

Aus der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatische Medizin der Medizinischen Fakultät der  
Otto- von- Guericke- Universität Magdeburg

Diagnosespezifische katamnestische Erhebung  
zur Nachhaltigkeit stationärer psychodynamischer  
Psychotherapie

## **D i s s e r t a t i o n**

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.  
(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät  
der Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg

vorgelegt von  
aus  
Magdeburg

Jörg Schulze  
Sangerhausen  
2009

## **Dokumentationsblatt**

Jörg Schulze, Facharzt für Innere Medizin

Diagnosespezifische katamnestische Erhebung zur Nachhaltigkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie

Aus dem Universitätsklinikum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

136 Blatt, 50 Tabellen, 7 Abbildungen, 90 Literaturstellen

## **Kurzreferat**

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur Erfolgsforschung in der stationären Psychotherapie. Im Zeitraum von Januar 2002 bis Dezember 2005 wurde in der psychosomatischen Abteilung des AWO FKH Jerichow im Rahmen einer Ein-Jahres-Katamnesestudie untersucht, ob diagnosespezifische Unterschiede bezüglich des Behandlungserfolges zu finden sind. Weiterhin wurde geprüft, wie sich interpersonale Veränderungen während des therapeutischen Prozesses als Prädiktor für die Nachhaltigkeit stationärer Psychotherapien eignen.

Neben ICD-10-Diagnosen und der PsyBaDo wurden SCL-90-R und IIP-C-Daten in die Untersuchung einbezogen. Die Messungen erfolgten zu Beginn, nach 4 Wochen, am Ende und ein Jahr nach Beendigung der Krankenhausbehandlung.

Die im Verlauf ermittelten Veränderungen zeigen, dass stationäre Psychotherapie bei den verschiedenen Diagnosegruppen, zu unterschiedlich guten Erfolgen führt. Besonders Veränderungen im Bereich interpersonaler Probleme eignen sich als Prädiktor für den Behandlungserfolg bei stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten.

## **Schlüsselwörter:**

Stationäre psychodynamische Psychotherapie, Ein-Jahres-Katamnese, SCL-90-R, IIP-C, Prädiktoren, Behandlungserfolg

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>1. Einführung</b>	<b>8</b>
<b>2. Stationäre psychosomatische Versorgung</b>	<b>10</b>
<b>3. Literaturübersicht</b>	<b>13</b>
3.1. Entwicklung der Psychotherapieforschung (Einführung)	13
3.1.1. Historischer Überblick: Psychotherapieforschung	13
3.1.2. Historischer Überblick: Prozess- und Outcomeforschung	15
3.2. Stand der Psychotherapieforschung	17
3.2.1. Wirksamkeitsforschung stationärer Psychotherapie	17
3.2.1.1. Outcome-Untersuchungen im Prä-Post-Design	17
3.2.1.2. Katamnestische Untersuchungen	19
3.2.2. Diagnosespezifische Untersuchungen	25
3.2.3. Prädiktoren für Therapieerfolg	25
3.2.3.1. Therapeutenvariablen	26
3.2.3.2. Therapeut-Patient-Beziehung	27
3.2.3.3. Patientenvariablen	27
3.2.3.4. Psychotherapiemotivation	28
3.2.3.5. Interpersonale Probleme und Objektbeziehungen	29
3.2.4. Zusammenfassende Bewertung	31
<b>4. Fragestellung und Hypothesen</b>	<b>33</b>

	<b>Seite</b>
<b>5. Methodik und Auswertung</b>	<b>36</b>
5.1. Behandlungssetting	36
5.1.1. Beschreibung der Abteilung	36
5.1.2. Therapeutisches Team	36
5.1.3. Psychotherapeutische Behandlung	37
5.2. Ergebnisforschung in der psychosomatischen Akutabteilung	37
5.3. Studiendesign	38
5.4. Stichprobenbeschreibung	40
5.4.1. Soziodemographische Daten	40
5.4.2. Diagnosenverteilung	41
5.5. Messinstrumente	43
5.5.1. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	44
5.5.2. Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C)	45
5.6. Statistische Auswertung	46
5.6.1. Multivariate Varianzanalyse (MANOVA)	46
5.6.2. Diskriminanzanalyse	46
5.6.3. Klinische Relevanz	47
5.6.4. Effektstärken nach Cohen	48
<b>6. Ergebnisse</b>	<b>50</b>
6.1. Kurz- und langfristige symptomatische Effekte in stationärer psychosomatischer Therapie	50
6.1.1. Deskriptive Auswertung und statistische Signifikanz	50
6.1.2. Effektstärken	52
6.1.3. Klinische Signifikanz	53
6.2. Kurz- und langfristige interpersonale Veränderungen in stationärer psychosomatischer Therapie	54
6.2.1. Deskriptive Auswertung und statistische Signifikanz	54
6.2.2. Effektstärken	58
6.3. Diagnosenspezifische Unterschiede in der stationären psychosomatischen Therapie	59

	<b>Seite</b>	
6.3.1.	Symptomatische Belastung	59
6.3.2.	Interpersonale Probleme	63
6.4.	Vorhersagbarkeit von Therapiemisserfolg	66
6.4.1.	Einfluss interpersonaler Probleme auf das Therapieergebnis	66
6.4.1.1.	Frühe interpersonale Veränderungen und Therapieerfolg	66
6.4.1.2.	Interpersonale Veränderungen und Therapienachhaltigkeit	69
6.4.2.	Komorbidität von Persönlichkeitsstörung	71
<b>7.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>72</b>
7.1.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 1	73
7.2.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 2	75
7.3.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3	78
7.4.	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 4	79
<b>8.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>81</b>
<b>9.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>82</b>
<b>10.</b>	<b>Anhang</b>	<b>91</b>
10.1.	Tabellen	91
10.2.	Symptom-Checkliste (SCL-90-R)	125
10.3.	Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C)	130
<b>11.</b>	<b>Erklärung</b>	<b>134</b>
<b>12.</b>	<b>Danksagung</b>	<b>135</b>
<b>13.</b>	<b>Darstellung des Bildungsweges</b>	<b>136</b>

## Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

<b>Abb.</b>	Abbildung
<b>APA</b>	American Psychological Association
<b>AWO</b>	Arbeiterwohlfahrt
<b>BSF</b>	Berliner Stimmungsfragebogen
<b>c</b>	Cut-off-Score
<b>d</b>	Maß der Effektstärke
<b>et al.</b>	und Kollegen
<b>F</b>	Ausmaß statistischer Signifikanz
<b>GBB</b>	Giessener Beschwerdebogen
<b>GEB</b>	Globaler Evaluierungsbogen
<b>GSI</b>	Gesamtschwere Index (Symptomcheckliste)
<b>GES-IIP-C</b>	Gesamt Rohwert (Inventar interpersonaler Probleme)
<b>IIP-C</b>	Inventar Interpersonaler Probleme
<b>Kap.</b>	Kapitel
<b>LZI</b>	Lebenszufriedenheitsinventar
<b>MANOVA</b>	Multivariate Varianzanalyse

<b>N</b>	Anzahl
<b>p&lt;</b>	Bewertung der Signifikanz eines Unterschieds
<b>PsBaDo</b>	Psychotherapie Basisdokumentation
<b>RCI</b>	Reliable Change Index
<b>SCL-90-R</b>	Symptomcheckliste
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>STAT</b>	Stationserfahrungsbogen
<b>SD</b>	Standardabweichung
<b>T</b>	T-Wert (Symptomcheckliste)
<b>t<sub>0,1,2,3</sub></b>	Messzeitpunkte
<b>Tab.</b>	Tabelle
<b>WHO</b>	World Health Organisation

## 1. Einführung

Wer kennt sie nicht: Alice aus Lewis Carrolls Kinderbuch „Alice im Wunderland“. Sie und einige Bewohner des Wunderlands sind, dem von Alice produzierten Tränensee, nass und durchgefroren, entstiegen. Als erstes versucht die Maus die Gruppe mithilfe von trockenen Erzählungen aus der mittelalterlichen Geschichte Englands zu wärmen, was allerdings kläglich scheitert. Dodo, ein Vogel in diesem Märchen, macht den Vorschlag, die Versammlung auszusetzen und stattdessen wirkungsvollere Maßnahmen auszuprobieren. Er unterbreitet den Vorschlag, dass ein „Freiwahlrennen“ das probates-te beste Mittel in diesem Fall wäre. Dazu steckte er einen Kreis ab. Allerdings kam es seiner Meinung nach nicht wirklich darauf an, dass der Kreis rund sei. Dann stellte er die ganze Gesellschaft nebeneinander am Rande auf. Er gab nicht das Kommando „1, 2, 3, los“, sondern jeder rannte los, wann er wollte, so dass man nicht erkennen konnte, wann das Rennen zu Ende war. Als sie jedoch nach einer halben Stunde alle trocken waren, rief Dodo plötzlich: „Schluss des Rennens!“. Die Gesellschaft umdrängte ihn und fragte: „Wer hat denn gewonnen?“. Zur Beantwortung dieser Frage benötigte Dodo seinen ganzen Verstand. Er setzte sich und hielt sich lange eine Pfote grüblerisch an die Stirn (das ist die Haltung, in der gewöhnlich erhabene Denker auf Bildern zu sehen sind). Die anderen warteten schweigend. Schließlich verkündete der Dodo: „Jeder hat gewonnen, jeder erhält einen Preis!“.

Dieses so genannte Dodo-Verdikt „Everybody has won and all must have prizes“ wurde genutzt, um zu beschreiben, dass trotz aller Unterschiedlichkeiten der wichtigsten Therapieschulen bzw. Paradigmen, die unter anderem Krankheitstheorien, theoretische Modelle sowie Interventionen umfassen, sie alle in etwa zu ähnlichen Effekten gelangen. Bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde das Verdikt des Dodo-Vogels vom amerikanischen Psychotherapeuten Saul Rosenzweig (1936) in Bezug auf Psychotherapie verwendet. In seiner Arbeit proklamierte Rosenzweig, dass die verschiedenen Psychotherapieverfahren der damaligen Zeit, vor allem psychoanalytische Strömungen und auch christliche Seelsorge, gleichermaßen ihre Wirksamkeit für sich beanspruchen. Rosenzweig ging in seiner Arbeit davon aus, dass sich die Erfolge der jeweiligen Verfahren nicht mit den jeweiligen theoretischen Annahmen, sondern durch bislang unerkannte gemeinsame Wirkfaktoren erklären lassen (Rosenzweig 1936). In den siebziger Jahren kamen Luborsky et al. (1975) zu dem Schluss, dass es keine nachweisliche Überlegenheit einer Therapieform gegenüber einer anderen gibt und ver-

wendeten aus diesem Grund ebenfalls das Dodo-Verdikt. Gestützt wird diese Aussage auf eine Untersuchung, in der Luborsky et al. (1975) rund 100 Studien, die verschiedenen Therapieformen miteinander verglichen, analysierten. Dabei kamen sie zu dem Ergebnis, dass die zu dieser Zeit bedeutsamsten Therapieverfahren ähnliche Effekte erzielten.

Allerdings stellten Mitte der 80er Jahre, nicht ganz zu Unrecht, unter anderem Shapiro et al. (1986) und gut zehn Jahre später Grawe et al. (1994) in Frage, ob sich das Dodo-Verdikt wirklich für die vergleichende Psychotherapieeffektivitätsforschung eignet. „Denn aus der Perspektive der Psychotherapieforschung gibt es eigentlich schon seit langem gute Gründe, das Äquivalenzparadoxon infrage zu stellen“ (Strauß 2001). Dennoch gibt es immer noch Psychotherapieforscher, welche die Aussagekraft des Dodo-Verdikts bis zum heutigen Tag als gültig erachten (Bonde 2005).

## **2. Stationäre psychosomatische Versorgung**

Laut Junge und Ahrens (1996) bedeutet stationäre psychosomatische Versorgung nicht, dass ambulante psychotherapeutische Interventionen im stationären Setting durchgeführt werden. Es handelt sich hierbei vielmehr um ein eigenständiges Modul, dessen wesentliches Konzept darin besteht unterschiedliche Behandlungsformen zu integrieren (Junge, Ahrens 1996, Rudolf et al. 2004).Hauptsächlich sind hierbei die Integration sowohl somatischer als auch psychischer Behandlungsmaßnahmen zu nennen (Dahlmann 1994, Junge, Ahrens 1996). Das stationäre Setting zeichnet sich des Weiteren durch folgende Aspekte gegenüber der ambulanten Psychotherapie aus: Es wird eine Integration physischer und psychotherapeutischer Interventionen, die das psychosomatische Krankheitsverständnis der Patienten fördern soll, verfolgt (Junge, Ahrens 1996). In welchem Umfang und mittels welcher Methoden die psychotherapeutische Behandlung erfolgt, hängt dabei sehr stark von jedem einzelnen Patienten und dessen jeweiligem Krankheitsbild ab (Dahlmann 1994). Der Therapeut kann dabei über verschiedene Interventionsebenen, wie z. B. verbale Therapie, kreative Therapie, Körpertherapie die Ausdrucksmöglichkeiten seines Patienten erweitern und damit eine tragfähige therapeutische Beziehung sowie eine Beschleunigung des therapeutischen Prozesses erreichen (Streeck, Ahrens 1996, Junge, Ahrens 1996). Andere Autoren heben ebenfalls die große Bedeutung der Gestaltungs-, Musik-, sowie der Bewegungstherapie als Elemente der stationären psychosomatischen Behandlung hervor (Dahlmann 1994, Kächele et al. 2003). Denn die stationäre psychosomatische Therapie vermag es auf einzigartige Weise einen mehrdimensionalen Zugang zum Patienten zu ermöglichen. Somit ist es möglich,innere Konflikte, körperliche Defizite sowie interpersonale Probleme und Hemmungen anzugehen. Stationäre psychosomatische Behandlung bedeutet im Gegensatz zur ambulanten Therapie hochfrequente Psychotherapie (Paar, Kriebel 1998). Der durchschnittliche Therapiezeitrahmen eines Patienten beläuft sich auf 20 bis 25 Therapiestunden pro Woche, wobei 7 bis 8 Stunden als Psychotherapie im engeren Sinne bezeichnet werden können ,die z. B. Einzeltherapie, Gruppentherapie sowie Kreativtherapie umfasst und 15 bis 20 Stunden als Psychotherapie im weiteren Sinne, die in der Regel Entspannungstherapie, Patienteninformation, aktive Sporttherapie, Krankengymnastik, Diätberatung usw. umfasst, beinhaltet (Paar, Kriebel 1998). Die durchschnittliche Therapiedauer im stationären Setting beträgt laut Ahrens (1997) 4 bis 8 Wochen. Dabei ist zu beobachten, dass die Streuung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zwischen

den einzelnen psychosomatischen Kliniken nicht unerheblich ist. So berichtet beispielsweise die psychosomatische Abteilung der Universität Hannover von einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 10,3 Wochen (Sack et al. 2003), die psychosomatische Abteilung der Universität Halle von 8,7 (Konzag et al. 2000) sowie eine multizentrischer Studie dreier Kliniken von 18,1 Wochen (Franz et al. 2000). Das Ziel der stationären Behandlung ist das Herstellen einer adäquaten Sichtweise der eigenen Symptomatik sowie die Aktivierung interpersonaler sowie persönlicher Ressourcen (Bassler, Hoffmann 1994, Junge, Ahrens 1996, Rudolf et al. 2004, Wendisch 1999). Sie kann in vielen Fällen als eine Einleitung oder Vorbereitung auf eine ambulante Therapie gesehen werden (Rudolf et al. 2004). Hinderlich wirken sich dabei speziell in den ländlichen Regionen die wenig flächendeckenden Versorgungsstrukturen in diesen Gebieten aus, die es kaum ermöglichen, eine ambulante Therapie durchzuführen. Somit ist stationäre Behandlung oftmals die einzige Möglichkeit, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus, wird als erschwerender Faktor auch die räumliche Distanz der Patienten zu ihrem gewohnten sozialen Umfeld genannt (Wendisch 1999). Diese Trennung kann sich allerdings durchaus positiv auf den Behandlungsverlauf auswirken, da sich die Patienten vollkommen auf ihre Bedürfnisse sowie die Therapie konzentrieren können und unnötige Störfaktoren ausgeblendet werden. Darüber hinaus stellt auch das Zusammenleben der Patienten während des stationären Aufenthaltes eine nicht zu unterschätzende Maßnahme wie andere konkrete Interventionen dar (Rudolf et al. 2004, Wendisch 1999). So kommt es nicht selten während des stationären Aufenthaltes zu Konfliktsituationen mit anderen Patienten, die häufig ein Abbild der bereits im sozialen sowie beruflichen Umfeld manifestierten Situationen sind. Folglich bietet das stationäre Setting eine hervorragende Möglichkeit, die während der Behandlung erlernten Bewältigungsstrategien direkt anzuwenden (Wendisch 1999).

Bei der Frage, wann eine stationäre Behandlung erforderlich ist, nennt Schmeling-Kludas (1999) Patienten, die sowohl über eine mangelnde Krankheitseinsicht ihrer psychosomatischen Störung verfügen und andererseits wenig motiviert sind, sich einer ambulante Therapie zu unterziehen. Somit wird die besondere Bedeutung der stationären Behandlung sichtbar, die, wie bereits erwähnt, das Ziel hat, den Patienten einerseits für die Einsicht seiner Symptomatik zu sensibilisieren und ihn andererseits für das ambulante Setting vorzubereiten. Um einen stationären Aufenthalt erforderlich zu machen, sollte mindestens einer der folgenden Aspekte zutreffend sein (Schmeling-Kludas 1999):

- ☞ Bestehen einer gefährlichen Situation aufgrund körperlicher (z.B. Anorexie) oder psychischer Gefahren (z.B. Suizidgedanken),
- ☞ Komorbidität mit einer stationär behandlungsbedürftigen, organmedizinischen Erkrankung,
- ☞ Vorherrschen einer unklaren Psychopathologie mit potentiell bedrohlicher Symptomatik,
- infrastrukturelle Einschränkungen hinsichtlich der Versorgungsstrukturen im Patienten Umfeld,
- körperliche Einschränkungen, die eine ambulante Therapie nicht zulassen,
- ☞ Notwendigkeit einer räumlichen Trennung zum sozialen und/ oder beruflichen Umfeld aufgrund der Krisensituation.

### **3. Literaturübersicht**

#### **3.1. Entwicklung der Psychotherapieforschung**

##### **3.1.1. Historischer Überblick: Psychotherapieforschung**

Orlinsky und Russel (1994) beschrieben die Zeit von 1920 bis 1950 als initiale Phase der Psychotherapieforschung. Grawe (1997) hingegen sieht den für die heutige Psychotherapieforschung relevanten Zeitraum erst zu Beginn der 50er Jahre. Er unterteilt die Entwicklung der Psychotherapieforschung in folgende vier Phasen (Grawe 1997).

###### **1. Legitimationsphase**

Bis in die 50er Jahre dienten unkontrollierte Einzelfallberichte als Grundlage für die empirische Basis der psychoanalytischen Praxis. Gründe für Unterschiede im Behandlungserfolg wurden auf die Patientenmerkmale zurückgeführt.

Eysenck (1952) untersuchte die Wirkung von Psychotherapie mithilfe der Studien von Landis (1938) und Denker (1946). Diese Untersuchungen ergaben, dass 65% aller unbehandelten Neurosen nach zwei Jahren bzw. 90% nach fünf Jahren spontan geheilt waren. Eine eigene Metaanalyse (Eysenck 1952) ergab eine negative Korrelation zwischen Heilung und Psychotherapie. Vor diesem Hintergrund äußerte Eysenck (1952) die provokante Aussage, dass die Psychotherapie weniger Wirkung als keine Intervention habe. Sie könne keinen Beitrag zur Verbesserung des psychischen Leidens liefern, der über der Wirkung der Spontanremission liege. Angespornt von dieser Behauptung galt es die Legitimation für psychotherapeutische Interventionen zu erbringen.

###### **2. Wettbewerbsphase**

Aktiviert durch die Aussage Eysencks (1952) sowie der Bemühung nach Legitimation folgte nicht nur ein Vergleich von Therapiemethoden mit unbehandelten Gruppen sondern auch ein Vergleich der Therapiemethoden untereinander. Weiterhin wurde diese Phase durch neue Formen der Psychoanalyse, der Gesprächspsychotherapie sowie Verhaltenstherapie geprägt. Gründe für Unterschiede im Behandlungserfolg konnten nicht auf die Konzepte der theoretischen Modelle zurückgeführt werden (Luborsky et al. 1975).

### 3. Verschreibungsphase

Diese Phase wurde hauptsächlich durch die Einsicht des Uniformitätsmythos geprägt (Kiesler 1966), wonach zunehmend indikationsspezifische Programme im Fokus standen, die unabhängig von Therapieschulen nach relevanten Merkmalen suchten. Die Wirksamkeit dieser Verfahren wurde geprüft, wobei die theoretische Fundierung höchst umstritten ist. Nach dem Vorbild dieser Konzepte wurden erste Versuche unternommen, empirisch begründete Kriterien für differenzielle Indikationen herauszuarbeiten (Grawe 1997).

### 4. Phase der Prozess-Outcome-Forschung

Die ersten drei Phasen sind konservativer Natur, wohingegen diese Phase einer Weiterentwicklung bereits vorhandener Interventionsformen dient. Die Analyse der Prozesse, die die Grundlage für die Wirkung der Psychotherapie darstellen, hat eine eigene Qualität. Sie beschäftigt sich mit der Frage „wie Psychotherapie überhaupt wirkt“.

Grawe beschäftigte sich in den 90er Jahren (Grawe 1992) allerdings hauptsächlich mit der Wirksamkeit der verschiedenen Therapieformen. So strebte er in seiner Übersichtsarbeit nicht nur nach der Beantwortung der Frage, ob Psychotherapie wirkt, sondern er untersuchte auch, ob sich Unterschiede in der Wirkung verschiedener Verfahren erkennen lassen. Er forderte in seiner Arbeit, die die Ergebnisse von 897 Studien einbezog, eine generelle Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Gleichzeitig verlangte er, dass die Therapieformen, die ihren Wirkungsnachweis noch schuldig sind bzw. diesen nicht hinreichend genug geliefert haben, entsprechende Belege vorweisen müssen. Darüber hinaus schlug er vor, dass Behandlungsformen, die zwar untersucht wurden, deren Wirkung allerdings nicht nachgewiesen werden konnte, nicht mehr durch das Gesundheitssystem finanziert werden sollten (Grawe 1992).

Den therapeutischen Ansätzen der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie sowie der psychoanalytischen Psychotherapie konnte Grawe (1992) aufgrund der großen Anzahl von gut evaluierten Untersuchungen das Prädikat "wirksames Therapieverfahren" zubilligen. Viele Psychotherapeuten argumentierten in den folgenden Jahren, dass die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen hinreichend nachgewiesen und die Qualitätssicherung aus diesem Grund überflüssig sei (Grawe 1992). Allerdings müsse, um eine Behandlungsroutine zu belegen, immer wieder neu deren Qualität untersucht werden (Nübling, Schmidt 1998). 1989 wurde die Sicherung des Gesundheits-

wesens erstmals im Gesundheitsreformgesetz festgelegt und 1991 im Gesundheitsstrukturgesetz noch genauer differenziert. Erst 1999 wurde mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes und den damit verbundenen KBV-Bestimmungen die gesetzliche Regelung der Qualitätssicherung auf die psychotherapeutischen Richtlinienverfahren übertragen.

### **3.1.2. Historischer Überblick: Prozess- und Outcomeforschung**

Seit Beginn der ersten psychotherapeutischen Interventionen werden Versuche unternommen, den Behandlungserfolg anhand verschiedener Untersuchungsprinzipien zu erheben. Dabei werden zwei wichtige Prinzipien der Psychotherapieerfolgswissenschaft unterschieden: zum einen die Outcomeforschung (Ergebnisforschung) und zum anderen die Prozessforschung. Nach Hill und Lambert (2004) bezieht sich die Prozessforschung auf das, was in den Therapiesitzungen passiert, wohingegen Outcomeforschung den Fokus auf sofortige oder Langzeitveränderungen als ein Ergebnis der Therapie legt. "The distinction between process and outcome is not always clear-cut ..., because changes in process can also be indicators of outcome" (Hill, Lambert 2004). Hier wird sogleich das zentrale Problem des Vergleichs zwischen Outcome- und Prozessforschung thematisiert. Hill und Lambert (1971) datieren die ersten Bemühungen im Bereich der systematischen Outcome-Forschung auf die 20er Jahre des letzten Jahrhunderts.

Wo moderne Studien der Outcomeforschung Selbst- sowie Fremdrating-Fragebögen einsetzen, bedient sich die Prozessforschung zwei verschiedener Quellen: auf der einen Seite die Aufnahme von Therapiesitzungen (Tonband- oder Videoaufzeichnungen) und auf der anderen Seite einen nicht an der Therapie teilnehmenden Beobachter. Erstmals wurden Tonbandaufnahmen zu Beginn der 30er Jahre des 20. Jahrhunderts durchgeführt. Zuvor waren die Ereignisse während der Therapiesitzung vom praktizierenden Psychotherapeuten zusammengefasst und zwangsläufig entsprechend seiner Wahrnehmung selektiert. Die Vorteile der Aufnahmen zu Forschungszwecken hielten zu Beginn der 50er Jahre auch in psychoanalytischen Kreisen Einzug (Bordy et al. 1951). Der klientenzentrierte Ansatz von Rogers nutzte diese Technik bereits zehn Jahre vor den Analytikern. Die Aufnahmen boten die Möglichkeit der Entwicklung von Kontroll- und Wartegruppensdesigns bzw. spezifisch an der Theorie des Personzentrierten Ansatz-

zes ausgerichtet Verfahren neu zu konzipieren und zu evaluieren. Rogers differenzielle theoretische Konzeption ermöglichte im Bereich der Psychotherapieforschung, Prozessforschung in größerem Maße durchzuführen. Der Beweis für den wissenschaftlichen Einfluss Rogers Forschung folgte 1956, als er zusammen mit zwei Kollegen als erster den Wissenschaftspreis ("Distinguished Scientific Contribution Award") der American Psychological Association (APA) zugesprochen bekam. In der heutigen Psychotherapieforschung wird allerdings ein wesentlich größerer Anteil der Studien im Bereich der Outcomeforschung durchgeführt. Da der Prozessforschung in der heutigen Psychotherapieforschung nur noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, betitelte Bänniger-Huber (2004) die Prozessforschung in einer Arbeit als „Stiefkind“ der Psychotherapieforschung. Dies sollte die allgemeine Stellung der Prozessforschung deutlich machen. Hill und Lambert (2004) bestätigen dies und erweitern es noch um den Punkt der Methodik, denn die zum Einsatz kommenden Messinstrumente werden häufig nach ihrer Entwicklung nur einige Male in Untersuchungen eingesetzt. Folglich ist lediglich eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Studien untereinander gegeben.

## 3.2. Stand der Psychotherapieforschung

### 3.2.1. Wirksamkeitsforschung stationärer Psychotherapie

#### 3.2.1.1. Outcome-Untersuchungen im Prä-Post-Design

Junge und Ahrens (1996) beanstanden, dass die stationäre psychosomatische Behandlung im Gegensatz zum ambulanten Setting nur in einer unzureichenden Anzahl von Studien untersucht wurde. Deshalb wurde in den letzten Jahren der Fokus stärker auf Studien, die das stationäre Behandlungssetting untersuchen, gelegt. Dabei haben sich einige Untersuchungen auf Veränderungen konzentriert, die während des therapeutischen Prozesses erreicht wurden (Tab.1), während andere Arbeiten darüber hinaus noch die Nachhaltigkeit stationärer psychosomatischer Behandlung berücksichtigt haben (Tab.2).

**Tabelle 1.** Überblick: Untersuchungen, die in den letzten Jahren im stationären psychosomatischen Bereich durchgeführt wurden

Studie	Psychometrische In-strumente	Effektstärken ((d) = Aufnahme - Behandlungsende)	Therapiedauer (Wochen)
Franz et al. 2000	• SCL-90-R (GSI)	0.84	18.1
	• IIP-C-D	0.54	
Konzag et al. 2000	⌚ SCL-90-R (GSI)	0.50	8.7
	⌚ Gießen-Test	0.11-0.48	
Schauenburg et al. 2001	⌚ SCL-90-R (GSI)	0.71	11.9
Schneider et al. 1999	⌚ SCL-90-R (GSI)	Keine Angaben	12.4 – 16.0
	⌚ IIP-C-D	Keine Angaben	

Effektstärken (d) <0,40 = gering, 0,40 - 0,80 = mittel, >0,80 = groß

Franz et al. (2000) rekrutierten für eine multizentrische Studie, die drei Universitätskliniken umfasste, 495 Patienten. Die in diese Studie einbezogenen Kliniken orientierten sich hauptsächlich am psychodynamischen Konstrukt und integrierten darüber hinaus auch verhaltenstherapeutische Elemente. Dabei zeigte sich zum Behandlungsende im Bereich der symptomatischen Belastung eine durchschnittlich hohe Effektstär-

ke ( $d_{GSI} = 0.84$ ). Im Bereich der interpersonalen Probleme konnten mittlere Effektstärken ( $d_{IIP-C-GES} = 0.54$ ) über den Behandlungsverlauf erzielt werden. Allerdings ergaben sich zwischen den einzelnen Abteilungen große Unterschiede hinsichtlich der symptomatischen ( $d_{GSI} = 0.84, 0.72, 1.11$ ) sowie interpersonalen Veränderungen ( $d_{IIP-C-GES} = 0.37, 0.42, 0.73$ ), die auf die unterschiedliche Therapiedauer sowie Schweregrad der Erkrankung zurückgeführt werden können.

