) Gesteigerte *sexuelle Energie* oder sexuelle *Taktlosigkeiten*

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Nein Verdacht Ja

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (9) (4 Merkmale, falls Stimmung nur reizbar)

Beachten Sie: Wenn Kriterium B nicht erfüllt ist, überprüfen Sie Kriterien für Hypomanie (S. 4).

C → **Ermitteln Sie, ob Halluzinationen oder Wahn vorliegen**

Beachten Sie: Wahrnehmungsstörungen (z.B. subjektive Hyperakusis, Wahrnehmen von "mit psychotischen Symptomen") reichen nicht aus zum Kodieren von "mit psychotischen Symptomen".

| | |
|--|--|
| <p>ohne psychotische Symptome</p> <p>♦ <i>Fehlen von</i> Halluzinationen oder Wahn</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein</p> | <p>mit psychotischen Symptomen</p> <p>♦ <i>Vorhandensein von</i> Halluzinationen oder Wahn die nicht die Kriterien G1.1.b,c und d der Schizophrenie erfüllen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein</p> |
|--|--|

D Die Episode ist auf den Konsum psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

Ende ← Ja Verdacht Nein

| | |
|--|---|
| <p>Falls alle Kriterien erfüllt sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • und <i>weder</i> Halluzinationen noch Wahn vorhanden sind (wie unter C kodiert): <p>Manische Episode ohne psychotische Symptome</p> <p>nicht erfüllt <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/></p> | <p>Falls alle Kriterien erfüllt sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • und <i>Halluzinationen</i> oder Wahn vorhanden sind (wie unter C kodiert) • und die Episode <i>nicht</i> gleichzeitig die Kriterien für Schizophrenie oder für schizoaffektive Störung (manischer Typus) erfüllt: <p>Manische Episode mit psychotischen Symptomen</p> <p>nicht erfüllt <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

• Falls eine *klinisch bedeutsame* Symptomatik vorliegt, überprüfen Sie die Diagnosen Hypomanie oder Zyklothymia (etwa mit Hilfe der entsprechenden IDCL), oder diagnostizieren Sie eine *andere* oder *nicht näher bezeichnete* manische Episode oder bipolare affektive Störung (vgl. Diagnosen auf S. 4 unten).

• Ordnen Sie die Episode diagnostisch ein (Seite 3).

Art der Störung

Manie oder Hypomanie

Wählen Sie diese Kategorie nur bei einer einzigen manischen oder hypomanischen Episode

Diagnose:

F 3 0.

Tragen Sie ein: 4. Stelle der Diagnose Art der Störung

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hypomanie | <input type="checkbox"/> | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Manie ohne psychotische Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Manie mit psychotischen Symptomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| andere (= 8) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nicht näher bezeichnet (= 9) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bipolare affektive Störung

Nur bei mind. einer weiteren Episode in der Vorgeschichte, die die Kriterien einer hypomanischen, manischen, depressiven oder gemischten affektiven Episode erfüllt.

Diagnose:

F 3 1.

Tragen Sie ein: 4. Stelle der Diagnose Art der derzeitigen Episode

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hypomanisch | <input type="checkbox"/> | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | 0 |
| manisch ohne psychotische Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| manisch mit psychotischen Symptomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| depressiv, mittelschwer oder leicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| depressiv, schwer ohne psychot. Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| depressiv, schwer mit psychot. Symptomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| gemischt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 |
| gegenwärtig remittiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 |
| andere (= 8) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nicht näher bezeichnet (= 9) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose

Beachten Sie: Bei Manie oder bipolarer affektiver Störung wird die 5. Stelle *nur* bei Vorliegen psychotischer Symptome gegeben.

0 = *stimmungskongruente psychot. Symptome*
1 = *stimmungsinkongruente psychot. Symptome*

Andere o. nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung

Ja Verdacht

Kodieren Sie F31.8 oder F31.9 auf Seite 4 unten



WHO

Dysthymia

Name: _____ Datum: _____

Alter: _____

A *Depressive Stimmung*, anhaltend oder häufig wiederkehrend für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren.

Beachten Sie: Falls innerhalb der 2-Jahres-Periode dazwischenliegende Perioden mit normaler Stimmung auftreten, so ist Kriterium A nur dann erfüllt, wenn die Intervalle nur selten länger als ein paar Wochen dauern und keine hypomanischen Episoden auftreten.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B Die Diagnosen *Dysthymia* und *rezidivierende depressive Störung* schließen sich gegenseitig unter bestimmten Bedingungen aus. Zur Einschätzung von Kriterium B müssen Sie beurteilen, ob bei dem Betroffenen *jedemals* eine depressive Episode im Sinne von ICD-10 bestanden hat (ziehen Sie dazu die IDCL "Depressive Episode" heran).

- Kriterium B ist erfüllt, wenn in Zeiten mit depressiver Stimmung innerhalb der unter A kodierten 2-Jahres-Periode die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung *niemals* erfüllt waren.
- Kriterium B ist erfüllt, wenn innerhalb der unter A kodierten 2-Jahres-Periode die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung *nur sehr selten* erfüllt waren und dabei höchstens die Kriterien eines "leichten Schweregrades" erreicht wurden.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nicht erfüllt | Verdacht | erfüllt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beurteilen Sie Kriterium B: Ende ←

→ **Ermitteln Sie die Art der depressiven Symptomatik auf Seite 2 dieser Checkliste**

Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Verdacht |
| <input type="checkbox"/> | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Verdacht | <input type="checkbox"/> | Ja |

Letzte 2 Jahre: Depressive Symptomatik bestand in den letzten 2 Jahren erstmalig. Form auch früher schon. (Zeitraum: _____)

Letzte 2 Jahre und früher: Depressive Symptomatik bestand in den letzten 2 Jahren und in ähnlicher Form auch früher schon. (Zeitraum: _____)

Früher: Depressive Symptomatik bestand in der Vorgeschichte über 2 Jahre oder länger. (Zeitraum: _____)

C • Ermitteln Sie die Art der Symptomatik (für die unter A kodierte Zeitperiode)
• Die Symptome müssen in *mind. einigen* depressiven Perioden bestanden haben

| | | | | |
|------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Verdacht | Nein | Verdacht | Ja |
| (1) | Verminderte Energie oder Aktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) | Schlafstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) | Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) | Konzentrations-schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) | Häufiges Weinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) | Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) | Gefühl von Hoffnungslosigkeit oder Verzweiflung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) | Erkennbares Unvermögen, mit den Routine-Anforderungen des täglichen Lebens fertigzuwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) | Pessimismus bzgl. der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) | Sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) | Verminderte Gesprächigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (11) Ende ←

Falls Kriterien A bis C erfüllt:

Dysthymia

Diagnose: **F 3 4 . 1**

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

• Erwägen Sie die folgenden andere Diagnosen für Störungen mit depressiver Symptomatik:

Früher Beginn
Vor dem 30. Lebensjahr Ja Verdacht

Später Beginn
30. Lebensjahr oder später Ja Verdacht

• Erwägen Sie die folgenden andere Diagnosen für Störungen mit depressiver Symptomatik:

Depressive Episode (F32.x) oder rezidivierende depressive Störung (F33.x)
Verdacht Ja

Andere anhaltende affektive Störung (F34.8) oder nicht näher bez. anhaltende affektive Störung (F34.9)
Verdacht Ja



Zyklothymia

Name: _____
 Alter: _____ Datum: _____

A Instabilität der Stimmung

mit mehreren Perioden von sowohl Depression als auch Hypomanie, für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren, mit oder ohne Intervalle mit normaler Stimmung.

Nein Verdacht Ja

→ Ende

Beachten Sie: Perioden von Depression können mit der IDCL "Depressive Episode" überprüft werden; Perioden von Hypomanie können mit der IDCL "Manische Episode oder Hypomanie" überprüft werden.

