

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Universität Düsseldorf

Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Tress

**Patienten einer psychosomatisch / psychotherapeutischen Poliklinik: Studien
zur Geschlechtsspezifität von Störungsformen und Inanspruchnahme.**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Marcin Michalik

2004

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

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. dent. Wolfgang H.-M. Raab

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

Korreferent: Priv.-Doz. Dr. Wöller

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

1.0. Einleitung und Ziel der Studie.....	4
2.0. Historische Vorbemerkung.....	6
2.1. Zur Geschichte der Düsseldorfer Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einschließlich der Poliklinik.....	6
3.0. Literaturübersicht zur Frage der Geschlechtsabhängigkeit psychogener Beeinträchtigung...	10
4.0. Untersuchungsinstrumente.....	14
4.1. Basisdokumentation.....	14
4.2. Entwicklung der Dokumentationssysteme in der Psychotherapie.....	16
4.2.1. Psy-BaDo-Kernmodul einer Basisdokumentation.....	17
4.2.2. Symptomcheckliste 90 R (SCL 90-R).....	18
4.2.3. Gießen – Test (GT).....	24
4.2.4. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP).....	29
4.2.5. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (FFI).....	37
4.3. Erläuterung der verschiedenen Dokumentationsbögen des Düsseldorfer Dokumentationssystems.....	44
4.3.1. Erläuterung zu den Dokumentationsbögen.....	44
5.0. Darstellung der Ergebnisse.....	46
5.1. Fragestellung.....	46
5.2. Methode.....	46
5.3. Ergebnisse.....	48
Diskussion.....	64
Literatur.....	65
Anhang.....	67

1.0. Einleitung und Ziel der Studie

Die Strukturen der psychotherapeutischen Versorgung sind seit einiger Zeit im Umbruch begriffen. Ausgangspunkt für diese Veränderungen waren zum einen epidemiologische Untersuchungen zur Häufigkeit von psychischen, insbesondere psychogenen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (Weyerer u. Dilling, 1984; Schepank et al., 1984), die einen hohen und weitgehend nicht befriedigten Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung nachwiesen. Von einer solchen Bedeutung waren zum anderen auch die Bestrebungen zu einer Neuordnung psychologischer und ärztlicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Psychotherapie (Jansen u. Hoffmann, 1994; Senft u. Heuft, 1995).

Die Organisation und Durchführung einer psychotherapeutischen Versorgung setzt eine genaue Kenntnis der bestehenden Versorgungsverhältnisse voraus. Hier gibt es mittlerweile eine Reihe empirischer Arbeiten, die sich mit der Prävalenz psychischer und psychogener Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung (Schepank et al., 1984) und in Hausarztpraxen beschäftigen (Tress et al., 1997; Zintl-Wiegand et al., 1978; Dilling u. Weyerer, 1978). So belegten die epidemiologischen Untersuchungen im Mannheimer Kohortenprojekt, dass 20-25% der Allgemeinbevölkerung an einer behandlungsbedürftigen psychogenen Erkrankung leiden. Die überwiegende Zahl von Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen wird durch ihre Hausärzte versorgt. Nach Tress et al. (1997) liegt die Prävalenzrate für eine psychogene Erkrankung bei Patienten in (Düsseldorfer) Allgemeinarztpraxen bei 30-40%, wobei etwa die Hälfte dieser Patienten vom Hausarzt nicht als psychogen oder psychisch krank identifiziert wird. Zum anderen gibt es viele empirische Arbeiten und detaillierte Informationen über Patienten, die in einem ambulanten, teilstationären oder stationären Setting an einer Therapie teilnehmen (Davies-Osterkamp et al., 1996).

Wenig bekannt ist hingegen über die psychogen erkrankten Patienten, die zwar von ihrer Erkrankung wissen, aber von Versorgungsstrukturen noch nicht erreicht wurden bzw. noch keinen Überblick über die Struktur haben.

Ein Teil dieser Patientengruppe wird in deutschen Großstädten in den Polikliniken der Universitätskliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie gesehen. In der vorliegenden Arbeit soll das Klientel der Poliklinik der Düsseldorfer Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, unter einem speziellen Aspekt, den Geschlechtsunterschieden, vorgestellt werden. Dabei wird historischer Grund, Untersuchungstechniken und Organisation der Klinik dargestellt.

2.0. Historische Vorbemerkungen

2.1. Zur Geschichte der Düsseldorfer Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einschließlich der Poliklinik

Die Frühgeschichte von Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf reicht bis in das 16. Jh. zurück, als Johannes Weyer, Leibarzt des Herzogs Wilhelm von Jülich-Cleve-Berg, vielfach als der Befreier der Hexen bezeichnet, 1575 ein Buch mit dem Titel publizierte: "Über das betrügerische Fasten". Hier beschrieb er alle wichtigsten Symptome der Anorexia nervosa. Etwa 80 Jahre später beschrieb der Düsseldorfer Arzt Friedrich v. Spee im Jahre 1631 einige Interaktionen in den Beziehungen zwischen Exorzisten und Besessenen, wie sie uns aus den geradezu inquisitorisch gehandhabten Interviews aus den Anfängen der Psychotherapie bekannt sind. Aus dem 19. Jahrhundert ist der Düsseldorf Psychiater Jacobi zu erwähnen, der schon sehr frühzeitig von den Notwendigkeiten der Selbsterfahrung für Ärzte schrieb, "damit sich der Arzt selber als Arznei einsetzt."

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität in ihrer jetzigen Form hat gegenwärtig eine ungefähr 25-jährige Geschichte, wobei die Anfänge psychosomatisch-psychotherapeutischer Therapie in Düsseldorf, ebenso wie die Gründung der Landesklinik, welche die Düsseldorfer Psychosomatische Hochschulklinik beherbergt, aber noch weiter zurückliegen.

Im Jahre 1931 fand in der damaligen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg, zugleich Ausbildungsstätte der Medizinischen Akademie in Düsseldorf, zum ersten Mal eine Vorlesung zur Psychotherapie statt.

Der Dozent war Herr Prof. Rudolph Neustadt, dessen Veranstaltungen in den folgenden beiden Semestern noch unter der Bezeichnung "Irrenheilkunde" geführt wurden.

Mit Beginn des nationalsozialistischen Einflusses auf die Hochschulen wurde er im Sommersemester 1934 beurlaubt.

Nach dem Krieg hielt der Internist Prof. Dr. Fritz Mohr im Rahmen der Irrenheilkunde erstmals im Wintersemester 1948/49 ein College zur Praxis in der Psychotherapie.

Ab Wintersemester 1970 hielt Prof. Schumacher eine Einführung in die Psychoanalyse. Er war Leiter der Abteilung für Psychohygiene der Universität und führte Sprechstunden für Studierende in der Universitätsklinik an der Bergischen Landstraße durch.

Prof. Flegel, Arzt in der Rheinischen Landeslinik Düsseldorf, hielt ab Sommersemester 1973 Vorlesungen z.B. zur analytischen Gruppentherapie. Dr. Lehmann war ab Sommersemester 1976 mit Vorlesungen, z.B. über gruppentherapeutische Konzepte beauftragt.

