

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

**Der Einsatz und die Verwendung des Inventars zur Erfassung
interpersonaler Probleme IIP-D im psychosomatischen Konsildienst am
Beispiel von Konsilpatienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Roman Karig

2002

Als Inauguraldissertation gedruckt mit der Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. Alfons Labisch, M.A.
Dekan

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Tress
Korreferent: Prof. Dr. Boeminghaus

Danksagung

Ich möchte mich bei Universitätsprofessor Dr. Dr. W. Tress, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich Heine Universität Düsseldorf für die freundliche Überlassung des Promotionsthemas bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Oberarzt Dr. Hartkamp, ohne dessen grosse Hilfe und motivierende Worte diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Ebenso möchte ich mich bei Herrn Dr. Schmitz und Frau Dr. Michalek bedanken, die bei der statistischen Erhebung und Auswertung dieser Arbeit stets mit Rat und Tat zur Seite standen.

Die ausgesprochen gute Zusammenarbeit mit Stephan Buse sei an dieser Stelle ebenfalls hervorgehoben.

Grosser Dank gilt auch meinen Eltern, die Studium und Promotion immer mit Unterstützung und Anteilnahme begleitet haben.

Danke an Andrea, dass es sie gibt.

Meinen Eltern gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort	6
2 Abkürzungsverzeichnis	8
3 Abbildungsverzeichnis	9
4 Tabellenverzeichnis	10
5 Theoretischer Teil	11
5.1 Der psychosomatische Konsil-(Liaison-)dienst	11
5.1.1 Ziele, Organisationsformen, Konzeptionen.....	11
5.1.2 Historischer Abriß.....	14
5.1.3 Zur Epidemiologie.....	18
5.1.4 Situation in Düsseldorf.....	20
5.2 Das interpersonale Modell	22
5.2.1 Historischer Abriß.....	22
5.2.2 Fragebögen als Screeninginstrumente.....	26
5.2.3 Verschiedene Modelle und Meßinstrumente.....	27
5.2.4 IIP - Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme.....	29
5.2.5. Testkriterien.....	34
6 Empirischer Teil	35
6.1 Fragestellungen und Hypothesen	35
6.2 Untersuchungsdesign	37
6.2.1 Setting.....	37
6.2.2 Dateneingabe und Auswertung.....	38
6.3. Ergebnisse	40
6.3.1 Deskriptive Beschreibung der Patientenstichprobe.....	40
6.3.2 Psychometrische Untersuchungen.....	45
6.3.3 Interpersonale Probleme im Konsildienst.....	47
6.3.4 Untersuchung des Zusammenhanges mit anderen Instrumenten.....	54

7 Diskussion	57
7.1 Die Stichprobe der Konsilpatienten	57
7.2 Zu den psychometrischen Eigenschaften	60
7.3 Zu den interpersonalen Problemen im Konsildienst	61
7.4 Zu den Zusammenhängen mit anderen Instrumenten	64
7.5 Abschluß und Ausblick	65
8 Literaturverzeichnis	66
9 Anhang	71
EUB-Fragebogen	72
PAT-Fragebogen	75
SCL-90-R-Fragebogen	82
IIP-D-Fragebogen	87
10 Lebenslauf	91

1 Vorwort

Die interpersonale Theorie hat eine lange Tradition. Aber gerade in jüngster Zeit erleben "interpersonale Konzepte eine Renaissance in der Klinischen Psychologie, Psychotherapie und Persönlichkeitspsychologie" (Horowitz et al 1994, S. 7). Von nicht wenigen Autoren, wie beispielsweise von Schneider-Dücker (1992), wird darüber nachgedacht, dass das interpersonale Modell eine psychotherapeutische Grundorientierung sein könnte.

Mit dem Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) wurde von Horowitz et al. 1994 ein Instrument geschaffen, das in der Folge weite Verbreitung in der Praxis gefunden hat und in einer ganzen Reihe von Studien untersucht worden ist. Bis zum jetzigen Zeitpunkt liegen jedoch nur wenige Arbeiten zum Einsatz des Fragebogens im psychosomatischen Konsildienst vor. Beim psychosomatischen Konsildienst handelt es sich jedoch, wie in der Folge ausführlich dargestellt werden wird, um eine Sonderform der psychosomatischen Versorgung.

Daher stellte sich die Frage, ob sich das IIP auch als diagnostisches Instrument im Konsildienst eignet und ob sich hier mögliche Besonderheiten ergeben. Dieser Fragestellung soll in der vorgelegten Untersuchung von 442 Patienten, die im Zeitraum Oktober 1996 bis Juni 1998 durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf konsiliarisch betreut worden sind, nachgegangen werden.

Der theoretische Teil der Arbeit will zum einen einen Überblick über die möglichen Formen, die historische Entwicklung und die aktuelle Situation des psychosomatischen Konsildienstes geben. Zum anderen liefert er einen Abriß über die historischen Wurzeln und diagnostischen bzw. klinischen Möglichkeiten des Interpersonalen Modells mit einer ausführlichen Darstellung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme in der deutschen Kurzfassung IIP-D, der dieser Arbeit zu Grunde liegt.

Im empirischen Teil wird, neben der Betrachtung der untersuchten Stichprobe und Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften des IIP-D, eine umfassende Analyse der interpersonalen Probleme im psychosomatischen Konsildienst durchgeführt. Diese findet im Vergleich mit einer Gruppe von Poliklinikpatienten der Rheinischen Kliniken Düsseldorf und der Normstichprobe statt. Den Abschluß bildet

die Untersuchung von möglichen Zusammenhängen mit anderen Instrumenten in der psychosomatischen Diagnostik.

Alle gewonnenen Ergebnisse werden schließlich ausführlich diskutiert und ein Ausblick gewagt.

2 Abkürzungsverzeichnis

BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score
bzgl.	Bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CL-Dienst	Konsil-Liaison-Dienst
CLOIT	Check List of Interpersonal Transaction
d.h.	das heißt
EUB	Erstuntersucherbogen
GBB	Gießener Beschwerdebogen
IAS-R	Revised Interpersonal Adjective Scale
IBI	Interpersonal Behavior Inventory
ICL	Interpersonal Checklist
IIP	Inventar zur Erfassung interpersonaler Problem
IMI	Impact Message Inventory
MW	Mittelwert
PAT	Patientenfragebogen (zur Erhebung soziodemographischer Daten)
i.R.	in der Regel
i.S.	im Sinne
SASB	Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens
SD	Standardabweichung
s.o.	siehe oben
sog.	sogenannt
SCL-90-R	Symptom Check Liste (revidierte Fassung)
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 5.1: Der interpersonale Zirkel nach Leary und Kiesler	Seite 24
Abbildung 5.2: Circumplex-Modell der Skalen des IIP	Seite 31
Abbildung 6.1: Darstellung der Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe der Konsilpatienten	Seite 40
Abbildung 6.2: Darstellung der Altersverteilung im Vergleich beider Stichproben	Seite 41
Abbildung 6.3: Vergleich des Familienstandes in beiden Stichproben	Seite 42
Abbildung 6.4: Vergleich des Schulabschlusses der beiden Stichproben	Seite 43
Abbildung 6.5: Veranlasser der Untersuchung der Konsilpatienten	Seite 44
Abbildung 6.6: Psychotherapeutische bzw. psychiatrische Diagnosen der Konsilpatienten	Seite 45

4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 5.1: Die acht Circumplexskalen des IIP mit entsprechenden Beispielitems	Seite 32
Tabelle 6.1: Geschlechtsverteilung in beiden Stichproben	Seite 41
Tabelle 6.2: Interne Konsistenz der Skalen des IIP	Seite 46
Tabelle 6.3: Korrelation der Skalen des IIP (nach Pearson)	Seite 47
Tabelle 6.4: Ladung der Items – Die fünf kleinsten und größten Mittelwerten der Items	Seite 48
Tabelle 6.5: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Vergleich mit der Normstichprobe (nach Brähler et al.)	Seite 49
Tabelle 6.6: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Vergleich mit den Patienten der Poliklinik	Seite 51
Tabelle 6.7: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede	Seite 52
Tabelle 6.8: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Unterschiede in Abhängigkeit vom Veranlasser der Untersuchung	Seite 53
Tabelle 6.9: Zusammenhang mit Auffälligkeitssignalen der SCL-90-R	Seite 55
Tabelle 6.10: Korrelation mit BSS (Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank 1995)	Seite 56

5 Theoretischer Teil

5.1 Der psychosomatische Konsildienst

5.1.1 Ziele, Organisationsformen, Konzeptionen

Seit längerem bestehen Forderungen nach einer „allgemeinen“ (v. Weizsäcker 1947) bzw. „integrierten“ Medizin (v. Uexküll et al. 1993), in welcher der bio-psycho-soziale Verständnisansatz von Krankheit Berücksichtigung findet und es zu einer Verzahnung von psychisch und somatisch orientierter Medizin kommt. Damit soll der Erkenntnis, dass es zwischen körperlichem Kranksein bzw. körperlichen Beschwerden auf der einen Seite und psychosozialen Aspekten auf der anderen Seite eine Beziehung gibt, Rechnung getragen werden. Im Sinne dieser Forderung werden zunehmend häufig bei somatisch nicht eindeutigen Erkrankungsbildern psychosomatisch versierte Fachkollegen routinemäßig zur weiteren bzw. ergänzenden Patientenversorgung hinzugezogen.

Im Rahmen der medizinischen Versorgung von Universitätskliniken und einigen wenigen großen allgemeinen Krankenhäusern (Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung) hat sich zu diesem Zweck der psychosomatische Konsil-Liaisondienst, im weiteren Verlauf mit der Abkürzung CL-Dienst bezeichnet, etabliert. Die aus Versorgungsgesichtspunkten wünschenswerte Etablierung von psychosomatischen Konsildiensten auch in allen Krankenhäusern der Regelversorgung ist jedoch bei weitem noch nicht erreicht. Obwohl von einigen Psychosomatikern, wie Jordan et al. 1989, als ein „Stiefkind der psychosomatischen Medizin“ beurteilt, hat sich dieser Dienst immer mehr in die Arbeitsweise und den Arbeitsalltag von Großkliniken eingepaßt. Diese Form der Zusammenarbeit existiert aber – in Abhängigkeit von den jeweiligen lokalen Gegebenheiten – in ganz unterschiedlichen Ausprägungen und Modellen, die im Folgenden eingehender vorgestellt werden sollen.

Hierbei stellt der reine Konsildienst und der Liaisondienst die gängigen „Pole“ der (angestrebten) „integrierten Medizin“ dar:

Sieht der psychosomatisch tätige Mediziner den Patienten erst nach Anforderung durch den behandelnden Arzt, handelt es sich um das Modell des klassischen Konsildienstes, bei der nur auf Anfrage oder Benachrichtigung der Patientenkontakt hergestellt wird. Hierzu Wirsching et al. 1989: "Als Konsiliardienst werden diagnostische und therapeutische Leistungen des Psychosomatikers auf Anfrage auf einer Krankenstation oder in einer Ambulanz erbracht. Die Hauptbedeutung dieser Kooperationsform ist die einer Grundmodalität der Zusammenarbeit nach dem traditionellen medizinischen Modell."

In dieser Form erhält der begrenzte Konsiliardienst „eine Art 'Feuerwehrfunktion'“, wie Wirsching 1989 treffend bemerkte, und ist mit einer ganzen Reihe von Nachteilen und Gefahren behaftet:

Der psychosomatische Therapeut lernt den Patienten erst in der Krise kennen und kann nicht „auf eine vorbestehende Beziehung oder Bekanntheit (seiner Person und Arbeitsweise) aufbauen, die vertrauensfördernd wirkt.“ (Wirsching 1989, S.500) Ferner droht eine Abspaltung der psychosozialen Versorgung mit einer möglichen störenden Konkurrenzsituation zwischen den – nebeneinander (statt miteinander) arbeitenden – psychosomatischen und somatischen Kollegen. Der organmedizinische Arzt wird evtl. dazu verführt, sich aus der ganzheitlichen psychosozialen Betreuung des Patienten zurückzuziehen.

Auf die „Grenzen eines ausschließlichen Konsildienstes“ (Pontzen 1994, S.323) hat daher u.a. auch die Expertenkommission der Bundesregierung 1988 hingewiesen: „Übereinstimmend wird unter Sachkennern das Konsilmodell am wenigsten überzeugend beurteilt, weil irrealer Fehlerwartungen nachfolgende Enttäuschungen und Mißverständnisse wecken, da nur selten hierdurch eine wirkliche Entlastung für Problemfälle und eine Bereicherung für das Sachgebiet erreicht werden.“

Liaisonmodelle sehen eher eine strukturelle Verankerung der psychosomatischen Tätigkeit im klinischen Arbeitsalltag vor. Herzog et. al. beschreiben dies 1994 als „die regelmäßige und substanzielle Präsenz des Konsiliars vor Ort“, der unabhängig von speziellen Anfragen in die Patientenversorgung eingebunden ist. "Liaison-tätigkeit beinhaltet die kontinuierliche Kooperation von Psychosomatik und Klinik (Station, Funktionsbereich, Abteilung) über die Anfragen im Einzelfall hinaus. Hier gibt es einen sehr breiten Gestaltungsspielraum je nach Problemlagen, Interessen und lokalen Gegebenheiten. Gegenwärtig am weitesten verbreitet sind gemeinsame

Visiten, regelmäßige Sprechstunden und Stationskonferenzen." (Wirsching et al. 1989). Diese Form der Zusammenarbeit ermöglicht die Vermeidung der oben beschriebenen Schwächen des reinen Konsildienstes. Sie kann darüber hinaus die Chance bieten im Rahmen eines „arzt- oder teamzentrierten Ansatzes“ (Köhle et. al. 1996, S. 521f), die (psychosomatischen) Kompetenzen der Ärzte und des Pflegepersonals zu steigern und die Teamarbeit bzw. das Arbeitsklima zu verbessern: Hier bieten sich beispielsweise (Einzel-) Supervisionen, Interviewtraining und Balint-Gruppenarbeit an. Kooperationsformen wie diese haben sich besonders in onkologischen Abteilungen bewährt (Köhle et. al. 1996, S. 521).

Betrachtet man nun diese beiden unterschiedlichen Ansätze, so wird deutlich, dass der Konsil-Liaison-Dienst einen Konsens beider Konzeptionen darstellt. Er schlägt die Brücke zwischen der reinen Konsilanforderung und der psychosomatisch notwendigen (Grund-)Versorgung in der Patientenbetreuung.

Pontzen (1994, S. 322) benennt vor dem Hintergrund dieser Konzeptionen deutlich die gegenwärtig noch bestehenden Mängel und zitiert dabei die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich: "...dem ausgeprägten Mangel an Integration und Handhabung psychotherapeutisch/psychosomatischer Kompetenz im Bereich nicht-psychiatrischer [und wie zu ergänzen wäre: nicht-psychotherapeutischer] medizinischer Disziplinen muß in Allgemeinkrankenhäusern dringend entgegengewirkt werden, weil in diesen stationären Einrichtungen eine beträchtliche Anzahl Neurosekranker und psychosomatisch Kranker behandelt wird."

Auch wenn man sicher noch weit vom Idealzustand der psychosomatisch/psychotherapeutischen Versorgung in den Großkliniken entfernt ist, so ist aber in jüngerer Zeit ein Bewußtsein von den grundsätzlich anzustrebenden und nutzbaren psychosomatischen Kooperationsmöglichkeiten bei einer zunehmenden Zahl somatisch tätiger Mediziner vorhanden.

5.1.2 Historischer Abriss

Entwicklung in den USA

Die ersten frühen wichtigen Veröffentlichungen im Zusammenhang mit Liaisontätigkeiten erschienen in englischer Sprache. Norman Levy zitiert in seinem Aufsatz von 1989 den Psychiater George Henry, der 1927 einen ersten wichtigen Artikel über Konsilerfahrungen verfasste. Darin schloß Henry, dass es notwendig sei, psychologische Komponenten in die Diagnostik der somatischen Medizin mit einzubeziehen, um adäquate Diagnosen stellen zu können. Diese von Henry vorgetragene Forderung basierte auf den Erfahrungen aus der Psychiatrie, die zu dieser Zeit noch hauptsächlich in der stationären Versorgung stattfand. Damals gab es wenig Berührungspunkte zwischen stationär-psychiatrischen und stationär-somatischen Bereichen. Henry war der erste, der einen regelmäßigen Konsil-Liaisondienst anregte. Lipowski spricht in seiner Arbeit aus dem Jahre 1983 davon, dass man die Psychiatrie in den 30er Jahren, nach Jahrzehnten der geographischen und begriffsmäßigen Trennung wieder näher an die Allgemeinmedizin heranzuführen versuchte. "...in einer bahnbrechenden Arbeit wies Henry auf die Notwendigkeit der Herstellung regelmäßiger beruflicher Kontakte bzw. eines Liaison-Dienstes zwischen einem psychiatrischen Berater und dessen medizinischen oder chirurgischen Kollegen hin." (Lipowski 1983, S.3) Wie Levy (1989, S. 728) berichtet, wurde erst in den darauffolgenden Jahren und Jahrzehnten die Akzeptanz von Konsil- und Liaisontätigkeit, sowohl in der Ausbildung der Mediziner, als auch in der täglichen Anwendung mit Patienten größer.

Eine der ersten Forschungsarbeiten, die sich nicht nur ausschließlich der psychiatrischen Komponente, sondern auch der psychosomatischen Komponente von Erkrankungen widmete, war eine Untersuchung aus den 30er Jahren von Helen Dunbar. Lipowski (1983, S. 4): "Helen Dunbar leitete eine Untersuchung ein, die innerhalb des Settings eines Allgemeinen Krankenhauses die psychosozialen Aspekte einer Reihe von körperlichen Erkrankungen unter die Lupe nahm." So übertrug sich der psychosomatische Gedanke auch auf den neuen, sich entwickelnden Zweig der Konsil-Liaisontätigkeiten. Daneben existierten in dieser Zeit

im amerikanischen Sprachraum weitere fünf – von der Rockefeller Foundation finanzierte – sog. „Liaison-Departments“ an Universitätskliniken. An der psychiatrischen Abteilung des Beth-Israel-Hospitals in Boston (Harvard) wurde in der Zeit von 1933-1945 von R. Kaufmann und seinen Mitarbeitern ein Konzept entwickelt, „das psychotherapeutische Ambulanz und psychiatrisch-psychosomatischen Konsultationsdienst für das gesamte Krankenhaus und Weiterbildungsangebote für Psychiater, aber auch Fortbildung für die übrigen Ärzte ermöglichte.“ (Köhle et al. 1996, S. 518).

In den 50er und 60er Jahren zeigten sich unterschiedliche Strömungen, die teilweise von Desinteresse im Bereich der Konsil-Liaisonstätigkeit geprägt waren, die teilweise aber auch Fortschritte sowohl der psychiatrischen, als auch der psychosomatischen Konsil-Liaisonstätigkeit bedeuteten. Sowohl psychosomatisch tätige Mediziner, als auch Psychiater beschränkten sich auf ihre Arbeitsgebiete und ließen die Liaisonstätigkeit in den Hintergrund treten. Lipowski (1983, S. 4): „Der Liaisondienst beschränkte sich in der Hauptsache auf Krankenhäuser mit einem besonders renommierten Lehrkörper und blieb außerhalb des Hauptstroms der Psychiatrie.“

Erst in der Mitte der sechziger Jahren gab es wieder bedeutendere Fortschritte und Versuche, dem Trend der Trennung von Psychiatrie und Medizin entgegenzuwirken. So initiierte Anfang der siebziger Jahre das National Institute of Mental Health (NIMH) ein Förderprogramm zum Aufbau und zur Ausweitung der psychiatrischen Liaison-Dienste in Allgemeinkrankenhäusern der Vereinigten Staaten. In den darauffolgenden Jahrzehnten wurde die Errichtung von Liaisondiensten und der Ausbildung in psychiatrischer Konsultationstätigkeit dann auch vermehrt Rechnung getragen und die „Liaison-Psychiatrie“ konnte sich zu einem „vollwertigem Zweig der Psychiatrie“ (Lipowski 1983, S. 4) und Psychosomatik entwickeln.