B

Die Diagnosen *Zyklothymia* einerseits und *depressive oder manische Episode* andererseits schließen sich unter bestimmten Bedingungen aus. Zur Einschätzung von Kriterium B müssen Sie beurteilen, ob *jedem* eine depressive und/ oder manische Episode bestanden hat (ziehen Sie dazu die IDCL "Depressive Episode" und die IDCL "Manische Episode oder Hypomanie" heran).

• Kriterium B der Zyklothymia ist erfüllt wenn die Kriterien einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode oder einer manischen Episode innerhalb der unter A kodierten 2-Jahres-Periode *niemals* erfüllt waren.

• Jedoch *dürfen* eine oder mehrere mittelschwere oder schwere depressive Episoden oder manische Episoden vor oder nach derartigen Perioden mit durchgehender Stimmungsinstabilität (wie oben unter A kodiert) aufgetreten sein.

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

Ende ←

Beurteilen Sie Kriterium B:

→ **Ermitteln Sie die Art der zyklischen Symptomatik**
 auf Seite 2 dieser Checkliste

Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht |
| Letzte 2 Jahre: | | Früher: | |
| Zyklothyme Symptomatik bestand in den letzten 2 Jahren erstmalig. | Zyklothyme Symptomatik bestand in den letzten 2 Jahren und in ähnlicher Form auch früher schon. | Zyklothyme Symptomatik bestand in der Vorgeschichte über 2 Jahre oder länger. | (Zeitraum: _____) |

C • Ermitteln Sie die Art der depressiven Symptomatik für mind. einige Perioden im unter A kodierten Zeitraum

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Verdacht | Ja |
| (1) Verminderte Energie oder Aktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Schlafstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Sozialer Rückzug | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Verminderte Gesprächigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Pessimismus bzgl. der Zukunft oder Grübeln über d. Vergangenheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (8) Ende ←

D • Ermitteln Sie die Art der hypomanischen Symptomatik für mind. einige Perioden im unter A kodierten Zeitraum

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Nein | Verdacht | Ja |
| (1) Vermehrte Energie oder Aktivität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) Vermindertes Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Übersteigertes Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) Geschärftes oder ungewöhnlich kreatives Denken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) Geselliger als sonst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) Gesprächiger oder witziger als sonst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Gesteigertes Interesse und Sicheinlassen in sexuelle und andere angenehme Aktivitäten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) Über-optimistisch oder Übertreibung früherer Erfolge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (8) Ende ←

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Zyklothymia

Diagnose:

F 3 4. 0

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

• Erwägen Sie die folgenden andere Diagnosen für Störungen mit affektiver Symptomatik:

Manische Episode (F30.x) oder bipolare affektive Störung (F31.x)

Verdacht Ja

Andere anhaltende affektive Störung (F34.8) oder nicht näher bez. anhaltende affektive Störung (F34.9)

Verdacht Ja

• Spezifizieren Sie den Beginn:

Früher Beginn

Vor dem Ja
30. Lebensjahr Verdacht

Später Beginn:

30. Lebensjahr Ja
oder später Verdacht

Anpassungsstörung

Name: _____ Datum: _____
 Alter: _____

- Beachten Sie: Erwägen Sie diese Diagnose nur dann, wenn die Symptomatik nicht Teil einer anderen spezifischen Störung mit ähnlichem klinischem Bild ist (z.B. keine affektive, somatoforme oder Angststörung oder keine Störung des Sozialverhaltens).
- Daher: Überprüfen Sie zunächst, ob die Kriterien für eine dieser Störungen erfüllt sind.

A Identifizierbare *psychosoziale Belastung* (nicht außergewöhnlicher Art oder Katastrophe) und Beginn der Symptome innerhalb *eines Monats*.
 Ende ←

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Beschreiben Sie die Belastung(en):

B Vorliegen von *Symptomen* oder *Verhaltensstörungen* ähnlich wie bei jeder Art von affektiven Störungen (F30-F39) (außer mit Wahn oder Halluzinationen) oder bei Störungen aus F40-F48 (neurotische, belastungsbedingte oder somatoforme Störungen) oder Störungen des Sozialverhaltens (F41), aber die Kriterien dieser Störungen sind nicht erfüllt.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C Nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen bleiben die Symptome höchstens *6 Monate* lang bestehen.
 Ausnahme: Eine längere depressive Reaktion kann bis zu 2 Jahren andauern (betrachten Sie C in diesem Fall als erfüllt).
 Ende ←

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| nicht erfüllt | Verdacht | erfüllt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Falls Kriterien A bis C erfüllt:

Anpassungsstörung

erfüllt Verdacht nicht erfüllt

- Erwägen Sie die anderen untenstehenden Diagnosen:
- Akute Belastungsreaktion (F43.0) Verdacht Ja
- Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) Verdacht Ja
- Andere Reaktionen auf schwere Belastung (F43.8) Verdacht Ja
- Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung (F43.9) Verdacht Ja

Anpassungsstörung: Diagnostische Einordnung

→ Bestimmen Sie das vorherrschende Erscheinungsbild der Symptome

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|----|--------------------------|--------------------------|----------|
| kurze depressive Reaktion | <input type="checkbox"/> | Verdacht | Ja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 0 |
| Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat andauert. | | | | | | |
| längere depressive Reaktion | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der 2 Jahre aber nicht überschreitet. | | | | | | |
| Angst und depressive Reaktion gemischt | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden, aber in einem Ausmaß, das nicht größer ist als bei Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2) oder anderen gemischten Angststörungen (F41.3). | | | | | | |
| mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Die Symptome betreffen meist verschiedene affektive Qualitäten, etwa Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Diese Kategorie sollte auch für Reaktionen im Kindesalter verwandt werden, bei denen regressives Verhalten wie Bettnässen oder Daumenlutschen zusätzlich vorliegt. | | | | | | |
| mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Die hauptsächlich Störung betrifft das Sozialverhalten, z.B. kann sich eine adolezente Trauerreaktion in aggressivem oder dissozialem Verhalten äußern. | | | | | | |
| mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Sowohl emotionale Symptome als auch Störungen des Sozialverhaltens sind bestimmende Symptome. | | | | | | |
| mit anderen spezifischen vorherrschenden Symptomen | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Beschreibe: | | | | | | |

Diagnose:

F 4 3 . 2

Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose Vorherrschende Merkmale der Symptome



WHO

Panikstörung

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

A Wiederholte Panikattacken,

- die *nicht* auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind,
- und die oft *spontan* auftreten (d.h. die Attacken sind nicht vorhersehbar).

Nein Verdacht Ja

Beachten Sie: Panikattacken, wie hier definiert, dürfen nicht mit besonderer Anstrengung oder mit gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen verbunden sein.

Ende

B Ermitteln Sie die in Panikattacken typischerweise auftretenden Symptome

| Symptome autonomer Erregung | Verdacht Ja | Verdacht Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) <i>Palpitationen</i> , Herzklopfen oder beschleunigter Puls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) <i>Schweißausbrüche</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fein- oder grobschlägiger <i>Tremor</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) <i>Mundrockheit</i> (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome in Brust oder Abdomen | | |
| (5) <i>Atembeschwerden</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) <i>Beklemmungsgefühl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der <i>Brust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) <i>Übelkeit</i> oder Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Symptome | | |
| (9) <i>Schwindel</i> , Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Gefühl, daß Dinge unwirklich sind (<i>Derealisation</i>) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (<i>Depersonalisation</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) <i>Furcht, Kontrolle zu verlieren</i> , verückt zu werden oder "auszuflüppen" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) <i>Angst, zu sterben</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (13) <i>Hitzewallungen</i> oder Kälteschauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) <i>Gefühllosigkeit</i> oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kriterium B ist unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Panikattacken sind *abgrenzbare Episoden* von starker Angst oder Unbehagen, die *abrupt* beginnen, innerhalb weniger Minuten einen *Höhepunkt* erreichen und mindestens *einige Minuten* andauern.
- Vorhandensein von mindestens *vier* Symptomen aus (1) bis (14), *darunter* mindestens ein Symptom aus (1) bis (4).