1988 war zwischen dem Ministerium für Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen und dem Landschaftsverband Rheinland eine Vereinbarung getroffen worden, der gemäß die Rheinische Landeslinik Düsseldorf als klinische Ausbildungs- und Forschungsstätte der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf für das Fach Psychotherapie und Psychosomatik genutzt werden sollte. Im Rahmen dieser Vereinbarungen wurde auch eine Poliklinik eingerichtet, deren Patienten in der hier vorgelegten Arbeit betrachtet werden sollen.

Medizinhistorisch betrachtet hat die Psychotherapie sich überwiegend aus der ärztlichen Allgemeinpraxis, die Psychosomatik sich hauptsächlich innerhalb der Inneren Medizin entwickelt. So wurden auch die ersten Vorlesungen über Psychotherapie an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf von Prof. Paul Neukirch bei dem Fach Innere Medizin angekündigt, und zwar bereits 4 Jahre vor der erwähnten psychotherapeutischen Vorlesung innerhalb der Psychiatrie. Prof. Neukirch wurde, ähnlich wie sein Kollege Prof. Neustadt, ab Sommersemester 1934 nicht mehr im Vorlesungsverzeichnis geführt.

Auch nach dem Krieg fand der Neubeginn der Psychosomatik wiederum im Rahmen der Inneren Medizin statt, wo Prof. Fervers Vorlesungen über Psychotherapie hielt.

In der Folgezeit erfuhr die Psychosomatische Medizin in Düsseldorf eine zunehmende Stabilisierung und Institutionalisierung, u.a. mit der Habilitation von Hans Molinski im Jahre 1970 und mit der Mitarbeit von Melitta Mitscherlich an einem

Projekt der deutschen Forschungsgemeinschaft (im Rahmen der Neurologischen Universitätsklinik) über extrapyramidale Störungen.

Gemeinsam mit diesen Kollegen und der 1975 ebenfalls an der Düsseldorfer Universität habilitierte Ilse Rechenberger konnte Frau Prof. Heigl-Evers, die erste Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Düsseldorf bereits im Sommersemester 1978 eine gemeinsame Vorlesung zur psychoanalytischen Krankheitslehre durchführen.

Mit der Gründung des Lehrstuhls für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sollte der klinischen Versorgung von Kranken zunächst Priorität eingeräumt werden; mit diesem Ziel wurden auf dem Gelände der Rheinischen Klinik Bereiche für die vollstationäre Behandlung, für eine teilstationäre Therapie in einer Modelltagesklinik und für die ambulante Versorgung geplant. Besonderer Wert sollte auf sorgfältige Diagnose und Indikationsstellung gelegt werden, jeweils mit Erstellung von patientenzentrierten, verlaufsorientierten, integrierten Gesamtbehandlungsplänen. Ein Schwerpunkt der Arbeit war von Beginn an die Förderung der Kooperation zwischen den beiden Universitätskliniken auf dem Gelände der Rheinischen Landeslinik Düsseldorf.

Bereits im Jahre 1978 wurde dazu ein Arbeitskreis initiiert, an dem Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Schulrichtungen teilnahmen. In diesem Arbeitskreis führten jeweils zwei Kollegen Gespräche mit einem Patienten, und die davon angefertigten Video-Aufzeichnungen wurden anschließend in Hinblick auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei den Gesprächsführungen diskutiert.

Bald schon kam es auf allen Ebenen klinischer Kooperation zu einem intensiven und erfreulichen Austausch, so z.B. bei Übernahme von Patienten aus der benachbarten psychiatrischen Klinik in psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung oder vice versa, waren hier tätige Ärzte für kollegiale Hilfe sehr dankbar, wenn ihre Patienten, z.B. wegen Suizidität, psychotischer Dekompensationen oder anderen Krisen zeitweise in den besonders schützenden Rahmen der psychiatrischen Stationen übernommen wurden.

Hauptorientierung bei den Versorgungsaufgaben war von Beginn der Arbeit in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie die Therapie von solchen Kranken, bei denen entwicklungsbedingt strukturelle Störungen bestehen. In der vollstationären Versorgung galt ihr Bemühen überwiegend solchen Kranken, die bisher als psychotherapeutisch nicht behandelbar eingeschätzt worden waren.

In der hier betrachteten poliklinischen Versorgung wurde darauf geachtet, nach jeweils sehr gründlicher Diagnostik, dem einzelnen Patienten eine jeweils angemessene Therapieform zu vermitteln.

3.0. Literaturübersicht zur Frage der Geschlechtsabhängigkeit

Weil ein Aspekt der vorliegenden Arbeit besonders die Frage der Geschlechtseffekte bei unterschiedlichen psychogenen Störungen ist, soll hier zunächst eine Übersicht über vorhandene Studien zur diesem Aspekt gegeben werden.

In den 90er Jahren wurden von Frau Davis-Osterkamp über 100 empirische Arbeiten unter dem Aspekt "Geschlecht als variable Forschung" analysiert. Als Hauptergebnis stellte sich heraus, dass in 17 % der Arbeiten über die Stichprobenszusammensetzung bzgl. des Geschlechts nicht berichtet wurde und dass 62 % der Arbeiten keine Angaben zur Geschlechtsdifferenz machen. Lediglich in 25 % der Arbeiten sind Geschlechtsvergleiche in zumindest einer der untersuchten Variablen so angegeben, dass sie für metaanalytische Untersuchungen geeignet sind.

In einem vor etwa 20 Jahren publizierten und im Bereich der Persönlichkeitsforschung häufig zitierten Artikel (Carlson, 1971) mit dem Titel "Where ist the person in personality research", wurde nach einer Analyse der Arbeiten in einschlägigen Zeitschriften zur Persönlichkeitsforschung u.a. berichtet, dass im Bereich der empirischen Persönlichkeitsforschung in 71 % der Fälle Studenten untersucht wurden, dass männliche Probanden gegenüber weiblichen Probanden im Verhältnis 2 : 1 überwogen und dass in jenen Studien, die so angelegt waren, dass Geschlechtsunterschiede analysierbar waren, diese Analysen in weniger als der Hälfte dieser Fälle auch tatsächlich durchgeführt wurden.

Es ist auch heute noch nicht selbstverständlich, dass das Geschlecht als psychologische Variable in empirische Untersuchungen eingebracht wird.

In der von Carlon vorgebrachten Kritik an der empirischen Persönlichkeitsforschung sind zur Frage des Geschlechts als psychologische Variable zwei Aspekte angesprochen :

1. Sind in den untersuchten Stichproben männliche und weibliche Probanden gleichgewichtig vertreten, sind also die Aussagen zu der untersuchten Fragestellung auf Männer und Frauen zu beziehen ? Im Bereich der psychosomatischen Forschung ist dieses nicht selbstverständlich.

Malatesta und Culver (1993) sprechen in diesem Zusammenhang von "gender astigmatism" und führen als Beispiel an, dass sich die Mehrzahl der Studien zu kardiovaskulären Erkrankungen auf bezüglich des Geschlechts homogene (männliche) Stichproben bezieht, die Ergebnisse aber dennoch als für beide Geschlechter gültig generalisiert werden.