„Mitte der Achtziger Jahre setzte eine Trendwende ein: Die fruchtbare Ausweitung von Liaison-Konsultations-Diensten wurde gestoppt; seither ist die Entwicklung rückläufig.“ (Köhle et al. 1996, S. 518) Ursachen waren das in allen westlichen Industrienationen mit zum Teil rigorosen Mitteln durchgesetzte Bemühen um Einschränkung der Kosten des Gesundheitswesens. Im amerikanischen Gesundheitswesen fand dieses Bemühen seinen deutlichsten Ausdruck in der

Einführung der so genannten "managed care"-Prinzipien in der Gesundheitsversorgung. Ein weiterer Faktor war sicherlich auch die neu erwachte „Faszination durch die Fortschritte der biotechnischen Medizin.“ (Köhle et al. 1996, S. 518), die sich u.a. in der vom amerikanischen Präsidenten in den 80er Jahren verkündeten "decade of the brain" zeigte. Daher halten viele Experten, darunter Weiner und Mitarbeiter (1989) den integrativen Ansatz für – an Finanzierungsproblemen – gescheitert.

Ob und wie sich in Zukunft ein möglicher Aufschwung der amerikanischen Wirtschaft auf die medizinische Versorgungssituation im Allgemeinen und eine mögliche Neubelebung des Konsultations-Liaison-Dienstes im Speziellen in den Vereinigten Staaten auswirken wird, bleibt abzuwarten.

■ Entwicklung und aktuelle Situation in Deutschland

Die Entwicklung in Deutschland verlief im Wesentlichen ähnlich der oben Beschriebenen. Dennoch könnte die Situation de facto wesentlich günstiger sein, hat der CL-Dienst in der jüngeren Vergangenheit doch vermehrte Beachtung auf institutioneller und politischer Ebene gefunden und sind verschiedene Entwicklungsschritte gesetzlich festgelegt worden:

Bereits 1975 wurde im Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, der sog. Psychiatrieenquête die Empfehlung gegeben, psychosomatische Dienste in das allgemeine Krankenhaus einzubinden (Pontzen 1994). Auch der Wissenschaftsrat forderte 1986 eine Umorientierung von Psychiatrie und Psychosomatik zu Kooperationsaufgaben. Die Expertenkommission sprach 1988 von einem Mangel psychosomatisch-psychotherapeutischer Kompetenz in Allgemeinkrankenhäusern, der insbesondere zur Schaffung und Einrichtung von Liaisondiensten in diesen Häusern Anlaß geben sollte.

1992 wurde mit dem Aufbau eines dreistufigen psychosomatischen Versorgungssystems begonnen, auf das auch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen abgestimmt werden sollten. Folgende Ziele wurden formuliert:

- Realisierung einer „psychosomatischen Grundversorgung“ im hausärztlichen Bereich *und* im Krankenhaus durch eine verbesserte psychosoziale Kompetenz *aller* Ärzte bei gleichzeitig angehobener Honorierung dieser Leistung
- Steigerung der Zahl an Fachpsychotherapeuten (besonders im ländlichen Bereich)
- Errichtung von Abteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern

Die Ausstattung von Allgemeinkrankenhäusern mit sog. „Akutbetten“ für die psychosomatische Versorgung wurde von einigen Bundesländern auch gesetzlich festgelegt, wie beispielsweise im Landesbettenplan 1994 des Landes Sachsen.

Ebenso wurde 1992 durch die Einführung der neuen Gebietsbezeichnungen „Psychotherapeutische Medizin“ und „Psychiatrie und Psychotherapie“ ein weiterer Schritt nach vorne gemacht.

„Geschehen ist seither wenig“ (Pontzen 1994, S. 322) und die oben beschriebene Bemühungen und Ansätze haben allenfalls zu einem Sprung der Psychosomatik und des CL-Dienstes „vom Elend in die Armut“ geführt, wie Meyer dies 1993 beschrieb.

Zwar kam es durch die Aufnahme der Psychosomatik in die Approbationsordnung im Jahre 1976 zu einer Etablierung von Psychosomatischen Abteilungen an (fast) allen Universitätskliniken, aber oft handelte es sich dabei nicht um bettenführende Abteilungen, sondern um klinische Institute oder an psychiatrischen Kliniken angesiedelte C3-Professuren. Hinzu kommt, dass einige Universitätskliniken gar nicht über einen funktionierenden Liaisondienst verfügen, und eine spezialisierte Versorgung außerhalb dieser Universitätskliniken noch kaum realisiert ist. Herzog et al. fanden bei einer 1990 veröffentlichten Umfrage heraus, dass nur 11 außeruniversitäre Kliniken in Deutschland existieren, bei denen ein mehr oder weniger zufriedenstellender Liaisondienst verwirklicht war. Pontzen kommt 1994 in diesem Zusammenhang zu der Einschätzung, dass allenfalls bei zwei dieser Abteilungen ein zufriedenstellender Konsil-Liaisondienst organisiert werden konnte und resümierte, dass die Situation nur als „völlig unzureichend bezeichnet“ werden kann.

5.1.3 Zur Epidemiologie

In diversen Arbeiten ist eindrücklich dargestellt worden, dass sich "nicht die Frage nach dem Bedarf" (Ponzten 1994, S325) eines suffizienten Konsil-Liaison-Dienstes stellt und ein ausgewiesener Mangel an psychosomatischer Kompetenz in Allgemeinkrankenhäusern besteht. Aus der entstehenden Unterversorgung der Patienten resultieren eminente negative Folgen sozialer, ökonomischer und individueller Natur.

Eine ganze Reihe von Autoren kommt zu dem Ergebnis, dass durchschnittlich 30% der Patienten nicht-psychiatrischer, medizinischer Abteilungen einer vertieften psychologisch-medizinischen Diagnostik und gegebenenfalls auch Psychotherapie bedürfen (Künsebeck 1984; Mayon und Hawton 1986; Feldman et al. 1987; Stuhr und Haag 1989).

Diese psychische Beeinträchtigung, die für die somatische Erkrankung ursächlich, wie auch sie begleitend sein kann, wird aber von den meist eher somatisch orientierten und nicht speziell ausgebildeten Ärzten oft nicht erkannt, und eine effizienten Therapie kann so auch nicht initiiert werden.

So wird nur bei durchschnittlich rund 5% der (internistischen und chirurgischen) Patienten ein Konsil im Rahmen des klassischen Konsildienstes angefordert (Liedtke et al. 1990), während die Inanspruchnahme bei einem Liaisondienst mit 11% deutlich höher (Schüffel 1973) und nahe am zu vermutenden wirklichen Bedarf liegt. Es zeigte sich nämlich, dass nur ca. ein Drittel der „psychisch affektierten“ Patienten nach Untersuchungen von Schepank et al. (Franz et al. 1990) tatsächlich auch eine psychotherapeutische Diagnostik und Therapie akzeptieren. Auch Herzog et al. kommen 1994 zu der Einschätzung, „dass bei ca. 10% aller Allgemeinkrankenhauspatienten aus der Sicht aller drei Parteien (Patient, Arzt, Psychotherapeut) eine psychiatrische oder psychotherapeutisch-psychosomatische Konsultation ärztlich-therapeutisch angezeigt ist.“

Für die so nicht adäquat behandelten Patienten ergeben sich eine ganze Reihe von schwerwiegender Folgen:

Die betroffenen Patienten durchlaufen meist lange Patientenkarrieren und werden im Durchschnitt erst 7 Jahre nach Krankheitsmanifestation in eine psychotherapeutische Fachklinik aufgenommen (Meyer et al. 1991, S.38). In der Zwischenzeit müssen die

Kranken (meist vollständig somatisch orientierte) Fehlbehandlungen und umfassende Diagnostik in z.T. nicht indizierten Krankenhausaufenthalten über sich ergehen lassen. Dies beeinträchtigt in nachvollziehbarer Weise die Lebensqualität der Patienten ganz erheblich. Es führt außerdem durch die unnötigen therapeutischen und diagnostischen Bemühungen, die oft drastisch erhöhten Arbeitsunfähigkeitszeiten (Wittchen und von Zerßen 1988), sowie die therapieresistentere Chronifizierung der psychischen Beeinträchtigung zu hohen Kosten im Gesundheitswesen. Diese geben Wittchen und von Zerßen 1988 für nicht behandelte Patienten mit Angststörungen, funktionellen Syndromen und Depressionen als dreimal so hoch an, wie für diejenigen Kranken, die sich (primär) in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung befinden.

Meyer et. al. beschrieben 1991 diese sich anschließende Behandlung als „spät und dann meist stationär, statt früh und ambulant.“

Um „dem Kompetenzmangel in Allgemeinkrankenhäusern“ (auch unter Kostengesichtspunkten) entgegenzuwirken wurde immer wieder, wie unter 5.1.1 beschreiben, die Einrichtung von psychosomatischen Konsil-Liaison-Diensten an diesen Häusern gefordert. Verschieden Autoren haben seither versucht, konkrete Bedarfszahlen zu ermitteln und dem Bemühen um eine verbesserte psychosomatische Versorgung so eine fundierte Basis zu geben.

Pontzen ermittelte, dass auf 100 Betten eines Allgemeinkrankenhauses mit durchschnittlich 3000 Aufnahmen im Jahr *ein* psychosomatischer Mitarbeiter nötig sei (Pontzen 1994). Er gibt aber ebenso zu, dass es sich bei dieser Zahl „sowohl um eine realistische, wie eine utopische Forderung“ handelt, und die Umsetzbarkeit ganz wesentlich von den finanziellen Mitteln abhängen wird, die der psychotherapeutischen Medizin in Zukunft zur Verfügung gestellt werden.

5.1.4 Situation in Düsseldorf, Beschreibung der Voraussetzungen für unsere Untersuchungen

Nachdem im vorangegangenen Teil die unterschiedlichen generellen Konzeptionen des Konsil-Liaisondienstes behandelt worden sind, soll es im Folgenden um die Beschreibung der Situation gehen, auf welcher unsere Untersuchung basiert. Der psychosomatische Konsildienst an der Universitätsklinik in Düsseldorf orientiert sich am ehesten am Konzept des klassischen Konsildienstes. Patienten der einzelnen somatischen Abteilungen, welche vermutete, psychosomatische Symptome aufweisen, werden von den Mitarbeitern der psychosomatischen Abteilung konsiliarisch behandelt. Der Patient sucht eher selten selber den Kontakt zum Psychosomatiker, sondern der behandelnde Facharzt der somatischen Abteilung schlägt dem Patienten als ergänzende oder alternative Behandlung eine Vorstellung beim psychosomatischen Konsildienst vor. Je nach Erkrankungsschwere oder Mobilität des Patienten, sucht dieser entweder selbst das auf dem Klinikgelände liegende Psychosomatische Institut auf oder der Patient wird auf der somatischen Station aufgesucht. In beiden Fällen wird die Diagnostik im Erstgespräch durch psychometrische Fragebogenuntersuchungen ergänzt, wobei man sich bemüht, dass die Fragebögen vom Patienten vor dem Erstgespräch ausgefüllt werden. Die meisten Patienten unserer Untersuchung konnten das Institut selbst aufsuchen und wurden gebeten, eine halbe Stunde vor Gesprächsbeginn einzutreffen, um die Fragebögen zu beantworten. Neben dem IIP-D Fragebogen, der im Zentrum der hier vorgelegten Arbeit steht, wurden von den Patienten noch ein soziodemografischer Patientenfragebogen (PAT), der SCL-90-R Fragebogen (Symptom Check Liste) und der GBB (Gießener Beschwerde-Bogen) ausgefüllt. Im Zusammenhang mit speziellen klinischen oder wissenschaftlichen Fragestellungen kann der Patient noch gebeten werden, einen anderen Fragebogen auszufüllen. Zu Beginn des anschließenden Erstgesprächs werden die Fragebögen zwischen Arzt und Patient erörtert und ein etwa halb- bis einstündiges Gespräch schließt sich an. Je nach Notwendigkeit wird dem Patienten eine Mit- oder Anschlußbehandlung vorgeschlagen. Da die Patienten in der Universitätsklinik in der Regel nur wenige Tage behandelt werden, geht es meist darum, dem Patienten, bei dem eine psychogene Störung diagnostiziert wurde, Hilfestellungen bei der psychosomatischen oder psychotherapeutischen Nachbehandlung zu geben. Neben

Therapieempfehlungen kann auch, wenn nötig, eine „Überbrückungstherapie“ angeboten werden, bis sich der geeignete Therapieplatz gefunden hat.

Neben dem Konsildienst erfüllt das Klinische Institut für Psychosomatik und Psychotherapie in Düsseldorf noch vielfältige weitere Aufgaben. Das sechs Personen umfassende Team, welches sich aus Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatern und psychologischen Psychotherapeuten zusammensetzt, arbeitet neben der Forschungstätigkeit auch noch in psychosomatisch/ psychotherapeutischen Sprechstunden, die für Klinikmitarbeiter und für Studenten angeboten werden.

Regelmäßig werden zudem Angebote gemacht, an Entspannungstraining, autogenem Training oder therapeutischen Studentengruppen teilzunehmen.

5.2 Das Interpersonale Modell

5.2.1 Historischer Abriss

„Das, was den Menschen ausmacht, ist das Ergebnis der Interaktion von Diktaten seiner biologischen Natur und den Anforderungen seiner psychochemischen und interpersonalen Umwelt“ postulierte Harry Stack Sullivan 1953 in seinem posthum veröffentlichten Buch „Die interpersonale Theorie der Psychiatrie“ (S.110f) und wies damit zwischenmenschlichen Beziehungen eine ganz wesentliche Bedeutung für die Form der Persönlichkeit zu. Diese Einsicht geht zurück bis auf die Frühgeschichte der Psychologie, so bei Herbart 1824. Sullivan "radikalisierte" diesen Gesichtspunkt in gewisser Weise, wenn er bspw. schreibt (1953, S.21): "The idea of human instincts ... is completely preposterous." Mit diesen Gedanken stellte er dem damals gängigen *intrapsychisch* orientierten Persönlichkeitsmodell ein *interpsychisches* Modell entgegen bzw. zur Seite.

Sullivan legte so den Grundstein für eine Theorie, die im Anschluß zwar häufig diskutiert und untersucht wurde, besonders aber in der jüngeren Vergangenheit im größeren Umfang auch eine praktische Umsetzung in Psychotherapie und Psychiatrie erfuhr. Von einigen Autoren, wie beispielsweise von Schneider-Düker (1992) wird darüber nachgedacht, ob das interpersonale Modell nicht eine psychotherapeutische Grundorientierung sein könnte.

Nach Kiesler (1982) läßt sich Sullivans interpersonaler Ansatz (1953) in sieben Thesen zusammenfassen:

1. Menschliche Persönlichkeit ist ein relativ überdauerndes Muster immer wiederkehrender interpersonaler (zwischenmenschlicher) Situationen, die ein menschliches Leben charakterisieren.
2. Das menschliche Selbst-System ist interpersonal sowohl in seiner (formalen) Entwicklung, wie auch in seinen aktuellen und künftigen Inhalten.
3. Abweichendes Verhalten ist die Folge gestörter interpersonaler Beziehungen; es manifestiert sich in gestörter interpersonaler Kommunikation.
4. Gestörte Kommunikation betrifft sowohl die verbalen, wie die nonverbalen Kanäle.
5. Gestörte Kommunikation widerspiegelt die „parataktische Verdrehung“ einer Person. Das äußert sich z.B. im therapeutischen Kontext so, dass der Klient auf

- den Therapeuten frühere Erfahrungen in zwischenmenschlichen Beziehungen überträgt.
6. Interpersonale Transaktionen sind charakterisiert durch ein dauerndes Aushandeln komplementärer Bedürfnisse mit Hilfe eines reziproken Handlungsmusters („theorem of reciprocal emotion“, Sullivan 1953, S. 198f).
Über Reziprozität in der Interaktion haben Ruesch und Bateson (1951) bereits vor Sullivan in "Communication, the Social Matrix of Psychiatry" publiziert.
 7. Es sollte eine Wissenschaft der Psychiatrie entwickelt werden, die auf operationalen Definitionen psychiatrischer Konzepte beruht.

Eine Grundannahme Sullivans waren dabei die „Reziprozität und Korrespondenz interpersonalen Verhaltens“, die dazu führen, dass sich Haltungen und Handlungen zweier miteinander interagierender Personen gegenseitig beeinflussen. Dabei rufen bestimmte Verhaltensweisen überzufällig ein spezifisches Antwortverhalten hervor. Von diesem Ansatz ausgehend entwickelte Leary (1957) sein „Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens“, das versucht, zwischenmenschliches Verhalten in einem zweidimensionalen semantischen Raum anzuordnen und es so adäquat darzustellen. Bestimmt wird die Kreislinie dabei durch die beiden orthogonalen und bipolaren Dimensionen „Kontrolle/Dominanz“ (mit den Extremen dominierendes vs. unterwürfiges Verhalten) und „Affiliation/Zuneigung“ (mit den Extremen feindseliges vs. freundliches Verhalten).

Segment des Kreises, in dem sich das z.B. bevorzugte Verhalten einordnen läßt, und zum anderen durch die Intensität bzw. das Ausmaß der Pathologie des Verhaltens innerhalb eines Segmentes.

„‘Tadeln’ beispielsweise wäre in jenem Bereich des Modells anzusiedeln, der feindselige Dominanz repräsentiert, ‘Beraten’ im Bereich freundlicher Dominanz, ‘Schmollen’ im Bereich feindseliger Unterwürfigkeit etc.“ (Horowitz et al. 1994, S.7).

Das Modell ermöglicht aber auch, von Sullivans Theorie der „Korrespondenz und Reziprozität interpersonalen Verhaltens“ ausgehend, Voraussagen über die Dynamik in der Interaktion zweier Personen oder innerhalb einer Gruppe zu machen.

Dabei nimmt Sullivan, wie auch beispielsweise Carson 1969, an, dass zwei Mechanismen in den Reaktionen auf interpersonales Verhalten existieren: Reziprozität auf der Kontrolldimension (s.o.), d.h. dominantes Verhalten hat Unterwürfigkeit beim Gegenüber zur Folge, und Korrespondenz auf der Affiliationsdimension (s.o.), d.h. Freundlichkeit löst Freundlichkeit aus bzw. Feindlichkeit provoziert Feindlichkeit.

Untersuchungen über komplementäre Prinzipien in zwischenmenschlichen Beziehungen, die u.a. von Orford (1986) und Wiggins und Pinkus (1989, 1992) angestellt wurden, zeigen, dass sich diese Mechanismen auf der Affiliationsebene durchweg bestätigen lassen, auf der Kontrollebene jedoch nur bedingt in Abhängigkeit von der Situation nachvollziehbar sind.