Konzag et al. (2000) teilten die 87 psychodynamisch behandelten Patienten ihrer Studie mithilfe des globalen Evaluierungsbogen (GEB) in drei Gruppen. Die erste Gruppe beinhaltete alle Patienten, die erfolgreiche Veränderungen zeigten ( $N = 34$ ), die zweite alle die, die teilweise erfolgreiche Veränderungen erreichten ( $N = 36$ ), und die dritte die, die keine erfolgreichen Veränderungen ( $N = 17$ ) erzielten. Diese Einteilung spiegelte sich ebenfalls zum Behandlungsende in der Veränderung der symptomatischen Veränderung wieder. Die Gruppe der Patienten, die erfolgreiche ( $d_{GSI} = 0.88$ ) Veränderungen erzielten, zeigte hohe Effektstärken; wohingegen die Patientengruppe, die laut des GEB nur teilweise oder keine erfolgreichen Veränderungen erzielten, lediglich mittlere sowie niedrige Effekte erzielten ( $d_{GSI} = 0.43, 0.07$ ). Das gesamte Sample zeigte zum Behandlungsende im Durchschnitt mittlere Effekte ( $d_{GSI} = 0.50$ ) im Bereich der symptomatischen Belastung. Im Gießen-Test zeigten sich zum Behandlungsende ( $t_2$ ) bis auf die Skala Grundstimmung ( $d = 0.48$ ) lediglich niedrige Effekte ( $d = 0.11 - 0.22$ ).

In die Untersuchung von Schauenburg et al. (2001) wurden 71 Patienten einbezogen. Die Therapie erfolgte nach psychodynamischen Konzepten in einer gruppentherapeutischen Ausrichtung. Dabei wurden Körper-, Gestaltungs- sowie verhaltenstherapeutische Elemente integriert. Zur Beurteilung des Therapieerfolges wurde die klinische Signifikanz (Jacobson, Truax 1991) eingesetzt. Hier konnte ermittelt werden, dass sich 27% bzw. 32% der Patienten über den Therapieverlauf entweder klinisch oder statistisch signifikant verändert haben. Zehn Prozent der Patienten zeigten eine klinische Verschlechterung und 31% zeigten keinerlei signifikante Veränderungen zum Behandlungsende. Insgesamt erreichten die Patienten im Durchschnitt mittlere Effekte ( $d_{GSI} = 0.71$ ) im Bereich der symptomatischen Veränderungen.

Schneider et al. (1999) untersuchten in ihrer multizentrischen Studie 219 Patienten, die aus zwei verschiedenen Kliniken rekrutiert wurden. Die Patienten wurden im gruppentherapeutischen Setting, welches sich an psychodynamischen Konzepten orientierte, behandelt. Die Patienten der beiden Kliniken unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich ihrer initialen interpersonalen Probleme sowie Psychotherapiemotivation. Allerdings wurden statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der symptomatischen Belastung zur Aufnahme ( $t_0$ ) zwischen den beiden Kliniken ermittelt ( $t = 12.20, p < 0.001$ ). Darüber hinaus wiesen die Patienten statistisch signifikante Veränderungen hinsichtlich ihrer symptomatischen Belastung auf. Es wurden jedoch keine Angaben über Effektstärken, Mittelwerte sowie Standardabweichungen des globalen Kennwertes (GSI) sowie des Gesamtrohwerts des IIP-C zum Behandlungsende ( $t_2$ ) gemacht. Aus diesem Grund ist ein Vergleich der Effektstärken mit anderen Studien sowie eine retrospektive Effektstärkenberechnung nicht möglich. Schneider et al. (1999) konnten des Weiteren einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Laienätiologie bzw. Krankheitserleben und symptomatischer Belastung identifizieren.

### **3.2.1.2 Katamnestische Untersuchungen**

Stationäre psychosomatische Therapie und deren Nachhaltigkeit wurde bereits frühzeitig mithilfe von Studien im katamnestischen Design untersucht (Deter et al. 1986). Insbesondere drei Forschungsgruppen lieferten im deutschsprachigen Raum ausführliche Ergebnisse über die Nachhaltigkeit der stationären Behandlung: der Freiburger Arbeitskreis, der Ergebnisse stationärer psychosomatischer Behandlungen der Klinik Umkirch mithilfe von ein-, drei und fünfjährigen Katamnesen vorlegte, die Stuttgarter Forschungsgruppe für Psychotherapie sowie das Katamneseprojekt der psychosomatischen Klinik Heidelberg (Deter et al. 1986, Kordy, Kächele 1996).

In Tabelle 2 ist eine Übersicht katamnestischer Studien der letzten Jahre, die das stationäre psychosomatische Setting untersuchen, aufgeführt.

**Tabelle 2.** Überblick: katamnestische Studien, die in den letzten Jahren im stationären psychosomatischen Bereich durchgeführt wurden [Aufnahme (t0), Behandlungsende (t1) und Katamnese (t2)]

Studie	Psychometrische Instrumente	Messzeitpunkte (t0,t1,t2)	Effektstärken (d)	Therapiedauer (Wochen)
Beutel et al. 2005	☉ SCL-90-R (GSI)	t0-t1	0.86-1.14	11.4-16.8
		t0-t2	0.95-0.63	
	☉ GBB (körperlich)	t0-t1	1.01-0.71	
		t0-t2	0.58-0.38	
Junge, Ahrens 1996	☉ SCL-90-R (GSI)	t0-t1	0.52	9.5
		t0-t2	0.53	
	☉ IIP-C	t0-t1	0.29	
		t0-t2	0.28	
Fliege et al. 2006	☉ GBB	t0-t1	0.64	3.5-7.6
		t0-t2	0.29	
	☉ LZI	t0-t1	0.49	
		t0-t2	0.32	
Mestel et al. 2000	☉ SCL-90-R (GSI)	t0-t1	0.96	10.7
		t0-t2	0.96	
Sack et al. 2003	☉ SCL-90-R (GSI)	t0-t1	1.22	10.3
		t0-t2	1.18	
	☉ GBB	t0-t1	0.98	
		t0-t2	1.10	
Franke et al. 2006	☉ SCL-90-R (GSI)	t0-t1	1.11	7.6
		t0-t2	0.85	
	☉ IIP-C	t0-t1	k.A.	
		t0-t2	k.A.	
Haase et al. 2008	☉ SCL-90-R (GSI)	t0-t1	1.05	8.6
		t0-t2	0.84	
	☉ IIP-C	t0-t1	0.46	
		t0-t2	0.52	

Effektstärken (d) (<0,40 = gering, 0,40 - 0,80 = mittel, >0,80 = groß)

Beutel et al. (2005) untersuchten den Einfluss der Therapieindikation sowie Therapiedauer auf das Behandlungsergebnis sowie die Nachhaltigkeit der Therapie bei einem Sample von 164 Patienten. Dabei erfolgte die Indikation für das jeweilige Therapiemodell anhand der psychischen Störung. Patienten, die an der Kurzzeittherapie teilnah-

men (N= 83), litten vor allem unter Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Krisen nach medizinischen Behandlungen. Der Fokus der Kurzzeittherapie lag vor allem auf dem gruppentherapeutischen Setting. Patienten, die an der Langzeittherapie (N=83) teilnahmen, wurden überwiegend einzeltherapeutisch betreut. Die Indikation für dieses Therapie-Setting waren häufig eine schwere psychosomatische Störung sowie Persönlichkeitsstörungen. Beide Patientengruppen zeigten sowohl im symptomatischen (SCL-90-R) als auch im körperlichen Bereich (GBB) statistisch signifikante Unterschiede über den Therapieverlauf sowie zur Katamnese. Beim Vergleich der beiden unterschiedlichen Therapie-Settings wurde ermittelt, dass die Patienten, die an der Kurzzeittherapie teilnahmen, von der Behandlung stärker profitierten. Sowohl über den Therapieverlauf als auch zur Ein-Jahres-Katamnese konnten im symptomatischen ( $d_{GSI} = 1.14, 0.95$ ) sowie körperlichen Bereich ( $d_{GBB} = 1.01, 0.58$ ) hohe bis mittlere Effektstärken ermittelt werden. Patienten, die an der Langzeittherapie teilnahmen, zeigten lediglich zum Behandlungsende hohe Effekte im symptomatischen Bereich ( $d_{GSI} = 0.85$ ).

Junge und Ahrens (1996) ermittelten bei den 164 stationär psychodynamisch behandelten Patienten ebenfalls eine statistisch signifikante Verbesserung der symptomatischen Belastung (SCL-90-R) sowie der interpersonalen Probleme (IIP-C-D) über den Behandlungsverlauf. Diese Verbesserung konnte ein Jahr nach Behandlungsende als stabil bezeichnet werden. Da die Autoren bei dieser Untersuchung keine Angaben über Effektstärken vornahmen, wurde eine retrospektive Berechnung mithilfe von Mittelwerten sowie Standardabweichungen der jeweiligen Messzeitpunkte vorgenommen. Dabei konnten im symptomatischen Bereich (SCL-90-R) bis zum Behandlungsende sowie in der Ein-Jahres-Katamnese mittlere Effekte ( $d_{GSI} = 0.52, 0.53$ ) ermittelt werden. Im Bereich der interpersonalen Probleme konnten hingegen lediglich niedrige Effekte ( $d_{GSI} = 0.29, 0.28$ ) berechnet werden. Eine Selbsteinschätzung der Veränderung der Beschwerden ein Jahr nach dem Therapieende ergab, dass sich fast drei Viertel der Patienten als gebessert einschätzten.

Die katamnestiche Untersuchung von Fliege et al. (2002), die 712 Patienten einschloss, wurde über einen Zeitraum von neun Jahren erhoben (1989 bis 1998). Dabei wurden Instrumente wie der Berliner-Stimmungsfragebogen (BSF, Hörhold, Klapp 1993), der Giessener-Beschwerdebogen (Brähler, Scheer 1983) sowie das Lebens-

zufriedenheitsinventar (LZI, Muthny 1991) eingesetzt. Die Katamnese wurde durchschnittlich 15 Monate nach Therapieende erhoben. Allerdings können durch den langen Erhebungszeitraum der Studie keine genauen Angaben zur durchschnittlichen Therapiedauer gemacht werden, da sich die Behandlungsdauer von 7,6 Wochen (1989) auf 3,5 Wochen reduzierte. Das Behandlungssetting, welches größtenteils psychodynamisch ausgelegt war, integrierte einzel- und gruppentherapeutische sowie psychotherapeutische Elemente im weiteren Sinne (Musik-, Mal-, Bewegungs- sowie Sporttherapie). In dieser Untersuchung zeigten sich bei den Patienten Verbesserungen hinsichtlich ihrer Beschwerden (GBB), Lebenszufriedenheit (LZI) sowie Stimmung (BSF) statistisch signifikant über den Therapieverlauf. Zum Katamnesemesszeitpunkt nahmen die Beschwerden zwar wieder zu, blieben allerdings noch signifikant unter dem Niveau der Aufnahme. Da die Autoren auch bei dieser Untersuchung keine Angaben über Effektstärken vorgenommen haben, wurde eine retrospektive Berechnung mithilfe der Mittelwerte sowie Standardabweichungen der jeweiligen Messzeitpunkte vorgenommen. Dabei konnten zum Behandlungsende sowohl im Bereich der körperlichen Beschwerden ( $d_{\text{GBB}} = 0.64$ ) als auch im Bereich der Lebenszufriedenheit ( $d_{\text{GSI}} = 0.49$ ) mittlere Effekte berechnet werden. Zum Katamnesemesszeitpunkt äußerte sich die im Mittelwert erkennbare Zunahme der Beschwerden in niedrigen Effekten ( $d_{\text{GBB}} = 0.29$ ,  $d_{\text{LZI}} = 0.32$ ).

Mestel et al. (2000) berichteten in ihrer 800 Patienten umfassende Studie zum Behandlungsende von hohen Effekten hinsichtlich der symptomatischen Belastung ( $d_{\text{GSI}} = 0.96$ ). Zur Ein-Jahres-Katamnese zeigte sich im Gegensatz zu anderen Untersuchungen keine Verschlechterung der symptomatischen Beschwerden. Dies äußerte sich in hohen Effekten zur Katamnese ( $d_{\text{GSI}} = 0.96$ ). In diese Untersuchung wurden ausschließlich depressive Patienten aufgenommen. Die anderen hier aufgeführten Studien bezogen verschiedene psychische Störungen in ihre Untersuchungen mit ein. Dies könnte eine Erklärung für die Stabilität der Behandlungsergebnisse sein. Des Weiteren wurden die hier einbezogenen Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung behandelt.

Sack et al. (2003) bezogen 51 Patienten in ihre Untersuchung ein. Das Behandlungskonzept umfasste konflikt- sowie lösungsorientierte stationäre psychoanalytische Therapie. Die Katamnese wurde durchschnittlich 14,7 Monate nach Behandlungsende durchgeführt. Der Prä-Post-Vergleich zeigte gute Behandlungsergebnisse, die sich im

Vergleich zur Katamnese als stabil erwiesen. Sowohl zum Behandlungsende, als auch zur Katamnese, konnten hinsichtlich der symptomatischen Beschwerden hohe Effekte ( $d_{GSI} = 1.22, 1.18$ ) ermittelt werden.

Die Untersuchungen von Franke et al. (2005) sowie Haase et al. (2008) wurden, wie auch die vorliegende Arbeit, an der psychosomatischen Abteilung des Fachkrankenhauses Jerichow durchgeführt. Eine genauere Beschreibung der psychosomatischen Akutabteilung Jerichow folgt im Ergebnisteil. Allerdings soll bereits hier erwähnt werden, dass es sich hierbei um ein psychodynamisch orientiertes Behandlungssetting handelt, das sowohl einzel- als auch gruppentherapeutische Elemente integriert.

Franke et al. (2005) zogen alle Patienten, die im Jahr 2001 in die stationäre psychosomatische Abteilung aufgenommen und wieder entlassen wurden, in ihre Untersuchung ein. Es wurden insgesamt 139 Patienten, die an verschiedenen psychischen Störungen litten und im Durchschnitt 7,2 Wochen stationär behandelt wurden, einbezogen. Ein Jahr nach Beendigung der stationären Behandlung erfolgte die katamnestische Fragebogenerhebung. Insgesamt 64 Patienten (Rücklaufquote 46%) schickten den Katamnesebogen bearbeitet zurück. Die Nichtbeantwortung konnte zum einen auf das mangelnde Interesse (18.0%) und zum anderen auf das Nichterreichen der Patienten (36.0%) zurückgeführt werden. Aufgrund der Stichprobengröße entschieden sich die Autoren, die statistische Auswertung der Verlaufsdaten der SCL-90-R (Franke, 2002) sowie des IIP-C (Horowitz, 1993) nur in der Gesamtgruppe durchzuführen. Dabei ergab die varianzanalytische Prüfung über den zeitlichen Verlauf, dass sich die Probanden auf allen Subskalen sowie den globalen Kennwerten der SCL-90-R (Franke, 2002) zum Behandlungsende statistisch signifikant verbesserten. Zur Ein-Jahres-Katamnese waren diese Veränderungen leicht rückläufig, können aber als stabil bezeichnet werden, da sie ungefähr das Niveau der Zwischenmessung nach vier Behandlungswochen erreichten. Allerdings konnten sowohl zum Behandlungsende als auch zur Ein-Jahres-Katamnese hohe Effekte im symptomatischen Bereich nachgewiesen werden ( $d_{GSI} = 1.11, 0.85$ ). Im interpersonalen Bereich wurden über den zeitlichen Verlauf ebenfalls statistisch signifikante Veränderungen ermittelt. Die mit Hilfe des IIP-C (Horowitz 1989) ermittelten interpersonalen Veränderungen waren weniger deutlich als im symptomatischen Bereich, veränderten sich allerdings in einzelnen Gebieten über das Therapieende hinaus.

Nach dieser initialen Untersuchung folgte eine weitere Erhebung (Haase et al. 2008), deren Umfang mit 156 Patienten die Ergebnisqualität sicherstellen sollte. Die Diagnoseverteilung nach ICD-10-Forschungskriterien sowie soziodemographische Daten und durchschnittliche Aufenthaltsdauer (8,6 Wochen) entsprachen in etwa der Erhebung von Franke et al. (2005). Die ermittelten Effektstärken (Cohen 1988) im symptomatischen Bereich (SCL-90-R) unterschieden sich nur geringfügig. Es wurden ebenfalls hohe Effekte zum Behandlungsende sowie zur Ein-Jahres-Katamnese ( $d_{GSI} = 1.05, 0.84$ ) erzielt. Im Bereich der interpersonalen Probleme (IIP-C) ergaben sich ebenfalls statistisch signifikante Verbesserungen infolge des Therapieverlaufes. Allerdings waren die Veränderungen hier nicht so deutlich wie im symptomatischen Bereich (SCL-90-R), was sich in mittleren Effekten zum Behandlungsende äußerte ( $d_{IIP-C} = 0.46$ ). Im Gegensatz zur symptomatischen Belastung (SCL-90-R) erfuhren die Patienten allerdings noch über den Behandlungsverlauf eine leichte Verbesserung ihrer interpersonalen Probleme ( $d_{IIP-C} = 0.52$ ).

### **3.2.2.    Diagnosenspezifische Untersuchungen**

Wie das vorherige Kapitel verdeutlicht, ist die generelle Wirksamkeit der stationären psychosomatischen Versorgung bei verschiedenen psychischen Störungen gut dokumentiert (u.a. Beutel et al. 2005, Franke et al. 2006, Franz et al. 2000, Haase et al. 2008, Junge, Ahrens 1996, Sack et al. 2003). Ein ausreichender Teil der Autoren berücksichtigt im Prä-Post- und teilweise auch im Katamnesevergleich Instrumente, die eine Einschätzung der symptomatischen Belastung (z.B. SCL-90-R) oder interpersonale Probleme (z.B. IIP-C) erlauben. Die Ergebnisse der jeweiligen Studien können mithilfe der angegebenen Effektstärken miteinander verglichen werden. Die Datenlage störungsspezifischer Behandlungsergebnisse in der stationären Psychotherapie muss hingegen als ungenügend bezeichnet werden (Leichsenring 2002, Rudolf et al. 2004). Lediglich vereinzelte Studien liefern diesbezüglich Informationen über Patienten mit Essstörungen (u. a. von Wietersheim et al. 2001), sowie Angst- und Schmerzstörungen (Bassler, Hoffmann 1989, Bassler, Hoffmann 1994a). Laut Rudolf et al. (2004) ist der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit eines spezifischen Behandlungsverfahrens im Hinblick auf störungsspezifische Gruppen eminent wichtig. So ist es notwendig, das Therapieergebnis dieser Verfahren , bei verschiedenen Diagnosegruppen zu überprüfen (Rudolf et al. 2004).

### **3.2.3.    Prädiktoren für Therapieerfolg**

Ein zentraler Fokus in der modernen Outcome-Forschung liegt auf der Suche nach Variablen, die ein Vorhersagen von Therapieversagen, Nichtansprechen auf Therapie („nonresponse“) bzw. den Therapieerfolg ermöglichen. Dabei ist es das Hauptziel, Variablen zu identifizieren, um frühzeitig im therapeutischen Prozess entsprechend reagieren zu können (Lambert, Ogles 2004). In diesem Zusammenhang kritisieren unter anderem Mestel et al. (2000) das häufige Fehlen einer Zwischenevaluation, die am besten zu einem Zeitpunkt durchgeführt werden sollte, an dem man noch in den therapeutischen Prozess eingreifen kann. Eine Zwischenmessung (z.B. nach der vierten Woche) sei jedoch organisatorisch aufwendig und würde die Kosten erhöhen (Mestel et al. 2000).

Auf der Suche nach möglichen Variablen, die das Therapieergebnis prognostizieren, vertreten viele Autoren den Standpunkt, dass das Therapieergebnis hauptsächlich auf Patientenvariablen zurückzuführen ist (u. a. Lambert 1992, Lambert, Ogles 2004). Dennoch beschäftigen sich viele Autoren mit Variablen, die nicht nur auf den Patienten selbst zurückzuführen sind.

### **3.2.3.1. Therapeutenvariablen**

In der Vergangenheit wurde dem Therapeuten als mögliche prognostische Variable große Aufmerksamkeit in der Ergebnisforschung geschenkt. In der Übersichtsarbeit von Mohr (1995) konnten Variablen wie etwa fehlendes Einfühlungsvermögen, Bagatellisierung der Problematik des Patienten sowie fehlende Kongruenz hinsichtlich des geplanten Therapieprozesses als signifikant prognostische Faktoren für ein negatives Therapieergebnis identifiziert werden. Des Weiteren konnten Svartberg et al. (1991) einen signifikanten Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Ähnlichkeiten der Patienten und Therapeuten hinsichtlich ihrer Wertvorstellungen sowie beruflichen Stellung identifizieren. In diesem Zusammenhang scheint auch die Qualität des jeweiligen Therapeuten einen größeren Einfluss auf das Therapieergebnis als die gewählte Therapiemethode zu haben (Crits-Christoph et al. 1991, Luborsky et al. 1986). Es muss sich hierbei jedoch nicht um ein unveränderbares Merkmal handeln. Vielmehr scheint es um die Erfahrung des einzelnen Therapeuten zu gehen. Einige Autoren untersuchten ganz spezifisch den Zusammenhang zwischen Alter und der damit verbundenen Erfahrung des Therapeuten und dem Therapieergebnis (u.a. Greenspan, Kulish 1985). Allerdings konnten in diesen Untersuchungen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Alter und Therapieerfolg ermittelt werden.

In der Vergangenheit wurden außerdem einige Untersuchungen über den Einfluss des Geschlechts des Therapeuten und den Therapieerfolg unternommen. Es konnten auch hier keine stabilen sowie replizierbaren Ergebnisse ermittelt werden (Atkinson, Schein 1986). Dennoch ließen sich Tendenzen erkennen, dass Patientinnen, die von einer Therapeutin behandelt wurden, im symptomatischen Bereich besser profitierten.

Einen aktuellen Überblick über den Stand der Forschung zu präsentieren, gestaltet sich sehr schwierig, da in der derzeitigen Ergebnisforschung dem Therapeuten als möglicher prognostischer Faktor kaum noch Interesse geschenkt wird (Beutler et al. 2004).

### **3.2.3.2. Therapeut-Patient-Beziehung**

Es gilt als nachgewiesen, dass die Qualität der Therapeut-Patient-Beziehung einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat (Beutler et al. 2004). Speziell eine positive Beziehungsentwicklung während der ersten Behandlungsstunden, stellt ein gutes Vorhersagemerkmal für den Erfolg von Psychotherapie dar. Allerdings fehlen bislang empirische Untersuchungen, die die therapeutische Allianz als konsistentes Vorhersagemerkmal für das Behandlungsergebnis bei stationärer tiefenpsychologischer Psychotherapie nachweisen (Bassler et al. 1995). Generell gilt allerdings, dass die Therapeut-Patient-Beziehung die wichtigste therapieschulen- übergreifende prognostische Variable für den Therapieerfolg ist. Diese Variable unterliegt in ihrer Vorhersagegenauigkeit zwar bei verschiedenen Untersuchungen starken Schwankungen, kann allerdings als generell treffsicher bezeichnet werden (Beutel et al. 2005b, Beutler et al. 2004, Grawe et al. 1994, Mehnert et al. 2007).

So zeigen sich unter Anderem signifikante Zusammenhänge zwischen Beziehungs- und Erfolgszufriedenheit bei Patienten und Therapeuten (Mehnert et al. 2007). In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass ein unabhängiger und sicherer Bindungsstil des Therapeuten zur Symptomreduktion und damit zum Therapieerfolg beiträgt (Mehnert et al. 2007). Die Stärke des Zusammenhangs zwischen therapeutischer Allianz und Therapieerfolg hängt scheinbar auch sehr vom Beobachter ab. So zeigen sich die Zusammenhänge deutlich klarer, wenn die Beurteilung der therapeutischen Allianz von einem externen, nicht in den Prozess einbezogenen Rater oder vom Patienten selbst eingeschätzt wird. Bei der Einschätzung des Therapieerfolgs schien es jedoch keine Rolle zu spielen, ob diese durch den Patienten, Therapeuten oder einen externen Rater vorgenommen wurde (Beutler et al. 2004). Es konnten teilweise sogar negative Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und Einschätzung der therapeutischen Allianz durch den Therapeuten identifiziert werden (Beutler et al. 2004).

### **3.2.3.3. Patientenvariablen**

Die Ergebnisse zum prognostischen Einfluss der Patientenvariablen sind sehr inkonsistent und häufig nur schwer replizierbar (Clarkin, Levy 2004). So ist beispielsweise eine Psychodiagnose als Vorhersagevariable, aufgrund der Heterogenität ihres Erschei-

nungsbildes, eher ungeeignet. Somit können Patienten, trotz einer gleichen Psychodiagnose sehr unterschiedliche Ausprägungen in ihrer subjektiv wahrgenommenen Symptomatik sowie Beziehungsstörungen haben (Clarkin, Levy 2004). Patienten mit einer schweren Symptomatik können unter Umständen sogar besser von der Therapie profitieren (Mohr 1995). Rudolf et al. (2004) berichteten in ihrer Untersuchung, die 312 Patienten mit ganz unterschiedlichen Diagnosen einschloss, dass Patienten mit einer Ess- oder Somatoformen Störung am wenigsten von der Therapie profitieren konnten. Fliege et al. (2002) stellten ebenfalls fest, dass Patienten mit einer somatoformen Symptomatik schlechtere Therapieergebnisse erzielten. Des Weiteren wurde das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung als möglicher prognostischer Faktor für ein negatives Therapieergebnis identifiziert (u.a. Clarkin, Levy 2004). Darüber hinaus gilt es als gesichert, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörung während der Therapie häufig Schwierigkeiten mit der Compliance zeigen (u. a. Stevenson, Meares 1992). Allerdings gibt es sehr große Unterschiede in der Nosologie einer Persönlichkeitsstörung. So gibt es beispielsweise starke Unterschiede in der Ausprägung der Symptomatik bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, was die Interpretation von Studien zusätzlich erschwert (Dammann et al. 2000).

#### **3.2.3.4. Psychotherapiemotivation**

Unter Psychotherapiemotivation versteht man die Intensität des Wunsches ,eine therapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Allerdings ist nicht der alleinige Wunsch nach einer Behandlung ausreichend, vielmehr ist das Streben ,sich selbst besser verstehen zu wollen, ausschlaggebend (von Rad, Senf 1986).

Der subjektive Leidensdruck des Patienten stellt dabei im Konstrukt der Therapiemotivation einen der wichtigsten Faktoren dar (Künzel 1979). Der Leidensdruck fördert das Engagement des Patienten, sich auf die Therapie einzulassen. So gehen einige Autoren davon aus, dass ohne entsprechenden Leidensdruck kein ausreichendes Maß an Therapiemotivation gegeben ist und der Patient damit nicht therapiefähig ist (u. A. Künzel 1979). Weitere Indikatoren für eine geringe Behandlungsmotivation können eine geringe psychische Belastung, niedrige Offenheit zur Therapie und zum Therapeuten, geringer Optimismus für einen Therapieerfolg, mangelnde Fähigkeit ,Therapieziele be-

nennen zu können, Attribuierung auf körperliche Ursachen sowie eine niedrige Verhaltensänderungsabsicht sein.

Es konnte in unterschiedlichen Untersuchungen ein Zusammenhang zwischen Therapieabbruch und initialer Psychotherapiemotivation gefunden werden (u.a. Bückner et al. 2001, Donaubaueer et al. 2001, Garfield 1994, Fliege et al. 2002). Aus diesem Grund räumten Brücker et al. (2001) der Diagnostik von initialer Therapiemotivation einen hohen Stellenwert ein, da, wie bereits erwähnt, eine geringe initiale Motivation ein starker Prädiktor für einen vorzeitigen Therapieabbruch ist. So können nach einer frühzeitigen Diagnostik der Motivation gegebenenfalls motivationsfördernde Maßnahmen ergriffen werden (Fliege et al. 2002).

Des Weiteren untersuchten einige Autoren den Einfluss der Psychotherapiemotivation auf das Behandlungsergebnis. Die Auffassung, dass ein motivierter Patient mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von der Behandlung profitiert, konnte durch empirische Untersuchungen gestützt werden (Riedel 1990, Schneider et al. 1999, Schumacher 2001). Dabei wurde im Zuge dieser Untersuchungen festgestellt, dass eine deutlich ausgeprägte Offenheit der Psychotherapie gegenüber eine besonders förderliche Wirkung auf den Therapieerfolg hat (Schneider et al. 1999).

### **3.2.3.5. Interpersonale Probleme und Objektbeziehungen**

Frühe psychoanalytische Konzepte gehen davon aus, dass sich eine gestörte Bindung zwischen einem Kind und den Hauptbezugspersonen, negativ auf die Entwicklung der Persönlichkeit auswirken kann (Mosheim et al. 2000). Diese Theorie der dysfunktionalen Beziehungsmuster (Objektbeziehungen) sowie interpersonaler Probleme, fanden Einzug in die aktuelle Psychotherapieforschung. Dabei wurde ermittelt, dass interpersonale Probleme bzw. dysfunktionale Objektbeziehungen vielversprechende Prädiktoren für den Therapieerfolg sind. Horowitz et al. (1993) konnten Zusammenhänge zwischen dysfunktionalen Interaktionsmustern und spezifischen Bindungsstilen feststellen. Personen, die über eine abweisende Bindungsqualität verfügten, zeigten vermehrt Probleme im Bereich der Feindseligkeit. Allerdings erreichten diese Patienten ein durchschnittlich besseres Therapieergebnis als Personen mit einem ambivalenten Bindungsstil. Es wird in einigen Untersuchungen berichtet, dass Patienten, die unter starken interpersonalen Problemen sowie dysfunktionalen Objektbezie-

hungen leiden, nur in geringem Maße von der Therapie profitieren können (Haase et al. 2008, Joyce, Piper 1998, Mohr 1995).

Nachfolgend werden Studien vorgestellt, die interpersonale Probleme oder Objektbeziehungen im Hinblick auf ihren prognostischen Einfluss auf den Therapieprozess untersuchen.

Assmann (2006) untersuchte eine Gruppe (N=135) teilstationär gruppentherapeutisch behandelter Patienten. Zu Beginn der Therapie wurde der prognostische Einfluss interpersonaler Problematik auf das Therapieergebnis untersucht. Dabei ermittelten die Autoren, dass das Ausmaß der initialen interpersonalen Probleme einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat. Allerdings bleibt das Ausmaß der prognostischen Bedeutung offen und soll in weiteren kontrollierten Studien untersucht werden.