Die Framinghamstudie sei hier eine rühmliche Ausnahme. Auch die heute geläufigen Erkenntnisse zum Typ A – Konstrukt würden sich wesentlich auf Männer der Mittelschicht gründen. Inzwischen hat diese Problematik zumindest im angloamerikanischen Sprachraum gebührend Aufmerksamkeit gefunden. Es gibt Empfehlungen, Forschungsförderung auch davon abhängig zu machen, dass bezüglich des zu untersuchenden Sachverhaltes das Forschungsdesign so angelegt ist, dass Aussagen für beide Geschlechter möglich werden – womit sich dann wieder neue forschungsmethodische Probleme stellen (New Scientist, 1993).

2. Der zweite Aspekt bezieht sich auf die Frage, ob dort, wo gemischtgeschlechtliche Probandengruppen untersucht werden, auch dann, wenn die Hauptfragestellung nicht eine nach der Geschlechterdifferenz ist, die Untersuchungsergebnisse so berichtet werden, dass es möglich wird, sie nach Geschlechtsunterschieden zu analysieren.

Im American Psychologist wurde vor einigen Jahren das Problem des Berichts von Geschlechtsunterschieden kontrovers diskutiert. So wurde beispielsweise der Standpunkt vertreten, Berichte über Geschlechtsunterschiede würden der Stereotypisierung der Geschlechter und der Diskriminierung von Frauen Vorschub leisten (Baumeister, 1988), man solle aus diesem Grunde darauf verzichten. Journalherausgeber sollten Arbeiten, die Geschlechtsunterschiede als Nebenergebnisse ermittelten, nicht publizieren und auf einer Replikation dieser Studien bestehen (McHugh, Koeske u. Frieze, 1986). Dieser Standpunkt wurde von

Alice Eagly – Autorin mehrerer Metaanalysen zur Psychologie der Geschlechtsdifferenz – eingehend kritisiert. Ihre Empfehlung ist, routinemäßig die untersuchten psychologischen Variablen auf Geschlechtsabhängigkeit zu untersuchen und die Ergebnisse dieser Analysen unabhängig von ihrer statistischen Signifikanz und theoretischen Relevanz – zu publizieren. Dies sollte in derselben Metrik geschehen, in der die Ergebnisse zur Hauptfragestellung der Untersuchung berichtet werden. (Eagly, 1987, 1990).

Gesichtspunkte, die dafür sprechen, geschlechtsspezifische Analysen hinsichtlich der zu untersuchenden Merkmalsbereiche vorzunehmen, sind die folgenden:

1. Zunächst stellt dieses Vorgehen einen möglichen Erkenntnisgewinn an sich dar. Hierzu einige Beispiele aus der Literatur: Die Geschlechtsspezifität in Erstmanifestation und Verlauf der Schizophrenie konnte nur so "entdeckt" werden (Häfner et al., 1991; Lewis, 1992) – Für die Forschung im Bereich der Psychosomatik dürften insbesondere solche Befunde interessant sein, die geschlechtsspezifische Zusammenhänge zwischen subjektiven Körperbeschwerden und Emotionsausdruck (Malatesta u. Culver, 1993) oder zwischen Gesundheit und sozialem Rückhalt (Schwarzer u. Leppin, 1989) berichten.

Ein weiteres Beispiel sind Befunde zur Geschlechtsspezifität von Trauerprozessen, die auch die Frage aufwerfen, ob bestehende Modelle zur Adaptivität oder Maladaptivität dieser Prozesse zu spezifizieren sind (Strobe u. Strobe, 1991).

2. Forschungsergebnisse zur Psychologie der Geschlechtsdifferenz konnten durch die Anwendungen der metaanalytischen Methodik in entscheidenden Punkten präzisiert werden, insbesondere auch in der Hinsicht, dass Geschlechtsunterschiede im sozialen Verhalten eben nicht allein Ausdruck von Stereotypisierungen sind (Eagly u. Wood, 1991). Metaanalytische Untersuchungen in diesem Bereich setzen aber voraus, dass die untersuchten Variablen geschlechtsspezifisch berichtet werden, der Vorteil der Metaanalyse in diesem Bereich ist ja gerade, dass sich ihr Datenmaterial auf genau solche Untersuchungen bezieht, in denen die Frage nach Geschlechtsunterschieden

nicht primäres Forschungsthema war. Dem häufig gehörten Einwand, dass Geschlechtsunterschiede in psychologischen Variablen letztlich nur geringfügig seien, ist mit Befunden zu begegnen, die belegen, dass Effektstärken im Bereich der Geschlechtsdifferenz in der Regel nicht geringer sind, als die in anderen sozialwissenschaftlichen Forschungsbereichen ermittelten Größenordnungen (Eagly u. Wood, 1991; Hyde u. Linn, 1986).

Diese – hier zunächst für den angloamerikanischen Sprachraum – berichteten Befunde, finden sich in vergleichbarer Weise auch in der deutschsprachigen psychotherapeutischen Fachliteratur, wie Davies-Osterkamp (1994) zeigte. Grundlage ihrer Analysen waren die Publikationen aus der Zeitschrift Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie (PPmP), die Ergebnisse können aber durchaus als repräsentativ für die deutschsprachige Forschung in dem Fach insgesamt angesehen werden.

Es handelte sich über 100 Arbeiten, die von 258 Autoren und 68 Autorinnen verfasst wurden. Am häufigsten (29 %) fungierten als Autoren Paare; 17 % der Arbeiten hatten nur einen Autor und immerhin 12 % der Arbeiten wurden unter der Autorenschaft von 5 oder mehr Personen publiziert.

Nicht in allen Untersuchungen ist vermerkt, wie die Geschlechterzusammensetzung der Stichproben aussieht: In immerhin 19 Fällen (17 % der Untersuchungen) fehlen Angaben über die Anzahl von Männern und Frauen in einer Stichprobe. Das Verhältnis männlicher zu weiblicher Fälle liegt im Mittel bei 1,05, der Median beträgt 0,90, das Minimum 0,14 und das Maximum 4,5.

Insgesamt bestätigt diese Untersuchung den Eindruck, der sich auch anhand des von Bergin und Garfield herausgegebenen "Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" ergibt, dass die Betrachtung von Geschlechtsunterschieden in der psychotherapeutischen nicht die Beachtung findet, die ihre eigentlich gebühren würde.

4.0. Untersuchungsinstrumente

4.1. Basisdokumentation

Im Bereich der Psychotherapie haben Bemühungen um eine Dokumentation eine lange Tradition (Bräutigam, 1980; Dührsen, 1977; Kächele et al., 1980; Künzler, 1964; Rudolf, 1981; Fenichel, 1930).

Um die Nützlichkeit des Dokumentationssystems schätzen zu können, ist es sinnvoll, sich die Funktionen einer Basisdokumentation zu vergegenwärtigen. In erster Linie soll sie der Qualitätssicherung dienen, und damit Nutzen für den Patienten mit sich bringen (Cording et al., 1995 ; Laireiter, 1994).

Die mit einer Basisdokumentation angestrebte Standardisierung des Vorgehens bei der Patientenaufnahme, bei der Diagnosefindung und Indikationsstellung dient der Systematisierung und Professionalisierung der Verfahrensweisen. Sie erhöht die Transparenz und ist damit eine zentrale Voraussetzung für Reflektion und Rückmeldung, welche wiederum die Qualität der Behandlung verbessern dürfte. (z.B. gibt es Unterschiede/Varianz in der Diagnose/Indikationsstellung oder Behandlung bestimmter Patientengruppen? Lassen sich Probleme bei der Diagnosefindung, Indikationsstellung oder Weiterverweisung für bestimmte Patientengruppen feststellen ?)