Beurteilen Sie, ob Kriterium B erfüllt ist: Ende ←

Nein Verdacht Ja

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.

Früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitpunkt vor. (angeben: _____)

C Die Panikattacken sind *Folge* einer körperlichen Störung, einer organischen psychischen Störung, oder einer anderen psychischen Störung (wie Schizophrenie und verwandte Störungen, affektive oder somatoforme Störung). Ja Verdacht Nein

Falls Kriterien A bis C erfüllt:

Panikstörung

Diagnose:

F 4 1. 0

Tragen Sie ein: 5. Stelle Schweregrad

erfüllt Verdacht nicht erfüllt

(mindestens 4 Panikattacken innerhalb einer 4-Wochen-Periode) mittelschwer = 0
(mindestens 4 Panikattacken pro Woche über einen Zeitraum von 4 Wochen) schwer = 1

Falls Kriterien für Panikstörung nicht (oder verdachtsweise nicht) erfüllt sind:

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Angststörung im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann eine andere Angststörung diagnostiziert werden:
- Andere Angststörung (F41.8) Verdacht Ja
- In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:
- Nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9) Verdacht Ja

Generalisierte Angststörung

Name: _____ Datum: _____
 Alter: _____
A Ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit vorherrschender *Anspannung, Besorgnis* und *Befürchtungen* über alltägliche Ereignisse und Probleme.
 Nein Verdacht Ja
 Ende ←

Beschreiben Sie die Besorgnisse und Befürchtungen:

B • Ermitteln Sie die Art der typischen Symptome in der obigen Zeitperiode

| | Verdacht Ja | Verdacht Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Symptome autonomer Erregung | | |
| (1) <i>Palpitationen</i> , Herzklopfen oder beschleunigter Puls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) <i>Schweißausbrüche</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fein- oder grobschlägiger <i>Tremor</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) <i>Mundtrockenheit</i> (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome in Brust oder Abdomen | | |
| (5) <i>Atembeschwerden</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) <i>Beklemmungsgefühl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der <i>Brust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) <i>Übelkeit</i> oder Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome des Bewußtseins | | |
| (9) <i>Schwindel</i> , Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (<i>Derealisation</i>) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (<i>Depersonalisation</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (11) Furcht, <i>Kontrolle</i> zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszuplappen" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (12) Angst, zu sterben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allgemeine Symptome | | |
| (13) <i>Hitzewallungen</i> oder Kälteschauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (14) <i>Gefühllosigkeit</i> oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome von Anspannung | | |
| (15) <i>Muskelverspannungen</i> oder akute oder chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (16) <i>Ruhelosigkeit</i> und Unfähigkeit, sich zu entspannen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (17) <i>Sich "aufgedreht" fühlen</i> , Nervosität oder psychische Anspannung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (18) <i>Kloßgefühl</i> im Hals oder Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere unspezifische Symptome | | |
| (19) <i>Übertriebene Reaktion</i> auf kleinere Überraschungen oder Erschrecktwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (20) <i>Konzentrationschwierigkeiten</i> oder Leeregefühl im Kopf wegen Besorgnis oder Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (21) Anhaltende <i>Reizbarkeit</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (22) <i>Einschlafstörungen</i> wegen Besorgnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kriterium B ist unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- ♦ Von den auf Seite 1 dieser Checkliste aufgeführten Symptomen müssen mindestens vier Symptome aus (1) bis (22) vorliegen, darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4).

nicht erfüllt Verdacht erfüllt
 Ende ←

Beurteilen Sie Kriterium B:

C Die Störung erfüllt die Kriterien für Panikstörung, eine phobische Störung, Zwangsstörung oder hypochondrische Störung.
 Ja Verdacht Nein
 Ende ←

D Die Störung ist Folge einer körperlichen (wie Hyperthyreose) oder organischen psychischen Störung, oder einer Störung durch psychotrope Substanzen (wie exzessiver Konsum von amphetamin-ähnlichen Substanzen; oder durch Benzodiazepin-Entzug).
 Ja Verdacht Nein
 Ende ←

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Generalisierte Angststörung

Diagnose

F 4 1. 1

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Angststörung im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann eine andere Angststörung diagnostiziert werden:
 Andere Angststörung (F41.8) Verdacht Ja
- In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:
 Nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9) Verdacht Ja



Agoraphobie

Name: _____ Datum: _____
 Alter: _____

Zur Spezifizierung der Agoraphobie: Überprüfen Sie, ob die unten aufgeführten Kriterien A bis C für Panikstörung erfüllt sind

A Wiederholte *Panikattacken*,
 ♦ die *nicht* auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind,
 ♦ und die oft *spontan* auftreten (d.h. die Attacken sind nicht vorhersehbar).
 Beachten Sie: Panikattacken, wie hier definiert, dürfen nicht mit besonderer Anstrengung oder mit gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen verbunden sein.

A Deutliche und anhaltende *Furcht vor oder Vermeidung von* mindestens zwei der folgenden Situationen:
 (1) Menschenmengen
 (2) Öffentliche Plätze
 (3) Allein Reisen
 (4) Reisen weg von Zuhause

B • **Ermitteln Sie die in Panikattacken typischerweise auftretenden Symptome**

| Symptome autonomer Erregung | Verdacht | Ja | Symptome des Bewusstseins | Verdacht | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) <i>Palpitationen</i> , Herzklopfen oder beschleunigter Puls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (9) <i>Schwindel</i> , Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) <i>Schweißausbrüche</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (<i>Derealisation</i>) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (<i>Depersonalisation</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fein- oder grobschlägiger <i>Tremor</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (11) Furcht, <i>Kontrolle</i> zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszufippen" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) <i>Mundtrockenheit</i> (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (12) Angst, zu <i>sterben</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome in Brust oder Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeine Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) <i>Atembeschwerden</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (13) <i>Hitzewallungen</i> oder Kälteschauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) <i>Beklemmungsgefühl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (14) <i>Gefühllosigkeit</i> oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der <i>Brust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| (8) <i>Übelkeit</i> oder Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Kriterium B: Panikattacken sind *abgrenzbare Episoden* von starker Angst oder Unbehagen, die *abrupt* beginnen, innerhalb weniger Minuten einen *Höhepunkt* erreichen und mindestens *einige Minuten* andauern, und Auftreten von mindestens *vier* Symptomen aus (1) bis (14), darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4).

Beurteilen Sie, ob Kriterium B erfüllt ist:
 Panikattacken sind auf eine körperliche Störung oder eine andere psychische Störung zurückzuführen.

Mindestens 2 Merkmale aus (1) bis (4) Ende ←

B • **Bestimmen Sie die in den phobischen Situationen auftretenden Symptome**

| Symptome autonomer Erregung | Verdacht | Ja | Symptome des Bewusstseins | Verdacht | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) <i>Palpitationen</i> , Herzklopfen oder beschleunigter Puls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (9) <i>Schwindel</i> , Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) <i>Schweißausbrüche</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (<i>Derealisation</i>) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (<i>Depersonalisation</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fein- oder grobschlägiger <i>Tremor</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (11) Furcht, <i>Kontrolle</i> zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszufippen" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) <i>Mundtrockenheit</i> (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (12) Angst, zu <i>sterben</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome in Brust oder Abdomen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allgemeine Symptome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) <i>Atembeschwerden</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (13) <i>Hitzewallungen</i> oder Kälteschauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) <i>Beklemmungsgefühl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (14) <i>Gefühllosigkeit</i> oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der <i>Brust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| (8) <i>Übelkeit</i> oder Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Kriterium B: Mindestens zwei der Symptome aus (1) bis (14) in mindestens einer Situation, darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4).