Joyce und Piper (1998) untersuchten den Zusammenhang von Objektbeziehungen und dem Therapieerfolg bei individuell kurzzeittherapeutisch behandelten Patienten. Dabei konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der Qualität der Objektbeziehungen und dem Therapieerfolg ermittelt werden.

Mohr (1995) beschäftigte sich in seiner Arbeit mit den Ursachen von Therapiemisserfolgen. Dabei konnte er feststellen, dass der Schweregrad interpersonaler Probleme ein möglicher prognostischer Faktor für den Therapieerfolg ist. Mohr (1995) zufolge ist der Therapieerfolg für Patienten mit schweren interpersonalen Problemen sowie einer geringen Behandlungsmotivation als negativ einzuschätzen.

Mosheim und Kollegen (2000) untersuchten bei Patienten mit verschiedenen psychosomatischen Störungen, inwieweit der Erfolg der stationären psychotherapeutischen Behandlung mithilfe von interpersonalen Problemen vorausgesagt werden kann. Darüber hinaus wurde in dieser Studie der prognostische Einfluss der Bindungsqualität auf das Therapieergebnis untersucht. Mosheim et al. (2000) fanden in ihrer Untersuchung lediglich einen geringen prognostischen Einfluss interpersonaler Probleme sowie der Bindungsqualität auf den Therapieerfolg. Als eine Ursache für dieses Ergebnis geben die Autoren den geringen Stichprobenumfang (N=62) an. Aus diesem Grund ermutigen die Autoren, weitere Untersuchungen mit einem größeren Patienten-Sample durchzuführen.

Diese Auswahl an Untersuchungen beschäftigt sich mit dem prognostischen Einfluss interpersonaler Probleme sowie Objektbeziehungen auf das Therapieergebnis. Dabei wird deutlich, dass für verschiedene Formen der Therapie starke interpersonale Probleme sowie dysfunktionale Objektbeziehungen als negative Prädiktoren für den Erfolg einer Therapie identifiziert werden konnten (Assmann 2006, Horowitz et al. 1993, Joyce, Piper 1998, Mohr 1995). Allerdings sollten Studien im Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung, die zum jetzigen Zeitpunkt in unzureichender Anzahl und Aussagekraft vorhanden sind, folgen (Mosheim et al. 2000).

#### **3.2.4. Zusammenfassende Bewertung**

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass die allgemeine Wirksamkeit einer stationären psychosomatischen Behandlung als gesichert angesehen werden kann. Dies ist vor allem auf die in den letzten Jahren im katamnestischen sowie multizentrischen Design durchgeführten Studien zurückzuführen (u. A. Beutel et al. 2005, Junge, Ahrens 1996, Fliege et al. 2002, Franz et al. 2000, Haase et al. 2008, Mestel et al. 2000, Schneider et al. 1999). Allerdings sind Studien, die Behandlungsergebnisse von störungsspezifisch zusammengesetzten Patientengruppen untersuchen, bislang nur in ungenügendem Umfang vorhanden (Rudolf et al. 2004).

Auf der Suche nach möglichen Prädiktoren für den Therapieerfolg, werden in der Literatur neben den Patientenvariablen, auch die therapeutische Allianz sowie Therapeutenvariablen als mögliche Vorhersagefaktoren untersucht. Dabei wird dem Therapeuten als möglichem prognostischen Faktor in der aktuellen Forschung kaum noch Interesse geschenkt (Beutler et al. 2004). Dem Einfluss der therapeutischen Allianz wurde hingegen größeres Interesse gewidmet (Beutel et al. 2005b, Beutler et al. 2004, Mehnert et al. 2007). Eine hohe Zufriedenheit bezüglich der therapeutischen Allianz kann allgemein als guter prognostischer Faktor für einen Therapieerfolg stehen. Außerdem werden in der Literatur vor allem Patientenvariablen als mögliche Prädiktoren für den Therapieerfolg diskutiert. Hinsichtlich der initialen Behandlungsmotivation liegen empirisch gestützte Ergebnisse vor, wonach ein motivierter Patient mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von der Behandlung profitieren kann (Riedel 1990, Schneider et al. 1999, Schumacher 2001). Im Hinblick auf Symptomschwere sowie Diagnose liegen keine einheitlichen Ergebnisse vor. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Patienten mit einer komorbiden somatischen Diagnose oder Persönlichkeitsstörung ,sehr wahrscheinlich nicht oder nur in

geringem Maße von der Behandlung profitieren. Des Weiteren gelten Probleme hinsichtlich der interpersonalen Beziehungen sowie dysfunktionaler Objektbeziehungen als Prädiktoren für ein negatives Therapieergebnis. Allerdings wurden bis zum jetzigen Zeitpunkt keine zufriedenstellenden empirischen Untersuchungen im Bereich der stationären psychosomatischen Versorgung durchgeführt (Mosheim et al. 2000).

#### **4. Fragestellungen und Hypothesen**

Die vorliegende Arbeit untersucht die Effekte stationärer psychodynamischer Psychotherapie. Dabei werden unter bestimmten Teilaspekten die symptomatischen sowie interpersonalen Veränderungen über den Behandlungsverlauf bis zur Ein-Jahres-Katamnese eingehend betrachtet.

##### **1. Welche Effekte lassen sich bei stationärer psychodynamischer Psychotherapie ermitteln?**

Ausgehend von den bisherigen Ergebnissen der Outcome-Forschung im Bereich der stationären tiefenpsychologischen Psychotherapie sowie den nachgewiesenen Erfolgen der Arbeitsgruppe Magdeburg-Jerichow-Stendal, ist diese Behandlungsform mittel- sowie langfristig wirksam. Die zeigt sich in folgenden Punkten:

- Die symptomatische Belastung (gemessen mit der SCL-90-R) reduziert sich bereits nach vier Wochen.
- Das Ausmaß der symptomatischen Belastung (gemessen mit der SCL-90-R) reduziert sich bis zum Behandlungsende weiter.
- Die symptomatische Belastung (gemessen mit der SCL-90-R) bleibt zwischen Behandlungsende und Ein-Jahres-Katamnese stabil.
- Das Ausmaß interpersonaler Probleme (gemessen mit dem IIP-C) reduziert sich während der ersten vier Wochen der Behandlung nur geringfügig.
- Die interpersonalen Probleme (gemessen mit dem IIP-C) reduzieren sich zwischen dem Messzeitpunkt vier Wochen nach Therapiebeginn und dem Behandlungsende deutlicher, als während der ersten vier Wochen Behandlung.
- Die interpersonalen Probleme (gemessen mit dem IIP-C) zwischen dem Behandlungsende und der Ein-Jahres-Katamnese können als insgesamt stabil bezeichnet werden und reduzieren sich in einigen Bereichen sogar noch über das Behandlungsende hinaus.

2. **Welche Effekte lassen sich bei den unterschiedlichen Diagnosegruppen ermitteln?**

Wie bereits erwähnt, kann die Datenlage störungsspezifischer Behandlungsergebnisse in der stationären Psychotherapie als ungenügend bezeichnet werden. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass die Patientengruppen aufgrund der verschiedenen stark ausgeprägten symptomatischen sowie interpersonalen Belastung, in unterschiedlichem Maße von der Therapie profitieren:

- Das Ausmaß der Veränderung der symptomatischen Belastung (gemessen mit der SCL-90-R) unterscheidet sich über den Behandlungsverlauf bis zur Ein-Jahres-Katamnese zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen statistisch signifikant.
- Die Veränderungen der interpersonalen Probleme (gemessen mit dem IIP-C) unterscheiden sich über den Behandlungsverlauf bis zur Ein-Jahres-Katamnese zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen statistisch signifikant.

3. **Welchen Einfluss haben interpersonale Probleme auf das Therapieergebnis sowie auf die Nachhaltigkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie?**

Ausgehend von den bereits aufgeführten Ergebnissen einiger Forschungsgruppen wird erwartet, dass maladaptive interpersonale Beziehungen sowie Probleme sich negativ auf den Therapieerfolg auswirken:

- Patienten, die sich während der ersten vier Wochen der stationären Behandlung im interpersonalen Bereich klinisch auffällig verschlechtern oder bereits zum Behandlungsbeginn interpersonal klinisch auffällig sind oder sich während der ersten vier Wochen nicht signifikant verbessern, profitieren mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht von der Behandlung.
- Patienten, die sich während der Therapie im interpersonalen Bereich verschlechtern oder vom Beginn der Therapie an im interpersonal auffälligen Bereich sind, können nicht nachhaltig von der Therapie profitieren.

4. **Welchen Einfluss hat eine dysfunktionale Persönlichkeitsstruktur auf das Therapieergebnis sowie auf die Nachhaltigkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie?**

Auf der Grundlage der bereits durchgeführten Untersuchungen wird davon ausgegangen, dass eine komorbid auftretende Persönlichkeitsstörung einen negativen Einfluss auf das Therapieergebnis hat:

- Patienten, bei denen neben einer Störung auf der Symptomebene eine Störung der Persönlichkeitsstruktur ermittelt wurde, profitieren mit hoher Wahrscheinlichkeit in geringerem Ausmaß von der psychodynamischen Behandlung.

## **5.5. Methodik und Auswertung**

### **5.1. Behandlungssetting**

#### **5.1.1. Beschreibung der Abteilung**

Die in dieser Arbeit evaluierten Patienten wurden in der Akutabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Fachkrankenhauses Jerichow behandelt. Das Einzugsgebiet des Fachkrankenhauses Jerichow, in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt (AWO), besteht aus dem Landkreis Jerichower Land sowie dem ostelbischen Teil des Landkreises Stendal. In der psychosomatischen Abteilung werden hauptsächlich Patienten stationär behandelt, die unter affektiven Störungen (z.B. Depressionen), Belastungsstörungen (z.B. Angststörungen, Phobien oder Anpassungsstörungen), somatoformen Störungen (z.B. Somatisierungsstörung oder somatoforme Schmerzstörungen), Essstörungen (z.B. Bulimia nervosa, Anorexia nervosa) sowie Persönlichkeitsstörungen leiden. Patienten mit schädlichem Alkohol- oder Drogengebrauch bzw. einer Abhängigkeit, können beim Vorliegen psychosomatischer oder neurotischer Erkrankungen stationär betreut werden, wenn zum Behandlungsbeginn eine sichere Abstinenz besteht. Patienten mit Krankheitsbildern wie akuten psychotischen Störungen, Schizophrenie, schizotypen Störungen, wahnhaften Störungen oder mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, werden in anderen Abteilungen des Fachkrankenhauses Jerichow (Psychiatrische- oder Suchtabteilung) behandelt. Die Abteilung umfasst dreißig stationäre Behandlungsplätze.

#### **5.1.2. Therapeutisches Team**

Zum therapeutischen Team gehören drei Ärzte (davon ein Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine Fachärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in fortgeschrittener Weiterbildung zum Zweitfacharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), drei Diplom-Psychologen, darunter eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin und zwei Psychologinnen in Weiterbildung.

Die therapeutische Ausrichtung ist vorwiegend tiefenpsychologisch fundiert, mit Einbeziehung verhaltenstherapeutischer und systemischer Elemente. Die Ärzte und Psychologen behandeln jeweils einzel- und gruppenpsychotherapeutisch. Die Therapiegruppen werden mit Leitung und Co-Leitung durchgeführt.

Somit liegt ein Therapeutenschlüssel von fünf bei Vollauslastung der Abteilung vor (d.h. auf fünf Patienten kommt ein Therapeut). Der durchschnittliche Therapeutenschlüssel in tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Abteilungen liegt nach Lachauer, Neun und Dahlmann (1992) bei 6,7.

Zusätzliche nicht im pflegerischen Bereich tätige Mitarbeiter sind Bewegungstherapeuten, Kunsttherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Sporttherapeuten sowie Sozialarbeiter.

### **5.1.3. Psychotherapeutische Behandlung**

Je nach Indikation wird ein- bis zweimal pro Woche tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie von approbierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt. Im Durchschnitt nimmt jeder Patient 22 Stunden therapeutische Interventionen in Anspruch, wobei die Einzeltherapie durch Gruppentherapie, kommunikative Bewegungstherapie, regulative und aktive Musiktherapie, Körperwahrnehmung und Bewegungsimprovisation, Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Sporttherapie, Ergotherapie und Physikalische Therapie ergänzt werden. Die Ziele und Erwartungen des Patienten an die Therapie und der daraus resultierende Therapieplan werden nach der Eingangsuntersuchung mit dem Therapeuten besprochen.

## **5.2. Ergebnisforschung in der psychosomatischen Akutabteilung**

Wie bereits erwähnt (Kap. 3.2.1.2), sind erste Untersuchungen, die in der psychosomatischen Abteilung des Fachkrankenhauses Jerichow durchgeführt wurden, aus einer Kooperation der Abteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, des Studiengangs

Rehabilitationspsychologie der Hochschule Magdeburg-Stendal sowie der psychosomatischen Abteilung des Fachkrankenhauses Jerichow entstanden.

In der Untersuchung von Franke et al. (2005) stand die Veränderung der symptomatischen Belastung über den zeitlichen Verlauf der Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit. Haase et al. (2008) strebten mit Hilfe einer größeren Stichprobe (N=156) eine Replizierung der gewonnenen Ergebnisse an und legten zusätzlich einen Fokus auf das „Dose-Effect-Relationship-Modell“ von Howard et al. (1986) und versuchten dieses Modell auf die stationäre Psychotherapie zu übertragen.

Körner (2006) untersuchte, ob zwischen Patienten mit verschiedenen Diagnosen, Unterschiede im Behandlungsverlauf zu ermitteln waren. Dabei wurden Patienten, die in die psychosomatische Abteilung aufgenommen wurden sowie an einer somatoformen, Angst- oder einer depressiven Störung litten, einbezogen.

Für diese Untersuchungen wurden jeweils die soziodemographischen, krankheits- sowie therapielevanten Daten mit Hilfe der Psy-Ba-Do (Heuft, Senf 1998), die symptomatischen Beschwerden mithilfe der Symptom-Checkliste (SCL-90-R, Franke 2002) sowie die interpersonalen Probleme mithilfe des Inventars Interpersonaler Probleme (IIP-C, Horowitz 1993) über den Therapieverlauf bis zu einer Ein-Jahres-Katamnese erhoben.

Die Datenerhebung erfolgte zu vier Messzeitpunkten: zur Aufnahme (t0), vier Wochen nach Beginn der Therapie (t1), zum Behandlungsende (t2) sowie zur Ein-Jahres-Katamnese (t3). Im folgenden Teil wird etwas ausführlicher auf die bisherigen Untersuchungen, die in der psychosomatischen Abteilung des Fachkrankenhauses Jerichow durchgeführt wurden, eingegangen.

### **5.3. Studiendesign**

In die Untersuchung wurden alle Patienten einbezogen, die vom ersten Quartal 2002 bis zum vierten Quartal 2005 in der Akutabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des AWO Fachkrankenhauses Jerichow aufgenommen wurden und eine Behandlungsdauer von mindestens neun Tagen aufwiesen. Die Mindestaufenthaltsdauer von neun Tagen wurde festgelegt, um Therapie-Frühabbrecher auszuschließen. Insgesamt wurden 537 Patientinnen und Patienten über den angegebenen Zeitraum behandelt. Allerdings wurden in die Untersuchungsstichprobe lediglich die Patienten

einbezogen, bei denen eine vollständige Basisdokumentation von Aufnahme (t0), vier Wochen später (t1), Behandlungsende (t2) sowie Katamnese (t3) vorlag. Die standardisierten Katamnesefragebögen wurden den behandelten Patienten zwölf Monate nach Behandlungsende postalisch zugestellt. Die Katamnese wurde erhoben, da neben den direkten Effekten zum Therapieende auch die Langzeiteffekte der Psychotherapie untersucht werden sollten. Nach Rüger und Senf (1994) sind Katamnesen so eminent wichtig, da sich stabile Therapieerfolge erst nach einem längeren Zeitraum ermitteln lassen. Allerdings belief sich die Rücklaufquote dieser Stichprobe lediglich auf 257 (47.8%). Diese ungewöhnlich hohe Anzahl (Rudolf et al. 2004, Schulz 1999) an Patienten, die den Katamnesefragebogen nicht beantworteten (drop-outs), wurde bereits in den initialen Untersuchungen (Franke et al., 2006, Haase et al. 2008) festgestellt und lässt sich wohl auf die Art der Erhebung der Katamnese zurückfügen. Bei der hier vorliegenden Untersuchung erfolgte die Datenerhebung postalisch, wohingegen in anderen Untersuchungen die Katamneseerhebung in der Klinik durchgeführt wurde (u. A. Beutel et al. 2005, Sack et al. 2003). Nach Rüger und Senf (1994) ist ein persönlicher Katamnesetermin notwendig, um eine hohe Rücklaufquote zu gewährleisten. Allerdings entschieden sich die Versuchsleiter dieser Untersuchung ganz bewusst für diese Art der Evaluation, da es sich bei der postalischen Erhebung um eine für den Patienten angenehmere Art der Datenerhebung handelt sowie zeitlich einen wesentlich geringeren Aufwand bedeutet. Die endgültige Anzahl dieser Untersuchungsstichprobe beläuft sich auf 237 (44,1%), da von einigen Patienten die Standarddokumentation nur unvollständig vorliegt.

**Tabelle 3.** Vollständigkeit sowie Rücklaufquote der Untersuchungsstichprobe zu den verschiedenen Messzeitpunkten

	Gesamt	Aufnahme - Behandlungsende	Ein-Jahres-Katamnese	Untersuchungsstichprobe (t0-t3)
Anzahl	537	428	257	237
Prozent	100%	79,7%	47,8%	44,1%

## 5.4. Stichprobenbeschreibung

### 5.4.1 Soziodemographische Daten

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer der Untersuchungsstichprobe (N= 237) lag bei 41,7 Jahren (SD = 10,3, Range 18-66 Jahre) (Anhang 11.1. Tab.1). Die Teilnehmer waren zu 69,6% Frauen und zu 30,4% Männer. Die meisten Patienten (43,0%) waren bei Aufnahme verheiratet, 30,5% waren ledig, 12,3% waren geschieden und 4,2% waren verwitwet. Ein Drittel (33,3%) der Probanden hatten zum Aufnahmezeitpunkt keine Kinder, 29,1% hatten ein Kind, 22,8% zwei Kinder und 14,8% der Probanden hatten drei oder mehr Kinder. In Bezug auf die Schulbildung hatten 36,7% der Probanden als höchsten Schulabschluss einen Realschulabschluss, 29,1% das Abitur oder einen Studienabschluss, 24,1% einen Hauptschulabschluss. Die meisten Patienten hatten in Bezug auf den höchsten Berufsabschluss eine Lehre (54,9%) oder einen Studienabschluss (20,7%). Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 8,6 Wochen (SD = 3,7). Die soziodemographischen Daten der Untersuchungsstichprobe wurden mithilfe eines t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. einem Chi<sup>2</sup>-Test auf Unterschiede zur Drop-Out-Gruppe getestet. Dieser Vergleich ergab, dass sich die beiden Patientengruppen in Bezug auf das Alter zur Aufnahme (F=1,03, p< 0,023) sowie ihren Schulabschluss (F=3,01, p< 0,012) statistisch signifikant unterschieden. Die Patienten der Untersuchungsgruppe waren mit durchschnittlich 41,7 Jahren älter als die Patienten der Drop-Out-Gruppe (40,3 Jahre). Des Weiteren verfügte die Drop-Out-Gruppe mit 42,3% über eine im Durchschnitt höhere Anzahl von Realschulabsolventen und mit 23,8% über eine niedrigere Anzahl an Abiturienten oder Hochschulabsolventen.

#### 5.4.2. Diagnoseverteilung

Die Psychodiagnosen wurden bei allen Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme mithilfe eines anamnestischen Interviews anhand der ICD-10-Forschungskriterien (WHO, 1993) erstellt. In dieser Untersuchung wurde, wie bereits in den initialen Untersuchungen dieser Arbeitsgruppe von Franke et al. (2005), Haase et al. (2008) sowie ähnlich der Studie von Rudolf et al. (2004), eine Trennung der symptomatischen Beeinträchtigung und der Persönlichkeitsstruktur nach dem psychodynamischen Postulat vorgenommen. Dies bedeutet, dass alle Patienten unabhängig davon, ob diese an einer Persönlichkeitsstörung leiden oder nicht, auf eine symptomatische Beeinträchtigung untersucht wurden. Bei dieser Art der Diagnosestellung orientierten sich die Untersucher am multiaxialen System des DSM-IV, bei dem auf den Achsen I und II zwischen Symptomatologie und Persönlichkeitsstruktur unterschieden wird.

Auf der Symptomebene lassen sich drei große Diagnosegruppen identifizieren, wobei die Angststörungen mit 37,1% die größte Gruppe darstellen und die affektiven Störungen (29,5%) sowie somatoformen Störungen (27,4%) je fast ein Drittel der Stichprobe ausmachen. Diese großen Diagnosegruppen lassen sich jeweils in zwei Gruppen unterteilen. Die Angststörungen lassen sich unterteilen in die Gruppe der phobischen Störungen, Panikstörungen sowie generalisierten Angststörungen (21,9%) und in die Gruppe der Anpassungsstörungen sowie Belastungsstörungen (15,2%). Die Patienten, die an einer depressiven Störung leiden, können nach der Schwere der Symptomatik unterteilt werden, wobei die eine Gruppe die Patienten beinhaltet, die an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Erkrankung leiden, und die andere Gruppe die Patienten mit einer schweren depressiven Erkrankung. Die somatoformen Störungen werden ebenfalls in zwei Gruppen unterteilt. Eine Gruppe beinhaltet die Patienten, die an einer Somatisierungsstörung leiden, und die andere Gruppe Patienten, die an sonstigen somatoformen Störungen leiden. Zusammen mit der Gruppe der Patienten, die unter einer Essstörung leiden (5,9%), konnten insgesamt sieben Diagnosegruppen identifiziert werden (Tab.4) (Anhang 11.1. Tab. 2).

Eine ähnliche Einteilung in Diagnosegruppen nahmen Becker et al. (2002) in ihrer Untersuchung vor. Allerdings unterschied diese Arbeitsgruppe lediglich sechs Diagnosegruppen, wobei die Gruppe der somatoformen Störungen bei der Untersuchung von Becker et al. (2002) jene Patienten beinhaltete, die an einer somatoformen Schmerzstörung litten. In der psychosomatischen Akutabteilung des AWO Fachkrankenhauses Je-

richow hingegen wird ein größeres Spektrum an somatoformen Störungen behandelt, so dass in der vorliegenden Untersuchung die Gruppe der somatoformen Störungen, in die der Somatisierungsstörungen sowie der sonstigen somatoformen Störungen unterteilt werden konnte.

**Tabelle 4.** Diagnosespezifische Gruppierung der Patienten

Diagnose- gruppe	Signierung	Inhalt	N	Prozente
	<b>F30 - F39</b>	<b>Depressive Störungen</b>	<b>70</b>	<b>29.5%</b>
1.	F30.0 – F32.1	leichte bis mittelgradige depressive Störungen	43	18.1%
2.	F32.2 – F34.1	schwere depressive Störungen	27	11.4%
	<b>F40 - F44.4</b>	<b>Angststörungen</b>	<b>88</b>	<b>37.1%</b>
3.	F40.0 – F42.1	Phobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung, gemischte Angststörung,	52	21.9%
4.	F43.0 – F44.4	akute Belastungsstörungen, PTSD, Anpassungsstörungen	36	15.2%
	<b>F45.0 – F49</b>	<b>Somatoforme Störungen</b>	<b>65</b>	<b>27.4%</b>
5.	F45.0	Somatisierungsstörung	38	16.0%
6.	F45.1 – F49	genauer bezeichnete somatoforme Störungen	27	11.4%
7.	<b>F50 – F51</b>	<b>Essstörungen</b>	<b>14</b>	<b>5.9%</b>
		<b>Gesamt</b>	<b>237</b>	<b>100.0%</b>

Neben einer symptomatischen Diagnose wurde bei 65 Patienten (27,13%) komorbid auftretend eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Anhang 11.1. Tab. 3,4).

## 5.5. Messinstrumente

Die Patienten der psychosomatischen Akutabteilung wurden bei Aufnahme (t0), vier Wochen später (t1), zum Behandlungsende (t2) sowie zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) gebeten, eine Zusammenstellung unterschiedlicher standardisierter Selbsteinschätzungsbögen auszufüllen.

Die symptomatische Belastung wurde mit der Symptom-Checkliste (SCL-90-R), (Anhang 11.2.) von Derogatis (1977, deutsch: Franke 2002) erhoben. Interpersonale Probleme und Schwierigkeiten wurden mit der Kurzversion des Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C) von Horowitz et al. (2000) erfragt (Anhang 11.3.).

Zusätzlich beantworteten die Patienten Fragen der PsyBado (Heuft, Senf 1998) sowie einigen selbst entwickelten Instrumenten (Tab.5) zu soziodemographischen Variablen und zur Vorbehandlung sowie den Stationserfahrungsbogen (SEB) von Schauenburg und Sammet (1999). Der SEB erfasst die Veränderung des Erlebens therapierelevanter Aspekte während der stationären psychotherapeutischen Behandlung. Die Selbsteinschätzung der Patienten auf ihre Selbstwirksamkeit, ihre Beziehung zum therapeutischen Team und zum Therapeuten, zum Gruppenklima, zur Zuwendung durch Mitpatienten sowie der Angemessenheit der Behandlungsintensität, wird durch insgesamt 38 Items erfasst.

Die stationären Therapeuten erbrachten die medizinische Dokumentation einschließlich ICD-10 Diagnosen, des „Global Assessment of Functioning“ (GAF) nach DSM IV sowie der Einschätzung des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) nach Schepank (1995).

**Tabelle 5.** Übersicht Erhebungsinstrumente

Aufnahme (t0)	4 Wochen nach Beginn der Therapie (t1)	Behandlungsendes (t2)	1-Jahreses-Katamnese (t3)
Selbstrating Instrumente			
SCL-90-R IIP-C PsyBaDo 4.1 PsyBaDo 4.2	SCL-90-R IIP-C SEB	SCL-90-R IIP-C PsyBaDo 4.1 PsyBaDo 6. SEB	SCL-90-R IIP-C
Fremdrating Instrumente			
GAF BSS	BSS	BSS	

### 5.5.1. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) (Derogatis 1977) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen und liegt in der deutschsprachigen Übersetzung in der zweiten, vollständig überarbeiteten und neu normierten Auflage vor (Franke 2002). Sie misst mit Hilfe von 90 Items, die sich auf 9 Skalen und 7 Zusatz-Items verteilen, die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen.

Der Patient soll auf einer fünf-stufigen Likertskala (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark) angeben, inwieweit er in den letzten 7 Tagen unter dem jeweiligen Symptom gelitten hat. Durch die Skalen werden folgende Bereiche erfasst: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/ Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus.

Die drei globalen Kennwerte beschreiben das Antwortverhalten bei allen Items, wobei der GSI (Global Severity Index) die grundsätzliche Belastung misst, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) die Intensität der Antworten wiedergibt und der PST (Positive Symptom Total) Auskunft gibt über die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Skalenrohwerte sowie die Rohwerte der globalen Kennwerte werden in T-Werte transformiert, wobei der Mittelwert bei T=50 liegt (Standardabweichung  $\pm 10$ ).

Das Verfahren ist geschlechts- und altersnormiert. Die SCL-90-R ist für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren einsetzbar. Es hat trotz kritischer Anmerkung darüber, dass die Subskalen faktorenanalytisch nicht immer repliziert werden konnten (Hessel et al. 2001), den Status eines Standardinstruments erreicht (Lang, Hoyer 2003). Aus diesem Grund wird die SCL-90-R bereits in vielen Psychotherapiestudien als Instrument zur Erfassung symptomatischer Beschwerden sowie zur Erfolgsmessung eingesetzt (u.a. Beutel et al. 2005, Franz et al. 2006, Mestel et al. 2000, Sack et al. 2003, Junge, Ahrens 1996).

Cronbachs Alpha der einzelnen Skalen liegt in einer klinischen Stichprobe von stationären Psychotherapieklienten (N=5.057) zwischen 74 und 97. Somit kann die Reliabilität des Testes als gut bezeichnet werden.

### **5.5.2. Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C)**

Das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C) (Horowitz et al. 2000) ist die Deutsche Übersetzung des „Inventory of Interpersonal Problems“ von Horowitz et al. (1988) und bereits in der zweiten Auflage erschienen. Das IIP-C erfasst Probleme im Umgang mit anderen Menschen und geht dabei von einer Reziprozität oder Komplementarität interpersonaler Beziehungen aus. Zwischenmenschliche Probleme sollen dabei im Zirkumplex Modell lokalisiert werden (Kiesler 1982). Das IIP-C erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme speziell im klinischen Bereich. Die Auswertung erfolgt über acht faktorenanalytisch gebildete Skalen: streitsüchtig – konkurrierend, abweisend – kalt, introvertiert – sozial vermeidend, selbstunsicher – unterwürfig, ausnutzbar – nachgiebig, fürsorglich – freundlich, expressiv – aufdringlich sowie autokratisch – dominant. Diese acht Skalen entsprechen den Oktanten des interpersonalen Kreismodells. Darüber hinaus kann ein Gesamt-Score gebildet werden, der das gesamte Ausmaß interpersonaler Belastung erfassen soll. Die Retest-Reliabilitäten liegen zwischen  $r = 81$  und  $90$ . Möglichkeit durch das Instrument klinische Gruppen zu differenzieren. Des Weiteren eignet es sich zur Indikationsstellung bzw. Prognose in verschiedenen Formen der Psychotherapie. Es liegen Stanine-Werte für eine gemischte Population vor (Psychotherapiepatienten N= 506; Studenten N= 461), sowie koronar erkrankte Patienten N= 368). In der zweiten Auflage des IIP-C werden Repräsentationsnormen für die Altersgruppe von 18 bis 90 Jahren (N= 3.047) dokumentiert.