Die Auswertungen können somit Diskussionsprozesse innerhalb des Therapeutenteams begründen und befruchten. Die Betrachtung des Verlaufs der Dokumentationen erlaubt auch Aussagen darüber, ob ggf. eingeleitete Veränderungsprozesse, z.B. als Ergebnis von Absprachen/Abstimmungen die gewünschten Erfolge mit sich bringen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung kann eine Basisdokumentation nicht nur die Struktur- und Prozessqualität verbessern, sondern ist auch eine Voraussetzung für die Evaluation, d.h., die Überprüfung der Ergebnisqualität, weil die Ausgangs- und Verlaufsdaten der Patienten um Ergebnisdaten ergänzt werden.

Eine entsprechend aussagekräftige Basisdokumentation kann aber über die Qualitätssicherung hinaus auch die Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen ermöglichen (Kächele et al., 1983).

Basisdokumentationssysteme können durchaus einen Gewinn für die eigene diagnostische Tätigkeit erbringen. Denn sie ermöglichen eine unmittelbare patientenbezogene Rückmeldung über die untersuchten Patienten, z.B. seine relative Position hinsichtlich seiner Symptomatik im Vergleich zu Normwerten. Dies setzt dann allerdings voraus, dass zeitnah patientenbezogene Rückmeldungen über die Ergebnisse der Befragung an den untersuchenden Therapeuten erfolgen, was nicht immer leicht zu gewährleisten ist.

Basisdokumentationssysteme erlauben auch eine Rückmeldung im Hinblick auf die Klientel einer Institution, d.h. eine Beantwortung der Frage: Welche Art von Patienten untersuchen/behandeln wir? Die Selbstverständigung und Reflektion der eigenen Arbeit erhöhen deren Wertschätzung und die Zufriedenheit. Schließlich kann die Erfolgs- bzw. Misserfolgsmeldung zu den Ergebnissen der Erstuntersuchungen durch Verlaufsbeobachtungen und katamnestische Untersuchungen dazu führen, die Prozesse der Diagnostik und Therapieauswahl zu verbessern.

Dass Therapeuten trotz der Vorteile einer Dokumentation oft erst von einem solchen Nutzen überzeugt werden müssen, zeigen Widerstände gegen die partielle Offenlegung des eigenen Tuns, über die auch andernorts berichtet wurde (Kächele et al., 1983; Sachsenröder et al., 1983).

Wie kann die Motivation der Therapeuten gefördert werden? Zunächst durch eine formale Vereinfachung des Ausfüllmodus: Offene Antwortmöglichkeiten, die Klartextantworten verlangen, waren zwar in der ersten Version für die Validierung der strukturierten Vorgaben erforderlich, wurden aber in der revidierten Fassung der Basisdokumentation weggelassen; hier sind fast ausschließlich strukturierte Antwortvorgaben (Kategorien oder Skalen) enthalten.

Die Motivation kann weiterhin dadurch gefördert werden, dass die Basisdokumentation nicht nur die eher trockenen soziodemographischen

„Basisdaten“ enthält, sondern Variablen, die für den Diagnostiker inhaltlich relevant sind (Sachsenröder et al., 1993, 1995). Das heißt, dass neben allgemeinen, schulenübergreifenden Standardinstrumenten (Fydrich et al., 1996; Schulte, 1994; Stieglitz, 1996), wie z.B. die Symptom-Check-Liste 90-R (Franke, 1995), die in der aktuellen Version der Basisdokumentation zum Einsatz kommt, auch therapieschulenspezifische Variablen einbezogen werden, wie z.B. Fragen nach biographischen Belastungen oder Auslösesituation für tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten.

4.2. Entwicklung der Dokumentationssysteme in der Psychotherapie

Die Idee, Patienten, Probanden oder Klienten die Möglichkeit zu geben, in standardisierter Form über ihre psychische Situation Aussage zu machen, ist heute als „self-report“- Ansatz allgemein bekannt. Vater dieses Ansatzes ist Woodworth, der 1917 nach einer Möglichkeit suchte, psychiatrische Untersuchungen schnell und ohne großen Aufwand an einberufenen potentiellen Rekruten – und somit Teilnehmern des Ersten Weltkrieges – durchzuführen.

Woodworth (1918, 1919) kam zu der Einsicht, dass jeder Mensch, „sich selbst interviewen“ könnte, und erarbeitete mit dem „personal data sheet“, dem ersten Selbstbeurteilungsfragebogen. Kernstück seiner Überlegungen war der noch heute gültige theoretische Ansatz, die durch Selbstbeurteilung gewonnenen Daten über die symptomatische Belastung des Einzelnen mathematisch im Vergleich zu „Normalen“ und psychisch Belasteten zu bewerten. Sowohl der erste als auch der Zweite Weltkrieg förderten die Entwicklung der psychischen Diagnostik; und nicht ohne Grund wurde 1952 kurz nach dem Zweiten Weltkrieg mit dem DSM-I das erste amerikanische Standardwerk der psychiatrischen Diagnostik vorgelegt.

Indem man dem Probanden, Klienten oder Patienten die Möglichkeit gibt, durch Selbstbeurteilungsfragebögen über sich selbst und seine psychische und körperliche Belastung Auskunft zu geben, erschließt man eine Datenquelle, die der Fremdbeurteilung verschlossen bleibt. Gleichzeitig ist die standardisierte Selbstbeurteilung ökonomisch. Sie ermöglicht die Herausfilterung besonders belasteter Probanden, Patienten oder Klienten und sie kann als Standard in den

verschiedensten Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungssystemen eingesetzt werden. Die standardisierte Selbstbeurteilung ermöglicht die Annäherung an die Bereiche "Normalität" und "Abweichung". Gleichzeitig beschränken die allgemein bekannten Tendenzen von Testausfüllern, sich u. U. im Sinne "sozialer Erwünschtheit" zu äußern, einen individuellen Antwortstil zu haben und dem antizipierten Antwortwunsch der Diagnostikerin oder des Diagnostikers zu entsprechen ("tendency to please the doctor"), die Aussagekraft dieser Art der Datenerhebung.

Im Folgenden sollen die in der hier vorgelegten Studie verwendeten Instrumente im Einzelnen vorgestellt werden.

4.2.1. Psy-BaDo - Kernmodul einer Basisdokumentation

Durch das Gesundheitsreformgesetz hat der Gesetzgeber 1988 qualitätssichernde Maßnahmen für alle Bereiche der Medizin gefordert; somit auch für die Fachpsychotherapie.

Damit wurde eine Forderung der WHO von 1984 erfüllt, nach der sich alle europäischen Mitgliedsstaaten verpflichten, bis 1990 effektive Verfahren zur Qualitätssicherung in der Medizinischen Patientenversorgung einzuführen. Folgerichtig gab das Sozialgesetzbuch V (SGB V, §§ 135 ff., 1989) mit Einführung der Qualitätssicherung den Anstoß zu verstärkten Bemühungen, zunächst im stationären, dann aber auch im ambulanten Bereich, schulübergreifend vergleichbare Strukturen einer Psychotherapiedokumentation zu entwickeln.