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

Ja Verdacht Ja Verdacht

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.
Früher: Symptomatik besteht zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

C Deutliche *emotionale Belastung* durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome, und Einsicht, daß diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.
Nein Verdacht Ja

D Symptome beschränken sich *ausschließlich* oder *vornehmlich* auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken daran.
Nein Verdacht Ja

E Furcht oder Vermeidung (Kriterium A) entstehen *infolge* von Wahn, Halluzinationen oder anderen Störungen wie organische psychische Störungen (F00-F09), Schizophrenie und verwandte Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39) oder Zwangsstörung (F42.-), oder sie sind Folge von kulturell akzeptierten Anschauungen.
Ja Verdacht Nein

Falls Kriterien A bis E erfüllt:
Agoraphobie
erfüllt Verdacht nicht erfüllt

Diagnose:
F 4 0 . 0
Tragen Sie ein: 5. Stelle mit oder ohne Panikstörung

Falls *Angstattacken auch* in nicht-agoraphobischen Situationen auftreten: Überprüfen Sie die Kriterien der Panikstörung (auf S. 4 dieser Checkliste)
ohne Panikstörung = 0
mit Panikstörung = 1

Falls Kriterien für Agoraphobie nicht (oder verdachtsweise nicht) erfüllt sind:

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Phobie im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann die Restkategorie für umschriebene Phobien gewählt werden:
- Andere phobische Störung (F40.8) Verdacht Ja
- In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:
- Nicht näher bezeichnete phobische Störung (F40.9) Verdacht Ja

Spezifische (isolierte)

Phobie

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

A Deutliche Furcht vor oder Vermeidung eines *bestimmten Objekts* oder einer *bestimmten Situation*.

- *Beachten Sie:* Objekte oder Situationen müssen *anderer Art* sein als bei sozialen öffentlichen Plätzen, Reisen alleine oder weg von Zuhause).
- *Beachten Sie:* Objekte oder Situationen müssen *anderer Art* sein als bei sozialen Phobien (d.h. beispielsweise in der Öffentlichkeit essen oder sprechen, Bekannten begegnen oder Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen).

Spezifizieren Sie die phobischen *Objekte* oder *Situationen*:

| Ja | Verdacht | Nein | Verdacht | Ja | Verdacht | Nein | Verdacht | Ja |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B Bestimmen Sie die in den phobischen Situationen auftretenden Symptome

| Symptome autonomer Erregung | Verdacht | Ja | Symptome des Bewußtseins | Verdacht | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) <i>Palpitationen</i> , Herzklopfen oder beschleunigter Puls | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (9) <i>Schwindel</i> , Unsicherheits-, Benommenheitsgefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) <i>Schweißausbrüche</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (<i>Derealisation</i>) oder daß man "selbst weit entfernt" (<i>Depersonalisation</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) Fein- oder grobschlägiger <i>Tremor</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (11) <i>Furcht</i> , <i>Kontrolle</i> zu verlieren, verriekt zu werden oder "auszufliegen" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) <i>Mundrockheit</i> (nicht infolge Medikation oder Exsikkose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (12) <i>Allgemeine Symptome</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptome in <i>Brust</i> oder <i>Abdomen</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (13) <i>Hitzewallungen</i> oder Kälteschauer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) <i>Atembeschwerden</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (14) <i>Gefühllosigkeit</i> oder Kribbelgefühle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) <i>Beklemmungsgefühl</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| (7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der <i>Brust</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| (8) <i>Überkeit</i> oder Mißempfindungen im <i>Abdomen</i> (z.B. "Rumoren" im Magen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Kriterium **B**: Mindestens zwei der Symptome aus (1) bis (14) in mindestens einer Situation, darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4).

Nein Verdacht Ja

Ende ←

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Verdacht |

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.

Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

C Deutliche *emotionale Belastung* durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten, und Einsicht, daß diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.

Nein Verdacht Ja

Ende ←

D Symptome *beschränken sich* auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken daran.

Nein Verdacht Ja

Ende ←

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Diagnose: **F 4 0. 2**

Spezifische (isolierte) Phobie

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Phobie im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann die Restkategorie für unschriebene Phobien gewählt werden:
- Andere phobische Störung (F40.8) Verdacht Ja
- In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:
- Nicht näher bezeichnete phobische Störung (F40.9) Verdacht Ja

Soziale Phobie

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

A Deutliche Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder Furcht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten, oder *deutliches Vermeiden*, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, oder von Situationen, in denen die Furcht besteht, sich peinlich oder beschämend zu verhalten.

Spezifizieren Sie die entsprechenden kritischen sozialen Situationen:

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Verdacht | Ja | Verdacht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit
 Bekannten in der Öffentlichkeit begegnen
 Hinzukommen oder Teilnahme an kleinen Gruppen (z.B. Parties, Konferenzen)
 andere: _____

B • Bestimmen Sie die in den phobischen Situationen auftretenden Symptome

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Verdacht | Ja | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (*Derealisation*) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (*Depersonalisation*)

(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszuflippen"

(12) Angst, zu sterben

Andere Symptome

(13) Hitzewallungen oder Kälteschauer

(14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

(15) Erröten

(16) Angst, zu erbrechen

(17) Miktions- oder Defäkationsdrang oder Angst davor

Kriterium B: Mindestens zwei der Symptome aus (1) bis (14) in mindestens einer Situation, darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4); plus mindestens ein Symptom aus (15) bis (17).

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja | Verdacht | Ja | Verdacht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.

Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.

Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

C Deutliche *emotionale Belastung* durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten, und der Betroffene sieht ein, daß diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.

Deutliche *emotionale Belastung* durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten, und der Betroffene sieht ein, daß diese *übertrieben* oder *unvernünftig* sind.

Symptome *beschränken* sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder auf Gedanken daran.

E Symptome der Kriterien A und B sind die Folge von Wahn, Halluzinationen oder anderen Störungen wie organische psychische Störungen (I00-I09), Schizophrenie und verwandte Störungen (F20-F29), affektive Störungen (F30-F39) oder Zwangsstörung (F42.-), oder sie sind Folge von kulturell akzeptierten Anschauungen.

Falls Kriterien A bis E erfüllt:

Diagnose: **F 4 0 . 1**

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Phobie im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann die Restkategorie für umschriebene Phobien gewählt werden:

Andere phobische Störung (F40.8) Verdacht Ja

In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:

Nicht näher bezeichnete phobische Störung (F40.9) Verdacht Ja

Zwangsstörung

Name: _____ Datum: _____

Alter: _____

A Zwangsgedanken (Gedanken, Ideen oder Vorstellungen) oder Zwangshandlungen, an den meisten Tagen für einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen. Nein Verdacht Ja

Ende ←

Beschreiben Sie die Zwangssymptomatik:

B Überprüfen Sie, inwieweit die unter A kodierten Zwangssymptome durch die folgenden Kriterien (1) bis (4) gekennzeichnet sind:

- (1) Sie werden als *eigene Gedanken bzw. Handlungen* von dem Patienten angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben. Nein Verdacht Ja
- (2) Sie *wiederholen sich* dauernd und werden als *unangenehm* empfunden und mindestens ein *Zwangsgedanke* oder eine *Zwangshandlung* wird als übertrieben oder unsinnig anerkannt. Nein Verdacht Ja
- (3) Der Betroffene versucht, ihnen zu *widerstehen* und es besteht mindestens ein *Zwangsgedanke* oder eine *Zwangshandlung*, gegen die er sich erfolglos wehrt. Nein Verdacht Ja
Beachten Sie: Bei schon lange bestehender Zwangssymptomatik kann der Widerstand dagegen allerdings sehr klein sein.
- (4) Erleben von Zwangsgedanken oder Ausführung von Zwangshandlungen ist für sich genommen *nicht angenehm*. Nein Verdacht Ja
Beachten Sie: Eine vorübergehende Erleichterung von Spannung oder Angst sollte hiervon unterschieden werden.