## **5.6. Statistische Auswertung**

Alle statistischen Analysen wurden mit Hilfe des Programms Statistical Package for Social Sciences (SPSS) für Windows (Version 12.0) durchgeführt. Zur Prüfung der Hypothesen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung, Effektstärken nach Cohen (1988) sowie die klinische Signifikanz nach einem Konstrukt von Jacobsen und Truax (1991) berechnet. Im Anschluss an die Varianzanalysen wurden bei Bedarf paarweise Einzelvergleiche mit Bonferroni-Korrektur (Diehl, Arbinger 1992) für unabhängige oder abhängige Stichproben gerechnet. Für jedes signifikante Ergebnis wurde angegeben, ob es auf dem 5%, 1% oder 0.1% Niveau signifikant war. Ergebnisse auf dem 10%-Niveau wurden als Tendenz bezeichnet.

### **5.6.1. Multivariate Varianzanalyse (MANOVA)**

Mit einer Varianzanalyse kann der Einfluss von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf eine oder mehrere Abhängige untersucht werden. Dabei befinden sich die unabhängigen Variablen meist auf dem Nominal- oder Intervallskalenniveau. Die unabhängige Variable weist hingegen metrische Merkmale auf (Intervallskalenniveau).

### **5.6.2. Diskriminanzanalyse**

Bei einer Diskriminanzanalyse werden die Werte einer abhängigen Variable durch die Werte von unabhängigen Variablen zu erklären versucht. Dabei ist es nicht nur das Ziel, Zusammenhänge zwischen den Variablen zu ermitteln sondern auch unbekannte Werte der abhängigen Variablen anhand der Werte aus den unabhängigen Variablen vorherzusagen. Die zu erklärende Kriteriumsvariable muss bei der Diskriminanzanalyse, im Gegensatz zur Regressionsanalyse, nicht zwangsläufig intervallskaliert sein. Des Weiteren versucht die Diskriminanzanalyse, eine Zugehörigkeit zu einer von mehreren Gruppen zu erklären, die Werte der abhängigen Variablen geben also lediglich eine Gruppenzugehörigkeit an.

### 5.6.3. Klinische Relevanz

Die Überprüfung von Therapieeffekten nimmt in der Psychotherapieforschung einen großen Stellenwert ein. Dementsprechend wurden viele verschiedene methodische Konzepte entwickelt. Allerdings lassen Konzepte ,wie das der Effektstärken und der statistischen Signifikanz, die klinische Relevanz der Veränderungen durch Therapie weitestgehend außer Betracht (Schmitz, Davies-Osterkamp 1997, Kordy 1998). Jacobson et al. (1986, Jacobson, Truax 1991) entwickelten aus diesem Grund das Konzept der klinischen Signifikanz als Instrument der Psychotherapie- Ergebnisforschung.

Nach diesem Konzept werden zunächst die statistisch signifikanten Änderungen des Zustandes eines Patienten durch die Therapie überprüft. Allerdings wird dann, im Gegensatz zu vielen anderen Konzepten, die gemessene Veränderung von bereits untersuchten Psychotherapiepatienten als Referenz sowie zu einer Stichprobe von Normprobanden (Normstichprobe) in Bezug gesetzt. Mithilfe dieser Referenzgruppen kann das Ausmaß der Veränderungen untersucht werden und die Patienten in vier Gruppen unterteilt werden. Diese Gruppeneinteilung bezieht sich auf Patienten die sich über den Therapieverlauf, „klinisch relevant“ oder „statistisch signifikant“ verändert haben, bzw. sich über den Therapieverlauf „verschlechtert“ haben oder „keine messbare Veränderung“ erfuhren. Nach Schmitz und Davies-Osterkamp (1997) werden Patienten als „geheilt“ entlassen, „wenn sich der Outcome-Score statistisch bedeutsam ändert und die Patienten vor der Therapie als „krank“ und nach Therapie als „gesund“ bzgl. des Outcome-Scores eingestuft werden“ (Schmitz, Davies-Osterkamp 1997, S.80). Zentrales Element des Konzeptes der klinischen Relevanz ist die statistische Veränderung die für jeden Patienten individuell bestimmt wird. Hierbei werden zwei Messzeitpunkte mithilfe des „Reliable Change Index“ (RCI) untersucht. Der RCI untersucht, ob die Veränderung eines Patienten statistisch signifikant einzustufen ist und ob die Ergebnisse nicht auf spezifischen Messfehlern beruhen , die somit erreichten Ergebnisse also eher zufälliger Natur sind. Aus diesem Grund muss der Veränderungswert den RCI überschritten werden. Der RCI wird aus dem Quotienten zwischen der Differenz der individuellen Messzeitpunkte (bsp.  $x_{ty} - x_{tz}$ ) und der Standardabweichung der Differenzen ( $SD_{diff}$ ) (Abb.1) berechnet.

**Abbildung 1.** Formel der klinischen Relevanz nach Jacobsen et al. (1984)

$$RCI = \frac{x_{tx} - x_{tx}}{SD_{diff}}$$

Bezogen auf den Gesamtschwereindex (GSI) der Symptom-Checkliste (SCL-90-R) beträgt der RCI sowohl für die bevölkerungsrepräsentative Normierungsgruppe als auch für die Patientengruppe T=5 (Franke 2002). Auf die vorliegende Untersuchung bezogen gilt ein Patient „klinisch signifikant“ gebessert, wenn sich die Symptomatik im Vergleich von der Aufnahme (t0) zu einem späteren Messzeitpunkt (Zwischenmessung (t1), zum Behandlungsende (t2) oder zur Katamnese (t3))

statistisch signifikant verbessert und sich der Patient im Gegensatz zur Aufnahme zum dem späteren Messzeitpunkt außerhalb des symptomatisch auffälligen Bereichs befindet (Schmitz, Davies-Osterkamp 1997). Nach (Franke 2002) liegt der Cut-Off-Score bei stationären Psychotherapiepatienten bei  $c=0.70$ , das entspricht einem T-Wert von 60. Für den IIP-C oder -D werden laut der Autoren Horowitz et al. (2000) keine Richtwerte bzgl. der klinischen Signifikanz angegeben. Allerdings errechneten Wuchner et al. (1993) bei einer Gruppe von Psychotherapiepatienten einen RCI von 0,35. Dieser Wert bezieht sich auf den Gesamt-Rohwert des IIP-C. Nach (Wuchner et al. 1993) liegt der Cut-Off-Score bei stationären Psychotherapiepatienten bei  $c=1,535$ .

#### **5.6.4. Effektstärke nach Cohen**

Effektstärken sind unabhängig von der Größe der Stichprobe und schalten damit einen wichtigen Nachteil der statistischen Signifikanzmaße aus. Damit können auch Untersuchungen miteinander vergleichbar gemacht werden, die verschieden große Samples benutzt haben (Grawe, Braun 1994). Neben der Möglichkeit des Vergleichs ganz unterschiedlicher Samples, können auch die Unterschiede in der Metrik verschiedener psychologischer Testverfahren beseitigt werden. Somit können unterschiedliche psychometrischer Verfahren bzw. deren Ergebnisse miteinander verglichen werden (Grawe, Braun 1994). Am häufigsten werden zwei Maße für die Berechnung verwendet, der sogenannte  $d$ -Wert und der Korrelationskoeffizient  $r$ . Der  $d$ -Wert wurde von Glass et al (1978) vorgeschlagen. Dieser fand in vielen Meta-Analysen Anwendung und

wird auch heute noch in einer Vielzahl von Studien verwendet. Der  $d$ -Wert setzt sich aus der Differenz von Mittelwerten in der Relation zu den Standardabweichungen zusammen. Für die Veränderungsmessung von Untersuchungsgruppen stellen positive Werte eine Verbesserung und negative Werte eine Verschlechterung der metrisch gemessenen Konstrukte dar (Grawe, Braun 1994). Mithilfe der Effektstärken können Angaben über die Veränderungswerte von spezifischen Messinstrumenten gemacht werden. Bei Cohens Effektstärke( $d$ ) (Cohen 1988) werden Mittelwertunterschiede zwischen Gruppen durch die Standardabweichungen dividiert und helfen somit bei der Beurteilung der praktischen Relevanz eines signifikanten Mittelwertunterschieds (Abb.2).

**Abbildung 2.** Formel der Effektstärkenberechnung ( $d$ ) nach Cohen (1998)

$$d = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{(s_1^2 + s_2^2)/2}}$$

## 6. Ergebnisse

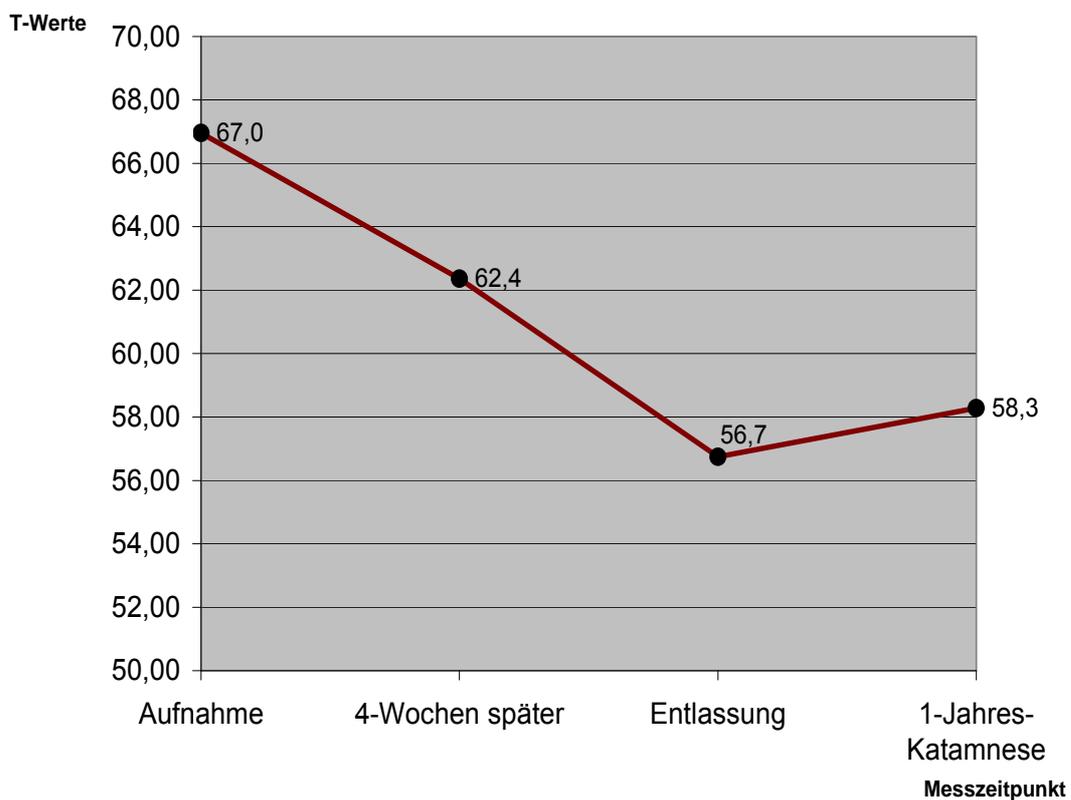
### 6.1. Kurz- und langfristige symptomatische Effekte in der stationären psychosomatischen Therapie

#### 6.1.1. Deskriptive Auswertung und statistische Signifikanz

Die Hypothesen 1 und 2 gingen davon aus, dass sich die symptomatische Belastung der Patienten (gemessen mit der SCL-90-R) im Zeitraum von der Aufnahme zur Entlassung reduziert und bis zur Ein-Jahres-Katamnese weiter stabil bleibt.

Zum Aufnahmezeitpunkt (t0) befanden sich die Patienten bis auf die Skala Paranoides Denken (T=58,8) im symptomatisch auffälligen Bereich. Im Bereich der Zwanghaftigkeit (T=65,9), Depressivität (T= 68,4) sowie Ängstlichkeit (T= 66,6) gaben die Patienten sogar eine deutlich erhöhte symptomatischen Belastung an (Franke 2002). Ein ebenfalls deutlich erhöhter Gesamtschwere-Index (GSI) zur Aufnahme (t0), resultiert aus dieser durchschnittlich hohen Belastung (Abb.3).

**Abbildung 3:** Symptomatische Veränderung über den Therapieprozess sowie zur Ein-Jahres-Katamnese



Nach vier Wochen (t1) war eine Verbesserung der symptomatischen Belastung auf allen Skalen erkennbar wobei sich die Patienten nur noch in den Bereichen der Depressivität (T= 61,9), Ängstlichkeit (T= 61,3) sowie dem GSI (T= 62,4) im symptomatisch auffälligen Bereich befanden. Zum Behandlungsende (t2) befanden sich die Patienten im Durchschnitt nicht mehr im symptomatisch auffälligen Bereich. Auffällig war auch auf allen Skalen eine Symptomreduktion zwischen der Zwischenmessung (t1) sowie dem Behandlungsende (t2). Zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) ließ sich ein leichter Anstieg der symptomatischen Belastung auf allen Skalen sowie dem GSI (T= 58,3) erkennen. Die Patienten befanden sich allerdings auf allen Skalen sowie im GSI (T= 58,3) im Normbereich (Abb.3).

Die symptomatische Veränderung wurde mithilfe einer multivariaten Varianzanalyse über den zeitlichen Verlauf auf ihre statistische Signifikanz geprüft. Dabei wurden statistisch hoch signifikante Veränderungen der T-Werte aller neun Skalen sowie des GSI der SCL-90-R über den Therapieverlauf sowie zur Ein-Jahres-Katamnese errechnet (Tab.6). Die Bonferroni korrigierten paarweise durchgeführten Einzelvergleiche zwischen der Aufnahme (t0) und den weiteren Messzeitpunkten (t1 bis t3) belegten statistisch signifikante Veränderungen ( $p < 0,001$ ).

Ebenfalls signifikant erwiesen sich die Veränderungen zwischen der 4 Wochen Messung (t1) sowie dem Behandlungsende (t2). Die Bonferroni korrigierten paarweise durchgeführten Einzelvergleiche zwischen t2 und t3 zeigten keine statistisch signifikanten Veränderungen auf den Skalen Depressivität ( $p < 0,11$ ), Ängstlichkeit ( $p < 0,99$ ), phobische Angst ( $p < 0,10$ ), Paranoides Denken ( $p < 0,08$ ), Psychotizismus ( $p < 0,84$ ) sowie dem GSI ( $p < 0,17$ ) (Anhang 11.1. Tab. 5, 9 - 20)

**Tabelle 6:** SCL-90-R, Multivariante Varianzanalyse über alle Messzeitpunkte (t0-t3)

Skalen	F	p<
Depressivität	83,27	***
Zwanghaftigkeit	70,37	***
Ängstlichkeit	59,60	***
Unsicherheit im Sozialkontakt	54,78	***
Psychotizismus	53,19	***
Aggressivität	50,61	***
Somatisierung	40,96	***
Phobische Angst	36,61	***
Paranoides Denken	33,44	***
GSI	85,13	***

p< 0,05\*, p< 0,01 \*\*, p< 0,001\*\*\*

### 6.1.2 Effektstärken

Die nach Cohen (1988) ermittelten Effektstärken zeigen, dass die Patienten hinsichtlich ihrer symptomatischen Belastung bereits nach 4 Wochen Therapie mittlere Effekte hatten ( $d_{t0-t1} = 0,49$ ) (Tab.7). Zum Ende der Therapie steigerten sich die Effekte noch und die Patienten erreichten ein hohes Effektstärkenniveau ( $d_{t0-t2} = 1,04$ ). Zwischen Behandlungsende und der 1-Jahres-Katamnese ließ sich eine leichte Verschlechterung der Effekte ermitteln ( $d_{t2-t3} = -0,13$ ). Allerdings befanden sich die Patienten zur Ein-Jahres-Katamnese immer noch im hohen Effektstärkenbereich (Anhang 11.1. Tab. 6).

**Tabelle 7:** Effektstärken (GSI) nach Cohen (1988)

Messzeitpunkte	GSI
$d_{t0-t1}$	0,49
$d_{t0-t2}$	1,04
$d_{t0-t3}$	0,83
$d_{t1-t2}$	0,54
$d_{t2-t3}$	-0,13

(d < 0,40 niedrige Effekte, d = 0,40 – 0,80 mittlere Effekte, d > 0,80 hohe Effekte)

### 6.1.3. Klinische Signifikanz

Nach dem Konzept von Jacobson und Truax (1991) erfuhren über 36% der Patienten während der ersten vier Wochen der stationären psychosomatischen Therapie eine signifikante Verbesserung (Tab.8). Mehr als 18 Prozent erfuhren eine klinisch signifikante Verbesserung d.h., dass sich diese Patienten im Vergleich zur Aufnahme (t0) nicht mehr im symptomatisch auffälligen Bereich befanden und sich in den ersten 4 Wochen um mindestens 5T-Wertpunkte verbesserten und somit den Reliable-Change-Index ( $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ) überschritten. Allerdings befanden sich nach 4 Wochen fast die Hälfte der Patienten (46,8%) noch im symptomatisch auffälligen Bereich und zeigten keine signifikanten Veränderungen.

**Tabelle 8:** Symptomatische Veränderungen nach Jacobson und Truax (1991)

Messzeitpunkte	symptomatische Veränderungen	Anzahl	Prozent
t0 – t1	klinisch verbessert	44	18.6%
	statistisch verbessert	42	17.7%
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	29	11.2%
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	111	46.8%
	verschlechtert	11	4.6%
t0 – t2	klinisch verbessert	93	39.2%
	statistisch verbessert	61	25.7%
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	25	10.5%
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	49	20.7%
	verschlechtert	9	3.8%
t0 – t3	klinisch verbessert	92	38.8%
	statistisch verbessert	41	17.3%
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	21	8.9%
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	55	23.2%
	verschlechtert	28	11.8%

Klinisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} < 60$

Statistisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Stat. unverändert im unauffällig Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Stat. unverändert im auffälligen Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Verschlechtert =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

---

Zum Behandlungsende (t2) gaben 65% der Patienten an, eine signifikante Verbesserung über den Therapieverlauf erfahren zu haben. Fast 40% der Patienten veränderten sich im Vergleich zur Aufnahme klinisch relevant. Die Zahl der Patienten die keine Veränderung über den Therapieverlauf hinweg erfuhren und weiterhin symptomatisch auffällig waren lag bei über 20%. Fast 4% der Patienten erfuhren über den Therapieverlauf eine Verschlechterung ihrer Symptomatik. Somit konnten insgesamt  $\frac{1}{4}$  der Patienten nicht von der Therapie profitieren.

Ähnlich wie im Bereich der Effektstärken nach Cohen (1988) war nach dem Konzept der klinischen Signifikanz ein leichter Rückgang der symptomatischen Verbesserung zu verzeichnen. So gaben nur noch 55% der Patienten an, eine Verbesserung über den Therapieverlauf erfahren zu haben. Außerdem stieg die Zahl der Patienten, die nachhaltig von der Therapie nicht profitieren konnten, auf 35% an wobei 12% der Patienten 1 Jahr nach Beendigung der Therapie angaben, im Vergleich zur Aufnahme eine Zunahme ihrer symptomatischen Beschwerden erfahren zu haben und sich 23% im Vergleich zur Aufnahme, immer noch im symptomatisch auffälligen Bereich befanden.

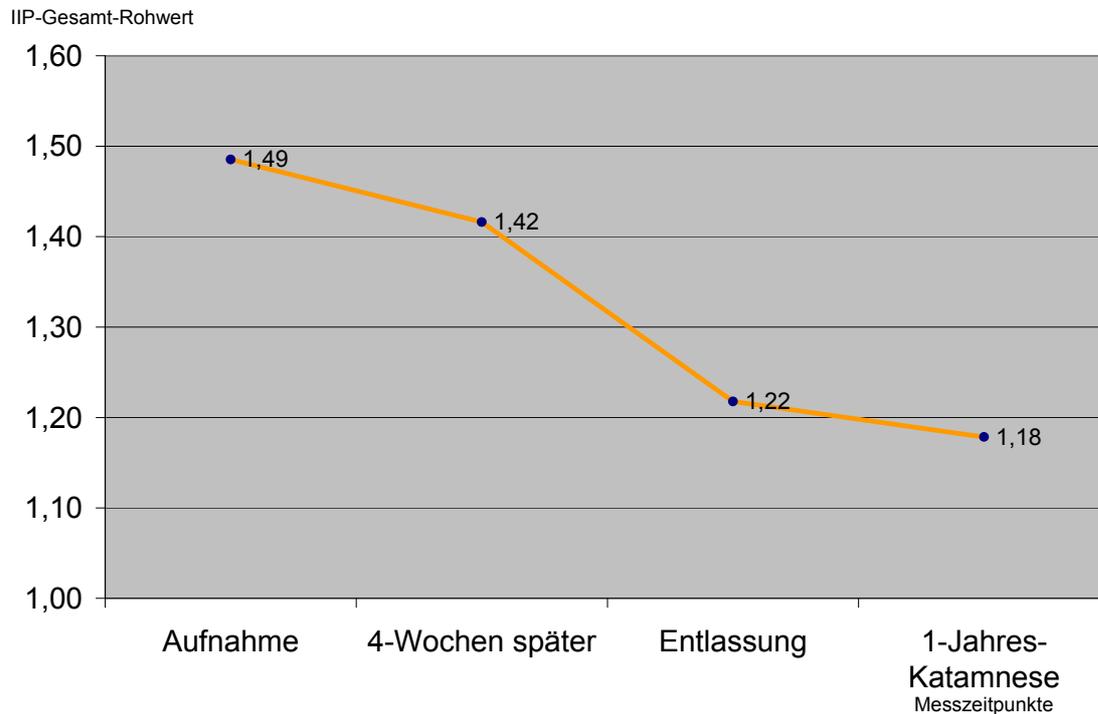
## **6.2. Kurz- und langfristige interpersonale Veränderung in der stationären psychosomatischen Therapie**

### **6.2.1. Deskriptive Auswertung und statistische Signifikanz**

Die Hypothesen 2 und 3 gingen davon aus, dass sich die interpersonalen Probleme (gemessen mit dem IIP-C) von der Aufnahme zur Entlassung reduzieren werden und sich über das Behandlungsende hinaus (bis zur Ein-Jahres-Katamnese) noch weiter verringern.

Bereits zum Aufnahmezeitpunkt (t0) befanden sich die Patienten insgesamt im interpersonal unauffälligen Bereich (IIP-C<sub>Roh</sub>=1,49) (Abb.4). Nach 4 Wochen (t1) lässt sich eine Verringerung der interpersonalen Probleme identifizieren (IIP-C<sub>Roh</sub>=1,42). Des Weiteren gaben die Patienten zum Behandlungsende (t2) auch eine deutliche Verbesserung ihrer interpersonalen Probleme an (IIP-C<sub>Roh</sub>=1,22). Diese Veränderung manifestierte sich noch über den Ein-Jahres-Katamnesezeitraum (IIP-C<sub>Roh</sub>=1,18) hinaus (Anhang 11.1. Tab. 29).

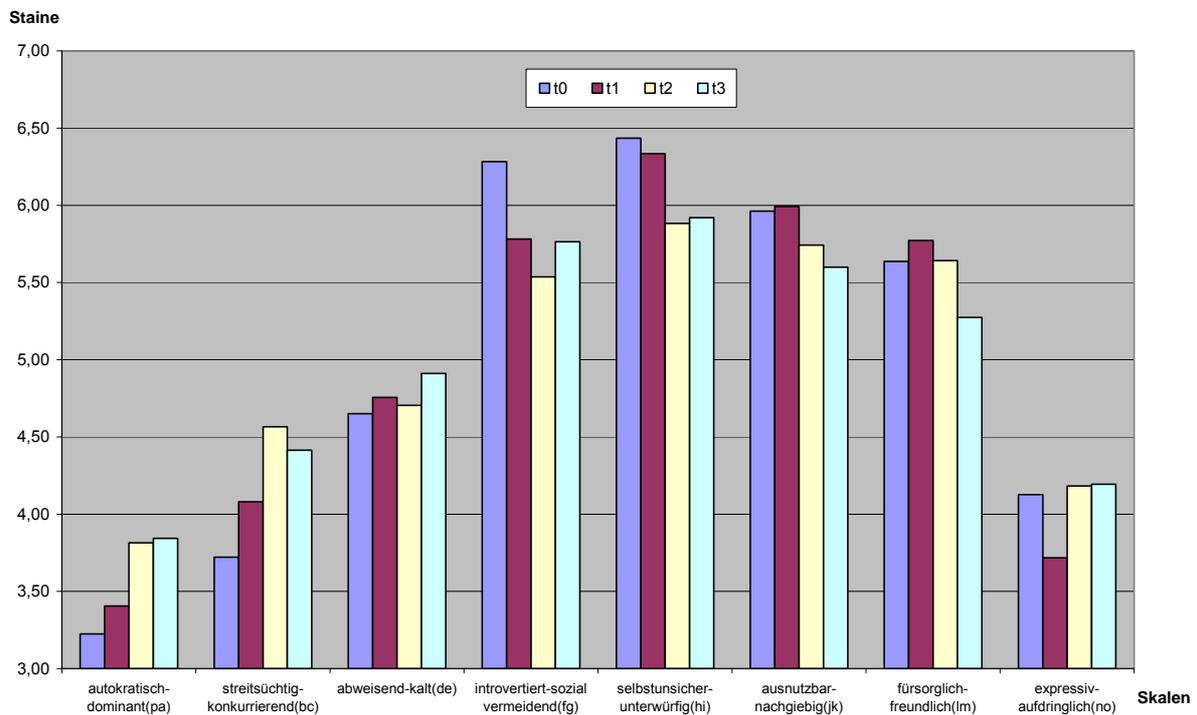
**Abbildung 4:** Symptomatische Veränderung über den Therapieprozess sowie zur Ein-Jahres-Katamnese.



Bei der Betrachtung der einzelnen IIP-C Skalen konnte festgestellt werden, dass die Patienten zur Aufnahme (t0) lediglich auf den Skalen autokratisch-dominant (pa) (Stanine= 3,2), streitsüchtig-konkurrierend (bc) (Stanine= 3,7), introvertiert-sozial vermeidend (fg) (Stanine= 6,3) sowie selbstunsicher-unterwürfig (hi) (Stanine= 6,4) im interpersonal auffälligen Bereich befanden. Bereits nach 4 Wochen konnten auf 6 der 8 Skalen eine leichte Verbesserung der interpersonalen Probleme identifiziert werden, sodass sich die Patienten nur noch auf den Skalen autokratisch-dominant(pa) (Stanine= 3,4), selbstunsicher-unterwürfig(hi) (Stanine= 6,3) sowie auf der Skala expressiv-aufdringlich (no) (Stanine= 3,7) im interpersonal auffälligen Bereich befanden. Zwischen der Zwischenmessung (t1) und dem Behandlungsende (t2) zeigte sich, bezogen auf die Staninen Mittelwertunterschiede, die deutlichen Veränderungen. Lediglich auf der Skala autokratisch-dominant(pa) (Stanine= 3,8) befanden sich die Patienten noch im auffälligen Bereich. Zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) gaben die Patienten noch in einigen interpersonalen Problemen Verbesserungen an (Abb.5). Lediglich auf der Skala autokratisch-dominant(pa) zeigten die Patienten noch Auffälligkeiten (Stanine= 3,8) (Anhang 11.1. Tab. .7,8)

## Abbildung 5:

Interpersonale Probleme über den zeitlichen Verlauf (t0-t3) - IIP-C Skalen



Die Veränderung der interpersonalen Probleme wurde mithilfe einer multivariaten Varianzanalyse über den zeitlichen Verlauf auf ihre statistische Signifikanz geprüft.

Dabei wurden statistisch hoch signifikante Veränderungen der Stanine auf fast allen Skalen sowie dem Gesamtrahwert des IIP-C über den Therapieverlauf und zur Ein-Jahres-Katamnese errechnet (Tab. 9). Lediglich im Bereich abweisend-kalt zeigte sich keine statistisch signifikante Veränderung über den zeitlichen Verlauf hinweg (Anhang 11.1. Tab. 21 - 28).

**Tabelle 9:** IIP-C Skalen, Multivariante Varianzanalyse über Messzeitpunkte (t0 – t3)

Skalen	F	p<
<b>streitsüchtig- konkurrierend(bc)</b>	11,3	***
<b>autokratisch- dominant(pa)</b>	9,5	***
<b>introvertiert- sozial vermeidend(fg)</b>	8,8	***
<b>selbstunsicher- unterwürfig(hi)</b>	6,5	***
<b>ausnutzbar- nachgiebig(jk)</b>	4,4	***
<b>fürsorglich- freundlich(lm)</b>	3,9	***
<b>expressiv- aufdringlich(no)</b>	3,8	***
<b>abweisend- kalt(de)</b>	0,6	***
<b>Gesamt-Rohwert-IIP-C</b>	38,4	***

p< 0,05\*, p< 0,01 \*\*, p< 0,001\*\*\*

Die Bonferroni korrigierten paarweise durchgeführten Einzelvergleiche ergaben statistisch signifikante Veränderungen im IIP-C-Gesamtrohwert zwischen der Aufnahme (t0), dem Behandlungsende (t2) sowie der Ein-Jahres-Katamnese (t3) ( $p < 0,001$ ). Zwischen der Aufnahme (t0) und 4 Wochen später (t1) ergaben sich keine statistisch signifikanten Veränderungen ( $p < 0,22$ ). Die Veränderung zwischen der Messung 4 Wochen nach Behandlungsbeginn (t1) und dem Behandlungsende (t2) sowie der Ein-Jahres-Katamnese (t3) ergaben ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ). Die interpersonalen Veränderungen zwischen Behandlungsende (t2) sowie der Ein-Jahres-Katamnese (t3) ergaben keine statistisch signifikanten Ergebnisse ( $p < 1,00$ ). Bei der Berechnung der statistischen Signifikanz der 8 IIP-C Skalen zeigte sich, dass sich die Patienten zwischen Aufnahme (t0) und 4 Wochen später (t1) lediglich auf den Skalen introvertiert- sozial vermeidend(fg) sowie introvertiert- aufdringlich, statistisch signifikante unterschieden ( $p < 0,001 - p < 0,01$ ). Im Vergleich von Aufnahme (t0) und Behandlungsende (t2) sowie zwischen Aufnahme (t0) und Ein-Jahres-Katamnese (t3) wurden auf den Skalen autokratisch- dominant (pa), streitsüchtig- konkurrierend (bc), introvertiert- sozial vermeidend (fg) sowie selbstunsicher- unterwürfig(hi) statistisch signifikante Veränderungen ermittelt ( $p < 0,001$ ). Zwischen dem Behandlungsende (t2) und der Ein-Jahres-Katamnese veränderten sich die Patienten statistisch signifikant ( $p < 0,04$ ) (Tab. 10).