Qualitätssicherung dient in diesem Sinne vor allem dem konkreten Interesse der Patienten, eine humane, zeitgemäße, wirksame und auch wirtschaftliche Behandlung zu erhalten.

Vor diesem Hintergrund haben die Qualitätssicherungsbeauftragten der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften im Oktober 1996 den Dokumentationsstandard Psy-BaDo (Psychotherapeutische Basisdokumentation) vorgelegt. Die Psy-BaDo sollte als Kernmodul einer Basisdokumentation in der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Fachbehandlungen:

1. Therapieschulen-übergreifend,
2. (zeit-) ökonomisch,
3. für den ambulanten und stationären Versorgungssektor praktikabel und
4. gestuft – je nach Fortgang der Diagnostik und des Therapieprozesses – einsetzbar sein.

Etliche Versuche, solche Dokumentationen herzustellen, haben schon davor mehrere Spezialisten unternommen (Dilling et al., 1982; Redlich, 1989; Kleining u. Moore, 1968).

Die Konstruktion der Psy-BaDo stützt sich auf anderen Basisdokumentationen, insbesondere auf die DKPM-BaDo (Broda et al., 1993), die Basisdokumentation des Wissenschaftsrates der AHG (Meermann 1993; und die Psychiatrische Basisdokumentation gemäß den Empfehlungen der DGPPN (Cording et al., 1995).

Das in der Düsseldorfer Klinik verwendete Dokumentationssystem unterscheidet sich von der Psy-BaDo vor allem dadurch, dass es in systematischer Weise auch die Befunde psychometrischer Untersuchungen in den Befund mit einbezieht; alle wesentlichen von der Psy-BaDo erfassten Merkmalsbereiche werden auch von der Düsseldorfer Dokumentation abgedeckt.

Die Ergebnisdokumentation erfolgt neben der Erfassung der Diagnosen bei Behandlungsende und einer erneuten Einschätzung des Beeinträchtigungsschwere-Score BSS (Schepank, 1995) über die Formulierung individueller Therapieziele und eine allgemeine Veränderungsdokumentation von Befindensstörungen und Problembereichen des Patienten jeweils aus Patienten- sowie Therapeutensicht.

(Charakteristik der Einzelteilen im Anhang.)

4.2.2. Symptomchecklist 90 R (SCL 90-R)

Als erste Vorläuferin der SCL-90-R gilt die Discomfort Scale, die von den Forschern der Johns Hopkins University, Parloff, Kellmann und Frank (1954) entwickelt wurde, um Psychotherapie-Effekte zu untersuchen. Parloff et al. (1954) und Frank et al.

(1957) versuchten, das Ausmaß von Unbehagen (discomfort) oder Belastung (distress) zu messen, und entwickelten eine Symptom-Ankreuzliste (Symptom Check List) mit 31 Fragen. Diese Liste griff sowohl auf Items aus dem Cornell Medical Index (Wider, 1948) zurück, als auch auf die 12 Items von Lorr (1952), aus denen die Multidimensional Scale for Rating Psychiatric Patients (MSRPP) entwickelt wurde. Zusammen mit McNair und anderen wurde die MSRPP zur Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) weiterentwickelt (Overall u. Gorham, 1962, 1986), während McNair das Profile of Mood States POMS (1971) erarbeitete, dessen Güte in jüngerer Zeit von Bullinger et al. (1990) für den deutschsprachigen Raum nachgewiesen wurde.

1957 verbesserte Frank die SCL-31 zur SCL-41-Version: jedes Item wurde mit einer Vier-Punkt-Skala versehen, die Items fokussierten auf somatische oder psychische Belastungen.

Diese – aus der Psychotherapieforschung heraus entwickelte – Symptom-Checkliste wurde in der folgenden Zeit vor allem verwandt, um auf der Selbstbeurteilungsebene Informationen über die Auswirkungen placebo-kontrollierter Doppelblindstudien zu bekommen, in denen die Effekte von Psychopharmaka untersucht wurden. Seit 1960 wurde die Entwicklung dieses Instruments daher folgerichtig durch verschiedene Institutionen in den USA finanziert, nichtsdestotrotz wurde und wird das Instrument auch in der Psychotherapieforschung weiterhin breit eingesetzt.

1965 setzten Lipman et al. eine modifizierte Version mit fünfundsechzig Items ein, um die Auswirkungen von Meprobramat und Chlordiazepoxid bei Angstpatienten zu messen. Sie ließen sich dabei von der aus der psychotherapeutischen Praxis gewonnenen, in einem allgemeinen Sinne erstmals von Jerome D. Frank (1981) vertretenen, Auffassung leiten, dass Psychotherapieklienten unter einer psychischen "Demoralisierung" leiden. Effekte von Psychotherapie bei diesen Klienten müssten sich dem entsprechend dadurch in ein Maß transformieren lassen, dass man Veränderungen im Gefühl von "discomfort" (Unwohlsein, Unbehagen) standardisiert, vor, während und nach der Therapie im Rahmen der Selbstbeurteilung abfragt. Da man nun von Psychopharmaka ebenso eine Reduzierung symptomatischer Belastung erwartete, sollte eine Symptom-Checkliste für die Selbstbeurteilung ebenso gute Dienste wie in der Psychotherapieforschung leisten können.

Seit 1960 arbeiteten mehrere Forschungsgruppen mit verschiedenen Versionen der HSCL (Hopkins Symptom Checkliste) und bestätigten deren Nutzen in der Praxis. Mattsson et al. legten in 1968 die erste faktorenanalytische Prüfung der HSCL vor. Dazu kombinierten sie die achtundfünfzig Items, die sowohl in einer Meprobramat - Studie als auch an einer Librium – Atropin - Studie im Erstkontakt eingesetzt wurden.

Williams et al. (1968) und Lipman et al. (1969) führten die faktorenanalytische Prüfung fort, die durch die Arbeit von Derogatis et al. (1971) zusammengefasst und optimiert wurde. Derogatis et al. verglichen in verschiedenen Faktorenanalysen mögliche Faktorenstrukturen und berücksichtigten dabei sowohl die Selbst- als auch die Fremdbeurteilung durch behandelnde Ärzte. In weiteren Publikationen bemühten sich Derogatis et al. um eine zunehmende sprachliche Klarheit der Items; gleichzeitig wurde die unfruchtbare Berechnung überoptimierter Faktoren zugunsten von klaren Faktorenstrukturen aufgegeben. Übereinstimmend bemerkten Derogatis et al. die fünf Faktoren Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Ängstlichkeit, die sich auch in Ansätzen in den beiden ersten faktorenanalytischen Studien wiederfanden.