Das Komplementaritätsprinzip ist besonders von der interpersonalen Psychotherapie und der Depressionsforschung aufgenommen worden und dient diesen als Erklärungsansatz für das Entstehen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Darüber hinaus liefert es den Leitfaden für individuelle therapeutische Vorgehensweisen, die versuchen, sich am interpersonalen Stil bzw. Problem des Patienten zu orientieren, wie dies Sullivan in seiner fünften These (s.o.) anregte.

Geht man nämlich davon aus, dass nichtkomplementäres Verhalten Spannungen auslöst, die nur vermieden werden können, indem die Interaktionspartner ihr Verhalten anpassen oder in der Folge solche Situationen vermeiden, kann hier die Wurzel für die Entstehung von interpersonalen Problemen gefunden werden.

Eine Person, die an einer bestimmten Verhaltensweise, wie beispielsweise der unterwürfigen Freundlichkeit (mehr oder weniger unbewußt) festhält, wird die immer gleichen Reaktionen, in diesem Falle dominantes Verhalten, zu spüren bekommen,

was auf die Dauer das Selbstwertgefühl beeinträchtigen muß. Dies kann der Nährboden für Unzufriedenheit oder psychische Leiden sein.

So wird das Komplementaritätsprinzip genutzt, um das Dilemma eines depressiven Menschen zu erklären (Schauenburg 1995): Dieser wird, da er sich selbst in Frage stellt und künftiges Versagen bereits erwartet, nach außen Hilflosigkeit und Submission signalisieren. Ein solches Verhalten provoziert eine dominante Gegenreaktion und das depressive Gegenüber wird in weitere Unterwürfigkeit und Hilflosigkeit gestürzt. Der Teufelskreis beginnt.

5.2.2 Fragebögen als Screeninginstrumente

Psychologische, medizinische und medizin-psychologische Forschung und die damit verbundene praktische Arbeit haben es im Laufe der Jahre nötig gemacht, viele Daten zu erheben und zu erfassen. Eine sinnvolle Methode, dies möglichst effizient zu tun, ist der Einsatz von Fragebögen als Screeninginstrumente.

Neben dem Bedarf an solchen psychodiagnostischen Verfahren bzw. Instrumenten, müssen diese, in Zeiten zunehmenden Kosten- und Zeitdrucks im Gesundheitswesen, auch immer ökonomischer gestaltet werden. Davon hängen auch der Nutzen solcher Screeninginstrumente und die tägliche Anwendbarkeit ab. Um die persönlichkeitspsychologische Diagnostik in der psychosomatischen Medizin zu unterstützen, gibt es verschiedene Möglichkeiten: Eine der sicherlich am häufigsten angewandten Methoden – die auch im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht – ist der Einsatz von Fragebögen als Screeninginstrumente. In relativ kurzer Erhebungszeit können, oft ohne große Vorkenntnis über den Probanden, recht viele verschiedene Informationen gesammelt und erfragt werden, welche dann Dank der Standardisierung solcher Fragebögen relativ schnell ausgewertet und auch verglichen werden können.

5.2.3 Verschiedene Modelle und Meßinstrumente

Neben dem „Leary-Kreis“ haben viele verschiedenen Arbeitsgruppen diverse Modelle zur Erfassung interpersonalen Verhaltens entwickelt. Wiggins listet in seiner Übersichtsarbeit 1982 alleine 21 verschiedene Konzepte auf, denen allen die circumplexe Struktur im zweidimensionalen Raum gemeinsam ist.

Auf der Basis dieser Modelle, besonders aber auf Grundlage des interpersonalen Zirkels von Leary, wurden in der Folge diverse Meßinstrumente zur Taxometrie interpersonalen Verhaltens entwickelt:

Den Anfang machten La Forge und Suczek (1955) und Leary (1957) mit der ICL (Interpersonal Checklist), einem Selbstbeurteilungsinstrument, das mit 16 interpersonalen Kategorien und adjektivischen bzw. verbalen Items arbeitete. Untersuchungen bestätigen allerdings, dass adjektivische Items von jedem Menschen unterschiedlich bewertet und verwendet werden, so dass die ICL keine replizierbaren und reliablen Ergebnisse liefert.

Daher entwarfen Lorr und McNair (1967) das IBI (Interpersonal Behavior Inventory). Hier wurden konkrete Handlungsweisen durch einen Beobachter in 15 Persönlichkeitskategorien weitgehend objektiv erfaßt, wobei sich aber aus testpsychologischer Sicht ebenfalls Probleme hinsichtlich Reliabilität und Validität ergaben.

In der jüngsten Zeit haben sich besonders fünf Instrumente etabliert:

Mehrheitlich „zu Forschungs- und Vergleichszwecken, quasi als Referenzmodell für andere interpersonale Messmittel“ (Werner 1984, S.56), wird die, von Wiggins et al. 1988 entwickelte, „Revised Interpersonal Adjective Scale“ (IAS-R) benutzt. Bei diesem gründlich untersuchten Oktanten-Modell beschreiben 64 Adjektive die acht Skalen des ebenfalls circumplex angelegten Instrumentes.

Das „Impact Message Inventory“ (IMI) wurde 1975 von Kiesler als Kombination der Modelle von Leary (1957), Lorr und McNair (1967) und Wiggins (1979) konzipiert und in Zusammenarbeit mit Schmidt 1991 überarbeitet. Bei dem IMI handelt es sich um ein „Selbstbericht-Verfahren, womit der Beobachter seine wahrgenommene kognitiv-affektive Reaktion auf die ‚Evoking Messages‘ des Probanden ratet“ (Werner 1984, S.56). Somit erfaßt er „sowohl kommunikationstheoretische als auch Aspekte der

interpersonalen Theorie.“ (Frommhold 1998, S.27).

Als Reaktion auf Kritiken am IMI legte Kiesler 1991 die „Check List of Interpersonal Transaction“ (CLOIT, Kiesler et al. 1991) vor. „Sie hat bis heute eine Vielzahl an Modifikationen zur weiteren Präzisierung erfahren, verfügt jetzt über ideale psychometrische und circumplexe Eigenschaften explizit betreffs der interpersonalen Komplementarität und ist direkt vom interpersonalen Zirkel abgeleitet.“ (Frommhold 1998, S. 27).

Als „the most detailed, clinically rich, ambitious, and conceptually demanding of all contemporary models“ (Wiggins 1982, S.193) wird im allgemeinen die von Lorna S. Benjamin 1974 vorgestellte „Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens“ (SASB) aufgefaßt. Mit diesem Modell gelingt die Analyse und Abbildung interpersonaler Prozesse „weitaus differenzierter als in den gängigen Kreismodellen.“ (Davis-Osterkamp 1993). Grund hierfür ist die Unterscheidung von *drei* Focus-Ebenen (transitiv = aktiv, intransitiv = reaktiv und „Introjekt“ = Ich im Umgang mit mir selbst) des Modells, die eine Analyse von Verknüpfungen zwischen interpersonellen und intrapsychischen Prozessen ermöglicht (Benjamin 1987).

Aus dem SASB-Modell ging der INTREX-Fragebogen (Benjamin 1974) in seiner Lang- und Kurzform hervor. „In diesem Fragebogen ist in der Kurzform für die einzelnen acht Cluster auf den drei Foci je ein Item formuliert. Diese beschreiben den Umgang mit sich selbst (Introjekt) sowie die Transaktion mit „bedeutsamen anderen“ aus Gegenwart und Vergangenheit.“ (Frommhold 1998, S.31)

Der breiten Anwendung des Modells, insbesondere in der Gruppentherapie, steht allerdings der extrem hohe Zeitaufwand bei der Datenerhebung und das aufwendige Training der Beurteiler entgegen (Burgmeier-Lohse 1996). Einige Autoren bemängeln zudem, dass das SASB „nicht explizit zur Erfassung interpersonaler Problemen, eher von interpersonalen Verhaltensweisen konstruiert“ wurde (Horowitz et al. 1994).

Schließlich ist das „Inventory of Interpersonal Problems (IIP)“ von Horowitz et al. (1988) zu nennen. Dieser Fragebogen zur Selbstbeurteilung in Hinsicht auf dysfunktionale Muster in der Interaktion einer Person ist wegen seiner guten klinischen Verwendbarkeit weit verbreitet und diente auch der vorliegenden Arbeit in seiner deutschen Kurzform (Horowitz et al. 1994) als vorrangiges Meßinstrument.

5.2.4 IIP - Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme

Seinen Ausgang nahm das Inventar IIP von dem Vorhaben, ein Instrument zu entwickeln, das problematische Verhaltensweisen einer Person im Umgang mit anderen erfaßt und verläßlich mißt.

Zu diesem Zweck wurden von Horowitz und seinen Mitarbeitern eine Vielzahl interpersonalen Problemschilderungen gesammelt, die von Patienten in diversen psychotherapeutischen Gesprächen berichtet worden waren. So konnte schließlich – nach einer Reihe vorausgegangener Analysen und Studien – eine Liste von insgesamt 127 Problemen erstellt werden, die zwei unterschiedliche Itemformulierungen aufwiesen:

1. beginnend mit „Es fällt mir schwer ... (dies) zu tun“ (z.B. Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen.) und
2. beginnend mit „Ich tue ... (dies) zu sehr“. (z.B. Ich streite zu viel mit anderen.)

Beantwortet werden die Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Abstufungen 0=nicht (zutreffend), 1=wenig (zutreffend), 2=mittelmäßig (zutreffend), 3=ziemlich (zutreffend), 4=sehr (zutreffend).

Nach der Itemauswahl erfolgte die Konstruktion der Circumplex-Skalen für die amerikanischen Stichproben des IIP in Anlehnung an den interpersonalen Zirkel. Hierzu wurden anhand zweier Stichproben sog. ipsatierte Werte der Item-(Roh-)Werte gebildet, wodurch es möglich wird, individuelle Unterschiede in der generellen Antworttendenz zu eliminieren. In der anschließenden Hauptkomponentenanalyse fanden sich zwei Hauptfaktoren, die sich als Achsen in das bereits beschriebene Kreismodell einfügen ließen. Der erste Faktor bzw. die erste Achse „repräsentiert die Dimension, welche von ausgeprägter Feindseligkeit zu Freundlichkeit variiert (Affiliation), der zweite repräsentiert die Dimension, die von Unterwürfigkeit zu Dominanz reicht (Macht, Kontrolle)“ (Frommhold 1998, S. 29).

Zur Bildung von Circumplex-Skalen innerhalb des zweiachsigen bzw. zweidimensionalen Raumes wurden nun die ipsatierten Itemwerte pro Person von zwei großen Studentenstichproben interkorreliert. In der anschließenden Hauptkomponentenanalyse wurden die beiden ersten Komponenten extrahiert und die „Faktorenladung der Einzelitems in Bezug auf die beiden Komponenten

(=Achsen) wurde dann umgerechnet in Lokalisationen innerhalb des zweidimensionalen Raumes“ (Frommhold 1998, S.29). Dieser wurde in acht Sektoren aufgeteilt „mit den Mitten bei 90°, 135°, 180°, 225°, 270°, 315°, 360° und 45°“ (Horowitz et al. 1994, S.13), wobei sich jeder Sektor bzw. Oktant durch acht Items identifizieren ließ, welche die höchste multiple Korrelation zu den beiden Hauptkomponenten aufwiesen. Die erneute Faktorenanalyse konnte zeigen, „dass die (korrelative) Struktur zwischen den acht Skalen gut durch einen zweidimensionalen Circumplex modelliert werden kann“ (Horowitz et al. 1994, S.13) und 64% der Gesamtvarianz erklärte. Weitere Untersuchungen mittels Kreuzvalidierung und Anwendung an einem neuen Datensatz unterstützten die Struktur eines zweidimensionalen Cicumplexes.

Bei der Benennung der einzelnen Skalen wurde von Horowitz und seinen Mitarbeitern entsprechend dem interpersonalen Zirkel von Leary (1957) (vgl. Abbildung 5.1) verfahren. Die Bezeichnung der einzelnen Oktanten wird an anderer Stelle für die deutsche Version des IIP wiedergegeben.

Von B. Strauß und H. Kordy wurde 1987 eine deutsche Version des IIP vorgelegt. Dabei verzichteten die Autoren auf eine eigenständige Neukonstruktion des Fragebogens wegen „der guten theoretischen Einbettung des IIP in die interpersonale Theorie und des Wunsches nach möglichst maximaler Vergleichbarkeit mit der englischsprachigen Version“ (Horowitz et al. 1994, S.14).

Nach der Übersetzung ins Deutsche und der Überarbeitung hinsichtlich Verständlichkeit und Praktikabilität erfolgte die Überprüfung der entwickelten deutschen Version anhand dreier (Teil-)Stichproben (Psychotherapiepatienten, Patienten in der Rehabilitationsphase nach einer Herzerkrankung und Studenten), die in der Folge zusammengefaßt und als „Normstichprobe“ benutzt wurden.

„Ähnlich wie in der englischen Originalversion ließ sich die circumplexe Struktur in Faktorenanalysen deutscher Stichproben bestätigen“ (Horowitz et al. 1994, S.41).

Ebenso konnten andere Merkmale der englischen Originalfassung wie beispielsweise die Skalen- und Itemkennwerte oder die Skaleninterkorrelationen nachvollzogen und bestätigt werden.

Bei der Benennung der einzelnen Skalen wurde entsprechend dem interpersonalen Zirkel von Leary (1957) (vgl. Abbildung 5.1) verfahren. Die Sektoren bzw. Oktanten erhielten daher die Bezeichnungen PA, BC, DE, FG, HI, JK, LM, und NO. Jeder

Skala sind jeweils acht Items zugeordnet und jede Skala beschreibt ein interpersonales Thema: Autokratie/ Dominanz (PA), Streitsucht/ Konkurrenz (BC), Kälte (DE), Soziale Vermeidung (FG), Selbstunsicherheit/ Unterwürfigkeit (HI), Ausnutzbarkeit/ Nachgiebigkeit (JK), Fürsorglichkeit/ Freundlichkeit (LM), Expressivität/ Aufdringlichkeit (NO). Die circumplexen Struktur der IIP-Skalen ist in Abbildung 5.2, die einzelnen Circumplexskalen mit entsprechenden Beispielitems in Tabelle 5.1 wiedergegeben.

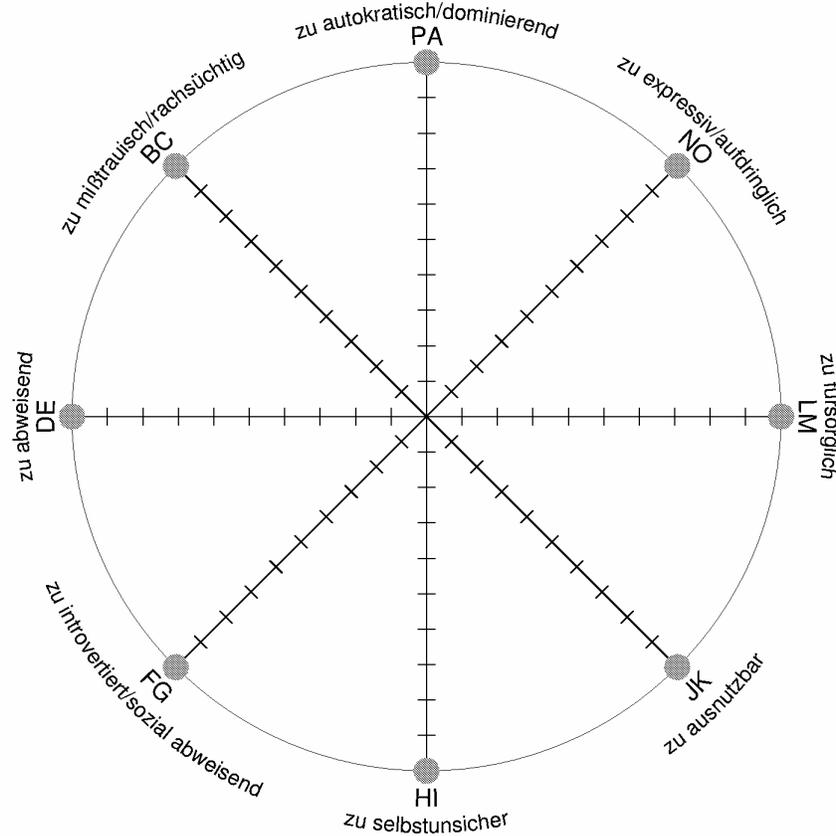


Abbildung 5.2: IIP-Skalen-Circumplex

Tabelle 5.1: Die acht Circumplexskalen des IIP mit entsprechenden Beispielitems

Circumplexskala	Beispielitems
zu autokratisch/dominant (PA)	Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv.
	Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren.
Zu streitsüchtig/konkurrierend (BC)	Ich bin anderen gegenüber zu mißtrauisch.
	Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.
Zu abweisend/kalt (DE)	Es fällt mich schwer, mich anderen nahe zu fühlen.
	Es fällt mir schwer, mit anderen zurechtzukommen.
Zu introvertiert/sozial vermeidend (FG)	Ich bin vor anderen Menschen verlegen.
	Es fällt mir schwer, andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen.
Zu selbstunsicher/unterwürfig (HI)	Es fällt mir schwer, jemanden zu sagen, dass er mich nicht weiter belästigen soll.
	Es fällt mir schwer selbstbewußt zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin.
Zu ausnutzbar/nachgiebig (JK)	Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden.
	Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen.
Zu fürsorglich/freundlich (LM)	Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen.
	Ich stelle zu oft Bedürfnisse anderer über meine eigenen.
zu expressiv/aufdringlich (NO)	Ich lege zu viel Wert darauf beachtet zu werden.
	Es fällt mich schwer, mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten.

Die Skala PA (zu autokratisch/dominant) beschreibt Probleme, anderen gegenüber zu aggressiv zu sein, sie zu sehr beeinflussen oder kontrollieren zu wollen oder die Unfähigkeit, sich anderen unterzuordnen.

Personen mit hohen Werten auf der Skala BC (zu streitsüchtig/ konkurrierend) berichten über Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen, andere zu unterstützen, um die Probleme anderer zu kümmern, sich mit anderen zu freuen.

Die Skala DE (zu abweisend/ kalt) nennt Schwierigkeiten, Liebe zu anderen zu

empfinden, Zuneigung zu zeigen, Nähe zu anderen herzustellen, sich zu versöhnen. Die Skala FG (zu introvertiert/ sozial vermeidend) umfasst folgende interpersonale Probleme: Schwierigkeiten, Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen, insgesamt also „Scheu oder Angst vor anderen Menschen“ (Frommhold 1989, S. 30).

Durch die Skala HI (zu selbstunsicher/ unterwürfig) werden Schwierigkeiten beschrieben, eigene Bedürfnisse zu zeigen, sich gegenüber anderen zu behaupten, sich abzugrenzen, standhaft, selbstsicher und auch aggressiv zu sein.

Personen mit hohen Werten auf der Skala JK (zu ausnutzbar/ nachgiebig) berichten über die Unfähigkeit, sich anderen gegenüber abzugrenzen, „Nein“ zu sagen, Ärger zu zeigen oder zu empfinden.

Die Skala LM (zu fürsorglich/ freundlich) zielt auf Probleme, eigene Bedürfnisse über die anderer zu stellen, anderen zu sehr gefallen zu wollen, anderen Grenzen zu setzen, sich zu sehr von den Schwierigkeiten anderer leiten zu lassen.