**Tabelle 10:** Bonferroni korrigierte paarweise durchgeführte Einzelvergleich der IIP-C-Skalen und des IIP-C-Gesamtrohwert

IIP-C Skalen	p< :					
	t0-t1	t0-t2	t0-t3	t1-t2	t1-t3	t2-t3
autokratisch- dominant(pa)	0,54	***	***	***	***	1,00
streitsüchtig- konkurrierend(bc)	0,08	***	***	***	0,24	1,00
abweisend- kalt(de)	1,00	1,00	0,62	1,00	1,00	1,00
introvertiert- sozial vermeidend(fg)	***	***	***	0,20	1,00	0,58
selbstunsicher- unterwürfig(hi)	1,00	***	***	***	*	1,00
ausnutzbar- nachgiebig(jk)	1,00	0,72	0,08	0,10	*	1,00
fürsorglich- freundlich(lm)	1,00	1,00	0,06	1,00	***	*
expressiv- aufdringlich(no)	**	1,00	1,00	***	***	1,00
<b>Gesamt-Skalen-Rohwert-IIP-C</b>	0,22	***	***	***	***	1,00

p< 0,05\*, p< 0,01 \*\*, p< 0,001\*\*\*

### 6.2.2. Effektstärken

Die nach Cohen (1988) ermittelten Effektstärken zeigen, dass die Patienten hinsichtlich ihrer interpersonalen Probleme während der ersten 4 Wochen Therapie (t0 - t1) lediglich geringe Effekte ( $d_{t0-t1} = 0,12$ ) zeigten. Nach den ersten 4 Wochen der Therapie (t1) und dem Behandlungsende (t2) konnten mittlere Effekte ermittelt werden ( $d_{t0-t1} = 0,46$ ). Die Patienten gaben über den Katamnesezeitpunkt (t2-t3) weitere Verbesserungen ihrer interpersonalen Veränderungen an, die sich in geringen Effektstärken zwischen Behandlungsende (t2) und 1-Jahres-Katamnese (t3) widerspiegeln (Tab. 11).

**Tabelle 11:** Effektstärken (IIP-C Gesamtrohwert) nach Cohen (1988)

Messzeitpunkte	IIP-C <sub>Rohwert</sub>
$d_{t_0-t_1}$	0,12
$d_{t_0-t_2}$	0,46
$d_{t_0-t_3}$	0,52
$d_{t_1-t_2}$	0,35
$d_{t_1-t_3}$	0,41
$d_{t_2-t_3}$	0,06

( $d < 0,40$  niedrige Effekte,  $d = 0,40 - 0,80$  mittlere Effekte,  $d > 0,80$  hohe Effekte)

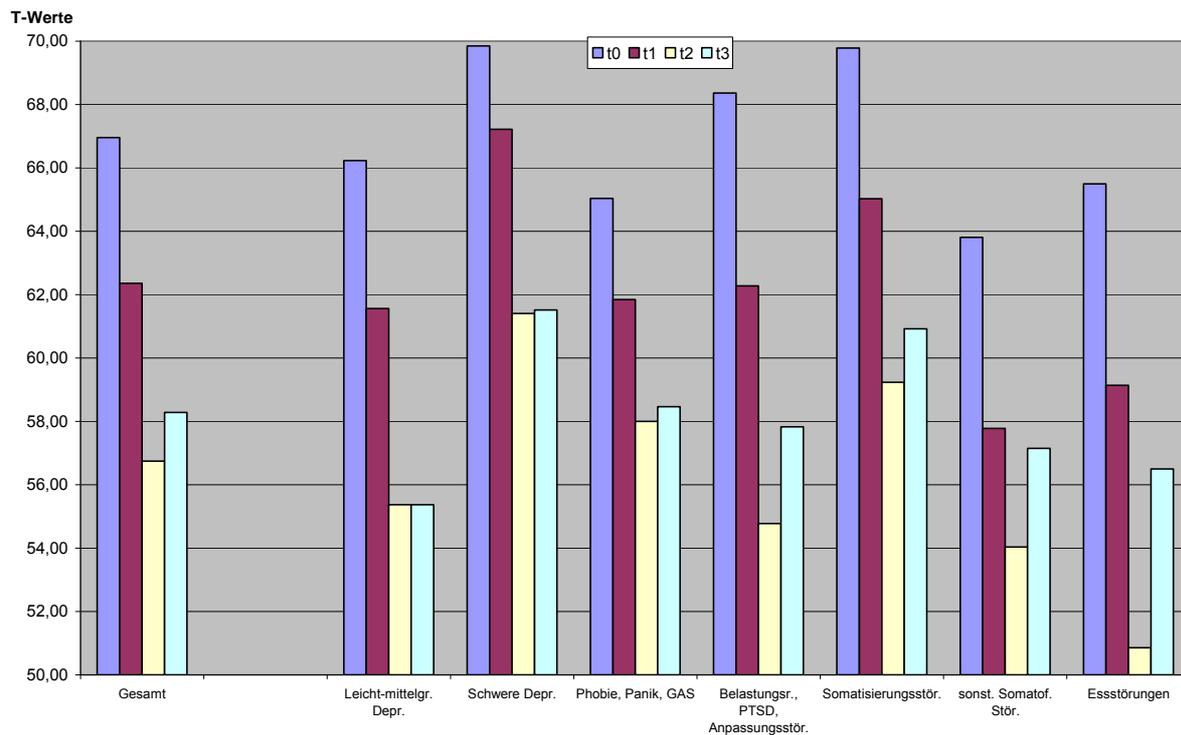
### **6.3. Diagnosenspezifische Unterschiede in der stationären psychosomatischen Therapie**

#### **6.3.1. Symptomatische Belastung**

Die Hypothesen 1 und 2 gingen davon aus, dass sich die Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer interpersonalen Probleme (gemessen mit dem IIP-C) sowie der symptomatischen Belastung (gemessen mit der SCL-90-R) über den Behandlungsverlauf bis zur Ein-Jahres-Katamnese statistisch signifikant unterscheiden.

Zum Aufnahmezeitpunkt ( $t_0$ ) ließen sich Unterschiede in der symptomatischen Belastung zwischen den 7 verschiedenen Diagnosegruppen ermitteln, wobei die Patienten mit einer schweren depressiven Erkrankung ( $T= 69,8$ ), mit Somatisierungsstörungen ( $T= 69,8$ ) und Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. Panikstörung zu Beginn der Therapie eine deutliche symptomatische Belastung aufwiesen (Abb. 6).

**Abbildung 6:** Symptomatische Belastung (GSI) der verschiedenen Diagnosegruppen über den zeitlichen Verlauf (t0-t3).



4 Wochen nach Beginn der Therapie (t1) ließen sich in allen Diagnosegruppen Verbesserungen der symptomatischen Belastung ermitteln. Lediglich die Gruppe der Patienten, die an einer schweren Depression litt, gaben 4 Wochen nach Beginn der Therapie (t1) noch eine deutliche symptomatische Belastung an (T= 67,2). Im Zeitraum zwischen der Messung 4 Wochen nach Beginn der Therapie (t1) und dem Behandlungsende (t2), gaben die Patienten aller Diagnosegruppen weitere symptomatische Verbesserungen an. Lediglich die Gruppe der schwer depressiven Patienten gaben zum Behandlungsende (t2) an, sich noch im symptomatisch auffälligen Bereich zu befinden (T= 61,4). Zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) befanden sich lediglich die Patienten die an einer schweren depressiven Erkrankung (T= 61,5) sowie die Patienten die an einer Somatisierungsstörung (T= 60,9) litten im symptomatisch auffälligen Bereich. Obwohl sich die Gruppe der Patienten mit einer Essstörung zur Katamnese (t3) weiterhin im symptomatisch unauffälligen Bereich befanden, gab diese Patientengruppe das höchste Maß an Verschlechterung zwischen Behandlungsende (t2) und Ein-Jahres-Katamnese (t3) an (T= 5,74). Die multivariate Varianzanalyse des GSI über den zeitlichen Verlauf ergab, dass sich die Patientengruppen hinsichtlich ihrer symptomatischen Belastung zu den 4 Messzeitpunkten statistisch signifikant unterschieden ( $p < 0,01$ ). Allerdings erga-

ben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen über den zeitlichen Verlauf ( $p < 0,36$ ). Die Überprüfung der statistischen Signifikanz der 9 Subskalen der SCL-90-R ergab auf allen Skalen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen. Allerdings wurden lediglich auf der Skala paranoides Denken statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen über den zeitlichen Verlauf ermittelt ( $F = 1,76$ ,  $p < 0,03$ ) (Anhang 11.1, Tab. 16).

Bei der Betrachtung der Effektstärken zwischen den einzelnen Diagnosegruppen wird deutlich, dass die Patienten die an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung ( $d_{t_0-t_1} = 0,53$ ), akuten Belastungsstörung, posttraumatischen Belastungsstörung, Anpassungsstörung ( $d_{t_0-t_1} = 0,69$ ), Somatisierungsstörung ( $d_{t_0-t_1} = 0,51$ ), genauer bezeichneten somatoformen Störung ( $d_{t_0-t_1} = 0,64$ ) oder Essstörung ( $d_{t_0-t_1} = 0,71$ ) litten, bereits nach den ersten 4 Wochen Therapie mittlere Effektstärken aufwiesen. Zum Behandlungsende ( $t_2$ ) profitieren 6 der 7 Patientengruppen im hohen Maße von ihrer Psychotherapie. Lediglich Patienten die an einer Phobie, Panikstörung oder generalisierter Angststörung litten, zeigen im Durchschnitt ein mittleres Effektstärkenmaß ( $d_{t_0-t_2} = 0,76$ ). In besonders hohem Maße profitierten Patienten, die an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung ( $d_{t_0-t_2} = 1,27$ ), akuten Belastungsstörung, posttraumatischen Belastungsstörung, Anpassungsstörung ( $d_{t_0-t_2} = 1,56$ ) sowie Essstörung litten ( $d_{t_0-t_2} = 1,41$ ), von der Psychotherapie. Bei der Betrachtung der Nachhaltigkeit der therapeutischen Intervention zeigte sich, dass bei den Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer symptomatischen Belastung, bis auf die Gruppe der phobischen Störungen, Panikstörung, generalisierter Angststörung ( $d_{t_0-t_3} = 0,63$ ) sowie genauer bezeichneter somatoformer Störungen ( $d_{t_0-t_3} = 0,68$ ), 1 Jahr nach Beendigung der Therapie hohe Effektstärken errechnen ließen. Die Gruppen der schwer depressiven Patienten ( $d_{t_0-t_3} = 0,79$ ) sowie Patienten die an Somatisierungsstörungen ( $d_{t_0-t_3} = 0,96$ ) litten, zeigten im Vergleich zum Behandlungsende ( $t_2$ ) sehr stabile Effektstärken (Tab. 12).

**Tabelle 12:** Effektstärken (GSI, SCL-90-R) der 7 Diagnosegruppen nach Cohen (1988)

Diagnosegruppen	$d_{t0-t1}$	$d_{t0-t2}$	$d_{t0-t3}$
1. leichte bis mittelgradige Depression	0,53	1,27	1,03
2. schwere Depression	0,27	0,83	0,79
3. Phobien, Panikstörung, general. Angststör.	0,34	0,76	0,63
4. Belastungs-, Anpassungsstörungen, PTSD	0,69	1,56	1,09
5. Somatisierungsstörung	0,51	1,03	0,96
6. genauer bezeichnete somatoforme Störung	0,64	0,96	0,68
7. Essstörung	0,71	1,41	0,80
Gesamt	0,49	1,05	0,84

( $d < 0,40$  niedrige Effekte,  $d = 0,40 - 0,80$  mittlere Effekte,  $d > 0,80$  hohe Effekte)

Bei der Betrachtung der symptomatischen Veränderungen der einzelnen Gruppen, bezogen auf die klinische Signifikanz wird deutlich, dass bei der Gruppe der schwer depressiven Patienten fast die Hälfte der Patienten (48,1%) sich entweder über den Therapieverlauf verschlechterten oder sich unverändert im symptomatisch auffälligen Bereich befanden. Nur ¼ der Patienten, die an einer leichten bis mittelgradigen Depression (23,1%), einer Phobie oder Panikstörung (21,1%), Belastungs- oder Anpassungsstörung (19,5%) bzw. an einer Essstörung (21,4%) litten, verschlechterten sich entweder über den Therapieverlauf hinweg oder aber befanden sich weiterhin im auffälligen Bereich. Patienten die an einer Essstörung litten, gaben zum großen Teil an, dass sie weder zu Beginn, noch nach Beendigung der Therapie, symptomatische Auffälligkeiten verspürten (50,0%). Circa 50% der Patienten, die an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung (46,5%) oder eine Anpassungs- oder Belastungsstörung (52,7%) litten, gaben während der stationären Psychotherapie signifikante Verbesserungen ihrer Symptomatik an (Tab. 13).

**Tabelle 13:** Symptomatische Veränderungen der 7 Diagnosegruppen nach Jacobson und Truax(1991) zwischen Aufnahme(t0) und Behandlungsende(t2)

Diagnosegruppen	klinisch	statistisch			
	verbessert	verbessert	unauffällig	auffällig	verschlechtert
1. leichte bis mittelgradige Depression	9 (20,9%)	11 (25,6%)	13 (30,2%)	9 (20,9%)	1 (2,3%)
2. schwere Depression	7 (25,9%)	3 (11,1%)	4 (14,8%)	11 (40,7%)	2 (7,4%)
3. Phobien, Panikstörung, general. Angststör.	11 (21,1%)	7 (13,5%)	20 (38,5%)	10 (19,2%)	1 (1,9%)
4. Belastungs-, Anpassungsstörungen, PTSD	12 (33,3%)	7 (19,4%)	10 (27,8%)	6 (16,7%)	1 (2,8%)
5. Somatisierungsstörung	6 (15,8%)	8 (21,1%)	11 (28,9%)	10 (26,3%)	3 (8,0%)
6. genauer bezeichnete somatoforme Störung	3 (11,1%)	5 (18,5%)	11 (40,7%)	6 (22,2%)	1 (3,7%)
7. Essstörung	1 (7,1%)	2 (14,3%)	7 (50,0%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)
Gesamt	49 (20,7%)	43 (18,1%)	76 (31,1%)	54 (22,8%)	10 (4,2%)

Klinisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} < 60$

Statistisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

Stat. unverändert im unauffällig Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

Stat. unverändert im auffälligen Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

Verschlechtert =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

### 6.3.2. Interpersonale Probleme

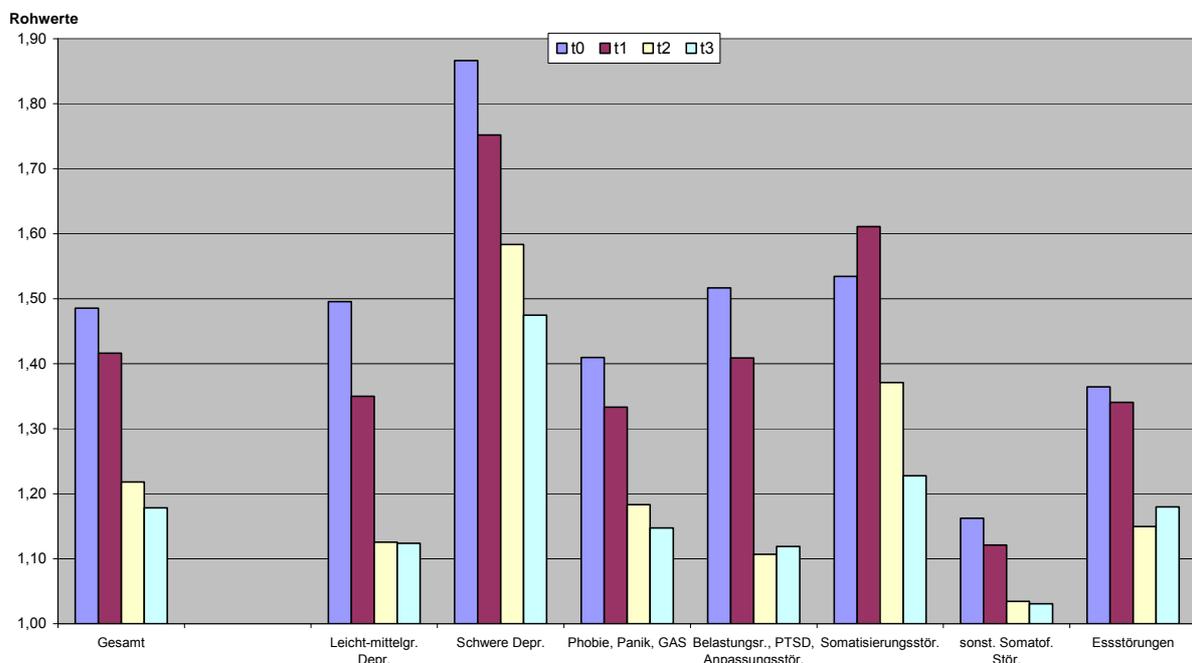
Statistisch signifikante Unterschiede ließen sich hinsichtlich der interpersonalen Veränderungen zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten (t0 - t3) ermitteln ( $p < 0,01$ ). Die multivariate Varianzanalyse des IIP-C<sub>Roh</sub> über den zeitlichen Verlauf ergab, dass sich die Patientengruppen hinsichtlich ihrer interpersonalen Probleme zu den 4 Messzeitpunkten statistisch nicht signifikant unterschieden ( $p < 0,25$ ).

Allerdings ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen über den zeitlichen Verlauf ( $p < 0,42$ ). Die Überprüfung der statistischen Signifikanz der Subskalen des IIP-C ergab auf allen Skalen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen. Allerdings wurden

auf keiner der Skalen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen über den zeitlichen Verlauf ermittelt.

Zum Aufnahmezeitpunkt (t0) gaben die Patienten mit einer schweren depressiven Symptomatik (IIP-C<sub>Roh</sub>= 1,87) die deutlichsten interpersonale Probleme im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen an (Abb. 7). Die Gruppe der Patienten mit genauer bezeichneten somatoformen Störungen gab an, zur Aufnahme keine bzw. kaum konflikt-hafte interpersonalen Schwierigkeiten zu haben. Die Gruppen der Patienten die an leicht bis mittelgradig depressiven Störungen, akuten Belastungsstörungen, PTSD, Anpassungsstörungen oder Somatisierungsstörungen litten ,unterschieden sich hinsichtlich ihrer interpersonalen Probleme zum Aufnahmezeitpunkt (t0) kaum voneinander. 4 Wochen nach Beginn (t1) der Therapie gaben die Patienten aus 6 von 7 Diagnosegruppen Verbesserungen ihrer interpersonalen Probleme an. Lediglich die Patienten die an einer Somatisierungsstörung (IIP-C<sub>Roh</sub>= 1,61) litten, gaben eine Verschlechterung ihrer interpersonalen Probleme an.

**Abbildung 7:** Interpersonale Probleme (IIP-C<sub>Roh</sub>) der verschiedenen Diagnosegruppen über den zeitlichen Verlauf (t0 - t3).



Zwischen dem Zeitraum 4 Wochen nach Beginn der Therapie (t1) und dem Behandlungsende (t2), waren die interpersonalen Veränderungen am deutlichsten (Tab. 14)

sichtbar. Während die Patienten in den Diagnosegruppe zwischen Aufnahme und 4 Wochen später lediglich niedrige Effekte im interpersonalen Bereich angeben ( $d_{t_0-t_1} = 0,15$  bis  $0,28$ ), zeigen die Patienten zwischen der Messung 4 Wochen nach Beginn der Therapie ( $t_1$ ) und dem Behandlungsende ( $t_2$ ) teilweise mittlere Effekte ( $d_{t_1-t_2} = 0,15$  bis  $0,53$ ).

Lediglich die Patienten, die an einer schweren depressiven Erkrankung leiden befanden sich im Durchschnitt noch im auffälligen Bereich (Wuchner et al. 1993). Im Zeitraum zwischen Behandlungsende ( $t_2$ ) und der Ein-Jahres-Katamnese ( $t_3$ ) gaben Patienten aus 5 der 7 Diagnosegruppen an, noch über den Behandlungsverlauf hinaus, im Bezug auf ihre interpersonalen Probleme, von der stationären Psychotherapie profitiert zu haben. Lediglich die Patienten die an einer Essstörung ( $d_{t_2-t_3} = -0,02$ , IIP- $C_{Roh} = 1,18$ ) oder Belastungs- bzw. Anpassungsstörung ( $d_{t_2-t_3} = -0,02$ , IIP- $C_{Roh} = 1,12$ ) litten, gaben eine leichte Zunahme der interpersonalen Probleme an.

**Tabelle 14:** Effektstärken (IIP- $C_{Roh}$ ) der 7 Diagnosegruppen nach Cohen (1988)

Diagnosegruppen	$d_{t_0-t_1}$	$d_{t_0-t_2}$	$d_{t_0-t_3}$	$d_{t_1-t_2}$	$d_{t_1-t_3}$	$d_{t_2-t_3}$
1. leichte bis mittelgradige Depression	0,28	0,74	0,69	0,41	0,38	0,01
2. schwere Depression	0,24	0,56	0,67	0,32	0,46	0,17
3. Phobien, Panikstörung, general. Angststör.	0,13	0,39	0,45	0,29	0,35	0,07
4. Belastungs-, Anpassungsstörungen, PTSD	0,2	0,71	0,67	0,53	0,49	-0,02
5. Somatisierungsstörung	-0,15	0,29	0,6	0,42	0,74	0,25
6. genauer bezeichnete somatoforme Störung	0,08	0,22	0,21	0,15	0,15	0,01
7. Essstörung	0,04	0,32	0,27	0,31	0,25	-0,04
Gesamt	0,12	0,46	0,52	0,35	0,41	0,06

( $d < 0,40$  niedrige Effekte,  $d = 0,40 - 0,80$  mittlere Effekte,  $d > 0,80$  hohe Effekte)

## **6.4. Vorhersagbarkeit von Therapiemisserfolg**

### **6.4.1. Einfluss interpersonaler Probleme auf das Therapieoutcome**

#### **6.4.1.1. Frühe interpersonale Veränderungen und Therapieerfolg**

Die Hypothese 3 geht davon aus, dass sich der Therapieerfolg (gemessen mit dem GSI der SCL-90-R) anhand der interpersonalen Veränderungen (gemessen mit dem IIP-C) während der ersten 4 Wochen Therapie vorhersagen lässt.

In der vorliegenden Arbeit wurde entschieden, den Therapieerfolg mithilfe der symptomatischen Veränderung über den zeitlichen Verlauf zu erfassen. Um jeden Patienten individuell berücksichtigen zu können, wurde weiter das Konzept der klinischen Signifikanz (Jacobson, Truax 1991) eingesetzt. So wurde der Therapieerfolg mithilfe der klinisch signifikanten Veränderung (GSI, SCL-90-R) vom Behandlungsbeginn (t0) bis Therapieende (t2) klassifiziert (Tab. 15). Die Patienten wurden in 2 Gruppen unterteilt (Therapieerfolg vs. Therapiemisserfolg). In die Gruppe des Therapieerfolges wurden alle Patienten einbezogen, die über den Behandlungszeitraum hinweg ‚sich entweder klinische signifikant (39,2%) oder statistisch signifikant verbesserten (25,7%) sowie die Patienten ‚die zum Beginn der Therapie (t0) sowie zum Behandlungsende (t2) angaben, keine auffälligen symptomatischen Beschwerden zu haben (10,5%). In die Gruppe der Patienten die nicht von der Therapie profitieren konnten (Therapiemisserfolg), wurden alle Patienten einbezogen, die sich entweder über die Behandlung hinweg verschlechterten oder aber Patienten die sich zur Aufnahme (t0) im symptomatisch auffälligen Bereich befanden und zum Behandlungsende (t2) keine Verbesserung ihrer Symptomatik angaben (so genannte Nonresponder).

**Tabelle 15:** Symptomatische Veränderungen nach Jacobson und Truax (1991)

symptomatische Veränderungen		N	%		
<b>Therapieerfolg</b>					
T0 – t2	klinisch verbessert	93	39.2	}	179 (76,5%)
	statistisch verbessert	61	25.7		
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	25	10.5		
<b>Therapiemisserfolg</b>					
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	49	20.7	}	58 (24,5%)
	verschlechtert	9	3.8		

Klinisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5, GSI_{t0} > 60, GSI_{t1,2,3} < 60$

Statistisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5, GSI_{t0} > 60, GSI_{t1,2,3} > 60$

Stat. unverändert im unauffällig Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5, GSI_{t0} > 60, GSI_{t1,2,3} > 60$

Stat. unverändert im auffälligen Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5, GSI_{t0} > 60, GSI_{t1,2,3} > 60$

Verschlechtert =  $RCI_{GSI} = T \leq 5, GSI_{t0} > 60, GSI_{t1,2,3} > 60$

Als unabhängige Variable (Variablen, die Vorhersage über Therapie-Outcome erlauben sollen) wurde zum einen die Veränderung der interpersonalen Probleme von der Aufnahme (t0) bis vier Wochen später (t1) und zum anderen das Ausmaß an Psychotherapieerfahrung bei Behandlungsbeginn (t0) festgelegt.

**Tabelle 16:** Diskriminanzanalyse, Wilk's Lambda

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	p<
1	0,884	28,094	2	***

$p < 0,05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ ,  $p < 0,001^{***}$

Die Diskriminanzanalyse errechnete einen statistisch signifikanten Unterschied ( $p < 0,001$ ) zwischen den beiden Therapieerfolgsgruppen (symptomatische Veränderung, Behandlungsverlauf t0 bis t2) im Bezug auf die Ausprägung der interpersonalen Veränderung während der ersten 4 Wochen Psychotherapie und dem Ausmaß an Psychotherapieerfahrung (Tab. 16).

Die Patienten der Gruppe des Therapieerfolges wurden auf ihre Unterschiede mit der Gruppe des Therapiemisserfolges geprüft. Dabei ergab sich, dass sich die beiden Gruppen statistisch voneinander unterscheiden. Die Patienten der Therapieerfolgsgruppe gaben zur Aufnahme (IIP-C<sub>Rohwert</sub> = 1,47) sowie 4 Wochen später (IIP-C<sub>Rohwert</sub> = 1,35) ein geringeres Ausmaß an interpersonalen Problemen an als die Patienten aus der Gruppe des Psychotherapiemisserfolgs (Tab. 17). Des Weiteren gaben 83% der Patienten der Misserfolgsgruppe an, bereits Psychotherapievor Erfahrung zu haben, wohingegen 50% der Patienten der Erfolgsgruppe bereits Psychotherapievor Erfahrung hatten.

**Tabelle 17:** Interpersonale Probleme der Erfolgs- sowie Misserfolgsgruppe

IIP-C <sub>Rohwert</sub>		Gesamt		Erfolg		Misserfolg	
		Stn.	SD	Stn.	SD	Stn.	SD
	t0	1,49	0,56	1,47	0,56	1,55	0,57
	t1	1,42	0,55	1,35	0,55	1,61	0,52

Der standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizient ergab, dass die interpersonalen Veränderungen während der ersten 4 Wochen ( $p = 0,87$ ) einen größeren Einfluss, als das Ausmaß an Psychotherapievor Erfahrung ( $p = 0,43$ ) haben.

### 6.4.1.2. Interpersonale Veränderungen und Therapienachhaltigkeit

Die Hypothese 3 geht davon aus, dass sich die Nachhaltigkeit der Behandlung (gemessen mit dem GSI der SCL-90-R) anhand der interpersonalen Veränderungen (gemessen mit dem IIP-C) über den Behandlungsverlauf vorhersagen lässt.

Nach dem Konzept der klinischen Signifikanz (Jacobson, Truax 1991) wurde bei 65,0% der Patienten, im Vergleich vom Behandlungsbeginn (t0) bis Ein-Jahres-Katamnese (t3), ein Therapieerfolg bzgl. Veränderung der symptomatischen Belastung (SCL-90-R), identifiziert (Tab. 18). In die Gruppe des Therapieerfolges wurden alle Patienten einbezogen, die sich über den Behandlungszeitraum entweder klinische signifikant (38,8%) oder statistisch signifikant verbesserten (17,3%) sowie die Patienten, die zum Beginn der Therapie (t0) sowie zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) angaben, keine auffälligen symptomatischen Beschwerden zu haben (8,9%). 35,0% der Gesamtstichprobe wurden im Hinblick auf die Veränderung der symptomatischen Belastung (SCL-90-R), im Vergleich zwischen Aufnahme (t0) und Ein-Jahres-Katamnese (t3), als Therapiemisserfolg identifiziert.

**Tabelle 18:** Symptomatische Veränderungen nach Jacobson und Truax (1991)

symptomatische Veränderungen		N	%		
<b>Therapieerfolg</b>					
T0 – t3	klinisch verbessert	92	38.8		
	statistisch verbessert	41	17.3	}	154 (65,0%)
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	21	8.9		
<b>Therapiemisserfolg</b>					
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	55	23.2	}	83 (35,0%)
	Verschlechtert	28	11.8		

Klinisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} < 60$

Statistisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Stat. unverändert im unauffällig Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Stat. unverändert im auffälligen Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Verschlechtert =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t0} > 60$ ,  $GSI_{t1,2,3} > 60$

Bei der Berechnung der Diskriminanzanalyse wurde als unabhängige Variable zum einen die Veränderung der interpersonalen Probleme über den Therapieverlauf (Aufnahme (t0) bis Behandlungsende (t2)) sowie zum andern das Ausmaß an Psychotherapievorereitung bei Behandlungsbeginn (t0) bestimmt.