Zu Beginn der 70er Jahre fanden sich zeitgleich zwei Entwicklungen: Einerseits war man bestrebt, aus der HSCL-58 eine Kurzversion für die Anwendung in größeren Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka zu entwickeln. Diese Kurzversion mit fünfunddreißig Items wurde in die Publikationen der "Early Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) of the Psychopharmacology Research Branch of the National Institute of Mental Health (NIMH)" aufgenommen. Andererseits tendierten Derogatis et al. (1973) aber dazu, neben den fünf abgesicherten Belastungsbereichen, welche die HSCL-58 abdeckt, weitere klinisch relevante Syndrome zu berücksichtigen. Daher präsentierten sie eine SCL-Version mit neunzig Items, die noch mit der alten Instruktion "How much were you bothered by" arbeitete, die aber gleichzeitig schon von einer Vier-Punkt-Antwortmöglichkeit zur Fünf-Punkt-Antwortmöglichkeit überging. 1976 legten Derogatis et al. eine Korrelationsstudie zwischen der HSCL-90 und dem MMPI vor, welche die Güte der neun postulierten Skalen stützte. Lipman et al. publizierten 1977 eine faktorenanalytische Prüfung der HSCL-90 an 320 Teilnehmern von Psychopharmakastudien mit gemischter Angst- und

Depressivitätssymptomatik. Im gleichen Jahr begann Derogatis seine faktorenanalytische Prüfung vorzulegen, die sich wiederum methodisch von der der Kollegen durch den Vergleich verschiedener Ansätze und sowohl einer mathematischen als auch einer klinischen Stringenz auszeichnete.

Nicht unerwähnt bleiben soll aber auch, dass in dieser Zeit offensichtlich ein Streit innerhalb der bis dahin eng zusammenarbeitenden "scientific community" um die HSCL-90 entbrannte. Bis dahin wertete man seine Daten oftmals gemeinsam aus, manche Studien integrierten die Daten verschiedener Zentren, und man stand gemeinsam in fruchtbarem Austausch. Derogatis publizierte 1977 ein Handbuch zum Test, in dem er kurz und knapp seine Forschungserfahrung zusammentrug. Er änderte die Instruktion zum Test in "How much were you distressed by...", er modifizierte aufgrund seiner Arbeit erneut drei Items, und er legte noch eine Fremdbeurteilungsversion (SCL-90-R-visual-analogue-scale) für klinisch erfahrene Diagnostiker bei und eine Kurzversion (BSI, Brief Symptom Inventory) vor. Gleichzeitig änderte er die Bezeichnung hin zu SCL-90-R und es scheint, als hätte sich Derogatis 1977 somit die Verwertungsrechte für dieses Verfahren gesichert. Nur so ist zu erklären, dass Lipman et al. (1979) ihre schon 1977 publizierten faktorenanalytisch gewonnenen Daten erneut publizierten, und gleichzeitig deutliche Kritik an Derogatis et al. übten. Es scheint, als sei der Streit darum, wessen faktorenanalytisch erarbeitete Zusammenfassung der neunzig Items zu acht oder neun Skalen nun die bessere sei, nur vorgeschoben. Lipman et al. war es wahrscheinlich wichtiger, ihren Aufsatz mit dem folgenden Satz zu beenden: "Finally, it should be made clear that all versions of the HSCL are in the public domain". Lipman et al. kritisierten, dass Derogatis durch die Sicherung der Verwertungsrechte eine bis dahin jedem Forscher zugängliche und modifizierbare Checkliste zu einem standardisierten Test machte. Denn Derogatis legte als erster Vergleichsdaten für psychisch Belastete und Gesunde für seine Version der SCL-90-R vor.

Nun ist es heute müßig darüber zu streiten, ob der Schritt hin zur Standardisierung, den Derogatis 1977 tat, zu früh geschah, denn der Schritt selbst hat den Umgang mit der SCL-90-R verändert. Nun war es möglich, die SCL-90-R in Studien einzusetzen und die Daten des eigenen Kollektivs an Standardtabellen in eine transformierte, und damit vergleichbare Form zu bringen. Daher ist es nicht

verwunderlich, dass in der Folgezeit das Volumen klinischer Studien, in denen die SCL-90-R als standardisiertes Verfahren eingesetzt wurde, den Umfang faktorenanalytischer Prüfungen bei weitem überstieg. In der Literatur finden sich rund zwanzig faktorenanalytische Prüfungen der SCL-90-R, aber hunderte Anwendungsstudien.

Es ist heute aus Gründen internationaler Vergleichbarkeit nicht sinnvoll, eine modifizierte Faktorenstruktur vorstellen zu wollen, die neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn gleichzeitig dazu führen könnte, das zukünftige Auswertungsrational zu verändern.

Hauptschwerpunkte im Einsatz der SCL-90-R sind heute immer noch Patienten mit psychischen Störungen, wobei sich der Fokus der Anwendungsstudien vom ambulanten auf den stationären psychiatrischen Bereich verlagert hat.

Konstruktion und Adaptation

Die Skalenkonstruktion der Symptom-Checkliste unterlag einem steten Wechselspiel zwischen Theorie und Praxis, die Validierung ist nur als Entwicklung und Verknüpfung einzelner Gültigkeitshinweise möglich. Derogatis et al. gingen von psychologisch-psychiatrisch Konstrukten aus, die ihnen aufgrund ihrer klinischen Erfahrung relevant erschienen. Die heute gültige Form der SCL-90-R wurde 1977 von Derogatis an einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychiatriepatienten entwickelt. Er berechnete sowohl eine Varimax- als auch eine Prokrustes-Faktorenanalyse - eine Form der konfirmatorischen Faktorenanalyse, ohne sich durch diese Verfahren allzu sehr einengen zu lassen.

Die SCL-90-R bietet ausgewertet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte. Die neun Skalen beschreiben die Bereiche

- **Skala 1** Somatisierung (somatization): einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen.

- **Skala 2** Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive): leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zu ausgeprägter Zwanghaftigkeit.
- **Skala 3** Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity): leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- **Skala 4** Depressivität (depression): Traurigkeit bis hin zur schweren Depressionen.
- **Skala 5** Ängstlichkeit (anxiety): körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst.
- **Skala 6** Agressivität/Feindseligkeit (anger-hostility): Reizbarkeit und Unausgeglicheneheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.
- **Skala 7** Phobische Angst (phobic anxiety) : leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.
- **Skala 8** Paranoides Denken (paranoid ideation): Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken.
- **Skala 9** Psychozizismus (psychoticism): mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose.

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

Der **GSI** (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung.

Der **PSDI** (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten.

Der **PST** (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

4.2.3. Gießen -Test (GT)

Einleitung

Der Gießen-Test wurde aus dem Bedürfnis heraus entwickelt, über ein Testverfahren zur Messung von Persönlichkeitsmerkmalen zu verfügen, das sich zum einen auf die klinisch als wertvoll erachteten psychoanalytischen Konzepte stützte und sich zum anderen durch eine gesicherte Objektivität und Reliabilität, sowie durch eine ökonomischere Anwendung von den bis dahin geläufigen Verfahren, insbesondere dem RORSCHACH oder dem TAT unterscheiden sollte. Nach einer Erhebung von Wildman und Wildman (1967) waren zum damaligen Zeitpunkt in den USA in der Praxis des klinischen Psychologen insbesondere der RORSCHACH und TAT weit verbreitet. Die meisten der in Klinik und Praxis angewendeten Verfahren existierten schon so lange, dass die Vermutung nahe liegen musste, dass sie sich in der Praxis eher als Instrumente mit großer Bandbreite und geringer Präzision bewährt hatten.