Schließlich thematisiert Skala NO (zu expressiv/ aufdringlich) Schwierigkeiten, sich zu sehr zu öffnen, zuviel Beachtung durch andere erlangen zu wollen, Dinge für sich zu behalten, sich zu sehr für anderer verantwortlich zu fühlen, alleine zu sein.

Skalen, die dabei ähnliche bzw. verwandte problematische Verhaltensweisen beschreiben, sind im zweidimensionalen Raum benachbart angeordnet; Skalen, die auf gegensätzliche interpersonale Probleme fokussieren, liegen einander gegenüber.

„Für die Auswertung des IIP stehen die acht Circumplex-Skalen im Vordergrund“ (Horowitz et al. 1994, S. 23). Für die Ermittlung ihrer Rohwerte werden die der jeweiligen Skala zugeordneten Itemwerte (der Likert-Skala entsprechend mit 0 bis 4 codiert) aufsummiert. An diesem Wert kann – durch den Vergleich mit dem Wert der Referenzpopulation bzw. Normstichprobe – die relative Ausprägung dieses interpersonalen Problems abgeschätzt werden. Hinsichtlich der entsprechenden interpersonalen Problembereiche sei auf die eingehende Beschreibung der einzelnen IIP-Skalen an anderer Stelle in diesem Abschnitt verwiesen.

Als zusätzlichen ergänzenden Wert lässt sich der IIP-Gesamtwert IIP_{ges} als gemittelte Summe der Skalenwerte nach der Formel:

$$IIP_{ges} := (PA+BC+DE+FG+HI+JK+LM+NO)/8$$

bilden. Er reflektiert das durchschnittliche Ausmaß interpersonaler Schwierigkeiten

des Patienten.

Bei Veröffentlichung des Testhandbuches zum IIP 1994 lagen den Autoren drei verschiedene klinische und nichtklinische Stichproben vor, die es erlaubten für das IIP Referenz-, aber keine Normwerte zu erheben, weil die untersuchten Gruppen nicht den Anforderungen an eine Normstichprobe entsprachen. So wies die – aus den Teilstichproben gebildete – Gesamtstichprobe einige problematische Eigenschaften, wie z.B. die Überrepräsentation „von jüngeren Personen“ (Horowitz et al. 1994, S.14) auf.

Diese Lücke einer fehlenden repräsentativen Normstichprobe schlossen Brähler et al. 1998 mit der Validierung des IIP anhand einer Repräsentativbefragung an 2025 West- und 1022 Ostdeutschen im Alter von 14 bis 92 Jahren. Somit liegen nun Normwerte für das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme vor.

5.2.5 Testkriterien

Reliabilität, Validität und klinische Bedeutung des Inventar zu Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) konnten durch eine ganze Reihe von großen klinischen Studien in den USA und in Deutschland belegt werden (u.a. Barham et al. 1994; Davis-Osterkamp, Kriebel 1993).

6 Empirischer Teil

6.1 Fragestellungen und Hypothesen

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP bzw. IIP-D) hat sich als weitverbreitetes psychometrisches Instrument in der psychosomatischen Medizin bewährt. In vielen nationalen und internationalen Studien wurden es unter unterschiedlichen Gesichtspunkten untersucht.

Dennoch existieren bisher wenige Untersuchungen und Erfahrungen für die Verwendung und den Einsatz im psychosomatischen Konsildienst. Beim Konsildienst handelt es sich aber, wie bereits in Abschnitt 5.1. eingehend dargestellt, um eine Sonderform der psychosomatischen Versorgung.

Daher stellte sich die Frage, ob sich das IIP auch als diagnostisches Instrument im Konsildienst eignet und ob sich hier mögliche Besonderheiten ergeben. Dieser Fragestellung soll in der vorgelegten Untersuchung nachgegangen werden.

Am Beginn dieser Arbeit stand die ausführliche Betrachtung der untersuchten Stichprobe unter verschiedenen Gesichtspunkten (wie Geschlechtsverteilung, Altersstruktur, Diagnosen u.a.), wobei meist der Vergleich zu einer Stichprobe von Poliklinikpatienten der Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düsseldorf gezogen wurde (vgl. Abschnitt 6.3.1).

In einem zweiten Schritt wurden die psychometrischen Eigenschaften (vgl. Abschnitt 6.3.2) des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D bei der Verwendung im Konsildienst untersucht: Da es sich bei den Patienten des Konsildienstes in der Regel um Personen handelt, die sich nicht aus eigener Initiative vorstellen, sondern von einem Arzt einer anderen Abteilung zugewiesen werden, galt es, hier zu überprüfen, ob der Test auch bei ihnen verlässlich misst, was gemessen werden soll. Denkbar wäre nämlich dass die Patienten aus Mangel an Einsicht in die Notwendigkeit der Konsultation die Fragen nur „halbherzig“ und mit eingeschränkter Offenheit beantworten. Zu diesem Zweck wurde die interne Konsistenz überprüft.

Ebenso wurde die Interkorrelation der Skalen des IIP ermittelt.

Im Hauptteil der Arbeit (vgl. Abschnitt 6.3.3) wurden die interpersonalen Probleme der Konsilpatienten – ermittelt durch das IIP umfassend analysiert und zum einen denen der Gruppe der Poliklinikpatienten und zum anderen denen der Normstichprobe gegenübergestellt.

Maßgebliche Annahme war hier, dass Patienten dann einem psychosomatischen Konsil zugeführt werden, wenn dem somatisch tätigen Mediziner eine vermehrte psychische Symptomatik oder eine ausgeprägtere seelische Störung auffällt. Damit ist zu vermuten, dass sich für den Konsilpatienten mittels des IIP höhere Werte ermitteln lassen als bei der Normstichprobe, der Konsilpatient also eine höhere interpersonale Problembelastung angibt.

Darüber hinaus wurde auf geschlechtsspezifische Unterschiede eingegangen und Unterschiede bei den interpersonalen Problemen in Abhängigkeit von den Veranlassern der Untersuchung analysiert.

Schließlich werden die Zusammenhänge mit einigen anderen Screeninginstrumenten, die in der psychosomatischen Diagnostik eingesetzt werden überprüft. Zum einen werden Expertenratings wie der Beeinträchtigungsschwere-Score BSS (Schepank 1995) und zum anderen der SCL-90-R-Fragebogen (Symptom Checkliste) als Vergleich herangezogen (vgl. Abschnitt 6.3.4).

6.2 Untersuchungsdesign

6.2.1 Setting

Die Basis der vorgelegten Arbeit bildet eine Stichprobe von 442 Patienten, die im Zeitraum Oktober 1996 bis Juni 1998 durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf konsiliarisch betreut worden sind. Die genaueren Merkmale dieser Stichprobe sind dem Abschnitt 6.3.1 zu entnehmen.

Die Konsilpatienten suchen – in Abhängigkeit von ihrer Mobilität und Krankheitsschwere – in den meisten Fällen das Gebäude des psychosomatischen Instituts auf dem Gelände der Uniklinik auf oder werden u.U. auf der jeweiligen anfordernden Station vom Therapeuten aufgesucht.

Den Patienten wird meist eine halbe Stunde vor den Erstgesprächen eine Anzahl von Fragebögen zur Bearbeitung vorgelegt, die je nach Einzelfall oder Bedarf variieren. Zusätzlich wird durch den Psychotherapeuten eine wechselnde Zahl von Bögen bearbeitet. Schließt sich eine Therapie im psychosomatischen Institut an, so werden in der Folge evtl. weitere Fragebögen oder Instrumente zur Verlaufsbeobachtung notwendig. Für diese Untersuchung wurden jedoch ausschließlich Bögen, die zu Beginn der Konsultation bearbeitet wurden, ausgewertet.

Von den hier untersuchten Patienten wurden insbesondere drei Fragebögen eigenhändig und ein weiterer durch den Psychotherapeuten ausgefüllt, die Eingang in die vorliegende Arbeit fanden:

Als erstes ist hier der sog. **PAT** – Patientenfragebogen zu nennen, der soziodemographische Daten, wie Schul- und Berufsausbildung, den familiären Hintergrund, die aktuelle Lebenssituation, Hauptbeschwerden und psychotherapeutische Vorbehandlungen erfasst und vom Patienten beantwortet wird (Bearbeitungszeit ca. fünf Minuten).

Der sog. **EUB** – Erstuntersuchungsbogen wird vom Konsilarzt ausgefüllt (Bearbeitungszeit: weniger als fünf Minuten) und liefert Informationen z.B. zu psychiatrisch/psychotherapeutischen bzw. somatopsychisch/psychosomatischen und somatischen Diagnosen, den Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank und Behandlungsempfehlungen des Therapeuten.

Bei der Symptom-Checkliste **SCL-90-R** von Derogatis et al. (1977) handelt es sich um ein psychometrisches Verfahren, das anhand von 90 Items Aussagen über die subjektive Beeinträchtigung i.S. der Symptombelastung durch körperliche und psychische Symptome erfasst. 83 der 90 Items bilden dabei neun Skalen bzw. Symptomfaktoren. Diese Skalen sind „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „phobische Angst“, „paranoides Denken“ und „Psychotizismus“. Sieben Items können als Zusatzfragen bei Bedarf separat ausgewertet werden, gehen aber mit den 83 Items ebenfalls in die Berechnung von drei globalen Kennwerten ein, die Auskunft über das Antwortverhalten geben:

- Global Severity Index (GSI): Gibt die grundsätzliche psychische Belastung an.
- Positive Symptom Distress Index (PSDI): Misst die Intensität der Antworten.
- Positive Symptom Total (PST): Misst die Anzahl der Symptome, bei denen ein Leidensdruck vorliegt

Dieser Fragebogen wird vom Patienten ausgefüllt und dies nimmt in der Regel zwischen zehn und fünfzehn Minuten Zeit in Anspruch.

Schließlich wird vom Patienten das **IIP-D** – Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Horowitz et al. 1994) bearbeitet. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt hier ebenfalls zehn bis fünfzehn Minuten. Mittels dieses Instrumentes lassen sich spezifische Probleme im zwischenmenschlichen Umgang identifizieren und im Verlauf beurteilen. Der IIP bildet das Herzstück dieser Arbeit und ist detailliert in Abschnitt 5.2.4 beschrieben

6.2.2 Dateneingabe und Auswertung

Die Dateneingabe aller vier Fragebögen erfolgte über das PC-Programm „klindo – Dokumentationssystem für stationäre und ambulante Psychotherapien“ (Hartkamp 1994). Dieses Programm ermöglicht über – auf die einzelnen Fragebögen bzw. psychometrischen Instrumente abgestimmte – Eingabemasken eine schnelle und sichere Verdatung. Die Daten können zur Weiterverarbeitung in gängigen Software-Formaten (wie SPSS) abgespeichert werden. Anschließend lassen sich die entsprechenden Ergebnisse abrufen und ggf. graphisch (z.B. für die Daten des IIP-D in Anlehnung an das interpersonale Cicumplex-Modell) darstellen. Zudem können über „klindo“ eine Reihe statistischer Analysen durchgeführt werden.

Die statistische Auswertung der Daten dieser Untersuchung wurde jedoch mittels des gebräuchlichen Statistik-Programmes SPSS durchgeführt. Diese Anwendung ermöglichte eine umfassende Analyse und Darstellung der Daten unter unterschiedlichen Gesichtspunkten.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Deskriptive Beschreibung der Patientenstichprobe

Dieser Arbeit liegen Daten aus zwei verschiedenen Patientenkollektiven zu Grunde: Zum einen die vorrangig untersuchten Konsilpatienten der Universitätsklinik, sowie – als Vergleichsgruppe – Patienten der Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düsseldorf.

Die Gesamtstichprobe bilden 442 unselektierte Patienten, die im Zeitraum Oktober 1996 bis Juni 1998 durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf konsiliarisch betreut worden sind.

Die Stichprobe setzt sich aus 283 Frauen (64%) und 159 Männern (36%) zusammen, was einer üblichen **Geschlechtsverteilung** eines „psychosomatischen“ Patientenkollektiv entspricht.

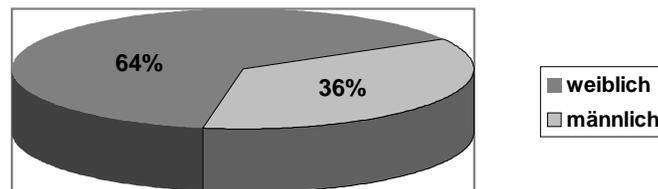


Abbildung 6.1: Darstellung der Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe der Konsilpatienten

Die Vergleichsstichprobe umfasst 912 Patienten, die in der Zeit von 1992 bis 1998 in der Ambulanz den Rheinischen Kliniken Düsseldorf betreut wurden.

Die Geschlechtsverteilung zeigt sich nahezu identisch. Frauen repräsentieren auch hier mit 63,7% (581) den deutlich größeren Anteil, gegenüber 36,3% (331) Männern.

Tabelle 6.1: Geschlechtsverteilung der beiden Stichproben

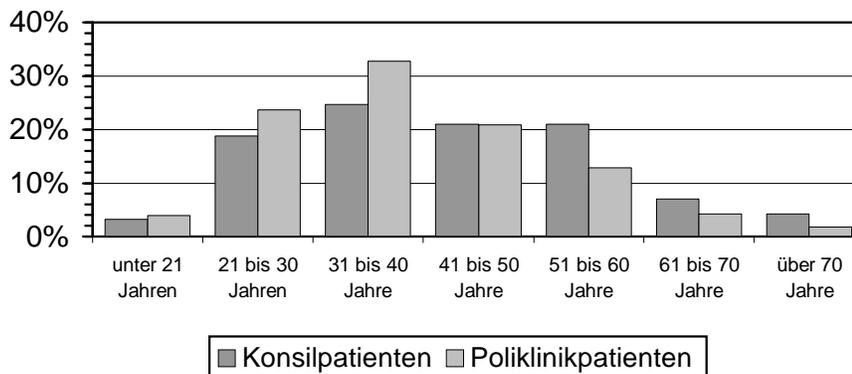
Geschlecht	Konsilpatienten		Poliklinikpatienten
	Absolut	Prozent	
weiblich	283	64,0	63,7
männlich	159	36,0	36,3

Hinsichtlich der **Altersverteilung** in den beiden Gruppen zeigen sich einige Unterschiede. Zwar weisen beide ein Altersspektrum von unter 21 Jahren bis über 70 Jahre auf, jedoch differieren die Altersverteilung innerhalb der Gruppen (vgl. Abb. 6.2).

Bei den Konsilpatienten zeigt sich eine relativ gleichmäßige Verteilung auf die Altersgruppen zwischen 20 und 60 Jahren.

Demgegenüber ist der Hauptteil der Patienten der Poliklinik jünger. Hier finden sich zwischen 21 Jahren und 50 Jahren die meisten Patienten, wobei in dieser Gruppe noch einmal die Gruppe 31 bis 40 Jähriger mit 32,7% den größten Anteil darstellt.

Abbildung 6.2: Darstellung der Altersverteilung im Vergleich beider Patientenstichproben

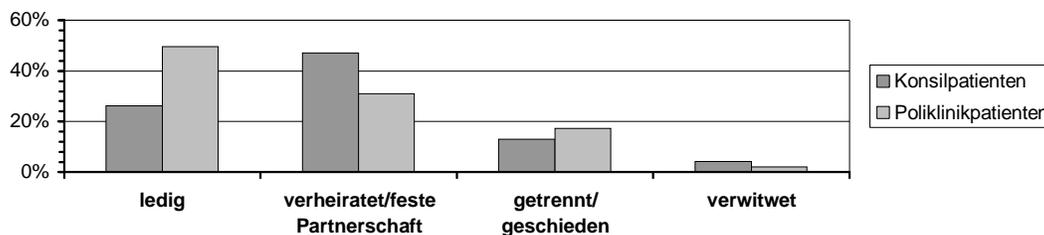


Betrachtet man nun den **Familienstand** der beiden Gruppen, so werden auch hier Unterschiede deutlich (vgl. Abb. 6.3).

Der größte Anteil, 52,8% der Patienten des Konsildienstes lebt in festen Partnerschaften oder ist verheiratet, 26,2% der Konsilpatienten sind ledig und 12,9% sind getrennt lebend oder geschieden. Der kleinste Anteil der Patienten, 4,3% ist verwitwet.

Anders verhält es sich bei den Patienten der Poliklinik. Hier sind die weitaus meisten Patienten ledig. Mit 49,6% macht das fast die Hälfte dieser Gruppe aus. Verheiratet sind 31% der Patienten, getrennt lebend oder geschieden sind hier 17,2%. Wie auch bei den Konsilpatienten zählt die Gruppe der Verwitweten mit 2,2% zu der kleinsten Gruppe dieses Patientenkollektivs.

Abbildung 6.3: Vergleich des Familienstandes in beiden Stichproben

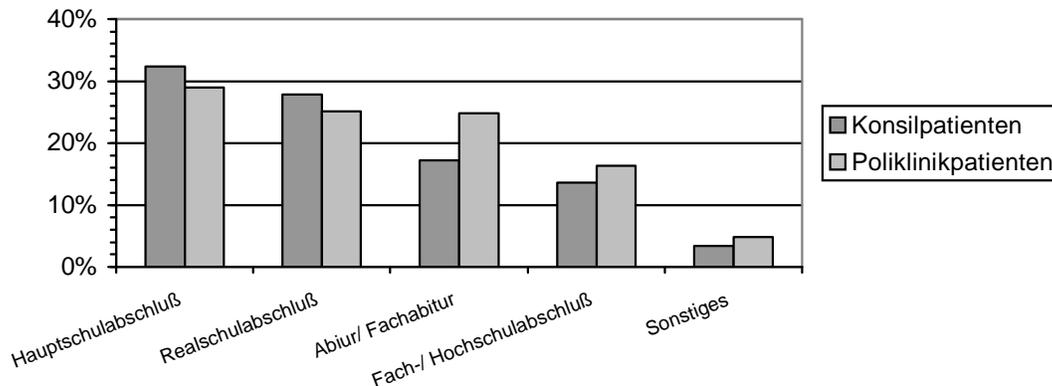


Die beiden untersuchten Patientengruppen wurden auch hinsichtlich ihrer **Schulbildung** befragt (vgl. Abb. 6.4).

Hierbei zeigen sich in den Bereichen der Haupt- und Realschule deutliche Übereinstimmungen: 32,4% der Konsil- und 29% der Poliklinikpatienten haben die Hauptschule besucht. Einen Realschulabschluss können 27,8% der konsiliarische betreuten Patienten vorweisen, 25,1% der Patienten der Poliklinik haben diesen Abschluss erworben. Der Anteil der Ambulanzpatienten mit Abitur bzw. Fachabitur jedoch übersteigt mit 24,8% den Anteil der Konsilpatienten mit diesem Abschluss (17,2%) deutlich.

Hinsichtlich eines abgeschlossenen Studiums mit entsprechendem Hochschul- oder Fachhochschulabschluss liegt der Anteil der Poliklinik ebenfalls höher, wenn auch der Unterschied hier nicht so groß ausfällt: 16,3% der Poliklinik- und 13,6% der Konsilpatienten haben diesen Abschluss.