**Tabelle 19:** Diskriminanzanalyse, Wilk's Lambda

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	p<
1	,749	14,445	2	***

p< 0,05\*, p< 0,01 \*\*, p< 0,001\*\*\*

Die Diskriminanzanalyse errechnete einen statistisch signifikanten Unterschied ( $p < 0,001$ ) zwischen den beiden Therapieerfolgsgruppen (symptomatische Veränderung, Langzeitoutcome t0 bis t3) im Bezug auf die Ausprägung der interpersonalen Veränderung über den Behandlungsverlauf und dem Ausmaß an Psychotherapievorereitung (Tab. 19). Eine Überprüfung der Patienten aus der Gruppe des Therapieerfolges sowie Therapiemisserfolges ergab, dass sich die beiden Gruppen statistisch voneinander unterscheiden. Die Patienten der Therapieerfolgsgruppe gaben, im Vergleich zur Therapiemisserfolgsgruppe, zur Aufnahme (t0) ( $IIP-C_{Rohwert} = 1,49$ ) eine höhere und zum Behandlungsende (t2) ( $IIP-C_{Rohwert} = 1,35$ ) eine geringere Ausprägung der interpersonalen Probleme an (Tab. 20). Außerdem gaben 79% der Patienten der Misserfolgsgruppe an, bereits Psychotherapievorereitung zu haben, wohingegen 52% der Patienten der Erfolgsgruppe Psychotherapievorereitung hatten.

**Tabelle 20:** Interpersonale Probleme der Erfolgs- sowie Misserfolgsgruppe

IIP-C <sub>Rohwert</sub>		Gesamt		Erfolg		Misserfolg	
		Stn.	SD	Stn.	SD	Stn.	SD
	t0	1,49	0,56	1,49	0,55	1,46	0,59
	t2	1,22	0,60	1,13	0,56	1,38	0,61

Der standardisierte kanonische Diskriminanzkoeffizient ergab, dass das Ausmaß an Psychotherapieerfahrung ( $p=0,81$ ) einen größeren Einfluss, als die interpersonellen Veränderungen während der ersten 4 Wochen ( $p=0,64$ ), hat.

#### **6.4.2. Komorbidität von Persönlichkeitsstörung**

Die Hypothese 4 geht davon aus, dass eine ungünstige Prognose des Therapieerfolges (gemessen mit dem GSI der SCL-90-R), in Zusammenhang mit einer komorbid auftretenden Persönlichkeit steht.

Bei der Überprüfung ob die Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung neben der Symptomdiagnose einen prognostischen Einfluss auf den Therapieerfolg hat, wurden die Patienten wie in den Kapiteln 6.4.1.1. sowie 6.4.1.2. nach dem Konzept der klinischen Signifikanz (Jacobson, Truax 1991) in die Gruppen Therapieerfolg oder Therapiemisserfolg unterteilt (Tab. 21).

Die Diskriminanzanalyse errechnete keinen statistisch signifikanten Unterschied ( $p < 0,51$ ) zwischen Therapieerfolgsgruppen (symptomatische Veränderung, Behandlungsverlauf  $t_0$  bis  $t_2$  sowie Langzeitoutcome  $t_0$  bis  $t_3$ ) im Bezug auf die Komorbidität einer Persönlichkeitsstörung.

**Tabelle 21:** Symptomatische Veränderungen nach Jacobson und Truax (1991)

symptomatische Veränderungen		N	%		
<b>Therapieerfolg</b>					
T0 – t2	klinisch verbessert	93	39.2		
	statistisch verbessert	61	25.7	}	179 (76,5%)
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	25	10.5		
<b>Therapiemisserfolg</b>					
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	49	20.7	}	58 (24,5%)
	verschlechtert	9	3.8		
<b>Therapieerfolg</b>					
T0 – t3	klinisch verbessert	92	38.8		
	statistisch verbessert	41	17.3	}	154 (65,0%)
	stat. unverändert im unauffälligen Bereich	21	8.9		
<b>Therapiemisserfolg</b>					
	stat. unverändert im auffälligen Bereich	55	23.2	}	83 (35,0%)
	verschlechtert	28	11.8		

Klinisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} < 60$

Statistisch verbessert =  $RCI_{GSI} = T \geq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

Stat. unverändert im unauffällig Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

Stat. unverändert im auffälligen Bereich =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

Verschlechtert =  $RCI_{GSI} = T \leq 5$ ,  $GSI_{t_0} > 60$ ,  $GSI_{t_{1,2,3}} > 60$

## 7. Diskussion

Bisher wurde eine nur unzureichende Anzahl an fundierten klinischen Studien zur Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie bei unterschiedlichen Diagnosegruppen durchgeführt. Die Nachhaltigkeit psychodynamischer Behandlung wurde in diesen Studien dabei kaum berücksichtigt. In der vorliegenden Studie wurden neben der Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei unterschiedlichen Diagnosegruppen sowie deren Nachhaltigkeit auch der Einfluss der interpersonalen Veränderungen während der Therapie auf den Behandlungserfolg untersucht. Zudem wurden weitere Prädiktoren für den Therapieerfolg gesucht.

Des Weiteren ermöglicht die Zwischenmessung (vier Wochen nach Beginn der Therapie) Aussagen über symptomatische sowie interpersonale Veränderungen in der frühen Phase der Therapie, so dass auch Aussagen über die Effektivität der Behandlungsdauer getroffen werden können.

### **7.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 1**

Die erste Fragestellung untersuchte, welche Effekte sich bei der stationären psychodynamischen Psychotherapie ermitteln lassen. Um dieser Fragestellung nachzugehen, wurde eine retrospektive Datenanalyse zur Effektivität (effectiveness) durchgeführt. Die Daten wurden zur Aufnahme (t0), vier Wochen nach Beginn der Therapie (t1) sowie zum Behandlungsende (t2) in einem klinischen Setting erhoben und postalische Nachbefragungen (Ein-Jahres-Katamnese) durchgeführt. Dabei wurde sich vor allem auf die Selbstratingverfahren zur symptomatischen Belastung (SCL-90-R, Franke 2002) sowie zu interpersonalem Problemen (IIP-C, Horowitz et al. 2000) gestützt. Insbesondere der Gesamtschwereindex (GSI, SCL 90-R) gilt als valide zur Einschätzung des Therapieerfolges und wurde bereits in anderen Studien zu diesem Zwecke eingesetzt (u.a. Franke et al. 2006, Franz et al. 2000, Haase et al. 2008, Junge, Ahrens 1996, Mestel et al. 2000, Sack et al. 2003). Die Patienten zeigten hinsichtlich ihrer symptomatischen Beschwerden statistisch signifikante Veränderungen während der ersten vier Wochen (t0 – t1), zwischen der Aufnahme und dem Entlassungszeitpunkt (t0 – t2) sowie zwischen Aufnahme und Ein-Jahres-Katamnese (t0 - t3) ( $p < 0,001$ ). Die Veränderungen zwischen der Aufnahme und vier Wochen nach Beginn der Therapie (t0 – t1) zeigten mittlere Effektstärken ( $d = 0,49$ ). Von der Aufnahme bis zur Entlassung (t0 – t2) konnten mit  $d = 1,04$  sowie zwischen Aufnahme und Ein-Jahres-Katamnese mit  $d = 0,83$  hohe Effektstärken ermittelt werden. Die Effekte am Ende der Therapie sowie die Nachhaltigkeit der Behandlung, sind demzufolge als hoch einzuschätzen. Während sich bei der Aufnahme noch über 83% der Patienten im pathologischen Symptombereich befanden, waren es vier Wochen nach Beginn der Therapie (t1) nur noch 51%. Zur Entlassung (t2) lagen sogar lediglich noch 25% der Patienten im pathologischen Symptombereich. Zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) waren die Erfolge zwar etwas rückläufig, da sich insgesamt 35% der Patienten im pathologischen Symptombereich befanden, allerdings kann man die Verbesserung der symptomati-

schen Beschwerden insgesamt als stabil bezeichnen. Allerdings stieg die Anzahl der Patienten, die zwischen der Aufnahme (t0) und Ein-Jahres-Katamnese (t3) eine Verschlechterung ihrer Symptomatik erlitten, im Vergleich zur Entlassung (t3= 4%) um das Dreifache.

Die Effektstärken der interpersonalen Veränderungen (IIP-C, Horowitz et al. 2001) über den Therapieverlauf lagen unter denen der symptomatischen Veränderung (SCL-90-R, Franke 2002) und erreichten lediglich ein geringes bis mittleres Effektstärkeniveau. Zwischen Aufnahme (t0) und vier Wochen nach Beginn der Therapie (t1) konnten nur geringe Effektstärken ermittelt werden ( $d= 0,12$ ). Zwischen der Zwischenmessung vier Wochen nach Behandlungsbeginn (t1) und dem Behandlungsende (t2) konnten ebenfalls nur geringe Effektstärken ermittelt werden ( $d= 0,35$ ), wobei diese Effekte deutlich höher waren als während der ersten vier Wochen der Therapie und die Patienten, insgesamt über den Therapieverlauf

(t0 - t2) gesehen, mittlere Effektstärken erreichten. Zwischen dem Behandlungsende (t2) und der Ein-Jahres-Katamnese (t3) fand sich eine weitere Verbesserung der interpersonalen Probleme, welche sich jedoch lediglich in einer geringen Effektstärke widerspiegelt ( $d=0,06$ ). Dies bedeutet, dass sich die Patienten interpersonell, im Gegensatz zur symptomatischen Belastung, noch über das Behandlungsende hinaus verbesserten. Die Veränderungen zwischen der Aufnahme (t0) und den anderen Messzeitpunkten (t1,2,3) waren statistisch signifikant ( $p < 0,001$ ).

Die gefundenen Effektstärken im symptomatischen Bereich sind vergleichbar mit denen großer Metaanalysen (u.a. Grawe et al. 1994, Shapiro, Stiles 1982) und mit Studien, die in vergleichbarem stationären Setting durchgeführt wurden (Beutel et al. 2005, Franke et al. 2006, Franz et al. 2000, Haase et al. 2008, Junge, Ahrens 1996, Mestel et al. 2000, Sack et al. 2003). In Bezug auf die interpersonalen Veränderungen sind die Effektstärken mit den Untersuchungen von Junge und Ahrens (1996), Haase (et al. 2008) sowie Franz (et al. 2000) vergleichbar, die ebenfalls zum Behandlungsende höchstens mittlere Effektstärken ermittelten

( $d= 0,29$  bis  $0,54$ ). Allerdings sind niedrigere Effektstärken im interpersonalen Bereich laut Junge und Ahrens (1996) nicht verwunderlich, da die Therapie eine fokussorientierte Behandlung ist und die Veränderungen somit eher im symptomatischen Bereich (SCL-90-R) zu verzeichnen sind. Des Weiteren ist es nach Schmelling-

Kludas (1999) nicht das Behandlungsziel, den Patienten „geheilt“ zu entlassen, sondern ihm vielmehr während des stationären Aufenthalts eine Einsicht über seine Problematik zu ermöglichen. Diese vom Patienten erworbenen Einsichten und Strategien, lernt er erst nach Beginn der Therapie in seinem sozialen Umfeld anzuwenden. Dies könnte eine Erklärung für die positiven interpersonalen Veränderungen über den Behandlungsverlauf hinaus sein. Generell erfreulich war, dass der Therapieerfolg auch ein Jahre nach Entlassung stabil war. Bei der Interpretation der Nachhaltigkeit der Therapie ist jedoch zu berücksichtigen, dass im Zeitraum zwischen Behandlungsende und der Ein-Jahres-Katamnese möglicherweise therapeutische Anschlussangebote genutzt wurden. Dies wurde bei der Ein-Jahres-Katamnese nicht berücksichtigt, was eine Limitation der Aussagekraft der Ergebnisse bedeutet. Des Weiteren können aufgrund der große Anzahl an Patienten, die nicht an der Ein-Jahres-Katamnese teilnahmen, (dropout=56%) sowie dem Fehlen eines Kontrollgruppendesigns (z.B. unbehandelte oder mit Placebo behandelte Patienten) die reinen Behandlungseffekte niedriger ausfallen (Grawe et al. 1994).

## **7.2. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 2**

Bei der zweiten Fragestellung wurde nach Effekten zwischen den unterschiedlichen Diagnosegruppen gesucht, da störungsspezifische Untersuchungen nur in ungenügender Anzahl vorhanden sind (Leichenring 2002, Rudolf et al. 2004).

Bereits zur Aufnahme (t<sub>0</sub>) konnten statistisch signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ) zwischen den sieben Diagnosegruppen in der Symptomatik ermittelt werden. So befanden sich die Patienten mit einer schweren depressiven Erkrankung (T= 69,9), Belastungsreaktion/ Posttraumatischen Belastungsstörung/ Anpassungsstörung (T= 68,4) oder einer Somatisierungsstörung (T= 69,8) im deutlich erhöhten pathologischen Symptombereich. Bereits vier Wochen nach Beginn der Therapie (t<sub>1</sub>) ließen sich in allen Diagnosegruppen Verbesserungen der symptomatischen Belastung ermitteln. Lediglich die Gruppe der Patienten, die an einer schweren Depression litten, gab vier Wochen nach Beginn der Therapie (t<sub>1</sub>) an, noch eine deutliche symptomatische Belastung zu verspüren (T= 67,2). Auch vier Wochen nach Beginn der Therapie unterschieden sich die Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer Symptomatik statistisch signifikant ( $p < 0,001$ ). Lediglich die Gruppe der schwer depressiven Patienten gab zum Behandlungsende (t<sub>2</sub>) an, sich noch im pathologischen

Symptombereich zu befinden ( $T= 61,4$ ). Zum Zeitpunkt der Ein-Jahres-Katamnese ( $t_3$ ) unterschieden sich die Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer symptomatischen Belastung statistisch signifikant ( $p < 0,001$ ). Zur Ein-Jahres-Katamnese können die erzielten Veränderungen als stabil bezeichnet werden, da nur Patienten, die an einer schweren depressiven Erkrankung ( $T= 61,5$ ) bzw. an einer Somatisierungsstörung ( $T= 60,9$ ) litten, im pathologischen Symptombereich lagen.

Bei der Betrachtung der Effektstärken wird deutlich, dass Patienten mit einer schwer depressiven Symptomatik ( $d= 0,27$ ) sowie phobischen Störung, Panikstörung oder generalisierten Angststörung ( $d= 0,34$ ), während der ersten vier Wochen stationärer Behandlung ( $t_0 - t_1$ ) nur im geringen Maße hinsichtlich ihrer symptomatischen Belastung von der Therapie profitieren. Zum Entlassungszeitpunkt zeigten die Patienten aller Diagnosegruppen hohe Effektstärken, wobei die Patienten mit einer Essstörung ( $d= 1,41$ ), Belastungs-, Anpassungs- und posttraumatischen Belastungsstörung ( $d= 1,56$ ) sowie leichten bis mittelgradigen Depression ( $d= 1,27$ ), im besonders hohen Maße von der Behandlung profitierten. Bei der Betrachtung der klinischen Signifikanz zeigte sich, dass fast 50% der schwer depressiven Patienten sowie 35% der Patienten mit einer Somatisierungsstörung sich im pathologischen Symptombereich befanden, d.h. dass die Hälfte bzw. ein Drittel der Patienten dieser Diagnosegruppen nicht von der Therapie profitieren konnten.

Somit können die von Rudolf et al. (2004) sowie Fliege et al. (2002) gefundenen Ergebnisse bestätigt werden, dass Patienten, die an einer somatoformen Symptomatik leiden, nur in geringem Maß von der Therapie profitieren können. Allerdings gaben lediglich 25% der Patienten, die an einer genauer bezeichneten somatoformen Störungen litten an, nicht von der Therapie profitiert zu haben. Des Weiteren wurden hohe Effektstärken zwischen Aufnahme ( $t_0$ ) und dem Behandlungsende ( $t_2$ ) ermittelt. Rief et al. (1992) berichtete in diesem Zusammenhang, dass die SCL-90-R zwischen Angst- und depressiven Patienten gut diskriminiert. Allerdings besitzt die SCL-90-R eine geringe Sensitivität für somatoforme Störungen. Dies bedeutet, dass eventuell die Patienten, die an einer genauer bezeichneten somatoformen Störung litten, nur unzureichend bzgl. wichtiger Symptome befragt wurden. Dies würde erklären warum Patienten, die an einer genauer bezeichneten somatoformen Störungen litten, lediglich niedrigere Ausprägungen im GSI zeigten. 40% dieser Patienten befanden sich sogar zum Behandlungsbeginn ( $t_0$ ) im Normbereich und somit nicht symptomatisch belastet.

Daraus lässt sich ableiten, dass die Verwendung des GSI als Veränderungsmaß in der Psychotherapieergebnisforschung, bei somatoformen Störungen zu Fehlinterpretationen führen kann.

Nur die Hälfte aller schwer depressiven Patienten konnte von der Behandlung profitieren. Die Schwere der Symptomatik scheint also bei dieser Art der Psychotherapie eine gravierende Rolle zu spielen, da bei Patienten, die an einer leichten bis mittelgradig ausgeprägten Depression litten, bessere Effekte erzielt wurden ( $d_{t_0-t_2} = 1,27$ ). Dennoch muss angemerkt werden, dass allein die Schwere der Symptomatik nicht ausschlaggebend für den Therapieerfolg war, denn immerhin 50% der schwer depressiven Patienten profitierten von der Behandlung. Somit kann die Aussage von Mohr (1995) bestätigt werden, dass Patienten, die an einer schweren Symptomatik leiden, unter Umständen sogar besser von der Therapie profitieren können.

Die Berechnung der interpersonalen Veränderung über den zeitlichen Verlauf ergab, dass sich die Patienten der unterschiedlichen Diagnosegruppen statistisch signifikant zu den verschiedenen Messzeitpunkten ( $t_0 - t_3$ ) unterschieden ( $p < 0,01$ ). Zum Aufnahmezeitpunkt ( $t_0$ ) gaben die Patienten mit einer schweren depressiven Symptomatik ( $II-P_{Roh} = 1,87$ ) die deutlichsten interpersonale Probleme im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen an. Vier Wochen nach Beginn ( $t_1$ ) der Therapie gaben Patienten aus sechs der sieben Diagnosegruppen Verbesserungen ihrer interpersonalen Probleme an. Lediglich die Patienten, die an einer Somatisierungsstörung ( $IIP-C_{Roh} = 1,61$ ) litten, gaben eine Verschlechterung ihrer interpersonalen Probleme an. Zwischen der Messung vier Wochen nach Beginn der Therapie sowie dem Behandlungsende ( $t_2$ ) waren die interpersonalen Veränderungen am deutlichsten. Lediglich die Patienten, die an einer schweren depressiven Erkrankung litten, befanden sich im Durchschnitt noch im auffälligen Bereich (Wuchner et al. 1993). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass sich Patienten mit depressiven Störungen und Angststörungen im Vergleich mit den Patienten der anderen Störungsgruppen zu Therapiebeginn vorsichtiger, vermeidender und durchsetzungsgeminderter zeigten. Im Therapieverlauf gewannen diese Patienten die Fähigkeit zur Auseinandersetzung (IIP-C, introvertiert-sozial vermeidend (fg)). Im Therapieverlauf nahm die Introversion der schwer depressiven Patienten weiter ab, die Patienten gingen zunehmend mehr aus sich heraus. Dies gilt nicht nur für die Gruppen der schwer depressiven Patienten sondern in ähnlichem Umfang auch für die Patienten der anderen Diagnosegruppen. Vom Behandlungsende ( $t_2$ ) bis zur Ein-

Jahres-Katamnese (t3) gaben Patienten aus fünf der sieben Diagnosegruppen an, noch über den Behandlungsverlauf hinaus, Verbesserungen im interpersonalen Bereich erfahren zu haben. Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass die Patienten der unterschiedlichen Diagnosegruppen, nachhaltig im interpersonalen Bereich von der Behandlung profitieren.

### **7.3. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3**

Die dritte Fragestellung untersuchte, welchen Einfluss interpersonale Veränderungen während der Therapie auf den Therapieerfolg bzw. auf deren Nachhaltigkeit haben. Dieser Fragestellung wurde mithilfe einer Diskriminanzanalyse nachgegangen, wobei die Patienten in zwei Gruppen unterteilt wurden. Die erste Gruppe schloss Patienten, die während der Therapie eine Verbesserung bzw. eine nicht pathologische Symptomatik zum Beginn der Behandlung (t0) sowie zur Entlassung bzw. Ein-Jahres-Katamnese aufwiesen, ein. In die zweite Gruppe wurden alle Patienten, die entweder eine Verschlechterung bzw. keine Veränderung ihrer pathologischen Symptomatik angaben, einbezogen.

In Hypothese 3.1 gingen die Autoren davon aus, dass die Patienten, die während der ersten vier Wochen stationärer Behandlung keine Veränderung bzw. eine Verschlechterung ihrer interpersonalen Probleme erfuhren, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht von der Therapie profitieren konnten.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden, da mithilfe der Diskriminanzanalyse ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden gebildeten Therapieerfolgs- bzw. Therapiemisserfolggruppen bzgl. der interpersonalen Veränderung während der ersten vier Wochen Psychotherapie nachgewiesen werden konnte ( $p < 0,001$ ). Die Gruppenzuordnung erfolgte somit nicht zufällig. Die Patienten der Therapieerfolgsgruppe gaben zur Aufnahme ( $IIP-C_{Roh} = 1,47$ ) sowie vier Wochen später ( $IIP-C_{Roh} = 1,35$ ) ein geringeres Ausmaß interpersonaler Probleme als die Patienten aus der Gruppe des Therapiemisserfolgs an. Des Weiteren gaben 83% der Patienten der Misserfolgsgruppe an bereits Psychotherapievorerefahrung zu haben, wohingegen 50% der Patienten der Erfolgsgruppe Psychotherapievorerefahrung hatten.

In Hypothese 3.2. gingen die Autoren davon aus, dass die Patienten, die während des gesamten stationären Aufenthalts keine Veränderung bzw. eine Verschlechterung ihrer interpersonalen Probleme erfuhren, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht nachhaltig von der Therapie profitieren können.

Diese Hypothese konnte bestätigt werden, da mithilfe der Diskriminanzanalyse ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden gebildeten Therapieerfolgs- bzw. Therapiemisserfolgsgruppen bzgl. der interpersonalen Veränderung über den Therapieverlauf nachgewiesen wurde ( $p < 0,001$ ). Die Patienten der Therapieerfolgsgruppe gaben zur Aufnahme ( $IIP-C_{Roh} = 1,47$ ) sowie zur Entlassung ( $IIP-C_{Roh} = 1,13$ ) ein deutlich geringeres Ausmaß interpersonaler Probleme an.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung korrespondieren mit den Ergebnissen anderer Autoren (u.a. Mohr 1995, Eckert, Strauß 1993, Schaefer et al. 2008), die einen ähnlichen Zusammenhang nachweisen konnten.

Hauptsächlich wird vermutet, dass Patienten, die keine Veränderungen ihrer interpersonalen Probleme während der Therapie erfahren, sehr introvertiert, schüchtern sowie distanziert sind (Schaefer et al. 2008). Diesen Patienten fällt es in der Therapie, die größtenteils gruppentherapeutische Elemente beinhaltet, höchstwahrscheinlich sehr schwer sich anderen gegenüber zu öffnen und auf die anderen Patienten zuzugehen. Dies könnte dann eine Frustration der betroffenen Patienten zur Folge haben, da sie nicht an den eigenen Problemen arbeiten können und sich dadurch noch weiter zurückziehen. Mithilfe einer Zwischenmessung wie in dieser Untersuchung wäre es möglich Patienten, die keine interpersonalen Verbesserungen erzielen, frühzeitig dem Therapeuten rückzumelden, um einem Therapiemisserfolg vorzubeugen.

#### **7.4. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 4.**

In der vierten Fragestellung wurde der von verschiedenen Autoren (u. A. Clarkin, Levy 2004, Stevensenson, Meares 1992) berichtete prognostische Einfluss einer Persönlichkeitsstörung auf den Behandlungserfolg untersucht. Dieser Fragestellung wurde ebenfalls (Siehe Kap. 7.3.) mithilfe einer Diskriminanzanalyse nachgegangen, wobei die Patienten ebenfalls in zwei Gruppen unterteilt wurden (Therapieerfolg vs. Therapiemisserfolg). Die angenommene Hypothese konnte allerdings nicht bestätigt werden, da

mit-hilfe der Diskriminanzanalyse kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden gebildeten Therapieerfolgs- bzw. Therapiemisserfolggruppen bzgl. dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ermittelt wurde ( $p < 0,51$ ). Somit konnte kein Zusammenhang zwischen der Gruppenzuordnung in Therapieerfolg bzw. Misserfolg anhand des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung ermittelt werden.

Für dieses Ergebnis können unterschiedliche Gründe verantwortlich sein, wie z.B. die bereits im Kapitel 3.2.3.3. erläuterten Unterschiede in der Nosologie einer Persönlichkeitsstörung (Dammann et al. 2000). Des Weiteren wurden in der vorliegenden Untersuchung die ICD-10-Diagnosen anhand von Anamnesen ermittelt und nicht mit Hilfe eines validierten sowie standardisierten psychodiagnostischen Instruments, wie z.B. das strukturierte klinische Interview nach DSM IV (SKID, Wittchen et al. 2000). Folglich war die Diagnosevergabe beeinflusst von der subjektiven Einschätzung sowie Erfahrung des Klinikers, so dass die Gesamtzahl der Patienten, die neben einer Diagnose auf der symptomatischen Ebene ebenfalls an einer Persönlichkeitsstörung leiden, verfälscht sein könnte.

## **8. Zusammenfassung**

Im Ergebnis der Auswertung der vorliegenden Daten kann die allgemeine Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung als gesichert bezeichnet werden. Zur standardisierten psychometrischen Evaluation von Psychotherapiepatienten gehört unter anderem die Erfassung der symptomatischen Belastung sowie der interpersonalen Probleme mit Hilfe von Selbsteinschätzungsfragebögen. In der vorliegenden Arbeit wurde geprüft, ob sich diagnosespezifische Unterschiede bzgl. des Behandlungserfolgs finden lassen, und ob interpersonale Veränderungen während des therapeutischen Prozesses ein Prädiktor für die Nachhaltigkeit stationärer Intervention sind.

In der vorliegenden Arbeit wurden 237 Patienten, die in der psychosomatischen Akutabteilung des Fachkrankenhauses Jerichow untersucht wurden, einbezogen. Die Patienten wurden zu vier Messzeitpunkten (Aufnahme (t0), vier Wochen später (t1), Behandlungsende (t2) sowie Ein-Jahres-Katamnese (t3)) mithilfe der SCL-90-R, dem IIP-C, der PsyBaDo sowie dem STAT evaluiert.

Bereits im Zeitraum zwischen der Aufnahme (t0) und vier Wochen später (t1), konnten mittlere Effektstärken im symptomatischen Bereich ermittelt werden (GSI-Wert der SCL-90-R). Die symptomatischen Veränderungen steigerten sich zum Behandlungsende (t2) und erreichten hohe Effektstärken. Zur Ein-Jahres-Katamnese (t3) konnte eine Abnahme der Effektstärken ermittelt werden. Die interpersonalen Veränderungen zwischen dem Behandlungsbeginn (t0) und der Entlassung (t2) bewegten sich im mittleren Effektstärkenbereich. Zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen konnten statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der symptomatischen sowie der interpersonalen Veränderungen ermittelt werden ( $p < 0,001$ ).

Die im Verlauf ermittelten Veränderungen zeigen, dass eine stationäre Therapie bei verschiedenen Diagnosegruppen als erfolgreich eingestuft werden kann. Insbesondere die Veränderungen im Bereich interpersonaler Probleme eignen sich somit als Prädiktor für den Behandlungserfolg bei tiefenpsychologisch behandelten Patienten.

Deshalb ist es weiterhin notwendig, solche qualitätssichernden Maßnahmen in der begleitenden Evaluation psychotherapeutischer Erkrankungen anzuwenden.

## 9. Literaturverzeichnis

1. Ahrens, S.: Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin. Schattauer. Stuttgart 1997.
2. Atkinson, D.R., Schein, S.: Similarity in counselling. Counseling Psychologist 14. 319-354 (1986)
3. Assmann, J.P.: Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Ergebnis teilstationärer gruppentherapeutischer Behandlung. Krankenhauspsychiatrie 17. 160-164 (2006)
4. Bänninger-Huber, E.: Stiefkind Prozessforschung. Deutsches Ärzteblatt 4. 153-154 (2004)
5. Bassler, M., Hoffmann, S.O.: Vergleich des therapeutischen Prozesses bei Angst- und chronischen Schmerzpatienten im Rahmen von psychoanalytisch fundierter stationärer stationärer Psychotherapie. In: H. Speidel, B. Strauss (eds.): Zukunftsaufgaben der stationären Psychotherapie. pp. 389-405. Springer Heidelberg 1989.
6. Bassler, M., Hoffmann S.O.: Psychoanalytisch fundierte stationäre Psychotherapie bei Angstpatienten – ein Vergleich der therapeutischen Wirksamkeit bei generalisierter Angststörung, Agoraphobie und Panikstörung. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 44. 217-225 (1994)
7. Bassler, M., Hoffmann, S.O.: Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. Bericht über die „Mainzer Werkstatt“ zur empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. Psychotherapeut 39. 174-176 (1994b)
8. Bassler, M., Potratz, B., Krauthauser, H.: Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 40. 23–32 (1995)
9. Becker, P., Jürgensen, R., Rüdell, H.: Eignen sich die SCL-90-R sowie drei Persönlichkeitsfragebogen für die Differentialdiagnostik von Patienten aus unterschiedlichen diagnostischen Kategorien? Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 31. 272-383 (2002)
10. Beutel, M.F., Ademmer, K., Rasting, M.: Affekte Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten. Psychotherapeut 50. 100-106 (2005a)

11. Beutel, M. F., Höflich, A., Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Leweke, F., Milch, W.E.; Reimer, C.: Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie – Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 51. 145-162 (2005b)
12. Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., Wong, E.: Therapist Variables. In M.J. Lambert (eds). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. pp. 227-306. John Wiley & Sons New York 2004.
13. Bonde, I.C.: Effekte der Auswahl von Psychotherapiematerial auf Ergebnisse der Prozessforschung. Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. unveröffentlichte Dissertation Düsseldorf (2005)
14. Brähler, E., Scheer, J.W.: Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). Huber Bern 1983.
15. Bückers, R., Kriebel, R. & Paar, G. H.: Der "geschickte" Patient in der psychosomatischen Rehabilitation - Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung und Behandlung von fremdmotivierten Patienten. Rehabilitation 40. 65-71 (2001)
16. Clarkin, J. F., Levy, K.N.: The Influence of Client Variables on psychotherapy. In: M.J. Lambert (eds). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. pp. 194 - 226. John Wiley & Sons New York 2004.
17. Cohen, J.: Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Academic Press New York 1988.
18. Crits-Christoph, P., Mintz, J.: Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. J. of Consult. Clin. Psychol. 59. 20-26 (1991)
19. Dahlmann, W.: Was ist „psychosomatisch“? In: H. Neun (eds): Psychosomatische Einrichtungen. pp. 17-21. Vandenhoeck & Rupprecht Göttingen 1994.
20. Dammann, G., Clarkin, J.F., Kächele, H.: Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In: O.F. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (eds): Handbuch der Borderline-Störungen. pp. 701-730. Schattauer Stuttgart 2000.
21. Derogatis, L.R.: SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual—for the R (evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine Baltimore 1977.