C Die Zwangssymptomatik verursacht *Leiden* oder *beeinträchtigt* die soziale oder persönliche Leistungsfähigkeit des Betroffenen, meist durch den Zeitaufwand. Nein Verdacht Ja

Ende ←

D Die Zwangsgedanken oder -handlungen sind *bedingt* durch andere psychische Störungen wie Schizophrenie (oder verwandte Störungen) oder affektive Störungen. Ja Verdacht Nein

Ende ←

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

Ja Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig. **Früher:** Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt

Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor. (angeben: _____)

Falls Kriterien A bis D erfüllt: erfüllt Verdacht nicht erfüllt

Zwangsstörung

Tragen Sie ein: 4. Stelle der Diagnose Spezifizierung der Symptomatik

F 4 2.

Verdacht Ja

vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang 0

vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) 1

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt 2

Falls Kriterien für Zwangsstörung nicht (oder verdachtsweise nicht) erfüllt sind:

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine Zwangsstörung im Sinne der obigen Kriterien vorliegt, so kann die Restkategorie für andere Zwangsstörungen gewählt werden: Verdacht Ja
- In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden: Verdacht Ja
- Nicht näher bezeichnete Zwangsstörung (F42.9) Verdacht Ja

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

Ja Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.

Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.

Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Zwangsstörung

Tragen Sie ein: 4, Stelle der Diagnose Spezifizierung der Symptomatik

F 4 2.

erfüllt

Verdacht

nicht erfüllt

Verdacht Ja

vorwiegend Zwangsgedanken und Grübelzwang **0**

vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangssituale) **1**

Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, gemischt **2**

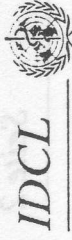
Falls Kriterien für Zwangsstörung nicht (oder verdachtsweise nicht) erfüllt sind:

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine Zwangsstörung im Sinne der obigen Kriterien vorliegt, so kann die Restkategorie für andere Zwangsstörungen gewählt werden:

Andere Zwangsstörung (F42.0) Verdacht Ja

In den übrigen Fällen mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:

Nicht näher bezeichnete Zwangsstörung (F42.9) Verdacht Ja



Somatiforme Störungen

Name: _____ Datum: _____
 Alter: _____

Somatiforme autonome (vegetative) Funktionsstörung

A Symptome einer *autonomen (vegetativen) Erregbarkeit*, die der Patient zurückführt auf eine körperliche Erkrankung in einem oder mehreren der folgenden Systeme oder Organe: Herz/ kardiovaskuläres System, Ösophagus/ Magen, unterer Gastrointestinaltrakt, respiratorisches oder Urogenitalsystem.

B Mindestens zwei vegetative Symptome aus Liste II (vgl. erste Seite dieser Checkliste).

C Mindestens ein Symptom der "anderen Symptome" aus Liste II (vgl. erste Seite dieser Checkliste).

D Eine Störung der Struktur oder Funktion der Organe oder Organsysteme, über die der Patient besorgt ist, kann nachgewiesen werden.

E Die Symptomatik tritt *ausschließlich* bei phobischen Störungen (F40.0 - F40.3) oder bei einer Panikstörung (F41.0) auf.

Falls Kriterien A bis E erfüllt:

Somatiforme autonome (vegetative) Funktionsstörung

nicht erfüllt Verdacht

erfüllt Verdacht

Herz und kardiovaskuläres System = 0
 Ösophagus und Magen = 1
 unterer Gastrointestinaltrakt = 2
 respiratorisches System = 3
 urogenitales System = 4
 andere Organe oder Organsysteme = 8

Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose. Betroffenes Organ oder Organsystem

F 4 5. 3

Andere/nicht näher bezeichnete somatiforme Störungen

Greifen Sie auf diese Kategorien nur dann zurück, wenn trotz klinisch bedeutsamer somatiformer Symptomatik keine der in dieser Checkliste aufgeführten spezifischen somatiformen Störungen diagnostiziert werden kann.

Andere somatiforme Störung (F45.8) Verdacht Ja

Nicht näher bezeichnete somatiforme Störung (F45.9) Verdacht Ja

- Ermitteln Sie, inwieweit körperliche Symptome oder Beschwerden vorliegen, die weder durch eine feststellbare körperliche Erkrankung noch durch die Auswirkungen psychotroper Substanzen (d.h. Drogen, Medikamente oder Alkohol) erklärt werden können.
- Falls körperliche Krankheiten bestehen, so dürfen sie nicht Schwere, Ausmaß, Vielfalt und Dauer der körperlichen Symptome oder damit verbundene sozialer Beeinträchtigungen erklären.
- Überprüfen Sie zunächst die im folgenden aufgelisteten Symptome (Listen I und II).

Symptomliste I

- Gastrointestinale Symptome**
- (1) Bauchschmerzen Verdacht Ja
- (2) Übelkeit Verdacht Ja
- (3) Sich-aufgebläht-Fühlen Verdacht Ja
- (4) schlechter Geschmack im Mund oder stark belegte Zunge Verdacht Ja
- (5) Klagen über Erbrechen oder Regurgitation von Speisen Verdacht Ja
- (6) Klagen über häufigen Durchfall oder Flüssigkeitsaustritt aus dem Anus Verdacht Ja

Kardiovaskuläre Symptome

- (7) Atemnot ohne Anstrengung Verdacht Ja
- (8) Brustschmerzen Verdacht Ja

Urogenitale Symptome

- (9) Schmerzen beim oder Klagen über häufiges Wasserlassen Verdacht Ja
- (10) Unangenehme Empfindungen im oder um den Genitalbereich Verdacht Ja
- (11) Klagen über ungewöhnlichen oder verstärkten vaginalen Ausfluß Verdacht Ja

Hautsymptome und Schmerzen

- (12) Klagen über Flecken oder Farbänderungen der Haut Verdacht Ja
- (13) Schmerzen in Gliedern, Extremitäten oder Gelenken Verdacht Ja
- (14) unangenehme Taubheit oder Kribbelgefühl Verdacht Ja

Symptomliste II

- Vegetative Symptome**
- (1) Palpitationen Verdacht Ja
- (2) Schweißausbrüche (heiß oder kalt) Verdacht Ja
- (3) Mundtrockenheit Verdacht Ja
- (4) Hitzewallungen oder Erröten Verdacht Ja
- (5) Druckgefühl im Epigastrium oder Kribbeln oder Unruhe im Bauch Verdacht Ja

Andere Symptome

- (6) Brustschmerzen oder Druckgefühl in der Herzgegend Verdacht Ja
- (7) Atemnot oder Hyperventilation Verdacht Ja
- (8) außergewöhnliche Müdigkeit bei leichter Anstrengung Verdacht Ja
- (9) Aerophagie, Schluckauf oder Brennen im Brust- oder Magenbereich Verdacht Ja
- (10) Bericht über häufigen Stuhldrang Verdacht Ja
- (11) erhöhte Miktionsfrequenz oder Miktionsbeschwerden Verdacht Ja
- (12) Gefühl der Überblähung oder Völlegefühl Verdacht Ja

Beachten Sie: Jede somatiforme Symptomatik kann mit hypochondrischen Befürchtungen verbunden sein. Erwägen Sie daher zusätzlich die Diagnose einer hypochondrischen Störung (z.B. mit Hilfe der entsprechenden IDCL).