Abbildung 6.4: Vergleich des Schulabschlusses der beiden Stichproben



Betrachtet man die jeweiligen **Veranlasser der Untersuchung**, also die Personen bzw. die Abteilungen, welche die psychosomatische Betreuung jeweils initiiert haben, so ergeben sich zwischen den hier zu vergleichenden Patientenstichproben deutliche Unterschiede:

Die überwiegende Mehrheit der Poliklinikpatienten stellen sich aus eigener Initiative eigenständig (30,7%) oder auf Veranlassung von Angehörigen oder Freunden (9,4%) in der Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düsseldorf vor. Danach folgen Allgemeinmediziner oder andere (niedergelassene) Fachärzte als zuweisende Instanzen.

Patienten, die durch den Konsilarzt der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie betreut werden, werden (fast) ausschließlich durch Ärzte einer anderen Abteilung der Uniklinik vorgestellt (vgl. Abb. 6.5). Hier sind es im wesentlichen drei Fachrichtungen, die am häufigsten psychosomatische Konsile stellen:

Mit 144 (32,6%) angeforderten Konsilen hat die Dermatologische Klinik die größte Anzahl von Untersuchungen gewünscht. Das häufigste genannte Krankheitsbild war in diesem Zusammenhang die Neurodermitis.

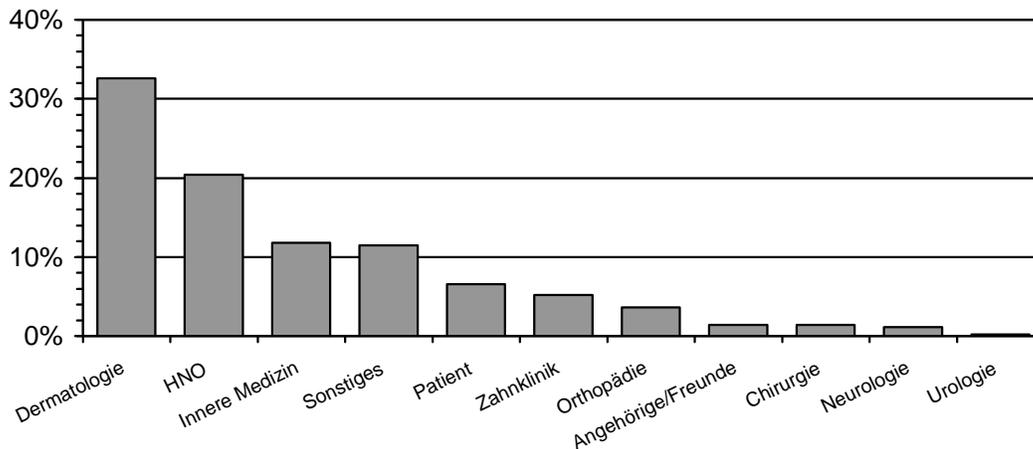
Die Abteilung, die am zweithäufigsten eine konsiliarische Untersuchung für ihre Patienten anforderte, war die Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. 90 Patienten (20,4%) sind dem psychosomatischen Konsildienst zur weiteren Abklärung z.B. im Rahmen von Ohrgeräuschen und Tinnitus zugeführt worden.

Psychosomatische Betreuung wurde ebenso in 52 Fällen (11,8%) von der

Internistischen Abteilung erbeten.

In den restlichen Fällen initiierten die anderen Fachabteilungen der Universitätsklinik die Untersuchung, wobei erwähnenswert ist, dass 29 Patienten (6,6%) auf eigene Veranlassung dem Konsildienst vorgestellt wurden.

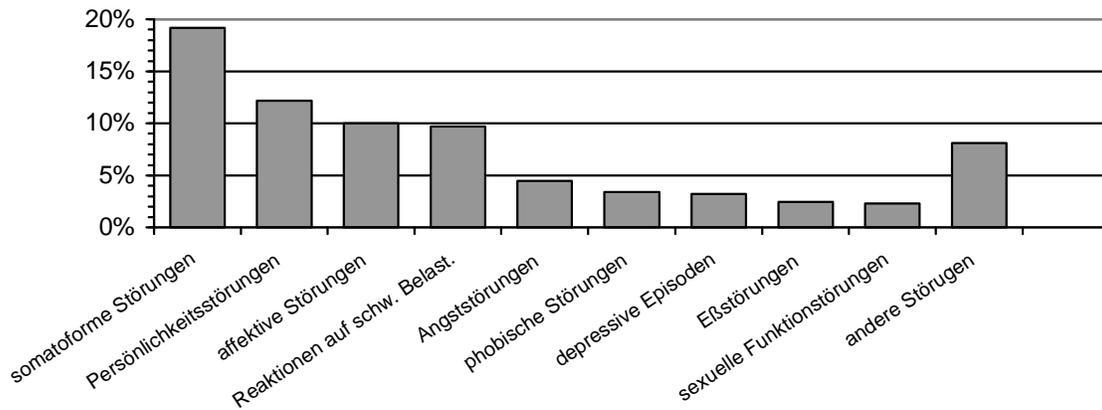
Abbildung 6.5: Veranlasser der Untersuchung der Konsilpatienten



Um das Bild der untersuchten Gruppe der Konsilpatienten zu vervollständigen, wurde überprüft, welche **psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Diagnosen** die Patienten aufweisen. Wie in Abbildung 6.6 zu sehen, lauten die meisten Diagnosen: somatoforme Störungen, diese Gruppe stellt mit 19,2% den deutlich größten Anteil. Es folgt die Gruppe der Patienten mit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen (12,2%) und die Diagnosegruppe, der Patienten, die über anhaltende affektive Störungen klagen (10%).

Seltener gestellte Diagnosen sind Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (9,7%), Angststörungen (4,5%), phobische Störungen (3,4%), depressive Episode (3,2%) und sexuelle Funktionsstörungen (2,3%). Andere Diagnosen, wie Störungen durch Alkohol (1,1%) oder Schizophrenien (0,2%) werden ausgesprochen selten bei Konsilpatienten gestellt. Diese Diagnosen sind in der Abbildung unter „andere Störungen“ zusammengefasst.

Abbildung 6.6: Psychotherapeutische bzw. psychiatrische Diagnosen der Konsilpatienten



6.3.2 Psychometrische Untersuchungen

Interne Konsistenz der Skalen

Zur Überprüfung der Internen Konsistenz der Skalen des IIP wurde für die jeweiligen Skalen die Konsistenzkoeffizienten (Cronbach's alpha) ermittelt und mit denen der Referenzstichprobe verglichen.

Hinzuweisen ist darauf, dass in diesem Fall auf die Werte der Stichprobe aus dem IIP-Testhandbuch zurückgegriffen wurde, weil die entsprechenden Daten der „neueren“ Normstichprobe nach Brähler et al. (1998) nicht vorlagen. Ebenso ist zu erwähnen, dass die eigentlichen Werte – wie auch in den folgenden Übersichten – zur besseren Darstellung durch die Anzahl der codierenden Items (also acht) dividiert wurden.

Die Interne Konsistenz gibt an, wie zuverlässig die einzelnen Subskalen eines Instrumentes wirklich das messen, was sie vorgeben zu messen. Die Interne Konsistenz ist ein Aspekt der Reliabilität und Voraussetzung zur Beurteilung der Validität. Der Idealwert der Cronbach's alpha-Werte beträgt 1.

Tabelle 6.2: Interne Konsistenz der Skalen des IIP (Cronbach's-alpha)

IIP-Skalen	Konsilpatienten	Referenzstichprobe
zu autokratisch (PA)	0,76	0,64
zu streitsüchtig (BC)	0,77	0,51
zu abweisend (DE)	0,85	0,52
zu introvertiert (FG)	0,87	0,63
zu selbstunsicher (HI)	0,90	0,62
zu ausnutzbar (JK)	0,85	0,47
zu fürsorglich (LM)	0,82	0,36
zu expressiv (NO)	0,79	0,60

Tabelle 6.2 listet in der linken Spalte die acht Skalen des IIP auf, in der mittleren Spalte werden die Werte der internen Konsistenz für die Konsilpatienten angegeben und die äußere rechte Spalte zeigt die Konsistenzkoeffizienten der Referenzstichprobe aus dem Testhandbuch.

Die Werte der von uns untersuchten Konsilpatienten liegen dabei durchweg höher als die der Referenzstichprobe. Die Mindestdifferenz beträgt dabei 0,12, einzelne Skalen weisen deutlichere Unterschiede auf: Die größten Differenzen bestehen hier auf den Skalen „zu fürsorglich“, „zu ausnutzbar“ und „zu abweisend“. Der höchste Konsistenzkoeffizient ergibt sich mit 0,90 für die Skala „zu selbstunsicher“.

Korrelation der Skalen

In Tabelle 6.3. sind die Interkorrelationen der Skalen des IIP aufgelistet, wobei auf Mehrfachnennungen von Werten verzichtet wurde.

Aus der Tabelle geht hervor, dass die nicht ipsatierten Werte in den acht Skalen relativ hoch miteinander korreliert sind. Zudem entsprechen die jeweiligen Werte in der Größenordnung weitgehend denen der Normstichprobe nach Brähler et al. (1998).

Tabelle 6.3: Interkorrelation der Skalen des IIP (nach Pearson)

	zu autokratisch	zu streitsüchtig	zu abweisend	zu introvertiert	zu selbst-unsicher	zu ausnutzbar	zu fürsorglich	zu expressiv
zu autokratisch								
zu streitsüchtig	0,66							
zu abweisend	0,63	0,77						
zu introvertiert	0,45	0,67	0,79					
zu selbst-unsicher	0,32	0,53	0,60	0,76				
zu ausnutzbar	0,37	0,45	0,51	0,63	0,81			
zu fürsorglich	0,47	0,44	0,52	0,58	0,74	0,84		
zu expressiv	0,61	0,46	0,39	0,34	0,47	0,59	0,65	

6.3.3 Interpersonale Probleme im Konsildienst

Ladung der Items

Bei der Ladung der Items wurden die jeweils fünf kleinsten und größten Mittelwerte der insgesamt 64 Items des IIP ermittelt, um einen Überblick über die am häufigsten und am seltensten gemachten Aussagen hinsichtlich interpersonaler Probleme zu gewinnen.

Tabelle 6.4 zeigt in der linken Spalte die Items bzw. Aussagen, bei denen sich für die untersuchten Patienten die jeweils kleinsten bzw. größten Mittelwerte ergaben. In der mittleren Spalte ist die Zahl der Patienten angegeben, die diese Items beantwortet

haben; von N=442 Patienten waren das zwischen 393 Patienten bei Item 38 und 404 Patienten bei den Items 32 und 47.

In der nächsten Spalte der Tabelle folgen die Mittelwerte. Der kleinste Mittelwert wurde für das Item 32 „Es fällt mir schwer, mich über das Glück anderer Menschen zu freuen.“ ermittelt, auch Item 27 „Es fällt mir schwer, jemanden ein Geschenk zu machen.“ wurde von den Patienten als weniger zutreffend angegeben und wies mit 0,39 einen der kleinsten Mittelwerte auf .

Als am stärksten zutreffende Äußerung wurde von den Konsilpatienten Item 63 „Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr.“ mit einem Mittelwert von 2,08 genannt, gefolgt von der interpersonalen Problembeschreibung „Es fällt mir schwer, fest und bestimmt zu bleiben ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze.“ (Item 38).

In der rechten äußeren Spalte sind die Standardabweichungen abzulesen.

Tabelle 6.4: Ladung der Items – Die fünf kleinsten und größten Mittelwerten der Items

	Item	N	Mittelwert	Standardabweichung
Fünf kleinste Mittelwerte	IIP_32 „Es fällt mir schwer, mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen.“	404	0,37	0,86
	IIP_27 „Es fällt mir schwer, jemandem ein Geschenk zu machen.“	403	0,39	0,86
	IIP_47 „Ich spiele zu oft den Clown.“	404	0,45	0,84
	IIP_57 „Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will.“	400	0,47	0,79
	IIP_64 „Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen.“	399	0,49	0,92
Fünf größte Mittelwerte	IIP_54 „Ich bin anderen gegenüber zu großzügig.“	398	1,48	1,23
	IIP_12 „Es fällt mir schwer, jemandem gegenüber die Chefrolle einzunehmen.“	396	1,50	1,39
	IIP_2 „Es fällt mir schwer, anderen gegenüber „Nein.“ Zu sagen.“	407	1,80	1,36
	IIP_38 „Es fällt mir schwer, fest und bestimmt zu bleiben ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletzte.“	393	1,82	1,31
	IIP_63 „Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr.“	401	2,08	1,24

Vergleich mit der Normstichprobe

Die folgende Analyse beschäftigt sich mit dem Vergleich zwischen der interpersonalen Problembelastung der Konsilpatienten und der Normstichprobe nach Brähler (1998), also der als „gesund“ aufgefassten Referenzpopulation.

Zu diesem Zweck wurden die jeweiligen Mittelwerte der Skalen mit den entsprechenden Standardabweichungen beider Gruppen errechnet und in Tabelle 6.5 gegenübergestellt.

Tabelle 6.5: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Vergleich mit der Normstichprobe (nach Brähler et al.)

IIP-Skalen	Konsilpatienten		Normstichprobe		Effektstärke
	MW	SD	MW	SD	
zu autokratisch	0,66	0,57	1,10	0,65	-0,67
zu streitsüchtig	0,77	0,60	1,18	0,60	-0,68
zu abweisend	0,83	0,73	1,20	0,68	-0,54
zu introvertiert	1,05	0,87	1,26	0,72	-0,29
zu selbstunsicher	1,30	0,98	1,44	0,75	-0,18
zu ausnutzbar	1,27	0,83	1,45	0,66	-0,27
zu fürsorglich	1,35	0,81	1,53	0,61	-0,28
zu expressiv	0,93	0,69	1,23	0,61	-0,48
IIP_{ges}	1,02	0,63	1,29	0,52	-0,50

Auch hier wurden die entsprechenden Werte zur besseren Darstellung durch die Zahl der codierenden Items (acht) dividiert.

Die Tabelle zeigt in der linken äußeren Spalte die acht IIP-Skalen, in der nächsten Spalte sind Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD) der Konsilpatienten aufgelistet und in der dritten Spalte diese Werte für die Normstichprobe. In der äußeren rechten Spalte sind die Effektstärken aufgeführt (siehe dazu die Erläuterung im folgenden Abschnitt).

Bei Betrachtung der Übersicht fällt nun ein (überraschender und sehr interessanter) Befund auf: Sämtliche Mittelwerte der Skalen der Konsilpatienten liegen deutlich unter denen der Normstichprobe. Die Konsilpatienten geben also eine geringere interpersonale Problembelastung an als die Normstichprobe der „gesunden“ Personen.

Die Konsilpatienten äußern zwar insbesondere Probleme, „zu fürsorglich“, „zu selbstunsicher“ und „zu ausnutzbar“ zu sein, denn hier finden sich die höchsten Skalenmittelwerte, diese liegen aber z.T. deutlich unter den Werten der Normstichprobe.

Um das Maß dieser Differenz zwischen der Belastung der Konsilpatienten und der Normstichprobe zu quantifizieren wurde die Effektstärke d ermittelt.

Vielfach wird die Effektstärke benutzt, um Unterschiede innerhalb einer Stichprobe zu verdeutlichen; wir haben sie hier zur Darstellung der Differenz zwischen *zwei* verschiedenen Gruppen verwendet. Um diesen Unterschied zu verdeutlichen, hätte auch ein T-Test durchgeführt werden können. Da die Signifikanzniveaus inferenzstatistisch gefundener Zusammenhänge in Folge der Abhängigkeit von der jeweiligen Stichprobengröße jedoch vielfach ein unzutreffendes Bild von der „Größe“ bzw. „Stärke“ des jeweiligen Zusammenhangs vermittelt, wurden für diese Fragen Effektstärken verwendet (Cohen 1992).

Dabei entsprechen die genannten Werte folgenden Effekten:

- $d = 0 - 0,2$ kein Effekt oder geringer Effekt
- $d = 0,2 - 0,6$ mittlerer Effekt
- $d > 0,6$ starker Effekt

Es zeigt sich also, dass die Mittelwerte der Konsilpatienten kleiner als die der Normstichprobe sind und für die Differenz vorwiegend mittlere, teilweise aber auch starke Effekte festgestellt werden können. So bestehen die stärksten Effekte für die Skalen „zu streitsüchtig“ ($d = -0,68$) und „zu autokratisch“ ($d = 0,67$), d.h. die konsiliarisch betreuten Patienten beschreiben sich – im Vergleich zur Normstichprobe – als deutlich weniger belastet durch das dystope Verhalten der Streitsucht oder der Autokratie.

Der geringste Unterschied zeigt sich bzgl. der Skala „zu selbstsicher“, bei der sich mit einer Effektstärke von $d = -0,18$ nur ein geringer Effekt darstellt.

Auch der IIP-Gesamtscore IIP_{ges} liegt bei den Konsilpatienten niedriger als bei den Personen der Normstichprobe ($d = 0,50$). Somit wird auch die interpersonale Gesamtbelastung von den Konsilpatienten als geringer angegeben.

Vergleich mit den Patienten der Poliklinik

Im nächsten Schritt erfolgt die Untersuchung und der Vergleich zwischen den Patienten, die konsiliarisch durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie betreut werden (Konsilpatienten), und den Patienten, die in der Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düsseldorf in Düsseldorf-Grafenberg behandelt werden (Poliklinik-/ Ambulanzpatienten) hinsichtlich ihrer interpersonalen Probleme. Anderes also als in der vorangegangenen Betrachtung werden hier nicht „kranke“ und (vermeintlich) „gesunde“ Personen verglichen, sondern die Ergebnisse zweier *Patientengruppen* gegenübergestellt.

Analog zu Tabelle 6.5 wurden in Tabelle 6.6 die Skalen des IIP, die Mittelwerte und Standardabweichungen von Konsil- und Poliklinikpatienten und schließlich die Effektstärken aufgelistet.

Tabelle 6.6: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Vergleich mit den Patienten der Poliklinik

IIP-Skalen	Konsilpatienten		Poliklinikpatienten		Effektstärke
	MW	SD	MW	SD	
zu autokratisch	0,66	0,57	0,95	0,66	0,47
zu streitsüchtig	0,77	0,60	1,04	0,69	0,38
zu abweisend	0,83	0,73	1,09	0,80	0,34
zu introvertiert	1,05	0,87	1,41	1,03	0,41
zu selbstunsicher	1,30	0,98	1,76	0,99	0,49
zu ausnutzbar	1,27	0,83	1,75	0,80	0,57
zu fürsorglich	1,35	0,81	1,76	0,76	0,54
zu expressiv	0,93	0,69	1,34	0,75	0,24
IIP_{ges}	1,02	0,63	1,39	0,60	0,61

Betrachtet man nun die Übersicht, so ist deutlich zu erkennen, dass die Werte der Poliklinikpatienten durchweg über denen der Konsilpatienten liegen, und sich hierbei jeweils mittlere Effekte ergeben.

Die Patienten der Ambulanz der Rheinischen Kliniken äußern insbesondere Probleme, „zu selbstunsicher“ (MW=1,76), „zu fürsorglich“ (MW=1,76) und „zu ausnutzbar“ (MW=1,75) zu sein. Zudem sind die Mittelwerte auf diesen Skalen

deutlich, auf den Skalen „zu introvertiert“ und „zu expressiv“ geringfügig höher als bei der Normstichprobe (vgl. Tabelle 6.5).