22. Deter, H.C., Sameith, W., Maroska, U., Ferner, H., Reindell, A.: Katamneseergebnisse von 64 Patienten – Fünf Jahre nach der stationären psychosomatischen Behandlung. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 32. 231-248 (1986)
23. Diehl, J.M. & Arbinger, R.: Einführung in die Inferenzstatistik. Dietmar Klotz GmbH Frankfurt a.M. 1992.
24. Donaubaueer, B., Wosgien, M., Rosin, U. & Wilmers, F.: Früher und später Abbruch stationärer Psychotherapie. In M. Bassler (eds): Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie. pp. 50-64. Psychosozial Gießen 2001.
25. Eckert, J., Straus, B.: Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie. Gruppenpsychother Gruppensyndyn 29. 227–94 (1993)
26. Eysenck, H. F.: The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 16. 319-324 (1952)
27. Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., Klapp, B.F.: Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 52. 47-55 (2002)
28. Franke, G.H.: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version-Manual 2.Vol. Beltz Göttingen 2002.
29. Franke, G. H., Hoffmann, T., Frommer, J.: Die entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn der Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese – Eine Studie zur stationären psychodynamischen Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 51. 360-372 (2005)
30. Franz, M., Janssen, P, Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G.: Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 46. 242-258 (2000)
31. Garfield, S.L.: Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (eds): Handbook of psychotherapy and behavior change. Vol. 4. pp. 190-228. John Wiley & Sons, Inc. New York 2004.
32. Glass, G.V., McGaw, B., Smith, M.L.: Meta-analysis in social research. Sage Publications London 1978.

33. Grawe, K.: Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 43. 132-162 (1992)
34. Grawe, K.: Research informed psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7. 1-19 (1997)
35. Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe Göttingen 1994.
36. Greenspan, M., Kulish, N.M.: Factors in premature termination in long term psychotherapy. *Psychotherapy* 22. 75-82 (1985)
37. Haase, M., Franke, G. H., Hoffmann, T., Schulze, J., Jäger, S., Grabe, H.J., Spitzer, C., Schmitz, N., Frommer, J.: From Symptom Relief to Interpersonal Change: Treatment Outcome and Effectiveness in Inpatient Psychotherapy. *Psychotherapy Research* 18. 615-624 (2008)
38. Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M., Brähler, E.: Symptom-Checkliste SCL-90-R. Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 47. 27-39 (2001)
39. Heuft, G., Senf, W., Bell, K., Cording, C., Geyer, M., Janssen, P.L., Lamprecht, F., Meermann, R., Strauß, B. & Wirsching, M.: *Psy-Ba-Do. Kernmodul einer Basisdokumentation in der Fachpsychotherapie*. *Psychotherapeut* 43. 48-52 (1998)
40. Hill, C.E., Lambert, M.J.: Methodological Issues in studying Psychotherapy Processes and Outcome. In M.J. Lambert (eds): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Vol. 5. pp. 84-135. John Wiley & Sons, Inc. New York 2004.
41. Hörhold, M., Klapp, B. F.: Testungen der Invarianz und der Hierarchie eines mehrdimensionalen Stimmungsmodells auf der Basis von Zweipunkterhebungen an Patienten- und Studentenstichproben. *Zeitschrift für medizinische Psychologie* 2. 27-35 (1993)
42. Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H.: *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. 2.Vol. Beltz Weinheim 2000.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D.: Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behaviour Therapy* 15. 336-352 (1984)

43. Jacobson, N.S., Truax, P.: Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J. Consult. Clin. Psychol.* 59. 12-19 (1991)
44. Junge, A., Ahrens, S.: Stationäre psychosomatische Behandlung, Patientenmerkmale und Behandlungserfolg. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 46. 430-437(1996)
45. Joyce, A.S., Piper, W.E.: Expectancy, the Therapeutic Alliance, and Treatment Outcome in Short-Term Individual Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 7. 236-248 (1998)
46. Kächele, H., Oerter, U., Scheytt-Hölzer, N., Schmidt, H.U.: Musiktherapie in der deutschen Psychosomatik- Krankenversorgung, Weiterbildung und Forschung. *Psychotherapeut* 48. 155-165 (2003)
47. Kiesler, D.J.: Interpersonal theory for personality and psychotherapy. In J.C. Anchin, D.J. Kiesler (eds.): *Handbook of interpersonal psychotherapy*. pp. 3-24. Pergamon New York 1982.
48. Kiesler D.J.: Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol. Bull.* 65. 110–136 (1966)
49. Körner, G.: Unterschiede im Behandlungsverlauf stationärer psychodynamischer Psychotherapie von Patienten mit Angststörungen, Depressionen und somatoformen Störungen, Diplomarbeit, Fachbereich Psychologie Universität Magdeburg 2006
50. Konzag, T.A., Fikentscher, E., Greulich, U.B.: Vernetzte Evaluierung von Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Psychotherapie. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 50. 1-8 (2000)
51. Kordy, H., Kächele, H.: Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: T. Uexküll (eds): *Psychosomatische Medizin*.Vol.5. pp. 490-501, Urban & Schwarzenberg München 1996
52. Künzel, R.: Therapiemotivation – eine psychologische Ergänzung des soziologischen Labeling-Ansatzes. Medizinische Fakultät Bochum. unveröffentlichte Dissertation Universität Bochum (1979)

53. Lambert, M.J.: Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J.C Norcross, M.R. Goldfried (eds): Handbook of psychotherapy integration. pp. 94-129. Basic Books New York 1992.
54. Lambert, M.J., Ogles, B.M.: The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: M.J. Lambert (eds). Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. pp. 139-193. John Wiley & Sons New York 2004.
55. Lang, T., Hoyer, J.: Klinische Untersuchungsverfahren. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 32. 332-334 (2003)
56. Leichsenring, F.: Zur Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Psychotherapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung der Evidence-Based Medicine. Z. Psychosom. Med. Psychother. 48. 139-162 (2002)
57. Luborsky, L., Singer, B., Luborky, L.: Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Arch. Gen. Psychiatry 32 995-1008 (1975)
58. Mehnert, F., Petrowski, K., Joraschky P.: Therapeut-Patient-Bindungsstruktur-Passung im Kontext von Psychotherapie und Therapieerfolg. Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 57. A054 (2007).
59. Mestel, R., Erdmann, A., Schmid, M., Klingelhöfer, J., Stauss, K., Hautzinger, M.: 1-3-Jahres-Katamnese bei 800 depressiven Patienten nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation. In M. Bassler (eds): Leitlinienstationärer Psychotherapie - Pro und Contra. pp. 243-273. Psychosozial-Verlag Gießen 2000.
61. Mohr, D.C.: Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. Clin. Psychology, Science and Practice 2. 1-27 (1995)
62. Mosheim, R., Zachhuber, U., Scharf, L., Hofmann, A., Kemmler, G., Danzl, C., Kinzel, J., Biebl, W., Richter, R.: Bindung und Psychotherapie. Bindungsqualität und interpersonale Probleme von Patienten als mögliche Einflussfaktoren auf das Ergebnis stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut 45. 223-229 (2000)
63. Muthny, F.A.: Lebenszufriedenheit bei koronarer Herzkrankheit: ein Vergleich mit anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen. In M. Bullinger, M. Ludwig, N. Steinbuechel (eds): Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Grundlagen, Messverfahren und Ergebnisse. pp. 196-210. Hogrefe Göttingen 1991.

64. Nübling, R., Schmidt, J.: Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In: A.R. Laireiter, H. Vogel (eds): Qualitätssicherung in der Psychotherapie, und psychosozialen Versorgung Ein Werkstattbuch. pp. 49-74. dgvt Verlag Tübingen 1998.
65. Paar, G.H., Kriebel, R.: Stationäre Psychotherapie in der Psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland. *Psychotherapeut* 43. 310- 315 (1998)
66. Riedel, W.P.: Therapiemotivation und Therapieerfolg im stationären Heilverfahren Ergebnisse einer katamnesischen Untersuchung. In: A. Hellwig, M. Schoof (eds.). *Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik*. pp. 162-176. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen 1990.
67. Rosenzweig, S.: Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am. J. Orthopsychiatry* 6. 412-415 (1936)
68. Rüger, U.: 7-Jahres- Katamnese nach Abschluss einer analytischen Gruppenpsychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 37. 361-374 (1991)
69. Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R., Schumann, E.: Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 50. 37-52 (2004)
70. Russel, R.L., Orlinsky, D.E.: Psychotherapy research in historical perspective. Implications for mental health care policy. *Arch. Gen. Psychiatry* 53. 708-715 (1996)
71. Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F., Schmidt-Ott, G.: Therapieziele und Behandlungserfolg. Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 49. 63-73 (2003)
72. Schaefer, A., Gieler, U., Kurth, R., Brosig, B., Leweke, F., Milch, W.E., Reimer, C., Beutel, M.E.: Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors. *J Psychosom Res.* 65. 329-36 (2008)
73. Schauenburg, H., Sammet, I., Strack, M.: Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie. *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 47. 380-395 (2001)
74. Schauenburg, H., Sammet, I.: Der Stationserfahrungsbogen - SEB. Fragebogen zur Erfassung des Verlaufes stationärer Psychotherapie. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 49. 476-483 (1999)

75. Schauenburg, H., Strack, M.: Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 48. 257-264 (1998)
76. Schepank, H.: BSS – Der Beeinträchtigungsschwerescore. Beltz Test Göttingen 1995.
77. Schmeling-Kludas, C.: Fachliche und rechtliche Aspekte zur Abgrenzung einer Krankenbehandlung im Gebiet „Psychotherapeutischer Medizin“ von der Psychosomatischen Rehabilitation. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 49. 312-15 (1999)
78. Schmitz, N., Davies-Osterkamp, S.: Klinische und statistische Signifikanz – diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica* 43. 80-96 (1997)
79. Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L., Tetzlaff, M.: Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt* 70. 240-249 (1999)
80. Schumacher, J.: Das Überschreiten des Rubikon: Willensprozesse und deren Bedeutung für Therapie und Rehabilitation. In H. Schröder, W. Hackhausen (eds.): *Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation*. pp. 1-15. Verlag für Akademische Schriften Frankfurt a.M. 2001.
81. Shapiro, D. A., Shapiro D.: Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin* 92. 581-604 (1982)
82. Stevenson, J., Meares, R.: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 149. 358-362 (1992)
83. Strauß, B.: Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 51. 425-429 (2001)
84. Streek, U., Ahrens, S.T.: Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie. In: S.T. Ahrens (eds.): *Lehrbuch für Psychotherapeutische Medizin*. pp. 615-623. Schattauer Stuttgart 1997.
85. Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U, Jürgensen, R., Rüdell, H.: Ein-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 49. 114-130 (1999)

86. Svartberg, M., Stiles, T.C.: Comparative Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. *J. Consult. Clin. Psychol.* 59. 704-714 (1991)
87. Von Rad, M., Senf, W.: Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin. In: T. V. Uexküll (eds). *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*. Vol.3. pp. 361-378. Urban & Schwarzenberg München 1986.
88. Von Wietersheim, J., von Malewski, P., Jäger, B., Köpp, W., Gitzinger, I., Köhler, P., Grabhorn, R.: Der Einfluss von stationärer psychodynamischer Psychotherapie auf Persönlichkeitsmerkmale von Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Ergebnisse der multizentrischen Essstörungsstudie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 47. 366-379 (2001)
89. Wendisch, M.: Therapieziele- Unterschiede im stationären und ambulanten Setting. In: H. Ambühl, B. Strauß (eds): *Therapieziele*. pp. 293-317. Hogrefe Göttingen 1999.
90. World Health Organization (WHO): *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. World Health Organization Geneva 1993.

## 10. Anhang

### 10.1. Tabellen

		<b>Seite</b>
Tabelle 1	Soziodemographische Übersicht der Patientenstichprobe	93
Tabelle 2	Erstdiagnose (ICD-10 Symptomebene) bei Aufnahme	94
Tabelle 3	Zweitdiagnose (ICD-10) bei Aufnahme	95
Tabelle 4	Dritt-diagnose (ICD-10) bei Aufnahme	97
Tabelle 5	Symptomatische Beschwerden (SCL-90-R) zu verschiedenen Messzeitpunkten (t0-t3)	99
Tabelle 6	Effektstärken der SCL-90-R Skalen	100
Tabelle 7	Interpersonale Beschwerden (IIP-C) zu verschiedenen Messzeitpunkten (t0-t3)	101
Tabelle 8	Effektstärken der IIP-C Skalen	102
Tabelle 9	Skala Somatisierung (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	103
Tabelle 10	Skala Zwanghaftigkeit (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	104
Tabelle 11	Skala Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	105
Tabelle 12	Skala Depressivität (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	106
Tabelle 13	Skala Ängstlichkeit (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	107
Tabelle 14	Skala Aggressivität (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	108
Tabelle 15	Skala Phobische Angst (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	109
Tabelle 16	Skala Paranoides Denken (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	110
Tabelle 17	Skala Psychotizismus (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	112

		<b>Seite</b>
Tabelle 18	Skala GSI (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	113
Tabelle 19	Skala PSDI (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	114
Tabelle 20	Skala PST (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	115
Tabelle 21	Skala autokratisch/dominant (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	116
Tabelle 22	Skala streitsüchtig/konkurrierend (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	117
Tabelle 23	Skala abweisend/kalt (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	118
Tabelle 24	Skala introvertiert/sozial vermeidend (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	119
Tabelle 25	Skala selbstunsicher/unterwürfig (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	120
Tabelle 26	Skala ausnutzbar/nachgiebig (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	121
Tabelle 27	Skala fürsorglich/freundlich (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	122
Tabelle 28	Skala expressiv/aufdringlich (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	123
Tabelle 29	IIP-C Gesamtrohwert (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten	124

**Tabelle 1:** Soziodemographische Übersicht der Patientenstichprobe

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>Prozent</b>
<b>Alter</b>	<b>41.72 Jahre</b>	
Standardabweichung	12.34 Jahre	
jüngster Proband	18 Jahre	
ältester Proband	66 Jahre	
<b>Geschlecht</b>		
Männlich	72	30.4%
Weiblich	165	69.6%
<b>Gesamt</b>	<b>237</b>	<b>100.0%</b>
<b>Familienstand</b>		
Ledig	68	28.7%
ledig in fester Partnerschaft	28	11.8%
Verheiratet	102	43.0%
Geschieden	29	12.3%
Verwitwet	10	4.2%
Missing	0	0.0%
<b>Anzahl der Kinder</b>		
Kinderlos	79	33.3%
1 Kind	54	22.8%
2 Kinder	69	29.1%
> = 3 Kinder	35	14.8%
Missing	0	0.0%
<b>Schulabschluss</b>		
Hauptschulabschluss	57	24.1%
Realschulabschluss	87	36.7%
Abitur - Studium	69	29.1%
Sonstige (noch in der Schule, kein Schulabschluss, Sonderschulabschluss)	24	10.1%
Missing	0	0.0%
<b>Berufsabschluss</b>		
Noch in der Ausbildung	12	5.4%
Lehre	130	54.9%
Hochschulabschluss	49	20.7%
Sonstige	46	19.0%
Missing	0	0.0%
<b>Aufenthaltsdauer</b>		
Mittelwert	60.50	
Standardabweichung	25.69	
Range	8-128 Tage	

**Tabelle 2:** Erstdiagnose (ICD-10 Symptomebene) bei Aufnahme

	<b>Erstdiagnose</b>		
<b>Signierung</b>	<b>Inhalt</b>	<b>N</b>	<b>Prozente</b>
<b>F10- F19</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen</b>	<b>2</b>	<b>0.84%</b>
F10.2	Abhängigkeitssyndrom	2	0.84%
<b>F30- F39</b>	<b>Affektive Störungen</b>	<b>70</b>	<b>29.54%</b>
F30.0	Hypomanie	1	0.42%
F32.0	leichte depressive Episode	1	0.42%
F32.1	mittelgradige depressive Episode	41	17.30%
F32.2	schwere Depressive Episode	2	0.84%
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	1	0.42%
F33.1	mittelgradige depressive Episode	12	5.06%
F33.2	rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne Psych	1	0.42%
F33.3	rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit Psych	2	0.84%
F34.1	Dysthymia	9	3.80%
<b>F40- F49</b>	<b>Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	<b>153</b>	<b>64.56%</b>
F40.0	Agoraphobie	2	0.84%
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	1	0.42%
F40.1	soziale Phobie	3	1.27%
F41.0	Panikstörung	9	3.80%
F41.1	generalisierte Angststörung	10	4.22%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	21	8.86%
F41.3	andere gemischte Angststörung	5	2.11%
F42.1	vorwiegend Zwangshandlungen	1	0.42%
F43.0	akute Belastungsreaktion	4	1.69%
F43.1	posttraumatische Belastungsreaktion	1	0.42%
F43.2	Anpassungsstörungen	27	11.39%
F43.22	Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt	1	0.42%
F43.24	Anpassungsstörung, vorherrschende Störung des sozial Verhalte	1	0.42%
F44.4	dissoziative Bewegungsstörungen	2	0.84%
F45.0	Somatisierungsstörung	38	16.03%
F45.1	undifferenzierte Somatisierungsstörung	1	0.42%
F45.2	hypochondrische Störung	2	0.84%
F45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung	7	2.95%
F45.32	somatoforme autonome Funktionsstörung, unter Gastrointestini	2	0.84%
F45.4	anhaltenden somatoforme Schmerzstörung	14	5.91%
F45.9	nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen	1	0.42%
<b>F50- F59</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	<b>12</b>	<b>5,06</b>
F50.0	Anorexia Nervosa	2	0.84%

F50.1	atypische Anorexia Nervosa	1	0.42%
F50.2	Bulimia Nervosa	4	1.69%
F50.3	atypische Bulimia Nervosa	3	1.27%
F50.8	sonstige Ess-Störungen	2	0.84%
	<b>Gesamt</b>	<b>237</b>	<b>100.00%</b>

**Tabelle 3:** Zweitdiagnose (ICD-10) bei Aufnahme

	<b>Zweitdiagnose</b>		
<b>Signierung</b>	<b>Inhalt</b>	<b>N</b>	<b>Prozente</b>
	<b>ohne Zweitdiagnose</b>	<b>34</b>	<b>14.35%</b>
<b>F01- F09</b>	<b>Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</b>	<b>1</b>	<b>0.42%</b>
F01.8	sostige vaskuläre Demenzformen	1	0.42%
<b>F10- F19</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen</b>	<b>2</b>	<b>0.84%</b>
F10.1	schädlicher Alkoholgebrauch	1	0.42%
F10.2	Abhängigkeitssyndrom	1	0.42%
<b>F20- F29</b>	<b>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen</b>	<b>1</b>	<b>0.42%</b>
F21.0	schizotype Störung	1	0.42%
<b>F30- F39</b>	<b>Affektive Störungen</b>	<b>39</b>	<b>16.46%</b>
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome	2	0.84%
F32.0	leichte depressive Episode	4	1.69%
F32.1	mittelgradige depressive Episode	18	7.59%
F32.2	schwere Depressive Episode	5	2.11%
F33.0	rezidivierende depressive Störung	1	0.42%
F33.1	mittelgradige depressive Episode	3	1.27%
F33.4	rezidivierende depressive Störungen gegenwärtig remittiert	1	0.42%
F34.0	Zyklotomia	1	0.42%
F34.1	Dysthymia	4	1.69%
<b>F40- F49</b>	<b>Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	<b>80</b>	<b>33,76</b>
F40.0	Agoraphobie	1	0.42%
F40.1	soziale Phobie	3	1.27%
F40.2	spezifische Phobie	2	0.84%
F41.0	Panikstörung	5	2.11%
F41.1	generalisierte Angststörung	5	2.11%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	9	3.80%
F41.3	andere gemischte Angststörung	6	2.53%
F42.0	vorwiegend Zangsgedanken	1	0.42%
F43.0	akute Belastungsreaktion	3	1.27%

F43.1	posttraumatische Belastungsreaktion	1	0.42%
F43.2	Anpassungsstörungen	8	3.38%
F43.21	Anpassungsstörung, verlängerte depressive Reaktion	1	0.42%
F43.22	Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt	1	0.42%
F43.8	andere Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung	1	0.42%
F44.7	dissoziative Störungen gemischt	2	0.84%
F45.0	Somatisierungsstörung	24	10.13%
F45.1	undifferenzierte Somatisierungsstörung	2	0.84%
F45.4	anhaltenden somatoforme Schmerzstörung	4	1.69%
F48.0	Neurasthenie	1	0.42%
<b>F50- F59</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	<b>15</b>	<b>6.33%</b>
F50.0	Anorexia Nervosa	1	0.42%
F50.1	atypische Anorexia Nervosa	1	0.42%
F50.4	Ess- Attacken bei sonstigen psychischen Störungen	3	1.27%
F50.5	Erbrechen bei psychischen Störungen	1	0.42%
F50.8	sonstige Ess-Störungen	4	1.69%
F51.0	nichtorganische Insomnie	3	1.27%
F51.9	nicht näher bezeichnete nicht-organische Schlafstörungen	1	0.42%
F54	psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse anders klassifiz	1	0.42%
<b>F60- F69</b>	<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>	<b>62</b>	<b>26.16%</b>
F60.0	paranoide Persönlichkeitsstörung	2	0.84%
F60.1	schizoide Persönlichkeitsstörung	1	0.42%
F60.2	dissoziale Persönlichkeitsstörung	1	0.42%
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	1	0.42%
F60.30	emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impuliver Typ	1	0.42%
F60.31	emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ	1	0.42%
F60.4	histrionische Persönlichkeitsstörung	6	2.53%
F60.5	anankastische Persönlichkeitsstörung	3	1.27%
F60.6	ängstliche Persönlichkeitsstörung	5	2.11%
F60.7	abhängige Persönlichkeitsstörung	10	4.22%
F60.8	sonstige näher bezeichnete Persönlichkeitsst.	29	12.24%
F66.0	sexuelle Reifungskrise	2	0.84%
<b>F70- F79</b>	<b>Intelligenzminderung</b>	<b>1</b>	<b>0,42</b>
F71.1	mittelgradige Intelligenzminderung	1	0.42%
<b>F90- F99</b>	<b>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit</b>	<b>2</b>	<b>0.84%</b>
F92.9	n.n.b. kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emot	1	0.42%
F95.0	vorübergehende Ticstörung	1	0.42%
	<b>Patienten mit Zweitdiagnose</b>	<b>203</b>	<b>85.65%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>Gesamt</b>	<b>237</b>	<b>100.0%</b>

**Tabelle 4:** Drittdiagnose (ICD-10) bei Aufnahme

	<b>Drittdiagnose</b>		
<b>Signierung</b>	<b>Inhalt</b>	<b>N</b>	<b>Prozente</b>
	<b>ohne Drittdiagnose</b>	<b>130</b>	<b>54,85</b>
<b>F01- F09</b>	<b>Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen</b>	<b>1</b>	<b>0.42%</b>
F06.7	leichte kognitive Störung	1	0.42%
<b>F10- F19</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen</b>	<b>4</b>	<b>1.69%</b>
F10.0	akute Alkoholintoxikation	1	0.42%
F10.21	Abhängigkeitssyndrom	1	0.42%
F11.1	schädlicher Opioidgebrauch	2	0.84%
<b>F30- F39</b>	<b>Affektive Störungen</b>	<b>23</b>	<b>9.70%</b>
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome	2	0.84%
F31.7	bipolare affektive Störung gegenwärtig remittiert	1	0.42%
F32.0	leichte depressive Episode	3	1.27%
F32.1	mittelgradige depressive Episode	8	3.38%
F32.2	schwere Depressive Episode	1	0.42%
F32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	2	0.84%
F33.0	rezidivierende depressive Störung	1	0.42%
F33.1	mittelgradige depressive Episode	2	0.84%
F33.2	rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne Psych	1	0.42%
F33.4	rezidivierende depressive Störungen gegenwärtig remittiert	1	0.42%
F34.1	Dysthymia	1	0.42%
<b>F40- F49</b>	<b>Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	<b>32</b>	<b>13.50%</b>
F40.1	soziale Phobie	1	0.42%
F40.2	spezifische Phobie	1	0.42%
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet	1	0.42%
F41.0	Panikstörung	2	0.84%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	5	2.11%
F41.3	andere gemischte Angststörung	3	1.27%
F43.0	akute Belastungsreaktion	3	1.27%
F43.2	Anpassungsstörungen	2	0.84%
F43.21	Anpassungsstörung, verlängerte depressive Reaktion	1	0.42%
F43.22	Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt	1	0.42%
F44.6	dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung	1	0.42%
F45.0	Somatisierungsstörung	9	3.80%
F45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung	1	0.42%
F45.4	anhaltenden somatoforme Schmerzstörung	1	0.42%
<b>F50- F59</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	<b>6</b>	<b>2.53%</b>

F50.0	Anorexia Nervosa	1	0.42%
F50.2	Bulimia Nervosa	1	0.42%
F50.3	atypische Bulimia Nervosa	1	0.42%
F50.4	Ess- Attacken bei sonstigen psychischen Störungen	1	0.42%
F50.8	sonstige Ess-Störungen	1	0.42%
F54	psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse anders klassifiz	1	0.42%
<b>F60- F69</b>	<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>	<b>37</b>	<b>15.61%</b>
F60.0	paranoide Persönlichkeitsstörung	1	0.42%
F60.1	schizoide Persönlichkeitsstörung	1	0.42%
F60.2	dissoziale Persönlichkeitsstörung	1	0.42%
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	3	1.27%
F60.31	emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ	1	0.42%
F60.4	histrionische Persönlichkeitsstörung	6	2.53%
F60.5	anankastische Persönlichkeitsstörung	2	0.84%
F60.6	ängstliche Persönlichkeitsstörung	4	1.69%
F60.7	abhängige Persönlichkeitsstörung	4	1.69%
F60.8	sonstige näher bezeichnete Persönlichkeitsst.	11	4.64%
F61.0	kombinierte Persönlichkeitsstörungen	1	0.42%
F66.0	sexuelle Reifungskrise	1	0.42%
F66.9	Psychische Verhaltensstörung in Verbindung mit der sex. Entwi	1	0.42%
<b>F90- F99</b>	<b>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit</b>	<b>4</b>	<b>1.69%</b>
F92.8	kombinierte Stör. des Sozialverhaltens und der Emotionen	2	0.84%
F93.1	phobische Störung des Kindesalter	2	0.84%
	<b>Patienten mit Drittdiagnose</b>	<b>107</b>	<b>45.15%</b>
<b>Gesamt</b>	<b>Gesamt</b>	<b>237</b>	<b>100.0%</b>

**Tabelle 5:** Symptomatische Beschwerden (SCL-90-R) zu verschiedenen Messzeitpunkten (t0-t3)

<b>SCL-90-R-Skalen</b>	<b>Messzeitpunkte</b>	<b>T-Werte</b>	<b>SD</b>
<b>Somatisierung</b>	t0	62,18	10,58
	t1	58,61	10,47
	t2	54,83	11,52
	t3	56,64	12,43
<b>Zwanghaftigkeit</b>	t0	65,91	9,62
	t1	59,74	10,52
	t2	56,04	11,29
	t3	58,30	12,22
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	t0	63,98	10,45
	t1	59,20	11,20
	t2	55,41	10,70
	t3	57,38	12,01
<b>Depressivität</b>	t0	68,38	9,14
	t1	61,86	10,13
	t2	57,43	10,78
	t3	59,20	12,47
<b>Ängstlichkeit</b>	t0	66,61	9,89
	t1	61,30	10,22
	t2	57,51	10,69
	t3	58,05	11,83
<b>Aggressivität</b>	t0	61,33	10,13
	t1	56,94	9,99
	t2	53,10	9,36
	t3	54,86	10,78
<b>Phobische Angst</b>	t0	62,38	10,85
	t1	58,63	11,00
	t2	54,73	10,51
	t3	56,37	11,30
<b>Paranoides Denken</b>	t0	58,86	10,44
	t1	56,51	10,23
	t2	52,59	9,55
	t3	54,14	11,21
<b>Psychotizismus</b>	t0	62,54	8,85
	t1	59,92	9,20
	t2	54,97	10,14
	t3	55,97	10,76
<b>GSI</b>	t0	66,96	8,69

	t1	62,36	10,14
	t2	56,75	10,75
	t3	58,28	12,02
<b>PSDI</b>	t0	65,60	7,76
	t1	57,93	9,90
	t2	53,59	10,65
	t3	55,93	11,27
<b>PST</b>	t0	63,06	7,66
	t1	59,95	8,93
	t2	56,49	9,85
	t3	57,54	11,08

**Tabelle 6:** Effektstärken der SCL-90-R Skalen

Skalen	$d_{t0-t1}$	$d_{t0-t2}$	$d_{t0-t3}$	$d_{t1-t2}$	$d_{t2-t3}$
<b>Somatisierung</b>	0,34	0,66	0,48	0,34	-0,15
<b>Zwanghaftigkeit</b>	0,61	0,94	0,69	0,34	-0,19
<b>Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	0,44	0,81	0,59	0,35	-0,17
<b>Depressivität</b>	0,68	1,09	0,84	0,42	-0,15
<b>Ängstlichkeit</b>	0,53	0,88	0,78	0,36	-0,04
<b>Aggressivität</b>	0,44	0,84	0,62	0,4	-0,17
<b>Phobische Angst</b>	0,34	0,72	0,54	0,36	-0,15
<b>Paranoides Denken</b>	0,23	0,63	0,43	0,39	-0,15
<b>Psychotizismus</b>	0,29	0,79	0,67	0,51	-0,09
<b>GSI</b>	0,49	1,04	0,83	0,54	-0,13