Ein solcher Umstand ist für den theoretisch orientierten Psychologen ein Ärgernis, da hier eher Instrumente geringer Bandbreite und hoher Präzision bevorzugt werden. Nun kann beides nicht gleichzeitig verwirklicht werden, da nach informationstheoretischen Konzepten und empirischen Untersuchungen innerhalb einer bestimmten Zeit lediglich ein beschränktes Maß an Information gewonnen werden kann. Dieses Maß an Information kann durch eindimensionale Tests bei hoher Präzision erreicht werden, aber auch durch vieldimensionale Tests mit geringer Präzision. Beide Testformen haben in der Praxis erhebliche Nachteile.

Bei der Entwicklung des Gießen-Tests (GT) war der Gesichtspunkt maßgebend, ein objektives und praktisches Instrument mit mittlerer Bandbreite und Präzision zu entwickeln. Als individualdiagnostisches Instrument unterscheidet sich der GT von anderen Persönlichkeitstests vor allem dadurch, dass er in bedeutendem Umfang soziale Einstellungen und Reaktionen einbezieht.

Diese schwerpunktmäßige Akzentuierung psychosozialer Merkmale macht den GT zugleich als Test für verschiedenartige gruppendiagnostische Fragestellungen geeignet.

Konzept und Entstehung des Tests

Bei der Konstruktion des GT gingen die Autoren davon aus, dass der Test möglichst folgende Ansprüche zu erfüllen hätte:

1. Er soll einem Probanden Gelegenheit geben, von sich ein Selbstbild zu entwerfen, in dem dieser seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen beschreibt.
2. Dieses Selbstbild soll auf Merkmalen basieren, die für die Binnenstruktur und die psychosozialen Beziehungen des Probanden psychoanalytisch aufschlussreich sind.
3. Der Test soll für Jugendliche (ab 18 Jahre) wie für Erwachsene normaler Intelligenz anwendbar sein.
4. Die Durchführung des Tests soll nicht mehr als 10 bis 15 Minuten beanspruchen, um ihn als diagnostisches Routineinstrument für Beratungsstellen und Kliniken sowie für Gruppenuntersuchungen leicht praktikabel zu machen.
5. Der Test soll außer zur Selbsteinschätzung auch zur Fremdeinschätzung verwandt werden können (durch einfache Umsetzung der Testfragen von der ersten in die dritte Person). Der dadurch ermöglichte Vergleich von Selbst- und Fremdbild soll erstens die individualdiagnostischen Möglichkeiten des Tests erweitern (z.B. durch Arzturteil als korrektive Ergänzung eines Patienten-Selbstbildes), zweitens das Instrument für sozialpsychologische Untersuchungen anwendbar machen, z.B. für die Analyse von Arzt-Patienten-Beziehungen (Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse), von Ehepaar-, Familien- und anderen Gruppenstrukturen.
6. Erwünscht ist ein Test von mittlerer Reliabilität, der einerseits konstante Qualitäten mit genügender Zuverlässigkeit misst, andererseits aber auch psychische Veränderungen durch Längsschnittkontrollen zu erfassen erlaubt (z.B. zur Überprüfung von Psychotherapie-Effekten).

Formal kann man die Items des GT in verschiedene Kategorien einteilen, die allerdings teilweise nicht streng voneinander abzugrenzen sind. Einige Items fragen unmittelbar nach komplexen emotionalen Grundbefindlichkeiten wie Ängstlichkeit, Depressivität. Einzelne andere fragen nach bestimmten fundamentalen Ich-Qualitäten wie Introspektion, Phantasie, Durchhaltefähigkeit, Selbstkritik, Durchlässigkeit. Die Mehrzahl der Items fordert eine Aussage des Probanden über seine sozialen Beziehungen. Er wird gefragt nach elementaren Merkmalen seines sozialen Befindens (Nähe, Abhängigkeit, Vertrauen), seinen sozialen Reaktionen und seiner sozialen Resonanz.

Der Wunsch, durch das Selbstbild des Probanden Wesentliches über seine libidinösen und aggressiven Impulse und deren Verarbeitung unter dem Einfluss von Ich und Über-Ich zu erfahren und im Zusammenhang damit seine psychosozialen Tendenzen bzw. Abwehrformen kennen zu lernen, kann natürlich nicht durch direktes Abfragen der unmittelbaren Sachverhalte realisiert werden. Wenn man erreichen will, dass der Proband sich im Rahmen seiner strukturellen Möglichkeiten relativ unbefangen und locker über sich äußert, dann müssen zahlreiche bei der Konstruktion angezielte psychische Dimensionen in verschlüsselter Form angesprochen werden. Bei manchen kritischen Qualitäten erscheint es sogar vorteilhaft, indirekt den Eindruck zu erfragen, den der Proband hinsichtlich dieser Qualitäten bei seiner Umgebung hervorzurufen glaubt.

Auf jeden Fall bleibt unvermeidlich, dass die Antworten bei einem direkt auf die Emotionalität zielenden Fragebogen einer kritischen Vorzensur unterliegen. Man kann sagen: ein Proband stellt sich im GT so dar,

1. wie er sich selbst sehen möchte (Rücksicht auf das internalisierte Ich-Ideal),
 2. wie er sich selbst sehen darf (Rücksicht auf das internalisierte Über-Ich)
- und
3. wie er vom Partner bzw. der Gruppe gesehen werden möchte bzw. darf.

Hinweise auf die intraindividuell bzw. psychosozial zu beschreibenden Abwehrmechanismen eines Probanden kann man auf verschiedene Weise gewinnen. Anhaltspunkte bieten die Werte der Einstellungsskalen.

Aufschlussreich sind auch ggf. Widersprüchlichkeiten im Probanden-Selbstbild. Gegensätzliche Ankreuzungen im Bereich einer psychischen Dimension (Standardskala) können Spannungen zwischen abgewehrten Impulsen und darauf gerichteten Abwehrtendenzen enthüllen. Näheres über die Verfassung des Über-Ichs und des Ich-Ideals lässt sich speziell erfahren, wenn man zusätzlich zu dem Selbstbild noch das Idealselbst-Bild erhebt. Auch die Gegenüberstellung von Selbstbild und Fremdbild (z.B. Urteil des Arztes oder eines Angehörigen über den Probanden im GT) kann wertvolle Informationen über das Abwehrverhalten eines Probanden beisteuern.

Während einer Reihe von Persönlichkeitstests allein darauf abzielt, einen Probanden möglichst rein so zu erfassen, wie dieser "an sich" ist, weicht der GT von diesem rein individualpsychologischen Ideal der Testkonstruktion ab.

Bei seiner Konzeption wurde besonderes Gewicht darauf gelegt, durch ihn zu erfahren, wie sich ein Proband in psychoanalytisch relevanten Kategorien in Gruppenbeziehungen darstellt. Man wird bemerken, dass zahlreiche Items dem Probanden nahe legen, sich unmittelbar in der Beziehung zu anderen Menschen zu beschreiben. Es ist also gar nicht angezielt, dass er bei der Ausfüllung des Fragebogens gewissermaßen seine sozialen Verflechtungen in der Phantasie eliminieren soll, um lediglich seine innere Verfassung als diejenige eines losgelösten Individuums darzustellen. Es wird ihm vielmehr angeboten, seine intraindividuellen Merkmale so zu beschreiben, wie sie in seine psychosozialen Tendenzen und Erfahrungen eingehen. Dies sehen wir nicht etwa unter dem Aspekt der Einbusse an verfeinerten Einsichten in die intraindividuellen Verhältnisse des Probanden, da uns auf der anderen Seite der Erkenntnisgewinn in der sozialpsychologischen Dimension besonders wichtig ist, die bislang in zahlreichen Persönlichkeitstests vernachlässigt wurde.