Schließlich lässt sich an Tabelle 6.6 ablesen, dass die größte Differenz, nämlich ein starker Effekt, zwischen Konsil- und Poliklinikpatienten beim IIP-Gesamtscore besteht. Hier geben die Ambulanzpatienten eine deutlich stärkere interpersonale Problembelastung an.

■ Untersuchung von geschlechtsspezifischen Unterschieden

Tabelle 6.7 ermöglicht die Betrachtung von geschlechtsspezifischen Unterschieden bei den Skalenmittelwerten innerhalb der Stichprobe der Konsilpatienten. Hierbei lässt sich feststellen, dass keine gravierenden Unterschiede zwischen den Werten von Frauen und Männern bestehen: Es ergeben sich nur geringe, allenfalls mittlere Effekte.

Tabelle 6.7: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Untersuchung geschlechtsspezifischer Unterschiede

IIP-Skalen	Frauen		Männer		Effektstärke
	MW	SD	MW	SD	
zu autokratisch	0,62	0,55	0,73	0,60	-0,19
zu streitsüchtig	0,74	0,62	0,81	0,56	-0,12
zu abweisend	0,80	0,71	0,86	0,76	-0,09
zu introvertiert	1,06	0,91	1,03	0,80	0,03
zu selbstunsicher	1,42	1,02	1,09	0,86	0,34
zu ausnutzbar	1,37	0,89	1,12	0,72	0,30
zu fürsorglich	1,48	0,85	1,15	0,67	0,42
zu expressiv	0,96	0,70	0,87	0,67	0,13

Die größten Differenzen ergeben sich hierbei auf den Skalen „zu fürsorglich“ und „zu selbstunsicher“, auf denen Frauen höhere Mittelwerte verzeichnen und auf den Skalen „zu autokratisch“ und „zu streitsüchtig“, auf denen Männer die höheren Mittelwerte erreichen.

Insgesamt stehen die Probleme der zu stark empfundenen „Fürsorglichkeit“, „Selbstunsicherheit“ und „Ausnutzbarkeit“ bei Frauen und Männern gleichermaßen

im Vordergrund, wobei die Mittelwerte der Frauen hier jeweils höher, aber immer noch unter denen der Normstichprobe, liegen (vgl. Tabelle 6.5).

■ Untersuchung von Unterschieden in Abhängigkeit vom Veranlasser der Untersuchung

Wie bereits unter 6.3.1 beschrieben und in Abbildung 6.5 dargestellt, wurden die Konsilpatienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie insbesondere durch drei Abteilungen zugewiesen: durch die Dermatologische Klinik, die HNO-Klinik und die Klinik für Innere Medizin.

Daher wurde im Folgenden überprüft, ob sich Unterschiede in Abhängigkeit vom Veranlasser der Untersuchung feststellen lassen. Zu diesem Zweck sind in Tabelle 6.8 in der linken Spalte die IIP-Skalen aufgelistet, daran schließen sich die Spalten mit jeweils den Mittelwerten und Standardabweichungen der Dermatologie, der HNO und der Inneren Abteilung an.

Tabelle 6.8: Interpersonale Probleme im Konsildienst – Unterschiede in Abhängigkeit vom Veranlasser der Untersuchung

IIP-Skalen	Dermatologie		HNO		Innere	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD
zu autokratisch	0,56	0,49	0,61	0,56	0,60	0,60
zu streitsüchtig	0,69	0,53	0,71	0,56	0,78	0,59
zu abweisend	0,69	0,60	0,70	0,66	0,93	0,84
zu introvertiert	0,90	0,78	0,91	0,77	1,26	0,94
zu selbstunsicher	1,26	1,06	1,04	1,30	1,47	1,01
zu ausnutzbar	1,26	0,87	1,10	0,70	1,40	0,91
zu fürsorglich	1,33	0,80	1,01	0,65	1,43	0,84
zu expressiv	0,90	0,63	0,89	0,68	0,90	0,80

Die im direkten Vergleich höchsten Mittelwerte finden sich bei den Patienten der Inneren. Im Vordergrund stehen hier die Skalen „zu selbstunsicher“ (MW=1,47), „zu fürsorglich“ (MW=1,43) und „zu ausnutzbar“ (MW=1,40). Erwähnenswert ist, dass die Skala „zu selbstunsicher“ einen Mittelwert aufweist, der – wenn auch nur geringfügig – über dem der Normstichprobe (MW=1,44) (vgl. Tabelle 6.5) liegt. Geringeren

Stellenwert haben offenbar die interpersonalen Probleme der Autokratie und Streitsucht.

Betrachtet man die Werte der Patienten der Dermatologie und HNO-Klinik, so zeigt sich auf den Skalen „zu autokratisch“, „zu streitsüchtig“, „zu abweisend“ „zu expressiv“ und „zu introvertiert“ ein nahezu identisches Bild der Mittelwerte, wobei die Zahlen der HNO-Patienten geringfügig höher angesiedelt sind.

Wie bei den Patienten der Inneren finden sich die höchsten Mittelwerte bei beiden Gruppen auf den drei verbleibenden Skalen „zu selbstunsicher“, „zu fürsorglich“ und „zu ausnutzbar“, deren Ausprägung nun wiederum bei den Patienten der Dermatologie stärker ist als bei denen der HNO-Klinik.

6.3.4 Untersuchung des Zusammenhanges mit anderen Instrumenten

Zusammenhang mit Auffälligkeitssignalen der SCL-90-R

Die Symptomcheckliste SCL 90-R von Derogatis et al. dient der Erfassung allgemeiner psychiatrisch und psychosomatisch-psychotherapeutisch relevanter Symptome. Als Skala zur *Selbst*beurteilung psychischer Belastung durch verschiedene Symptome, kann man die Symptomcheckliste zur ersten Beantwortung verschiedener psychologischer und psychiatrischer Fragestellungen heranziehen, was erlaubt, die SCL 90-R zum einen, als individuelles Diagnostikum für jeden einzelnen Patienten zu nutzen, zum anderen sie als patientenübergreifendes Forschungsinstrument zu verwenden. (aus Buse 2002)

Die heute verwendete Version der Symptomcheckliste (Derogatis et al. 1977) besteht aus 90 Items, von denen 83 in der Auswertung von neun Symptomfaktoren bzw. Skalen zusammengefasst werden. Diese Skalen sind „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „phobische Angst“, „paranoides Denken“ und „Psychotizismus“.

Neben diesen neun Skalen lassen drei globalen Kennwerte bzw. Indizes Rückschlüsse auf das Antwortverhalten der diagnostizierten Person zu: Der GSI (Global Severity Index) gibt Auskunft über die grundsätzliche psychische Belastung des Probanden, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) misst die Intensität der

Antworten und mit Hilfe des PST (Positive Symptom Total) kann man die Anzahl der Symptome messen, bei denen ein Leidensdruck vorliegt. (aus Buse 2002)

Darüber hinaus können anhand von sog. Auffälligkeitssignalen, die aus jeweils bestimmten charakteristischen codierenden Items gebildet werden, konkrete Problemgruppen bzw. Untergruppen schnell identifiziert werden. Dies sind im einzelnen die Bereiche oder Verdachtsdiagnosen „Major Depression“, „Dysphorie“, „Suizidalität“ und „Auseinandersetzung mit Sterben und Tod“.

In Tabelle 6.9 sind nun die Mittelwerte des IIP-Gesamtwertes in Abhängigkeit davon aufgeführt, ob bei den Patienten das jeweilige Auffälligkeitssignal aus der SCL-90-R vorhanden bzw. nicht vorhanden war.

Hierbei liegen die Werte der jeweiligen „auffälligen“ Gruppe stets deutlich höher: So besitzen beispielsweise Patienten mit dem Auffälligkeitssignal einer „Major Depression“ mit $IIP_{ges}=1,75$ einen deutlich höheren IIP-Gesamtwert als Patienten, bei denen dieses Signal nicht vorlag ($IIP_{ges}=0,96$).

Tabelle 6.9: Zusammenhang mit Auffälligkeitssignalen der SCL-90-R

Auffälligkeitssignal	Mittelwert des IIP-Gesamtwertes	
	Signal vorhanden	Signal <i>nicht</i> vorhanden
Major Depression	1,75	0,96
Dysphorie	1,36	0,80
Suizidalität	1,73	1,00
Auseinandersetzung mit Tod und Sterben	1,57	0,92

■ Korrelation mit dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Um weitere Zusammenhänge mit anderen Instrumenten zu überprüfen, wird im Folgenden dem Selbstrating-Fragebogen IIP-D ein Expertenrating gegenübergestellt. Dazu wird der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) nach Schepank (1995) aus dem Erstuntersuchungsbogen EUB verwendet.

Hierbei findet eine Einschätzung „von primär psychogenen (nicht organisch bedingten) Symptomen nach ihrer körperlichen, ihrer psychischen und ihrer sozialkommunikativen Schwere der Beeinträchtigung“ (Tress et al. 1996, S. 109)

durch den Psychotherapeuten statt. Dazu werden den drei genannten Bereichen jeweils eine Schwere bzw. ein Wert zwischen 0=gar keine Beeinträchtigung und 4=extreme Beeinträchtigung zugewiesen und der BSS als Summe (mit einem Gesamtwert von maximal 12 Punkten) gebildet. Dies wird zum einen für die Beeinträchtigung in den letzten sieben Tagen und zum anderen für die Beeinträchtigung im letzten Jahr durchgeführt, wodurch eine Verlaufsbeurteilung möglich wird.

„Probanden mit einem Summenscore von mehr als 4 Punkten gelten als Fälle einer psychogenen Erkrankung.“ (Tress et al. 1996, S. 109)

In Tabelle 6.10 wurden nun die Korrelationen (nach Pearson) zwischen dem IIP-Gesamtwert und dem Beeinträchtigungsschwere-Score für die letzten 7 Tage und das letzte Jahr mit den entsprechenden Signifikanzwerten aufgelistet.

Die Korrelation beschreibt dabei den linearen Zusammenhang der beiden miteinander korrelierten Maße.

Tabelle 6.10: Korrelation mit BSS (Beeinträchtigungsschwere-Score nach Schepank 1995)

Korrelation des IIP-Gesamtwertes mit	Korrelation n. Pearson	Signifikanz
Summe des BSS in den letzten 7 Tagen	0,167**	0,003
Summe des BSS im letzten Jahr	0,130*	0,021

** . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

7 Diskussion

Bevor mit der Diskussion der gewonnenen Daten begonnen wird, sei noch der Hinweis zur generellen Schwierigkeit mit Informationen über Patienten aus dem Konsildienst erlaubt: Diese Angaben unterliegen, wie bereits Herzog et al. 1994 bemerkte, immer dem „Überweisungsfilter“ der zuweisenden somatischen Abteilung. Es ist also meist nicht klar, „ob diejenigen Patienten, die wir sehen, auch diejenigen sind, die uns am meisten nötig haben.“ (Herzog et al. 1994).

7.1 Die Stichprobe der Konsilpatienten

Geht man von weitverbreiteten Annahmen zum Vergleich von Patienten eines psychosomatischen Konsildienstes mit Patienten einer psychosomatischer Poliklinikambulanz aus, so erwartete man für die Konsilpatienten, dass sie im allgemeinen älter und schlechter ausgebildet als die Ambulanzpatienten und eher partnerschaftlich gebunden sind. Ein Teil dieser Erwartungen, die auf Erfahrungswerten basieren, ließen sich auch in dieser Untersuchung nachvollziehen.

Bei der **Geschlechtsverteilung** gibt es jedoch keinen deutlichen Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Die Geschlechtsverteilung entspricht mit einem Anteil von 64% Frauen und entsprechend 36% Männern der Stichprobe der Poliklinikpatienten und der üblichen Verteilung eines psychosomatischen Kollektivs, wie beispielsweise in den Untersuchungen von Jordan et al. 1989 oder Frommhold 1989. Der mittlere, in der Literatur angegebene Wert für den Frauenanteil liegt mit 61% gering unter dem Anteil in der hier untersuchten Gruppe (Fiebiger et al. 1997).

Die Annahme, dass psychosomatische Konsilpatienten älter sind als entsprechende Poliklinikpatienten wird durch die Zahlen dieser Untersuchung gestützt: Während sich bei den Konsilpatienten eine relativ gleichmäßige Verteilung auf die **Altersgruppen** zwischen 20 und 60 Jahren zeigt, befinden sich die Patienten der Poliklinik besonders in der Altersgruppe zwischen 21 Jahren und 50 Jahren mit einer Mehrheit in der Gruppe der 31 bis 40 Jährigen.

Bei ihnen darf „eine eher psychosomatische Sichtweise von Krankheit“ (Jordan et al. 1989) erwartet werden und diese jüngeren Patienten sind vermutlich eher geneigt eine psychosomatische Ambulanz aus eigener Initiative aufzusuchen (vgl. Abschnitt 6.3.1). Bei Älteren fehlt eine solche Sichtweise unter Umständen und diese kommen dann – wenn überhaupt – auf dem Wege der konsiliarischen Konsultation in Kontakt mit der psychosomatischen Medizin.

Als ein weiterer Erklärungsansatz für den höheren Altersdurchschnitt der Konsilpatienten kommt der Umstand in Frage, dass es sich bei diesen um Patienten handelt, die auf Grund ihrer somatischen Erkrankungsschwere in stationärer Behandlung sind. Und dies ist eher bei älteren Menschen der Fall.

Hinsichtlich des **Familienstandes** ergibt sich folgendes Bild: Die Mehrheit der Patienten des Konsildienstes sind verheiratet, während die Mehrzahl der Ambulanzpatienten ledig ist. Dies ist vermutlich im höheren Altersdurchschnitt der Patienten des Konsildienstes begründet, in dem eher mit festen partnerschaftlichen Bindungen gerechnet werden kann.

Der oft geäußerten Erwartung, dass Konsilpatienten schlechter ausgebildet sind als Patienten einer psychosomatischen Ambulanz (vgl. Abschnitt 6.3.1 **Schulbildung**) tragen die ermittelten Daten ebenfalls Rechnung: Der Anteil an Patienten mit Abitur/Fachabitur und Hochschul- oder Fachhochschulabschluss liegt in der Gruppe der Poliklinikpatienten deutlich höher.

Bedient man sich der Erkenntnisse verschiedener Arbeiten zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und somatischer bzw. psychischer Krankheit (u.a. Geyer 1997; Karig et al. 2000; Steinkamp 1993) so lässt sich folgendes anführen:

Bei den Konsilpatienten handelt es sich um Personen, die sich wegen einer somatischen Erkrankung in stationärer Behandlung befinden und nun einer psychosomatischen Diagnostik zugeführt werden. Ihre somatische Erkrankungsschwere ist dabei offenbar so stark, dass eine stationäre Abklärung erforderlich ist und die psychosomatische Komponente u.U. ebenfalls so ausgeprägt, dass eine konsiliarische Abklärung angestrebt wird. Bei Ihnen kann – in Anlehnung an o.g. sozioepidemiologische Theorien – eine soziale Benachteiligung z.B. im Sinne einer schlechteren Schulbildung als eine mögliche Ursachenkomponente angenommen werden.

Über diese eher soziodemographischen Merkmale des untersuchten Kollektivs hinaus, lassen sich auch andere wichtige Eigenschaften festhalten:

Betrachtet man die drei häufigsten **Veranlasser der Untersuchung**, also die jeweils wichtigsten zuweisenden somatischen Fachabteilungen, so weichen die Ergebnisse der hier vorgelegten Erhebung von den Ergebnissen anderer Untersucher ab: Während im Allgemeinen, wie beispielsweise bei Herzog & Hartmann 1990 die Internistischen Abteilungen wichtigste Kooperationspartner, gefolgt von der Chirurgie und Neurologie waren, oder bei Jordan et al. 1989 ebenfalls Innere Medizin, sowie Dermatologie und Orthopädie als häufigste Veranlasser eines Konsils auftraten, konnte sich die Innere in der hier vorgelegten Untersuchung nur als dritthäufigste anfordernde Disziplin profilieren. Sie lag deutlich hinter der HNO-Klinik und der Dermatologie als häufigstem Veranlasser einer Untersuchung.

Diese unterschiedlichen Gewohnheiten reflektieren den Umstand, dass der psychosomatische Konsildienst nicht allgemein durchgesetzt zu sein scheint. Vielmehr scheinen die Überweisungsgewohnheiten sehr von den lokalen Gegebenheiten abzuhängen: z.B. davon, wie ausgeprägt die persönlichen Kontakte zwischen Psychosomatik und anderen Abteilungen sind oder ob beispielsweise laufende wissenschaftliche Kooperationen das Bewusstsein der somatischen Kliniken für das Vorhandensein eines psychosomatischen Konsildienstes geschärft haben.

Möglicherweise ist hier aber ein generelles Umdenken zu erwarten, wenn es – im Zuge der Umstrukturierung des DRG-Systems – attraktiver wird, auch psychogene Erkrankungen zu diagnostizieren und deren Therapie zu initiieren.

Zu der Verteilung der **psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Diagnosen** des untersuchten Kollektivs der Konsilpatienten lassen sich folgende Anmerkungen machen:

Bei einer Gruppe, bei der eine psychosomatische Affektion erwartet wird, liegt selbstverständlich die Zahl der Diagnosen einer somatoformen Störung besonders hoch (19,2 %).

Eine Häufigkeit der Diagnose Persönlichkeitsstörungen von 12,2 % entspricht annähernd der Prävalenz dieser Diagnose in der allgemeinen Bevölkerung und ist daher kaum überraschend.

Ebenso wenig verwunderlich ist der Umstand, dass vielfach Reaktionen auf schwere Belastungen bei den Konsilpatienten diagnostiziert wurden, da diese Gruppe von stark somatisch erkrankten Patienten mit meist schwerwiegenden Diagnosen wie Tumorleiden konfrontiert ist und u.U. entsprechende Reaktionen zeigen.

7.2 Zu den psychometrischen Eigenschaften

Interne Konsistenz der Skalen

Anhand der Cronbach's alpha-Werte in Tabelle 6.2 – insbesondere im Vergleich zu den Zahlen der Referenzstichprobe – lässt sich eine hohe interne Konsistenz der Skalen des IIP-D auch für die Gruppe der Patienten des psychosomatischen Konsildienstes nachvollziehen.

Die einzelnen Subskalen des untersuchten Instrumentes messen zuverlässig das, was sie vorgeben zu messen. Die Interne Konsistenz ist – wie bereits unter 6.3.2. ausgeführt - ein Aspekt der Reliabilität und Voraussetzung zur Beurteilung der Validität. Der Befund der im Vergleich zur Normstichprobe bei den Konsilpatienten deutlich erhöhten Werte aller Skalen, spricht für die Reliabilität und Validität des IIP-D.

Korrelation der Skalen

Insgesamt korrelieren die Skalen des Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D substantiell miteinander, insbesondere deshalb, weil die Skalen sich mit demselben Bereich befassen, den dystopen interpersonalen Verhaltensweisen (vgl. Tabelle 6.3).

Die Struktur der Korrelationsmatrix deutet dabei bereits die Struktur des Circumplex als Modell der Beziehung zwischen den einzelnen Skalen an, weil (in einer circumplexen Struktur) gegenüberliegende Skalen eine geringere Korrelation aufweisen als benachbarte.

7.3 Zu den interpersonalen Problemen im Konsildienst

Ladung der Items

Die Betrachtung der fünf kleinsten bzw. größten Mittelwerte (vgl. Tabelle 6.4) zeigt, dass in den beklagten Beschwerden i.S. interpersonaler Probleme die soziale Erwünschtheit eine Rolle zu spielen scheint.