→ **Diagnostische Einordnung der ermittelten Symptomatik**

- Falls Symptome aus **Liste I** vorliegen:
Überprüfen Sie die Kriterien der *Somatisierungsstörung* und *undifferenzierten somatoformen Störung*
- Falls Symptome aus **Liste II** vorliegen:
Überprüfen Sie die Kriterien der *somatoformen autonomen (vegetativen) Funktionsstörung*
- Falls **Schmerzsymptome im Vordergrund** stehen:
Überprüfen Sie die Kriterien der *anhaltenden somatoformen Schmerzstörung*

Somatisierungsstörung und undifferenzierte somatoforme Störung

A Klagen über multiple und wechselnde körperliche Symptome,

- die nicht durch eine feststellbare körperliche Erkrankung erklärt werden können,
- die mindestens **2 Jahre** lang bestanden haben,
- bei denen Symptome vegetativer Erregung nicht das Hauptmerkmal der Störung darstellen (in diesem Fall sollte die Diagnose einer somatoformen vegetativen/ auton. Funktionsstörung überprüft werden).

Nein Verdacht Ja

Ende ←

B Ständige Sorge um die Symptome verursacht *anhaltendes Leiden* und veranlaßt den Patienten zu wiederholten Konsultationen (drei oder mehr) oder einer Reihe von Zusatzuntersuchungen bei Allgemeinpraktikern oder Spezialisten.

Beachten Sie: Falls medizinische Dienste aus finanziellen oder geographischen Gründen nicht in Anspruch genommen werden können, so muß es zu fortgesetzter Selbsteinnahme von Medikamenten oder zu vielfachen Konsultationen ortansässiger "Heiler" kommen.

Nein Verdacht Ja

Ende ←

C Hartnäckige *Weigerung*, die ärztliche Feststellung anzunehmen, daß für die Symptome keine ausreichende körperliche Ursache vorliegt (allenfalls Akzeptanz während oder unmittelbar nach einer med. Untersuchung für kurze Zeiträume bis zu einigen Wochen).

Nein Verdacht Ja

Ende ←

D Mindestens *sechs Symptome aus Liste I*, aus mindestens zwei der aufgeführten verschiedenen (Organ-)Hauptgruppen.

Nein Verdacht Ja

Ende ←

E Die Symptomatik tritt *ausschließlich* während einer Schizophrenie oder verwandten Störung (F20 - F29), einer affektiven Störung (F30 - F39) oder einer Panikstörung (F41.0) auf.

Ja Verdacht Nein

Ende ←

Falls Kriterien A bis E erfüllt:

Somatisierungsstörung

F 4 5. 0

erfüllt Verdacht

nicht erfüllt

Falls Kriterium A mindestens 6 Monate erfüllt und Kriterien C und E vollständig erfüllt und Kriterien B oder D unvollständig erfüllt:

Undifferenzierte somatoforme Störung

F 4 5. 1

erfüllt Verdacht

nicht erfüllt

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

- A** Anhaltender, schwerer und belastender Schmerz in irgendeinem Körperteil,
- der mindestens **6 Monate lang** durchgehend an den meisten Tagen bestanden hat,
 - und der nicht ausreichend durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden kann,
 - und der anhaltend den Hauptfokus für die Aufmerksamkeit des Patienten darstellt.

Beschreiben Sie die Art der Schmerzsymptomatik:

nicht erfüllt Verdacht

erfüllt

Beurteilen Sie Kriterium A zusammenfassend: Ende ←

- B** Die Schmerzstörung tritt bei Schizophrenie oder verwandten Störungen auf (F20 - F29) auf, oder sie tritt *ausschließlich* während einer affektiven Störung (F30 - F39), einer Somatisierungsstörung, einer undifferenzierten somatoformen Störung oder einer hypochondrischen Störung auf.

Ja Verdacht

Nein

Ende ←

Falls Kriterien A und B erfüllt:

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

F 4 5. 4

erfüllt

Verdacht

nicht erfüllt

WHO

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

Dissoziative und Konversionsstörungen

Verdacht Ja **F 4 4. 6**

Nein Verdacht Ja

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Auftreten eines teilweisen oder vollständigen Verlustes einer oder aller normaler *Hautempfindungen* an Körperteilen oder am ganzen Körper (unterschieden werden müssen Berührung, Nadelstich, Vibrationen, Hitze, Kälte), oder Auftreten eines teilweisen oder vollständigen *Seh-, Hör- oder Riechverlusts*.
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn der Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Die Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sind *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

Verdacht Ja **F 4 4. 8 1**

Nein Verdacht Ja

Multiple Persönlichkeits(störung)

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Zwei oder mehr *unterschiedliche Persönlichkeiten* existieren in einer Person, von denen nur eine zu jeweils einem Zeitpunkt offenkundig ist.
- Jede der Persönlichkeiten hat ein *eigenes Gedächtnis, eigene Vorlieben und Verhaltensmuster*, und übernimmt zeitweilig (und wiederholt) die vollständige Kontrolle über das Verhalten der Person.
- Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu *erinnern*; dies so ausgeprägt, daß es nicht mit normaler Vergesslichkeit erklärbar ist.
- Die Symptomatik ist *nicht* zurückführbar auf eine organische psychische Störung (F00-F09) wie z.B. Epilepsie oder auf eine Störung durch psychotrope Substanzen (F10-F19) wie z.B. Intoxikation oder Entzug.
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn der Störung und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Die Störung ist *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

Ja Verdacht **F 4 4. 7**

Nein Verdacht Ja

Gemischte dissoziative und Konversionsstörung

(Kombinationen aus F44.0-F44.6)

Ja Verdacht **F 4 4. 8**

Nein Verdacht Ja

Andere dissoziative und Konversionsstörung

Beschreiben Sie:

Ja Verdacht **F 4 4. 9**

Nein Verdacht Ja

Nicht näher bezeichnete dissoziative und Konversionsstörung

Beachten Sie: Die Gruppe der dissoziativen und Konversionsstörungen beschreibt im Sinne von ICD-10 ein sehr spezielles Störungsbild. Hauptmerkmal ist ein teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration, bezogen auf

- Erinnerungen an die Vergangenheit
- Identitätsbewußtsein und unmittelbare Empfindungen
- Kontrolle von Körperbewegungen

Die Diagnostik der dissoziativen und Konversionsstörungen orientiert sich am jeweils vorherrschenden klinischen Bild (vgl. die einzelnen Kategorien in dieser Checkliste). Für alle Störungsformen gemeinsam gelten jedoch zwei generelle Kriterien:

1. Die Störung wird als psychogen angesehen und es muß daher ein überzeugender zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Beginn der Symptomatik und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen bestehen (z.B. traumatisierende Ereignisse, unlösbare oder unerträgliche Konflikte, gestörte Beziehungen).
Der Begriff der Konversion bedeutet, daß sich der durch die unlösbaren Schwierigkeiten und Konflikte hervorgerufene unangenehme Affekt in irgendeiner Weise in Symptome umsetzt (d.h. konvertiert).
2. Die dissoziative und Konversionssymptomatik darf nicht durch eine bestehende körperliche Erkrankung erklärbar sein (insbesondere müssen Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems sorgfältig ausgeschlossen werden).

Dissoziative Amnesie

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Teilweise oder vollständige *Amnesie* für vergangene Ereignisse oder Probleme, die traumatisch oder belastend waren oder dies noch sind.
- Die Amnesie ist *zu ausgeprägt* und *zu langanhaltend*, um als normale Vergesslichkeit erklärt werden zu können (allerdings können die Schwere und das Ausmaß von einer Untersuchung zur nächsten wechseln).