**Tabelle 7:** Interpersonale Beschwerden (IIP-C) zu verschiedenen Messzeitpunkten (t0-t3)

IIP-C Skalen	t0		t1		t2		t3	
	Stanine	SD	Stanine	SD	Stanine	SD	Stanine	SD
autokratisch- dominant(pa)	3,22	2,02	3,41	2,03	3,81	2,03	3,84	2,06
streitsüchtig- konkurrierend(bc)	3,72	2,25	4,08	2,38	4,57	2,28	4,41	2,13
abweisend- kalt(de)	4,65	2,45	4,76	2,35	4,70	2,21	4,91	2,26
introvertiert- sozial vermeidend(fg)	6,28	2,44	5,78	2,37	5,54	2,12	5,76	2,16
selbstunsicher- unterwürfig(hi)	6,43	2,10	6,33	2,17	5,88	2,17	5,92	2,05
ausnutzbar- nachgiebig(jk)	5,96	2,12	5,99	2,02	5,74	1,96	5,60	1,99
fürsorglich- freundlich(lm)	5,64	2,16	5,77	2,14	5,64	1,99	5,27	2,05
expressiv- aufdringlich(no)	4,13	2,50	3,72	2,27	4,18	2,19	4,19	2,15
	t0		t1		t2		t3	
	Roh	SD	Roh	SD	Roh	SD	Roh	SD
<b>Gesamt-Rohwert-IIP-C</b>	1,49	0,56	1,42	0,55	1,22	0,59	1,18	0,62

**Tabelle 8:** Effektstärken der IIP-C Skalen

Skalen	$d_{t0-t1}$	$d_{t0-t2}$	$d_{t0-t3}$	$d_{t1-t2}$	$d_{t1-t3}$	$d_{t2-t3}$
autokratisch- dominant(pa)	-0,09	-0,29	-0,3	-0,20	-0,21	-0,01
streitsüchtig- konkurrierend(bc)	-0,15	-0,37	-0,32	-0,21	-0,15	0,07
abweisend- kalt(de)	-0,04	-0,02	-0,11	-0,02	-0,07	-0,09
introvertiert- sozial vermeidend(fg)	0,21	0,33	0,22	0,11	0,01	-0,11
selbstunsicher- unterwürfig(hi)	0,05	0,26	0,25	0,21	0,2	-0,02
ausnutzbar- nachgiebig(jk)	-0,01	0,11	0,18	0,12	0,2	0,07
fürsorglich- freundlich(lm)	-0,06	0	0,17	0,06	0,24	0,18
expressiv- aufdringlich(no)	0,17	-0,02	-0,03	-0,21	-0,22	-0,01
<b>Gesamt-Rohwert-IIP-C</b>	0,12	0,46	0,52	0,35	0,41	0,06

**Tabelle 9:** Skala Somatisierung (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>1. Skala Somatisierung</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	61.53 10.70	58.05 11.58	53.07 11.02	54.47 13.78
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	61.11 13.37	59.30 12.20	56.52 13.45	56.74 15.44
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	59.87 10.09	58.44 9.28	54.73 11.13	56.92 11.11
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. N=36</b> (SD)	60.53 10.11	56.81 9.56	52.28 10.50	55.83 9.94
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	67.03 9.58	62.32 10.09	58.58 11.32	60.08 13.18
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	64.44 10.07	57.67 11.43	56.59 12.40	56.70 10.51
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	61.50 7.34	56.07 8.09	50.29 9.79	54.71 13.86
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.72	p<0.12		
F(Zeit)	= 40.96	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.83	p< 0.67		

**Tabelle 10:** Skala Zwanghaftigkeit (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>2. Skala Zwanghaftigkeit</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	65.95 9.39	59.33 11.60	54.58 11.48	57.02 13.51
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	69.44 9.07	64.37 11.20	59.81 12.10	61.85 12.00
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	64.67 9.66	59.21 9.66	57.31 9.90	58.29 12.03
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	67.06 9.94	59.00 9.33	54.00 10.58	56.83 11.64
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	67.34 9.52	63.05 10.66	59.58 12.58	60.45 12.06
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	61.15 9.57	55.37 8.37	52.74 9.54	56.96 11.01
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	65.86 8.24	55.36 10.96	50.50 11.37	56.00 13.56
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.59	p< 0.02		
F(Zeit)	= 70.37	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.0	p< 0.45		

### **Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche**

#### **Zwanghaftigkeit:**

##### Aufnahme (t0):

Phobie, Panik, GAS – Somatisierungsstörung (p< 0.031)

**Tabelle 11:** Skala Unsicherheit im Sozialkontakt (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>3. Skala Unsicherheit im Sozialkontakt</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	64.44 9.07	59.00 10.47	55.09 9.69	55.58 12.27
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	71.33 9.99	67.04 10.94	62.48 12.38	63.00 12.56
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	60.63 11.99	57.50 11.34	55.48 9.85	56.21 11.57
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	66.19 8.52	59.47 8.62	55.58 9.13	58.22 11.31
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	64.29 10.24	62.03 11.83	55.03 11.66	58.92 12.01
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	59.07 8.32	52.85 10.14	52.15 10.20	55.19 12.07
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	63.79 9.97	54.86 10.30	49.36 10.08	54.71 11.83
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose) = 4.87 p< 0.0001				
F(Zeit) = 54.78 p< 0.0001				
F(Diagnose) x F(Zeit) = 1.37 p< 0.14				

### ***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

#### **Unsicherheit im Sozialkontakt:**

##### Aufnahme (t0):

Schwere Depression – Phobie, Panik, GAS (p< 0.0001)

##### Zwischenmessung (t1) zwischen:

Leichte bis mittelgradige Depression – schwere Depression (p< 0.05)

Schwere Depression – Phobie, Panik, GAS (p< 0.004)

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.0001)

Schwere Depression – Essstörung (p< 0.013)

Somatisierungsstörung – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.015)

##### Therapieende (t2) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.007)

Schwere Depression – Essstörung (p< 0.003)

**Tabelle 12:** Skala Depressivität (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>4. Skala Depressivität</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	68.42 8.14	61.93 10.37	56.70 10.08	57.33 13.50
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	72.07 7.51	66.78 9.61	61.74 11.04	63.85 11.43
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	66.48 10.47	61.50 9.26	58.50 9.68	58.81 12.42
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	69.81 8.64	61.78 8.43	55.42 10.07	58.47 11.48
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	69.63 7.71	63.74 10.51	58.95 11.38	61.00 12.45
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	64.74 10.98	56.89 10.45	55.15 11.54	57.89 11.53
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	68.14 8.24	58.14 11.93	52.93 12.85	57.29 15.24
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.58	p< 0.02		
F(Zeit)	= 83.27	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.89	p< 0.60		

***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

**Depressivität:**

Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.006)

**Tabelle 13:** Skala Ängstlichkeit (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>5. Skala Ängstlichkeit</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	65.23 9.43	61.00 10.51	56.33 9.09	55.74 12.02
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	68.48 9.30	64.89 8.72	60.26 11.81	59.78 13.77
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	67.88 10.54	62.85 10.04	60.63 10.84	60.21 10.94
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	66.89 9.35	60.31 9.30	54.81 7.98	56.00 11.37
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	68.74 9.43	62.50 10.39	58.55 12.00	59.76 11.27
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	63.52 11.11	56.85 11.77	54.56 11.99	57.07 12.08
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	61.93 8.23	57.50 8.64	54.07 9.24	56.21 12.42
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.40	p< 0.03		
F(Zeit)	= 59.60	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.67	p< 0.84		

***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

**Ängstlichkeit:**

Keine statistische Signifikanz zwischen den Gruppen.

**Tabelle 14:** Skala Aggressivität (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>6. Skala Aggressivität</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	60.93 8.60	54.98 9.18	51.37 8.87	52.67 11.18
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	63.30 10.91	60.48 10.80	57.41 9.28	59.04 10.35
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	59.69 10.12	56.69 9.86	53.35 9.09	53.12 11.01
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	62.97 11.84	57.03 10.18	52.81 8.05	55.75 9.48
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	62.29 9.76	59.24 10.19	54.13 10.96	56.63 11.18
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	60.30 11.21	53.70 10.05	52.00 8.94	54.89 10.09
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	60.07 7.23	56.79 8.47	49.21 9.61	52.93 11.70
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.81	p< 0.10		
F(Zeit)	= 50.61	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.76	p< 0.74		

**Tabelle 15:** Skala Phobische Angst (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>7. Skala Phobische Angst</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	61.44 10.56	57.23 10.64	53.65 9.02	54.86 12.22
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	66.59 9.88	65.00 8.81	58.37 11.29	59.48 12.33
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	65.98 10.27	61.25 11.37	57.06 11.27	58.25 10.51
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	59.75 10.49	56.86 9.08	51.33 8.35	53.08 10.30
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	63.92 9.40	60.34 12.06	57.24 11.05	58.74 10.65
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	57.04 12.19	52.41 10.13	52.19 10.64	54.07 10.96
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	56.64 10.52	52.86 8.77	49.21 8.79	54.50 12.20
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 5.04	p< 0.0001		
F(Zeit)	= 36.61	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.81	p< 0.70		

**Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche**

**Phobische Angst:**

Aufnahme (t0) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.019)

Phobie, Panik, GAS – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.008)

Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.0001)

Schwere Depression – Essstörung (p< 0.011)

Phobie, Panik, GAS – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.010)

**Tabelle 16:** Skala Paranoides Denken (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>8. Skala Paranoides Denken</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43 (SD)	58.26 9.22	56.19 9.57	50.30 8.58	51.47 10.94
2. Schwere Depression n=27 (SD)	64.63 10.69	62.37 10.17	58.78 10.62	57.59 11.73
3. Phobie, Panik, GAS n=52 (SD)	55.17 9.93	54.60 9.82	52.62 8.81	54.21 11.82
4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36 (SD)	62.06 9.71	58.44 9.13	53.14 9.04	56.08 10.53
5. Somatisierungsstörung n=38 (SD)	61.97 10.68	59.68 10.91	53.66 10.95	55.18 11.60
6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27 (SD)	53.15 9.60	49.81 8.12	49.52 8.00	52.00 10.37
7. Essstörung n=14 (SD)	57.57 8.69	52.64 9.48	49.29 8.15	51.79 9.85
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 4.86	p< 0.0001		
F(Zeit)	= 33.44	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.76	p< 0.03		

### ***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

#### **Paranoides Denken:**

##### Aufnahme (t0) zwischen:

Schwere Depression – Phobie, Panik, GAS (p < 0.002)

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p < 0.001)

Phobie, Panik, GAS – Akute Belastungsstörung, PTSD, Anpassungsstörung (p< 0.032)

Phobie, Panik, GAS – Somatisierungsstörung (p< 0.03)

Somatisierungsstörung – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p <0.01)

genauer bezeichnete somatoforme Störung – Akute Belastungsstörung, PTSD, Anpassungsstörung (p< 0.01)

##### Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwer Depressiven – Phobie, Panik, GAS (p< 0.018)

Schwer Depressiven – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.0001)

genauer bezeichnete somatoforme Störung – Akute Belastungsstörung, PTSD, Anpassungsstörung ( $p < 0.012$ )  
genauer bezeichnete somatoforme Störung – Somatisierungsstörung ( $p < 0.002$ )

Behandlungsende (t2) zwischen:

Leichte bis mittelgradige Depression – Schwere Depression ( $p < 0.005$ )

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung ( $p < 0.006$ )

Schwere Depression – Essstörung ( $p < 0.045$ )

**Tabelle 17:** Skala Psychotizismus (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>9. Skala Psychotizismus</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	61.91 7.75	59.79 9.47	53.23 9.59	54.37 11.30
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	65.74 9.82	64.70 9.65	58.96 11.79	58.78 11.28
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	61.27 7.88	58.62 8.66	54.40 9.23	56.12 10.94
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	63.94 7.42	59.89 7.69	54.08 9.29	54.36 9.73
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	62.87 10.77	61.47 10.16	57.42 10.74	57.79 10.95
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	60.52 8.98	57.15 7.21	53.74 9.93	55.19 10.09
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	62.36 10.40	57.07 11.02	52.64 11.27	55.57 11.06
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.84	p< 0.09		
F(Zeit)	= 53.19	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.72	p< 0.79		

**Tabelle 18:** Skala GSI (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>10. Skala GSI (Gesamt-Schwere-Index)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	66.23 7.73	61.56 10.03	55.37 9.35	55.37 13.27
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	69.85 8.66	67.22 10.44	61.41 11.61	61.52 12.33
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	65.04 9.19	61.85 9.67	58.00 9.43	58.46 11.80
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	68.36 8.52	62.28 9.02	54.78 8.89	57.83 10.87
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	69.79 8.44	65.03 10.29	59.24 12.02	60.92 11.27
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	63.81 8.35	57.78 10.55	54.04 11.93	57.15 11.35
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	65.50 8.61	59.14 9.32	50.86 12.23	56.50 13.79
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.84	p< 0.011		
F(Zeit)	= 85.13	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.08	p< 0.36		

***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

**GSI:**

Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.012)

**Tabelle 19:** Skala PSDI (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>11. Skala PSDI</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	64.02 7.86	56.47 10.59	51.40 8.41	53.86 10.77
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	67.59 8.41	62.11 9.87	55.63 12.93	58.00 12.50
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	64.75 9.07	57.62 9.91	54.58 10.78	55.71 11.57
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	66.86 6.63	58.83 7.67	52.94 8.78	55.92 9.64
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	66.76 6.65	60.63 9.37	55.71 11.72	59.26 10.36
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	65.37 6.61	53.44 10.81	52.85 11.49	54.52 12.35
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	63.79 8.13	54.50 8.66	50.07 10.89	52.79 12.83
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.23	p< 0.041		
F(Zeit)	= 99.14	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.68	p< 0.84		

***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

**PSDI:**

Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p< 0.024)

**Tabelle 20:** Skala PST (SCL-90-R) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>12. Skala PST</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43 (SD)	63.35 7.58	59.81 9.20	55.79 9.03	55.47 12.99
2. Schwere Depression n=27 (SD)	66.59 8.44	64.81 9.11	61.59 10.84	61.26 11.97
3. Phobie, Panik, GAS n=52 (SD)	61.90 7.89	59.81 8.11	57.33 8.43	57.42 10.08
4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36 (SD)	63.19 7.09	59.22 6.82	55.11 9.42	56.89 9.71
5. Somatisierungsstörung n=38 (SD)	64.84 7.40	62.21 9.07	58.03 9.88	59.76 10.97
6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27 (SD)	58.85 6.22	54.96 9.38	53.48 10.61	56.07 9.92
7. Essstörung n=14 (SD)	62.57 6.81	56.79 9.26	50.86 10.97	55.57 11.77
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 3.17	p < 0.005		
F(Zeit)	= 50.01	p < 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.09	p < 0.36		

### ***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

#### **PST:**

##### Aufnahme (t0) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p < 0.004)

Somatisierungsstörung – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p < 0.034)

##### Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p < 0.001)

Somatisierungsstörung – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p < 0.021)

##### Behandlungsende (t2) zwischen:

Schwere Depression – genauer bezeichnete somatoforme Störung (p < 0.046)

Schwere Depression – Essstörung (p < 0.017)

**Tabelle 21:** Skala autokratisch/dominant (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>1. Skala autokratisch/dominant (pa)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	2.91 1.69	3.07 1.79	3.77 1.74	3.67 1.86
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	3.07 2.02	3.19 2.13	3.59 1.95	3.48 2.17
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	3.04 2.06	3.52 1.98	3.73 1.89	3.71 2.08
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	3.44 2.26	3.61 2.22	4.14 2.43	4.25 2.05
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	3.00 1.71	2.95 1.86	3.34 1.74	3.45 1.74
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	4.04 2.19	3.96 2.07	4.41 2.36	4.89 2.26
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	3.64 2.47	4.07 2.50	4.00 2.35	3.57 2.31
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.66	p< 0.13		
F(Zeit)	= 9.53	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.65	p< 0.87		

**Tabelle 22:** Skala streitsüchtig/konkurrierend (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>2. Skala streitsüchtig/konkurrierend (bc)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	3.86 2.17	4.47 2.55	5.26 2.37	4.72 2.09
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	3.59 2.56	4.37 2.44	4.44 2.24	3.96 2.30
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	3.71 2.18	3.90 2.21	4.17 2.28	4.10 1.87
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	3.64 2.38	3.97 2.49	4.86 2.26	4.53 2.17
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	4.03 2.44	3.55 2.34	4.39 2.20	4.58 2.15
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	3.30 2.09	4.07 2.23	4.22 2.29	4.81 2.35
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	3.79 1.89	4.71 2.61	4.50 2.28	4.00 2.25
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 0.48	p < 0.82		
F(Zeit)	= 11.33	p < 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.32	p < 0.16		

**Tabelle 23:** Skala abweisend/kalt (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>3. Skala abweisend/kalt (de)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	4.84 2.45	5.51 2.10	4.79 2.37	5.26 2.29
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	5.19 2.68	5.04 2.89	5.37 2.48	5.52 2.67
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	4.65 2.36	4.23 2.27	4.44 2.06	4.75 2.37
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	4.33 2.50	5.28 2.25	4.89 2.16	4.67 2.01
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	4.89 2.80	4.45 2.30	4.55 2.29	5.13 2.30
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	3.74 1.83	4.15 2.18	4.30 1.77	4.37 1.92
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	4.93 2.09	4.50 2.47	4.86 2.41	4.36 1.86
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.28	p< 0.27		
F(Zeit)	= 0.58	p< 0.63		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.18	p< 0.27		

**Tabelle 24:** Skala introvertiert/sozial vermeidend (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>4. Skala introvertiert/sozial vermeidend (fg)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	6.53 2.16	6.12 2.28	5.56 1.97	5.56 2.17
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	7.30 2.03	6.67 2.45	6.56 2.08	6.70 1.88
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	6.08 2.76	5.50 2.49	5.23 2.31	5.46 2.23
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	6.14 2.74	5.89 2.41	5.72 2.08	5.28 2.31
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	6.21 2.08	6.03 1.94	5.34 2.02	6.18 2.00
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	5.78 2.64	5.11 2.24	5.15 1.99	5.63 2.04
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	5.86 2.25	4.43 2.59	5.43 2.24	6.07 2.30
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.79	p< 0.10		
F(Zeit)	= 8.83	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.33	p< 0.16		

**Tabelle 25:** Skala selbstunsicher/unterwürfig (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>5. Skala selbstunsicher/unterwürfig (hi)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	6.93 1.96	6.23 2.36	5.93 2.16	6.12 1.97
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	7.15 1.81	7.19 1.66	6.33 2.32	6.37 2.10
<b>3. Phobie. Panik. GAS n=52</b> (SD)	6.73 2.04	6.58 1.95	6.21 1.91	6.00 1.96
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	6.28 2.17	6.36 2.34	5.69 2.24	5.75 2.05
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	6.11 2.24	6.61 1.95	6.00 2.04	6.08 2.12
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	5.67 1.84	5.56 2.10	5.30 2.32	5.19 2.04
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	5.21 2.42	4.79 2.52	4.93 2.46	5.57 2.31
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.47	p< 0.02		
F(Zeit)	= 6.51	p< 0.0001		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.97	p< 0.50		

***Bonferroni korrigierte paarweise Einzelvergleiche***

**Selbstunsicher/unterwürfig (hi):**

Zwischenmessung (t1) zwischen:

Schwere Depression – Essstörung (p< 0.014)

**Tabelle 26:** Skala ausnutzbar/nachgiebig (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>6. Skala ausnutzbar/nachgiebig (jk)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	5.86 2.27	5.98 1.85	5.47 2.00	5.51 2.09
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	6.04 2.01	5.78 2.21	5.78 2.10	5.26 2.07
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	5.77 2.10	5.73 2.13	5.62 1.98	6.02 1.86
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	5.92 2.27	5.83 2.21	5.72 1.80	5.83 2.09
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	6.11 2.12	6.66 1.55	6.11 1.67	5.42 1.83
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	6.59 1.99	5.93 2.25	5.93 2.37	5.30 2.13
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	5.36 1.86	6.14 1.83	5.71 1.90	5.43 1.99
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 0.26	p< 0.95		
F(Zeit)	= 4.41	p< 0.004		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 1.48	p< 0.09		

**Tabelle 27:** Skala fürsorglich/freundlich (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>7. Skala fürsorglich/freundlich (Im)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	5.53 1.62	5.30 1.97	5.35 2.00	4.91 1.97
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	5.11 2.62	5.48 2.75	5.15 2.49	5.33 2.42
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	5.50 2.23	5.67 2.10	5.77 2.08	5.31 2.11
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	5.67 2.22	5.69 1.91	5.19 1.83	5.39 1.69
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	5.42 2.43	5.92 2.33	5.89 1.80	4.89 2.01
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	6.56 1.95	6.67 1.66	6.48 1.65	5.78 2.17
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	6.21 1.63	6.21 2.15	5.86 1.70	5.93 1.94
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.68	p< 0.13		
F(Zeit)	= 3.94	p< 0.008		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.83	p< 0.66		

**Tabelle 28:** Skala expressiv/aufdringlich (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

<b>8. Skala expressiv/aufdringlich (no)</b>	<b>t0</b>	<b>t1</b>	<b>t2</b>	<b>t3</b>
<b>1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43</b> (SD)	3.84 2.53	3.35 1.76	3.86 1.74	4.14 2.23
<b>2. Schwere Depression n=27</b> (SD)	2.96 2.41	2.59 1.99	3.52 2.56	3.52 2.23
<b>3. Phobie, Panik, GAS n=52</b> (SD)	4.50 2.49	4.15 2.35	4.40 2.11	4.56 2.31
<b>4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36</b> (SD)	4.17 2.37	3.53 2.29	4.19 1.97	4.36 2.11
<b>5. Somatisierungsstörung n=38</b> (SD)	4.16 2.37	3.58 2.23	4.47 2.10	3.87 1.70
<b>6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27</b> (SD)	4.41 2.65	4.37 2.44	4.26 2.55	4.11 1.95
<b>7. Essstörung n=14</b> (SD)	5.14 2.60	5.00 2.66	4.64 2.95	4.93 2.53
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 2.07	p< 0.06		
F(Zeit)	= 3.76	p< 0.01		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.88	p< 0.60		

**Tabelle 29:** IIP-C Gesamtrohwert (IIP-C) der einzelnen Diagnosegruppe zu unterschiedlichen Messzeitpunkten

IIP-C <sub>Rohwert</sub>	t0	t1	t2	t3
1. Leichte bis mittelgradige Depression n=43 (SD)	1,50 0,46	1,35 0,56	1,13 0,53	1,12 0,61
2. Schwere Depression n=27 (SD)	1,87 0,44	1,75 0,49	1,58 0,56	1,47 0,70
3. Phobie, Panik, GAS n=52 (SD)	1,41 0,64	1,33 0,53	1,18 0,52	1,15 0,53
4. Akute Belastungsreaktion, PTSD, Anpassungsstör. n=36 (SD)	1,52 0,55	1,41 0,55	1,11 0,60	1,12 0,64
5. Somatisierungsstörung n=38 (SD)	1,53 0,50	1,61 0,52	1,37 0,61	1,23 0,52
6. genauer bezeichnete somatoforme Störung n=27 (SD)	1,16 0,54	1,12 0,49	1,03 0,62	1,03 0,70
7. Essstörung n=14 (SD)	1,36 0,65	1,34 0,55	1,15 0,69	1,18 0,73
Ergebnis der zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung über den Faktor Zeit				
F(Diagnose)	= 1.53	p < 0.01		
F(Zeit)	= 0.36	p < 0.25		
F(Diagnose) x F(Zeit)	= 0.13	p < 0.42		

## 10.2. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

<b>SCL 90-R</b>	
<b>Zentrums-ID:</b>	<b>Patienten-ID:</b>

### ANLEITUNG:

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 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!**

### Hier ein Beispiel:

	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten *sehr stark* zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen *sehr stark* an (wie hier in diesem Beispiel).

**Alle ihre Antworten werden vertraulich behandelt.**

	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
Wie sehr litten Sie unter...?					
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>				
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
7. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>				
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="checkbox"/>				
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>				
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>				
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>				
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>				
17. Zittern	<input type="checkbox"/>				
18. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>				
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>				
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>				
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>				
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>				
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>				
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>				
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
30. Schermerut	<input type="checkbox"/>				
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>				
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>				
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>				
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>				
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>				
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig wird	<input type="checkbox"/>				
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>				
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>				
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>				
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>				
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	über- haupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="checkbox"/>				
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="checkbox"/>				
51. Leere im Kopf	<input type="checkbox"/>				
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="checkbox"/>				
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="checkbox"/>				
55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="checkbox"/>				
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="checkbox"/>				
58. Schweregefühl in Armen oder Beinen	<input type="checkbox"/>				
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="checkbox"/>				
60. dem Drang, sich zu überessen	<input type="checkbox"/>				
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>				
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="checkbox"/>				
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="checkbox"/>				
64. frühem Erwachen am Morgen	<input type="checkbox"/>				
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="checkbox"/>				
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="checkbox"/>				
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="checkbox"/>				
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="checkbox"/>				
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="checkbox"/>				
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	<input type="checkbox"/>				
72. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="checkbox"/>				
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>				
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="checkbox"/>				
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="checkbox"/>				
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="checkbox"/>				
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="checkbox"/>				
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="checkbox"/>				
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="checkbox"/>				
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="checkbox"/>				
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="checkbox"/>				
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="checkbox"/>				
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="checkbox"/>				
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="checkbox"/>				
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="checkbox"/>				
86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="checkbox"/>				
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="checkbox"/>				
89. Schuldgefühlen	<input type="checkbox"/>				
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="checkbox"/>				

**Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen zutreffend beantwortet haben.**

### 10.3. Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-C)

Name: _____	Datum: _____
Alter: _____	Geschlecht: _____

## IIP-C

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen, und zwar bezogen auf *irgendeine* Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie bitte für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

#### Hier ein Beispiel:

Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?

#### Es fällt mir schwer ...

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
00 mit meinen Angehörigen zurechtzukommen					

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten *ziemlich* zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen *ziemlich* an (wie hier in diesem Beispiel).

---

#### Teil I Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.

#### Es fällt mir schwer ...

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen					
2. anderen gegenüber „nein“ zu sagen					
3. mich Gruppen anzuschließen					
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten					
5. andere wissen zu lassen, was ich will					
6. jemandem zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll					

---

0 1 2 3 4

**Es fällt mir schwer ...**

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Es fällt mir schwer ...**

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
39.					

**Teil II Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.**

	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
40.					
41.					
42.					

---

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
--	----------	----------	----------	----------	----------



## 11. Erklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg zur Promotion vorgelegte Dissertation mit dem Titel:

### **Diagnosespezifische katamnestische Erhebung zur Nachhaltigkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie**

selbstständig, ohne sonstige Hilfe angefertigt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Mützel, April 2009

Jörg Schulze

## 12. Danksagung

An erster Stelle möchte ich den Patienten danken, ohne deren bereitwillige Mitarbeit die ganze Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. J. Frommer, Inhaber des Lehrstuhls für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, für die freundliche, offene und geduldige Unterstützung.

Weiterhin danke ich Herrn Chefarzt Dr. T. Hoffmann und seinem Team der Abteilung Psychotherapeutische Medizin des AWO Fachkrankenhauses in Jerichow (Sachsen-Anhalt), mit dessen freundlicher Einwilligung die Untersuchungen durchgeführt werden konnten.

Danken möchte ich ebenso Frau Professor Dr. habil. Dipl. - Psych. Gabriele Helga Franke (Hochschule Magdeburg-Stendal, Studiengänge Rehabilitationspsychologie) und Diplompsychologe Matthias Haase (Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg) für die Unterstützung bei methodischen Fragen.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Frau, ohne die die Fertigstellung dieser Promotion nicht möglich gewesen wäre.

### **13. Darstellung des Bildungsweges**

#### **Persönliche Angaben:**

Name: Schulze, Jörg Matthias  
Geburtsdatum: 10.11.1967  
Geburtsort: Sangerhausen  
Wohnort: 39307 Genthin/ OT Mützel, Windmühlenweg 53  
Familie: verheiratet mit Katrin Schulze, geb. Reinhardt, Lehrerin,  
2 Kinder

#### **Ausbildung:**

Oberschule 1974-1984, Stolberg / Harz  
Erweiterte Oberschule 1984-1986, Rossleben  
Facharbeiter für Krankenpflege 1986-1987, MMA Bad Saarow im Rahmen des  
Wehrdienstes

**Medizinstudium** 1987-1989, Greifswald, Ernst-Moritz-Arndt Universität  
1989-1993, Halle, Martin-Luther Universität

#### **Berufspraxis**

Praktisches Jahr 09/1992 - 09/1993, Innere Medizin, Chirurgie,  
Pathologie (Krankenhaus Halle/ Dölau)  
Arzt im Praktikum 10/1993 - 3/1994, Klinik für Pathologie, Martin-Luther-  
Universität Halle  
04/1994 - 3/1995, Innere Klinik, JKH Genthin  
Assistenzarzt 04/1995-- 09/1995, Klinik für Anästhesie und Intensiv-  
medizin, JKH Genthin  
10/1995 - 12/1997, Innere Klinik, JKH Genthin  
01/1998 - 03/1999, Medizinische Klinik 2, Martin-Luther-  
Universität Halle  
04/1999 - 03/2002, Innere Klinik, JKH Genthin  
04/2000 Facharzt für Innere Medizin  
04/2002 - 06/2002, Klinik für Endokrinologie,  
Otto-von- Guericke Universität Magdeburg  
Oberarzt 07/2002 - 03/2004, AWO Fachkrankenhaus Jerichow,  
Funktionsoberarzt  
Niederlassung seit 4/2004 als Internist in Jerichow  
2007 Zusatzbezeichnung Diabetologie