So lehnen die Patienten des psychosomatischen Konsildienstes erwartungsgemäß ab, als infantil (Item 47), manipulativ (Item 57) oder wenig großzügig (Item 27) beschrieben zu werden. Dagegen werden Eigenschaften, die im Allgemeinen eher sozial erwünscht sind, bei ihnen als *zu* ausgeprägt beschrieben wie beispielsweise eine *zu* große Rücksichtnahme (Item 38).

Vergleich mit der Normstichprobe

Am Beginn der vorgelegten Arbeit standen eine Reihe von Überlegungen über die zu erwartenden Ergebnisse bzw. Eigenschaften des untersuchten Patientenkollektivs: Eine ganz wesentliche war die Annahme, dass bei Patienten, für die vom behandelnden Arzt ein psychosomatisches Konsil angefordert wird, eine deutliche psychische Symptomausprägung vorhanden ist. Und zwar eine derart starke Klinik, die auch für den meist eher somatisch orientierten Mediziner augenfällig wird. Somit war auch zu erwarten, dass diese Patienten auch eine größere interpersonale Problembelastung angeben und folglich die Werte des IIP-D höher als in der Normstichprobe sind.

Wie in Tabelle 6.5 ablesbar, ist dies aber überraschender Weise *nicht* der Fall: Sämtliche Mittelwerte der Skalen der Konsilpatienten liegen deutlich unter denen der Normstichprobe. Die Konsilpatienten geben also eine geringere interpersonale Problembelastung an als die Normstichprobe der „gesunden“ Personen.

Für dieses bemerkenswerte Ergebnis sind mehrere Erklärungen denkbar:

Auch hier scheint zum einen die soziale Erwünschtheit eine gewisse Rolle zu spielen: Die Konsilpatienten werden dem psychosomatischen Konsiliarius in der Regel ja durch einen Arzt einer anderen Fachdisziplin vorgestellt und suchen nur selten aus eigener Initiative den Konsildienst auf. Von ihnen selbst – so lässt sich vermuten – wird ebenso meist eine psychosomatische Genese ihrer spezifischen

Probleme – der gängigen Reserviertheit der Allgemeinheit gegenüber psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen entsprechend – abgelehnt. Diese Ablehnung scheint sich auch in ihrem Antwortverhalten auf die verwendeten Fragebögen niederzuschlagen und diese Dissimulation führt offenbar sogar zu dem Umstand, dass die *ermittelte* interpersonale Problembelastung der Konsilpatienten geringer als in der Normstichprobe ist.

Zum anderen ist denkbar, dass hier die sog. „Alexithymie“ zum Tragen kommt, nämlich die bei psychosomatisch Kranken häufig beobachtete Unfähigkeit, (ihre) Gefühle wahrzunehmen und eigene Gefühle auszudrücken. Demnach wären die Konsilpatienten außerstande, ihre interpersonale Problembelastung zu erkennen und/oder adäquat in ihren Antworten auf die Fragen des IIP-D zu artikulieren, so dass der Fragebogen hier eine geringere Problembelastung als bei der Normstichprobe misst.

■ Vergleich mit den Patienten der Poliklinik

Wie bereits in Abschnitt 6.3.3 beschrieben, wird mittels IIP-D bei den Poliklinikpatienten der Ambulanz der Rheinischen Kliniken Düsseldorf eine deutlich höhere interpersonale Problembelastung als bei den Konsilpatienten ermittelt (vgl. Tabelle 6.6). Diese stärkere Ausprägung bezieht sich dabei sowohl auf die einzelnen Skalen, als auch auf den IIP-Gesamtwert.

Dieses Ergebnis war durchaus zu erwarten, handelt es sich bei den Poliklinikpatienten um Patienten, deren psychosomatische Belastung eine ambulante Betreuung in der Ambulanz der Rheinischen Kliniken notwendig macht.

Die Poliklinikpatienten suchen – wie bereits in Abschnitt 6.3.1 erwähnt – in der überwiegenden Mehrheit aus eigener Initiative (30,7%) oder auf Veranlassung von Angehörigen oder Freunden (9,4%) die Ambulanz auf. Bei ihnen ist also eher eine höhere Akzeptanz der eigenen psychosomatischen Affektion zu erwarten und diese wird offenbar auch durch das IIP-D zumindest im Sinne einer interpersonalen Problembelastung adäquat ermittelt.

Daher liegen die Mittelwerte der Skalen und der IIP-Gesamtwert nicht nur höher als bei den Konsilpatienten, auf deren spezielle Situation im vorangehenden Abschnitt bereits eingegangen wurde, sondern ebenso in Teilbereichen und im IIP-Gesamtwert höher als die Werte der Normstichprobe (vgl. Tabelle 6.5).

■ Untersuchung von geschlechtsspezifischen Unterschieden

Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede bei den Konsilpatienten ergeben sich keine gravierenden Differenzen (vgl. Tabelle 6.7).

Allenfalls lässt sich feststellen, dass die interpersonalen Probleme von den Patienten eher im Sinne sozialer Stereotype angegeben werden: So beschreiben sich die Männer als „zu autokratisch“ und „zu streitsüchtig“, während sich die weiblichen Patienten als „zu unsicher“, „zu ausnutzbar“ und „zu fürsorglich“ auffassen.

■ Untersuchung von Unterschieden in Abhängigkeit vom Veranlasser der Untersuchung

Am Beginn der vorgelegten Arbeit stand die Vermutung, dass es regelhafte Zusammenhänge zwischen überweisender Einrichtung (Veranlasser der Untersuchung) und interpersonalen Problemen der zugewiesenen Patienten geben könnte.

Hierfür gibt es jedoch in der durchgeführten Untersuchung keinen Anhalt, es finden sich keine relevanten bzw. signifikanten Unterschiede zwischen dem Veranlasser der Untersuchung und interpersonalen Problemen (vgl. Tabelle 6.8).

7.4 Zu den Zusammenhängen mit anderen Instrumenten

Zusammenhang mit Auffälligkeitssignalen der SCL-90-R

Die vorgelegte Untersuchung zeigt (vgl. Tabelle 6.9), dass die psychopathologische Symptombelastung besonders i. S. von Depressivität („Major Depression“) auch mit interpersonaler Problembelastung einhergeht. Bei den anderen - mittels der SCL generierten - Auffälligkeitssignalen findet sich jedoch ebenfalls ein erhöhter IIP-Gesamtwert. Die psychopathologische Symptombelastung besonders im Sinne von Depressivität geht also auch mit einer vermehrten interpersonalen Problembelastung einher, was als ein Hinweis darauf verstanden werden kann, dass individuelle Psychopathologie und interpersonale Schwierigkeiten aufs Engste mit einander verzahnt sind (vgl. Schneider-Düker 1992).

Korrelation mit dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Hier fällt zunächst auf, dass die absolute Höhe des Zusammenhangs eher gering ist, was auf den ersten Blick als den Erwartungen widersprechend erscheinen mag. Die statistische Signifikanz ist hier lediglich als Folge der relativ großen Stichprobe zu betrachten, aus ihr lassen sich keine Folgerungen bezüglich der klinischen Bedeutung des Zusammenhangs ableiten. Es ist aber zu berücksichtigen, dass in den BSS nicht nur die sozial-kommunikative Beeinträchtigung einfließt, die ja im Wesentlichen vom IIP abgebildet wird, sondern zusätzlich auch die psychische und die psychogen bedingte somatische Beeinträchtigung. Beide Instrumente sind folglich als nicht kompatibel zu betrachten.

7.5 Zusammenfassung und Ausblick

Der psychosomatische Konsildienst stellt – wie bereits in vorangegangenen Abschnitten ausführlich dargelegt – eine Sonderform der psychosomatischen Versorgung dar. Daher beschäftigte sich diese Arbeit mit der Frage, ob sich das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D im Konsildienst einsetzen lässt und ob sich mögliche Besonderheiten bei der Verwendung dieses Instrumentes ergeben.

Festhalten lässt sich als erstes, dass das IIP-D ein valides und reliables Instrument im Konsildienst ist.

Mit Hilfe des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D konnten deutliche Unterschiede zwischen der untersuchten Population der Konsil- und Poliklinikpatienten und der Normstichprobe bzgl. der geäußerten interpersonalen Problembelastung ermittelt werden. Somit kann mittels IIP-D zwischen beeinträchtigten und „gesunden“ Personen differenziert werden, womit der Aussagewert für den Konsildienst belegt werden kann.

Das IIP-D kann im psychosomatischen Konsildienst der Therapieplanung und dem Erkennen der interpersonalen Problembereiche einzelner Patienten dienen. Mit seiner Hilfe können somit die jeweiligen Probleme des Patienten in der Interaktion mit anderen als mögliche Ursache für seine psychische Beeinträchtigungen, aber auch als Grundlage für das individuelle therapeutische Vorgehen im Behandlungsverlauf ermittelt werden. Zudem ermöglicht das IIP-D eine Kontrolle über die mögliche Veränderung der Probleme im Therapieverlauf als Verlaufsbeobachtung.

Als Ausblick und Anregung sei folgendes erwähnt:

Sicher erscheint die Replikation in einer anderen Stichprobe aus dem psychosomatischen Konsildienst als dinglich, um die z.T. überraschenden Ergebnisse dieser Arbeit (vgl. 6.3.3) nochmals zu überprüfen.

Ebenfalls denkbar und sicher von praktischem Nutzen wäre die Erarbeitung von Auffälligkeitssignalen nach dem Vorbild der SCL-90-R von Derogatis et al. (1977), um so eine schnelle Identifizierung bestimmter Problemgruppen bzw. Untergruppen zu ermöglichen.

8 Literaturverzeichnis

- Barkham M, Hardy GE, Startup M (1994). The structure, validity and clinical relevance of the Inventory of interpersonal problems. *Br J Med Psychol*, 67(2), 171-185
- Benjamin LS (1974). Structural analysis of social behaviour. *Psychol Rev*, 81, 392-425
- Benjamin LS (1987). Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorders. *J Personal Disord*, 1, 43-70
- Brähler E, Horowitz LM, Kordy H, Schumacher J, Strauß B (1998). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). *Psychother Psychosom med Psychol*, 48, 1-10
- Burgmeister-Lohse M (1996). Die "Structural analysis of social behaviour" (SASB) als Methode zur Analyse von Gruppenprozessen. In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg): *Methoden der empirischen Gruppentherapie* – Ein Handbuch. Opladen: Westdeutscher Verlag, 322-333
- Buse S (2002). Einsatz und Verwendung der Symptomcheckliste SCL 90-R bei unterschiedlichen Patientenkollektiven. Ein Vergleich zwischen Konsilpatienten einer Universitätsklinik und Patienten einer psychosomatischen Poliklinik. Düsseldorf
- Cohen-Cole S.A, Haggerty J, Raft D (1982). Objectives for residents in consultation psychiatry: recommendations of a task force. *Psychosomatics*, 23, 669-703
- Davis-Osterkamp S (1993). Zirkumplexe Modelle interpersonalen Verhaltens in der klinischen Psychologie. In: Tress W (Hrsg). *Die Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens- SASB. - Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie*. Heidelberg: Ronald Asanger
- Davis-Osterkamp S, Kriebel R (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das „Inventar zu Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)“. *Gruppenpsychother Gruppendynamik*, 29, 295-307
- Davis-Osterkamp S, Strauss B, Schmitz N (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychotherapy Research* 6(3), 164-176
- Derogatis L R (1977). *SCL 90-R, Administration, scoring and procedures manual for the R(evised) version*. Chicago: John Hopkins University, School of Medicine. Eigendruck

- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich (1988). Bundesminister für Jugend, Familie Frauen und Gesundheit (Hrsg)
- Franz M, Schiessl N, Manz R, Fellhauer R, Schepank H, Tress W (1990). Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und Psychotherapieakzeptanz. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 40, 369-374
- Fiebiger (1997). Der psychiatrische Konsildienst der Gorlitz GmbH. *Psychiat Prax*, 24, 129-133
- Frommhold K (1998). Ausmaß und Spezifität interpersonaler Probleme und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychologie. Düsseldorf
- Geyer S (1997). Ansätze zur Erklärung sozial ungleicher Verteilung von Krankheiten und Mortalitäten. *Gesundheitswesen* 59, 36-40
- Hall R, Frankel B (1996). The value of consultation-liaison interventions to the general hospital. *Psychiatric Service* 47, 418-420
- Hartkamp N (1994). Klindo – Dokumentationssystem für stationäre und ambulante Psychotherapien. unveröff. Computerprogramm
- Herbart J F (1824). *Psychologie als Wissenschaft, neu gegründet auf Erfahrung, Metaphysik und Mathematik*. Band 2. Amsterdam. Bonset 1968
- Herzog T, Hartmann A (1990). Psychiatrische, psychosomatische und medizinpsychologische Konsiliar- und Liaisonstätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage. *Nervenarzt*, 61, 281-293
- Herzog T, Stein B, European Consultation Liaison Workgroup (ECLW) (1994). Psychotherapeutisch-psychosomatische Konsiliar-/Liaisondienste. *Psychologie in der Medizin*, 2, 10-16
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H, Alden LE, Wiggins JS, Pinkus AL (1994). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version – (IIP-D). Weinheim: Beltz Test GmbH
- Jordan J, Sapper H, Schimke H, Schulz W (1989). Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. *Psychother med Psychol* 39, 127-134
- Karig R, Buse S, Hartkamp N, Schmitz N (2000). Sozial benachteiligte vs. sozial nicht benachteiligte Patienten: Unterschiede hinsichtlich Symptomen und interpersonalen Problemen. *Psychother Psychosom med Psychol* 50, 86
- Kiesler DJ (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxometry for complementary in human transactions. *Psychol Rev*, 90, 185- 214

- Kiesler DJ, Schmidt JA, (1991). The Impact Message Inventory: Form IIA Octant Scale Version. Richmond: Virginia Commonwealth University
- Kiesler DJ, Goldston CS, Schmidt JA (1991). Manual for the Check List of Interpersonal Transactions-Revised (CLOIT-R) and Check List for Psychotherapy Transactions-Revised (CLOPT-R). Richmond: Virginia Commonwealth University
- Köhle K (1996). Institutionalisierung- Bedarf. In: Uexküll Th v (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore. Urban & Schwarzenberg, 503-506
- Köhle K, Joraschky P, Reisinger E (1996). Die Institutionalisierung im klinischen Bereich. In: Uexküll Th v (Hrsg.). Psychosomatische Medizin. München, Wien, Baltimore. Urban & Schwarzenberg, 516-540
- Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H (1984). Die Häufigkeit psychischer Störungen bei nicht-psychiatrischen Klinikpatienten. Dtsch Med Wochenschr 109, 1438-1442
- La Forge R, Suczek RF (1955). The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal checklist. J Pers, 24, 94-112
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v.d. Schulenburg JM, Schulte B (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Meyer AE (1993). Eine kurze Geschichte der Psychosomatik. In: Adler R, Bertram W, Haag A, Herrmann JM, Köhle K, Uexküll Th v. Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Stuttgart. Schattauer, 35-40
- Leary T (1957). Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press
- Levy NB (1989). Psychosomatik und Konsultations/Liasion-Psychiatrie: Ein Überblick. Nervenarzt 60, 724-731
- Lidtke R, Künsebeck HW, Freyberger H (1990). Psychotherapie im klinischen Konsiliar- und Liaisondienst. Z Psychosom med 36, 162-165
- Lipowski ZJ (1983). Aktuelle Probleme des psychosomatisch-psychiatrischen Konsiliar- und Liaison-Dienstes. Psychother med Psychol, 33, 3-14
- Lorr M, McNair DM (1967). The Interpersonal Behaviour Inventory. Form 4. Washington DC: Catholic University of America
- Orford J (1986). The rules of interpersonal complementarity: Does hostility beget hostility and dominance, submission ? Psychol Rev 93, 365-377
- Pontzen W (1994). Psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst. Psychotherapeut, 39, 322-326

- Ruesch J, Bateson G (1951). *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*. Norton, New York
- Schauenburg H, Pekrun G, Leibing E (1995). Diagnostik interpersonalen Probleme bei depressiven Erkrankungen. *Klin Psychol Psychopathol Psychother*, 43 (3), 200-213
- Schepank H (1995). *Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)*. Ein Instrument zu Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Beltz Test, Göttingen
- Schneider-Dücker M (1992). Das interpersonale Modell - eine psychotherapeutische Grundorientierung ? *Gruppenpsychother Gruppensdynamik*, 28, 93-113
- Steinkamp G (1993). Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. *Soz Präventivmed* 38, 11-122
- Stuhr U, Haag A (1989). Eine Prävalenzstudie zum Bedarf an psychosomatischer Versorgung in den allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother Med Psychol* 39, 273-281
- Sullivan HS (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton
- Tress W, Manz R, Sollors-Mossler B (1996). Konzepte und Theorien – Epidemiologie. In: Uexküll Th v (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore. Urban & Schwarzenberg, 103-112
- Uexküll Th v (1993). Was ist und was will „integrierte psychosomatische Medizin ?“ In: Adler R, Bertram W, Haag A, Hermann JM, Köhle K, Uexküll Th v: *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*. Stuttgart. Schattauer.
- Uexküll Th v (Hrsg.) (1996). *Psychosomatische Medizin*. München, Wien, Baltimore. Urban & Schwarzenberg
- Weiner MF, Sadler J, Fenton J, Fitzpatrick MC, Crowder DJ, Goodkin K (1989). A very modest proposal for 1990s C/L psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 11, 231-234
- Weizsäcker, V v, (1947). Der Begriff der allgemeinen Medizin. In: Weizsäcker V v. (Hrsg.). *Beiträge aus der Allgemeinen Medizin*. Heft 1, 1-44
- Werner M (1984). *IMI (Impact Message Inventory) - Ein Interpersonaler Persönlichkeitsfragebogen* von Donald J. Kiesler. Bern
- Wiggins JS (1982). Circumplex models of interpersonal behaviour in clinical psychology. In: Kendall PC, Butcher JN. *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York, 183-221

Wiggins JS, Trapnell P, Phillips N (1988). Psychometric and geometric characteristics of the revised Interpersonal Adjective Scale (IAS-R). *Multivariate Behav Res*, 23, 517-530

Wirsching M, Herzog T (1989). Aktuelle Entwicklung in Konsiliar-/Liasionbereich. Informationen, Begriffsklärungen, Perspektiven. *Psychother. Med Psychol* 39, 41-44

Wittchen HU, Zerssen Dv (1988). Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo. Springer

9 Anhang

**RHEINISCHE LANDES- UND HOCHSCHULKLINIK DÜSSELDORF
KLINISCHES INSTITUT UND KLINIK FÜR PSYCHOSOMATIK UND
PSYCHOTHERAPIE DER HEINRICH- HEINE- UNIVERSITÄT**

EUB ERSTUNTERSUCHUNGSBOGEN

Name, Vorname : _____

Geb. - Datum : _____ **Aufnahmedatum :** _____

1. Veranlassung der Untersuchung

(Nur 1 Angabe möglich. Fragt nicht nach der überweisenden Instanz,
sondern nach der Initiative.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Patient | |
| <input type="checkbox"/> (2) Angehörige(r) , Freund(e) | |
| <input type="checkbox"/> <u>Niedergelassener Arzt</u> | <input type="checkbox"/> <u>Konsil</u> |
| <input type="checkbox"/> (3) Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> (18) Allgemeinmedizin |
| <input type="checkbox"/> (16) Augenklinik | <input type="checkbox"/> (31) Augenklinik |
| <input type="checkbox"/> (15) Chirurgie | <input type="checkbox"/> (30) Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> (4) Dermatologie | <input type="checkbox"/> (19) Dermatologie |
| <input type="checkbox"/> (5) Gynäkologie | <input type="checkbox"/> (20) Gynäkologie |
| <input type="checkbox"/> (6) HNO | <input type="checkbox"/> (21) HNO |
| <input type="checkbox"/> (7) Innere Medizin | <input type="checkbox"/> (22) Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> (8) Neurologie | <input type="checkbox"/> (23) Neurologie |
| <input type="checkbox"/> (9) Orthopädie | <input type="checkbox"/> (24) Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> (10) Psychiatrie | <input type="checkbox"/> (25) Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> (11) Psychotherapie/Psychosomatik | <input type="checkbox"/> (26) Psychotherapie/Psychosomatik |
| <input type="checkbox"/> (12) Suchtberatung | <input type="checkbox"/> (27) Suchtberatung |
| <input type="checkbox"/> (13) Urologie | <input type="checkbox"/> (28) Urologie |
| <input type="checkbox"/> (14) Zahnklinik | <input type="checkbox"/> (29) Zahnklinik |
| <input type="checkbox"/> (17) Anderes : _____ | <input type="checkbox"/> (32) Anderes : _____ |

2. Kostenträger

- (1) RVO - Kasse
- (2) Ersatzkasse
- (3) Private KV , Beihilfe , Selbstzahler
- (4) LVA
- (5) BFA
- (6) Sonstige RV - Träger
- (7) Sozialhilfe
- (8) Berufsgenossenschaft

3. Diagnosen (ICD-10):

psychotherap./
psychiatrische

somatopsychisch – psychosomatisch

1. F				F	5	4					Diagn. unklar	<input type="checkbox"/>	gesicherte Diag.	<input type="checkbox"/>
2. F				F	5	4					Diagn. unklar	<input type="checkbox"/>	gesicherte Diag.	<input type="checkbox"/>
3. F				F	5	4					Diagn. unklar	<input type="checkbox"/>	gesicherte Diag.	<input type="checkbox"/>
4. F				F	5	4					Diagn. unklar	<input type="checkbox"/>	gesicherte Diag.	<input type="checkbox"/>

4. Somatische Diagnosen (Klartext – wenn vorhanden ICD-10)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5. Symptomatik Symptom seit... (Monat/Jahr)?