- Die Amnesie kann auch *nicht* durch eine gewollte Simulation erklärt werden.
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn der Amnesie und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Die Amnesie ist *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

Verdacht Ja **F 4 4. 0**

Nein Verdacht Ja

Dissoziative Fugue

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Eine unerwartete, aber normal organisierte *Reise weg von Zuhause* oder vom gewohnten Arbeitsplatz und den sozialen Aktivitäten; in dieser Zeit bleibt die Selbstversorgung weitestgehend erhalten.
- Entweder teilweise oder vollständige *Amnesie* für die Reise; diese Amnesie beruht nicht auf gewollter Simulation und sie ist zu ausgeprägt und zu langanhaltend, um als normale Vergesslichkeit erklärt werden zu können (allerdings können Schwere und Ausmaß von einer Untersuchung zur nächsten wechseln).
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn der Fugue und Amnesie sowie belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Fugue und Amnesie sind *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

| | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|----------|-----------|----------|
| Verdacht | <input type="checkbox"/> | F | 4 | 4. | 1 |
| Ja | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dissoziativer Stupor

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Beträchtliche Verringerung oder Fehlen *willkürlicher Bewegungen* und *Sprache* sowie der normalen Reaktion auf Licht, Geräusche und Berührung.
- Der normale Muskeltonus, die Haltung und die Atmung sind *erhalten* (sowie häufig eine begrenzte Koordination der Augenbewegungen).
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn des Stupors und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Der Stupor ist *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

| | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|----------|-----------|----------|
| Verdacht | <input type="checkbox"/> | F | 4 | 4. | 2 |
| Ja | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Trance- und Besessenheitszustände

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Auftreten von *Trance* oder *Besessenheitszuständen*.
Trance ist definiert als vorübergehende Bewußtseinsveränderung mit mindestens zwei der folgenden Merkmale: (a) Verlust des Gefühls der persönlichen Identität; (b) Einengung des Bewußtseins auf die unmittelbare Umgebung oder eine eingeeengte und selektive Fokussierung auf Stimuli aus der Umgebung; (c) Einschränkung von Bewegungen, Haltungen und Gesprochenem auf die Wiederholung eines kleinen Repertoires.
Besessenheitszustand ist definiert als Überzeugung, von einem Geist, einer Macht, einer Gottheit oder einer anderen Person beherrscht zu sein.

| | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|----------|-----------|----------|
| Verdacht | <input type="checkbox"/> | F | 4 | 4. | 3 |
| Ja | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Trance bzw. Besessenheitszustand sind *ungewollt* und *belastend*; sie treten außerhalb von religiösen oder anderen kulturell akzeptierten Situationen auf oder stellen eine Verlängerung solcher Zustände dar.
- Trance bzw. Besessenheit treten *nicht* gleichzeitig auf mit einer Schizophrenie oder einer verwandten Störung (F20-F29) oder mit einer affektiven Störung mit Halluzinationen oder Wahngedanken (F30-F39).
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn von Trance bzw. Besessenheit und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Die Trance bzw. Besessenheit ist *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

Dissoziative Bewegungsstörungen

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Auftreten eines kompletten oder teilweisen Verlustes der *Bewegungsfähigkeit*, die normalerweise der willkürlichen Kontrolle unterliegt (einschließlich der Sprache) oder Auftreten von verschiedenen oder wechselnden Graden von *Koordinationsstörungen*, *Ataxie* oder der *Unfähigkeit, ohne Hilfe zu stehen*.
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn der Bewegungsstörungen und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Die Bewegungsstörungen sind *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

| | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|----------|-----------|----------|
| Verdacht | <input type="checkbox"/> | F | 4 | 4. | 4 |
| Ja | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dissoziative Krampfanfälle

Die Kriterien dieser Diagnose sind unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Plötzliche und unerwartete *krampfartige Bewegungen*, die sehr an verschiedene Formen epileptischer Anfälle erinnern, aber nicht von einem Bewußtseinsverlust gefolgt sind.
- Die Anfälle sind *nicht* begleitet von Zungenbiß, schweren Hämatomen oder Verletzungen aufgrund eines Sturzes oder von Urininkontinenz.
- Überzeugender *zeitlicher Zusammenhang* zwischen Beginn der Anfälle und belastenden Ereignissen, Problemen oder Bedürfnissen.
- Krampfanfälle sind *nicht* durch eine körperliche Erkrankung erklärbar.

| | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|----------|-----------|----------|
| Verdacht | <input type="checkbox"/> | F | 4 | 4. | 5 |
| Ja | <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nein | Verdacht | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hypochondrische Störung

Name: _____ Datum: _____
 Alter: _____

A Eine Störung mit mindestens einem der folgenden klinischen Merkmale:

- (1) Anhaltende *Überzeugung* über das Vorliegen von höchstens zwei schweren körperlichen Krankheiten (von denen mindestens eine speziell vom Patienten benannt sein muß) für die Dauer von mindestens 6 Monaten.

| | | | | |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|
| Nein | <input type="checkbox"/> | Verdacht | Ja | <input type="checkbox"/> |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|
- (2) Vorherrschendes *Beschäftigtsein* mit einer vom Patienten angenommenen körperlichen Mißbildung oder Entstellung (dysmorphophobe Störung).

| | | | | |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|
| Nein | <input type="checkbox"/> | Verdacht | Ja | <input type="checkbox"/> |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|

Kriterium A: Merkmal (1) oder (2)
 Ende ← Verdacht Ja

Beschreiben Sie die hypochondrischen Vorstellungen des Patienten:

B Ständige Sorge um diese Überzeugungen(en) und Symptome verursacht *andauerndes Leiden* oder Beeinträchtigungen im Alltagsleben und veranlaßt den Patienten, um medizinische Behandlungen oder Untersuchungen (oder entsprechende Hilfe von Laienheilern) nachzusuchen.

| | | | | |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|
| Nein | <input type="checkbox"/> | Verdacht | Ja | <input type="checkbox"/> |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|

C Hartnäckige *Weigerung*, die medizinische Versicherung zu akzeptieren, daß keine adäquate körperliche Ursache für die körperlichen Symptome bzw. Entstellungen vorliegen (allenfalls Akzeptanz für kurze Zeiträume von bis zu einigen Wochen unmittelbar nach oder während medizinischer Untersuchungen).

| | | | | |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|
| Nein | <input type="checkbox"/> | Verdacht | Ja | <input type="checkbox"/> |
|------|--------------------------|----------|----|--------------------------|

D Die hypochondrische Symptomatik tritt *ausschließlich* bei Schizophrenie und verwandten Störungen (F20 - F29) oder bei einer affektiven Störung (F30 - F39) auf.

| | | | | |
|----|--------------------------|----------|------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> | Verdacht | Nein | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----------|------|--------------------------|

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht |
| Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig. | Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor. | Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben): _____ | |

Falls Kriterien A bis D erfüllt: **Diagnose:**

F 4 5. 2

Hypochondrische Störung

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

• Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische somatoforme Störung vorliegt, so können die folgenden Restkategorien gewählt werden:

Andere somatoforme Störung (F45.8) Verdacht Ja
 Nicht näher bezeichnete somatoforme Störung (F45.9) Verdacht Ja

• Überprüfen Sie andere Störungen, die evtl. zur diagnostischen Einordnung der geschilderten Beschwerden in Frage kommen:

Andere somatoforme Störung Verdacht Ja

Angststörung
 bitte angeben:

Verdacht Ja

Körperliche Erkrankung
 bitte angeben:

Verdacht Ja



Abhängigkeit und schädli. Gebrauch von Drogen/ Medikamenten

Name: _____

Datum: _____

Alter: _____

- Ermitteln Sie die Art der Symptomatik
- Berücksichtigen Sie bei allen Symptomen *dieselbe* Substanz
- Berücksichtigen Sie als Zeitkriterium für alle Symptome: mindestens 1 Monat oder wiederholt in einer 12-Monats-Periode
- Beziehen Sie alle Symptome auf die gleiche Zeitperiode

(1) Starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Drogen/ Medikamente zu konsumieren. Nein Verdacht Ja

(2) Verminderte Fähigkeit zur Kontrolle des Drogen-/ Medikamentenkonsums bezüglich Beginn, Beendigung oder Menge. Nein Verdacht Ja

Hinweise: Konsum in größeren Mengen oder über einen längeren Zeitraum als beabsichtigt; or anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Konsum zu verringern oder zu kontrollieren.

(3) Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn Drogen/ Medikamente reduziert oder abgesetzt werden. Nein Verdacht Ja

Hinweise: Typisches Entzugssyndrom oder Drogen-/ Medikamentenkonsum mit der Absicht, Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

(4) Hinweise für Toleranzentwicklung gegenüber der Drogen/ Medikamentenwirkung. Nein Verdacht Ja

Hinweise: Für Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen deutlich größere Mengen von Drogen/ Medikamenten konsumiert werden oder bei anhaltendem Konsum derselben Menge treten deutlich geringere Wirkungen auf.

(5) Einengung auf den Drogen/ Medikamentenkonsum. Nein Verdacht Ja

Hinweise: Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessen wegen des Konsums; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, Drogen/ Medikamente zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.

(6) Anhaltender Drogen/ Medikamentenkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen. Nein Verdacht Ja

Hinweise: Fortgesetzter Konsum, obwohl der Betroffene sich über die Art und das Ausmaß der Schädigung bewußt war oder hätte bewußt sein können.

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (6): Drogen-/ Medikamentenabhängigkeit

| | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| Nein <input type="checkbox"/> | Verdacht <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nein <input type="checkbox"/> | Verdacht <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> |

- Überprüfen Sie die Kriterien für schädlichen Gebrauch (Seite 3)
- Bestimmen Sie die genaue Diagnose (Seite 2)

Zuordnung der Drogen/ Medikamentenabhängigkeit: Bestimmen Sie die Substanz und das Zustandsbild

| | Verdacht Ja | Verdacht Ja | Verdacht | Verdacht |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Opiate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cannabinoide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sedativa/ Hypnotika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Stimulantien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Halluzinogene
Tabak
Flüchtige Lösungsmittel
Multiple Substanzen und Konsum anderer psychotroper Substanzen

Diagnose:

F 1 . 2

Tragen Sie ein: 3. Stelle der Diagnose Art der Substanz.

Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose Zustandsbild bzw. Verlauf

Falls fünfte Stelle "0" oder "4" ist:
Tragen Sie ein: 6. Stelle der Diagnose Zusätzliche Spezifizierung

- gegenwärtig abstinent, frühe Remission 0 0
- gegenwärtig abstinent, Teilremission 0 1
- gegenwärtig abstinent, volle Remission 0 2
- gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (z.B. Klinik) 1
- gegenw. Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm 2
- gegenwärtig abstinent, aber Behandlung mit aversiven o. antagonistischen Medikamenten 3
- gegenwärtig Konsum, ohne körperliche Beschwerden 4 0
- gegenwärtig Konsum, mit körperlichen Beschwerden 4 1
- ständiger Konsum 5
- episodischer Konsum 6

Schädlicher Gebrauch von Drogen/ Medikamenten

Nein Verdacht Ja

A Klare Hinweise, daß der Drogen-/ Medikamentenkonsument für körperliche oder psychische Schädigung einschließlich eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder gestörtem Verhalten verantwortlich ist (oder erheblich dazu beitrug), mit evtl. negativen zwischenmenschlichen oder leistungsbezogenen Folgen.

B Die Art der Schädigung kann klar beschrieben werden.
Beschreiben Sie:

C Die Art des Konsums hat mindestens einen Monat lang oder wiederholt innerhalb einer 12-Monats-Periode bestanden.

D Die Störung erfüllt nicht die Kriterien einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung in Verbindung mit den Drogen/ Medikamenten im gleichen Zeitraum (außer akuter Intoxikation).

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Schädlicher Gebrauch

F 1 . 1

Tragen Sie ein: 3. Stelle der Diagnose Art der Substanz.

Nein Verdacht Ja

Verdacht Ja Verdacht

- Opiate 1 6 Halluzinogene
- Cannabinoide 2 7 Tabak
- Sedativa/ Hypnotika 3 8 Flüchtige Lösungsmittel
- Kokain 4 9 Multiple Substanzen und Konsum anderer psychotroper Substanzen
- Andere Stimulantien 5

A Anorexia nervosa

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

A Gewichtsverlust, oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme, was zu mindestens 15% unter dem normalen oder dem nach Alter und Körpergröße zu erwartenden Gewicht führt.

Nein Verdacht Ja

Ende ←

Hinweis: Quetelet's "Body Mass Index" (BMI) ist ein Maßß des Gewichtsverhältnisses bei Anorexia nervosa wird häufig ein BMI von 17,5 oder niedriger erwartet.

Derzeitiges Gewicht: kg

Körpergröße: m

Berechnen Sie den BMI wie folgt:

$\text{kg/m}^2 =$

B Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von "fettreichenden" Speisen.

Beachten Sie: Dokumentieren Sie die folgenden Merkmale, die Kriterium B und die Diagnose stützen, aber keine unbedingt notwendigen Symptome darstellen:

- selbstinduziertes Erbrechen
- übertriebene körperliche Aktivitäten
- selbstinduziertes Abführen
- Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika

C Selbstwahrnehmung als "zu fett", mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden, was zu einer selbst-aufgelegten sehr niedrigen Gewichtsschwelle führt.

Nein Verdacht Ja

Ende

D Unfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden, bei Frauen gekennzeichnet durch Amenorrhoe, bei Männern durch Interesseverlust an Sexualität sowie Potenzverlust.

Beachten Sie: Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution (meist kontrazeptive Medikation) erhalten.

Beachten Sie: Falls die Störung vor der Pubertät beginnt, ist die Abfolge der Pubertätsentwicklung verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; bei Mädchen fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Reinsstion wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Erfüllt nicht die Kriterien A und B der Bulimia nervosa.

- Kriterium A erfordert häufige Episoden von Freßattacken (mindestens zweimal pro Woche während einer 3-Monats-Periode), bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- Kriterium B erfordert andauerndes Beschäftigtsein mit dem Essen und eine unwiderstehliche Gier oder Drang zu essen.

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

Beurteilen Sie Kriterium E der Anorexia nervosa: (falls Krit. B nicht erfüllt ist, überprüfen Sie die kompletten Kriterien der Bulimia nervosa, z.B. mit Hilfe der ICDL)

Falls Kriterien A bis E erfüllt:

Anorexia nervosa

Diagnose:

F 5 0 . 0

nicht erfüllt Verdacht erfüllt

• Falls die anorektische Symptomatik als *klinisch bedeutsam* eingeschätzt wird, kann eine atypische Anorexia nervosa diagnostiziert werden:

Atypische Anorexia nervosa (F50.1) Verdacht Ja

• Falls die Symptomatik anderweitig *klinisch bedeutsam* ist und keine andere spezifische Eßstörung vorliegt, kann die Restkategorie für andere Eßstörungen herangezogen werden:

Andere Eßstörung (F50.8) Verdacht Ja

• In den übrigen Fällen mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gestellt werden:

Nicht näher bezeichnete Eßstörung (F50.9) Verdacht Ja

Ordnen Sie die ermittelte Symptomatik zeitlich ein:

Derzeit: Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht

• Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig. Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.

Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