1. Symptom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. Symptom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Symptom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4. Symptom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Symptom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6. Symptom	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Beeinträchtigungsschweree (BSS)

Skalierungshinweise

(letzte 7 Tage)		(letztes Jahr)		0 = gar nicht
1. Körperlich	<input type="checkbox"/>	1. Körperlich	<input type="checkbox"/>	1 = geringfügig
2. Psychisch	<input type="checkbox"/>	2. Psychisch	<input type="checkbox"/>	2 = deutlich
3. Sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/>	3. Sozialkommunikativ	<input type="checkbox"/>	3 = stark
Summe	<input type="text"/>	Summe	<input type="text"/>	4 = extrem

7. Funktionsniveau und Struktur

7.1 Funktionsniveau (nur 1 Ankreuzung) Prototypen als Skalierungshinweis:

1. Ebene 1 (higher level) integr. Über-Ich – stabiles Selbstkonzept – Trauer kann erlebt werden – Verdrängung, Intellektualisierung
2. Ebene 2 (intermediate level) überstrenge Moral, überhohes Ich-Ideal – prägenitale (orale) Impulse – verminderte Fähigkeit Schuld zu empfinden – Spaltung, Verleugnung, Omnipotenz
3. Ebene 3 (lower level) überwiegen prägenit. Aggr. – sadist. Über-Ich-Vorläufer – Dominanz von Partialobj.-Bez. – mangelh. Obj.-konstanz – Einfühlung in andere / Schulterleben kaum möglich

7.2 Haupt-Strukturanteil (nur eine Ankreuzung möglich)

schizoid depressiv zwanghaft hysterisch Ich weiß es nicht

8. Behandlungsempfehlung (mehrere Angaben möglich)

8.1. eine Behandlungsempfehlung wurde ausgesprochen

ja nein

8.2. Institutioneller Rahmen

ambulant teilstationär stationär

8.3. Dauer

- 1. Krisenintervention (bis 5 Sitzungen)
- 2. kurzfristig (6 - 25 Sitzungen)
- 2. mittelfristig (26 - 80 Sitzungen)
- 3. langzeit (mehr als 80 Sitzungen)

8.3. Art der Therapie

- 1. Beratung
- 2. Entspannungsverfahren
- 3. supportive Therapie
- 4. Verhaltenstherapie (Einzel) (Gruppe)
- 5. analytisch-interaktionelle Therapie (Einzel) (Gruppe)
- 6. analytisch-orientierte Therapie (Einzel) (Gruppe)
- 7. psychoanalytische Therapie (Einzel) (Gruppe)
- 8. andere Psychotherapien (bitte notieren):
- 9. organmedizinisch
- 10. Psychiatrisch - pharmakotherapeutisch

9. Behandlung bei uns vorgesehen ?

ja nein

10. Vereinbarungen mit dem Patienten :

Datum :

Unterschrift des Therapeuten :

**RHEINISCHE LANDES- UND HOCHSCHULKLINIK DÜSSELDORF
KLINISCHES INSTITUT UND KLINIK FÜR PSYCHOSOMATIK UND
PSYCHOTHERAPIE DER HEINRICH- HEINE- UNIVERSITÄT**

PAT PATIENTENFRAGEBOGEN

Name: _____	Geb. Datum: _____
Vorname: _____	
Nationalität: _____	Konfession: _____
Geburtsort: _____	Heutiges Datum: _____

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand

- ledig
- verheiratet seit wann? 19__
- zum 2. mal verheiratet oder öfter wie oft? _____
- unverheiratet, aber in fester Partnerschaft lebend seit wann? 19__
- getrennt seit wann? 19__
- geschieden seit wann? 19__
- verwitwet seit wann? 19__

Alter des/der jetzigen Ehe- oder Lebenspartners/in _____ (Jahre)

Haben Sie Kinder? Wenn ja:

	Anzahl	Alter	davon wieviel männl./weibl.
leibliche Kinder:	_____	_____	_____
nicht-leibliche Kinder: (Stief-, Adoptiv-, Pflegekinder)	_____	_____	_____

Haben Sie Geschwister? Wenn ja:

	Anzahl	Alter
Brüder:	_____	_____
Schwestern:	_____	_____

Sind Sie ehelich geboren?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Sind Ihre Eltern geschieden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
		seit wann?		19____
Haben Sie eine Ersatzmutter? (Stief-, Adoptivmutter o. ä.)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Haben Sie einen Ersatzvater? (Stief-, Adoptivvater o. ä.)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Gab es einen Heimaufenthalt während der Kindheit oder Jugend?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Geburtsjahr der Mutter: 19____

Handelt es sich hierbei um die leibliche, Stief- oder Adoptivmutter? (bitte unterstreichen)

Erlerner Beruf der Mutter? _____

Zuletzt ausgeübter Beruf der Mutter? _____

Ist die Mutter verstorben, wenn ja, wann? 19____ im Alter von ____ Jahren

Geburtsjahr des Vaters: 19____

Handelt es sich hierbei um den leiblichen, Stief- oder Adoptivvater? (bitte unterstreichen)

Erlerner Beruf des Vaters: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters: _____

Ist der Vater verstorben, wenn ja, wann? 19____ im Alter von ____ Jahren

Mit wem wohnen Sie zur Zeit (hauptsächlich) zusammen?
(mehrere Antworten möglich)

- allein
- mit meinem Ehe- oder Lebenspartner
- mit meinem Kind/meinen Kindern
- mit meinem Vater (leiblich, Stief-, oder Adoptivvater)
- mit meiner Mutter (leiblich, Stief-, oder Adoptivvater)
- mit meinen Großeltern
- mit Geschwistern
- mit meinen Schwiegereltern
- mit Freunden/ oder in einer Wohngemeinschaft
- im Heim oder in sonstigen außerfamiliären Wohneinrichtungen
- mit anderen familiären Mitgliedern (Großvater, Tante u. a.)

Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?

(also mit Ihnen zusammen; Sie werden mitgezählt):

_____ Personen

Ihr höchster Schulabschluß (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Sonderschulabschluß
- (2) Hauptschulabschluß/Volksschulabschluß
- (3) Qualifizierter Hauptschulabschluß
- (4) Realschulabschluß/Mittlere Reife
- (5) Abitur
- (6) Fachabitur
- (7) Hochschulabschluß
- (8) Fachhochschulabschluß
- (9) kein Schulabschluß
- (10) noch in der Schule
- (11) Sonstiges

Ihr höchster Berufsabschluß (nur 1 Angabe möglich):

- (1) noch in Berufsausbildung
- (2) Lehre
- (3) Meister
- (4) Fachhochschule/Universität
- (5) ohne Abschluß
- (6) sonstiger Abschluß: _____

Erlerner Beruf (genaue Bezeichnung): _____

Ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung): _____

- Vollzeit Teilzeit

Stellung im Beruf (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Hausfrau/Hausmann
- (2) Arbeiter(in)
- (3) Facharbeiter(in)
- (4) einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (5) mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (6) höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (7) Selbständig ohne bezahlte Beschäftigte
- (8) Selbständig mit bezahlten Beschäftigten
- (9) Freischaffend (z. B. Künstler)
- (10) Wehr- oder Zivildienst
- (11) Ohne Beruf
- (12) Sonstiges

Trifft nicht zu, da:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Arbeitslos | <input type="checkbox"/> (4) Auszubildende(r)/Umschüler(in) |
| <input type="checkbox"/> (2) Sozialhilfeempfänger | <input type="checkbox"/> (5) Schüler(in)/Student(in) |
| <input type="checkbox"/> (3) auf Dauer krank geschrieben | <input type="checkbox"/> (6) Rentner(in)/Pensionär(in)/
Vorruhestand |

Erlerner Beruf des Partners (genaue Bezeichnung): _____

In welchem Beruf ist Ihr Partner derzeit tätig?
(genaue Bezeichnung): _____

Vollzeit Teilzeit

Stellung des Partners im Beruf (nur 1 Angabe möglich):

- (1) Hausfrau/Hausmann
- (2) Arbeiter (in)
- (3) Facharbeiter(in)
- (4) einfache(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (5) mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (6) höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)
- (7) Selbständig ohne bezahlte Beschäftigte
- (8) Selbständig mit bezahlten Beschäftigten
- (9) Freischaffend (z. B. Künstler)
- (10) Wehr- oder Zivildienst
- (11) Ohne Beruf
- (12) Sonstiges

Haupteinkommensquelle (nur 1 Angabe möglich):

- (1) eigenes Einkommen durch Arbeitstätigkeit/Rente
- (2) Unterhalt durch Ehe-oder Lebenspartner(in)
- (3) Arbeitslosengeld/-hilfe
- (4) Unterstützung durch Eltern
- (5) Sozialhilfe
- (6) Bafög
- (7) Sonstige Welche? _____

Beschwerden

Ihre Hauptbeschwerden:

bestehen seit (Monat/Jahr):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Beeinträchtigung

Kreuzen Sie bitte die Kästchen mit den für Sie am besten zutreffenden Antworten an.

Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt:

	gar nicht	geringfügig	deutlich	stark	extrem
1. im körperlichen Bereich	<input type="checkbox"/>				
2. im seelischen Bereich	<input type="checkbox"/>				
3. in Ihren zwischenmenschlichen Beziehungen und in Ihrem Leistungsvermögen	<input type="checkbox"/>				

Vorbehandlung

Haben Sie schon einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?

ja nein

Von wem wurde Ihnen diese Psychotherapie empfohlen?

- Freunde
- Verwandte
- Beratungsstellen
- Hausarzt
- andere Ärzte
- Klinik
- Andere: Wer? _____
- Beginn der Psychotherapie auf eigenen Wunsch

Welche Therapieform wurde Ihnen empfohlen?

- ambulant/Einzel
- ambulant/Gruppe
- stationär/teilstationär
- weiß nicht

Welche Art von Psychotherapie haben Sie gemacht oder machen Sie?

- Einzeltherapie Gruppentherapie
- tiefenpsychologisch
- verhaltenstherapeutisch
- Entspannung
- weiß nicht

ambulant: von: _____ bis: _____

Wie oft waren/sind die Psychotherapiesitzungen (z. B. pro Woche/pro Monat?)

Ungefähre Anzahl Sitzungen insgesamt? _____

stationär/teilstationär: von: _____ bis: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

**KLINISCHES INSTITUT UND KLINIK
FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN
UND PSYCHOTHERAPIE
DER HEINRICH-HEINE-UNIVERSITÄT**

SCL-90-R

Name:	Vorname:
Datum:	

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	ziem- lich	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	ziem- lich	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 erwisch 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...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>				
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
30. Schermut	<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...?	überhaupt 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.

Name/Code-Nr. _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Testdatum _____

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lösen 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 also für jedes Problem die Ziffer an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Beispiel						
Wie sehr haben Sie unter diesem Problem gelitten?						
Es fällt mir schwer ...		nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
0	mit meinen Angehörigen zurechtzukommen	0	1	2	3	4

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

Es fällt mir schwer ...

	nicht	wenig	mäßig	ziemlich	sehr
1. anderen Menschen zu vertrauen	0	1	2	3	4
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	0	1	2	3	4
3. in ein Gruppenanzuschließen	0	1	2	3	4
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	0	1	2	3	4
5. andere wissen zu lassen, was ich will	0	1	2	3	4
6. jemandem zu sagen, daß er mich nicht weiter belästigen soll	0	1	2	3	4
7. mich fremden Menschen vorzustellen	0	1	2	3	4
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	0	1	2	3	4
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	0	1	2	3	4
10. andere wissen zu lassen, daß ich während bin	0	1	2	3	4
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	0	1	2	3	4
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	0	1	2	3	4
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	0	1	2	3	4
14. mit anderen etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	0	1	2	3	4
16. mit anderen zurechtzukommen	0	1	2	3	4
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	0	1	2	3	4
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	0	1	2	3	4
19. wenn nötig standfest zu sein	0	1	2	3	4
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	0	1	2	3	4
21. anderen Grenzen zu setzen	0	1	2	3	4

PA BC DE FG HI JK LM NO

Es fällt mir schwer ...

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	0	1	2	3	4
23. mich anderer nahe zu fühlen	0	1	2	3	4
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	0	1	2	3	4
25. mich mit jemand anderen zu streiten	0	1	2	3	4
26. alle 10 zu sein	0	1	2	3	4
27. jemandem ein Geschenk zu machen	0	1	2	3	4
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestalten, die ich mag	0	1	2	3	4
29. die Bedürfnisse eines anderer über meine eigenen zu stellen	0	1	2	3	4
30. mich von den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	0	1	2	3	4
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	0	1	2	3	4
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	0	1	2	3	4
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	0	1	2	3	4
34. mich über andere zu ärgern	0	1	2	3	4
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	0	1	2	3	4
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	0	1	2	3	4
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist	0	1	2	3	4
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	0	1	2	3	4
39. selbstbewußt zu sein, wann ich mit anderen zusammen bin	0	1	2	3	4

PA BC DE FG HI JK LM NO

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

	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	0	1	2	3	4
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich ..	0	1	2	3	4
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	0	1	2	3	4
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	0	1	2	3	4
44. Ich bin zu unabhängig	0	1	2	3	4
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	0	1	2	3	4
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	0	1	2	3	4
47. Ich spiele zu oft den Clown	0	1	2	3	4
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	0	1	2	3	4
49. Ich vertraue anderen zu leicht	0	1	2	3	4
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	0	1	2	3	4
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	0	1	2	3	4
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	0	1	2	3	4
53. Ich bin zu leichtgläubig	0	1	2	3	4
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	0	1	2	3	4
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	0	1	2	3	4
56. Ich bin anderer gegenüber zu mißtrauisch	0	1	2	3	4
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	0	1	2	3	4
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	0	1	2	3	4
59. Ich streite zu oft mit anderen	0	1	2	3	4
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	0	1	2	3	4
61. Ich lasse mich vor anderen zu sehr ausnutzen	0	1	2	3	4
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	0	1	2	3	4
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	0	1	2	3	4
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	0	1	2	3	4

FA
 BC
 DE
 FG
 HI
 JK
 LM
 NO

10 Lebenslauf

Name: Roman Karig

Anschrift: Herderstraße 61, 40237 Düsseldorf

Geburtsdatum: 27. Juli 1973

Geburtsort: Ludwigsburg

Familienstand: ledig

Schulbildung: 1980 – 1993 Grundschule und Gymnasium in Krefeld

Hochschulstudium: 1993 – 2000 Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

2000 Ärztliche Prüfung

2002 Approbation als Arzt

Ärztliche Tätigkeit: 2000–2001 Arzt im Praktikum in der Urologischen Klinik des Lukaskrankenhauses Neuss

2001-2002 Assistenzarzt in der Chirurgischen Klinik I des Lukaskrankenhauses Neuss

ab 2003 Assistenzarzt in der Urologischen Klinik des Lukaskrankenhauses Neuss

Publikationen/ Vorträge:

1999 Vortrag beim Wissenschaftlichen Wochenende der Klinik Wersbach für Psychotherapie, Leichlingen

1999 Zwei Posterbeiträge auf der Jahrestagung der Society for Psychotherapy Research SPR, University of Minho, Braga, Portugal

2000 Vortrag und Posterbeitrag auf der Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin DKPM, Medizinische Hochschule Hannover

2002 Veröffentlichung in Psychological Report June 2002

Düsseldorf, 1. November 2002

Abstract

Der Einsatz und die Verwendung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D im psychosomatischen Konsildienst am Beispiel von Konsilpatienten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Roman Karig

Die vorgelegte Promotionsarbeit untersucht die Verwendung des Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme IIP-D in der deutschen Kurzfassung (Horowitz et al. 1994) im psychosomatischen Konsildienst als einer Sonderform der psychosomatischen Versorgung

Dies geschieht anhand einer Gesamtstichprobe von 442 Patienten (weiblich 64%, männlich 36%), die im Zeitraum Oktober 1996 bis Juni 1998 durch die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf konsiliarisch betreut worden sind.

Mit Hilfe des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D konnten deutliche Unterschiede zwischen der untersuchten Population der Konsilpatienten und den zum Vergleich herangezogenen Gruppen der Poliklinikpatienten und der Normstichprobe bzgl. der geäußerten interpersonalen Problembelastung ermittelt werden. Somit kann mittels IIP-D zwischen beeinträchtigten und „gesunden“ Personen differenziert werden, womit der Aussagewert für den Konsildienst belegt werden kann.

Das IIP-D kann im psychosomatischen Konsildienst der Therapieplanung und dem Erkennen der interpersonalen Problembereiche einzelner Patienten dienen. Mit seiner Hilfe können somit die jeweiligen Probleme des Patienten in der Interaktion mit anderen als mögliche Ursache für seine psychische Beeinträchtigungen, aber auch als Grundlage für das individuelle therapeutische Vorgehen im Behandlungsverlauf ermittelt werden. Zudem ermöglicht das IIP-D eine Kontrolle über die mögliche Veränderung der Probleme im Therapieverlauf als Verlaufsbeobachtung.