Die Mehrzahl der Items des GT spricht den Probanden auf seine Beziehungen zu anderen Menschen an. Das führt ihn dazu, sich auf dem Hintergrund seiner standardmäßigen Rollenbeziehungen zu beschreiben. So ist z.B. zu erwarten, dass in einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Institution das antizipierte Rollenverhältnis zum Arzt in die Antworten eingeht.

Untersuchungen der Testautoren haben gezeigt, dass diese Komponente, die man früher eben vor allem als Störfaktor angesehen hat, von Ärzten teils eingestanden, teils uneingestanden als wichtige Information für Indikationsentscheidungen im Hinblick auf Psychotherapie verwertet wird. Psychotherapeuten wollen von einer klinisch-psychologischen Diagnostik nicht allein wissen, wie ein Patient "an sich" ist, sondern vor allem auch, wie er sich zu dem Psychotherapeuten einstellen und vorzugsweise mit ihm umgehen wird.

Die Frage, die der Gießen-Test zu beantworten sucht ist mithin: Welche Rollenmöglichkeiten erstrebt also der Patient für sich und welche dazu passenden Rollenmöglichkeiten bietet er dem Arzt an, und von welchen Rollenvarianten signalisiert der Patient etwa, dass er sie vermeiden möchte ?

Psychotherapeuten sind von ihrer Persönlichkeitsstruktur her ebenfalls nicht unbegrenzt flexibel und sind geneigt, eher solche Patienten für eine Behandlung auszusuchen, die den von ihnen selbst erstrebten Beziehungsformen entgegenkommen. Offensichtlich ist es von lange unterschätzter Bedeutung, ob Patient und Therapeut in ihren wechselseitigen psychosozialen Bedürfnissen und Abwehrformen leidlich zueinander passen.

Entwicklung des Gießen-Tests

Mit der stufenweisen Entwicklung des GT wurde 1964 begonnen. Die Vorformen des Tests wurden insgesamt dreimal nach einer Reihe von Zwischenprüfungen revidiert. Die erste Form des GT bestand aus 16 Items, die zweite 1966 aus 26 Items und die dritte aus 42 Items. Die gegenwärtige Form des GT (Beckmann, Brähler, Richter, 1991) umfasst 40 Items.

Nach den Ergebnissen der Kontrolluntersuchungen an verschiedenen Stichproben wurden Items fortgelassen, umformuliert oder auch neu aufgenommen. Die sprachliche Form des Items musste dabei mehreren Kriterien inhaltlicher und formaler Art genügen. Die inhaltlichen Kriterien wurden oben geschildert. Gleichzeitig wurde durch die Zwischenprüfungen eine Korrektur der Items nach statistischen Gesichtspunkten ermöglicht. Die Mittelwerte der Items wurden durch entsprechende

sprachliche Korrekturen so festgelegt, dass für jedes Item die Bipolarität erhalten blieb, ohne hierdurch eine Streuung der Mittelwerte im Standardmittelwertsprofil völlig auszuschalten. Die Mittelwerte der Items sind den Schwierigkeitsindizes bei ja-nein-Fragebögen analog. Bei einer gewissen Streuung der Mittelwerte im Hinblick auf Skalen ist ein höheres Maß an stabiler Testvarianz zu erwarten. Bei den Streuungen der Items wurde Homogenität angestrebt, um näherungsweise gleichgewichtete Items zu erhalten. Die Interkorrelationen der Items wurden über eine Reihe von R- (und Q-) Faktorenanalysen (Bortz, 1985) bei verschiedenen Stichproben kontrolliert. Im Zusammenhang mit den inhaltlichen Kriterien wurden insbesondere die Faktorenanalysen für die Selektion und die sprachliche Form der Items herangezogen. Eine faktorielle Validierung im engeren Sinne des Wortes wurde jedoch nicht angestrebt, um den verschiedenen, oben beschriebenen inhaltlichen Kriterien vorzugsweise Rechnung tragen zu können.

4.2.4. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

Einleitung und theoretischer Hintergrund

Interpersonale Konzepte erleben gerade in der jüngsten Zeit eine Renaissance in der klinischen Psychologie, Psychotherapie und Persönlichkeitspsychologie. Schneider-Düker (1992) reflektierte in jüngerer Zeit darüber, ob das interpersonale Modell u.U. sogar eine psychotherapeutische Grundorientierung darstellen könnte. Ähnlich wie Kiesler (1992) kommt die Autorin zu dem Schluss, dass das Modell zwar keine Grundorientierung sei (d. h., eine therapeutische Richtung mit spezifischem Theoriesystem, einer spezifischen Krankheits- und Gesundheitslehre, einem breiten Spektrum an Behandlungstechniken und diagnostischen Methoden etc.), aber durchaus eine integrative Basis sozialpsychologischer Orientierung bietet, um interpersonale, kognitive und emotionale Prozesse zu erklären. Prinzipiell ist der interpersonale Ansatz laut Schneider-Düker (1992) geeignet als ätiologisches Modell für die Entstehung von psychischen Störungen, als eine Basis zur Entwicklung einer Nosologie, als deskriptives Verfahren im Rahmen der Psychotherapie und als Interventionstheorie.

Die Grundzüge des interpersonalen Modells haben eine lange Tradition: Sullivan (1953) postulierte in seinem posthum veröffentlichten Buch "Die interpersonale Theorie der Psychiatrie", dass das , "was den Menschen ausmacht, das Ergebnis der Interaktion von Diktaten seiner biologischen Natur und den Anforderungen seiner physiochemischen und interpersonalen Umwelt" sei. Zwischenmenschliche Beziehungen sind nach Sullivan wesentlich für die Form der Persönlichkeit. Er entwickelte eine komplexe Theorie der Entwicklung (interpersonale Integration), die – wie Schneider-Düker (1992) belegt – große Ähnlichkeit aufweist zur psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie und Selbstpsychologie, aber auch verknüpfbar ist mit heute in der Psychotherapieforschung diskutierten Schemakzepten (Grawe, 1992; Horowitz, 1990) und Bezüge zur Lerntheorie und zur humanistischen Theorie herstellt. "Die interpersonale Betrachtungsweise.....wurde vom Zeitgeist getragen, an dem Lewin, Sullivan, Horney, Fromm, Moreno, Rogers..... partizipierten bzw. deren Protagonisten sie waren" (Schneider-Düker, 1992).

Die Theorie wurde durch die Studien von Timothy Leary (1957) empirisch gestützt. Leary entwickelte das sogenannte Circumplex-Modell interpersonalen Verhaltens auf der Basis von Sullivans Theorien der "reziproken Emotion", welches postuliert, dass "die Integration in einer interpersonalen Situation ein reziproker Prozess ist , in dem

1. komplementäre Bedürfnisse aufgelöst und intensiviert werden,
2. reziproke Aktivitätsmuster entwickelt oder desintegriert werden,
3. vorhergesagte Befriedigung oder Versagung ähnlicher Bedürfnisse erleichtert werden." (Sullivan, 1953)

Reziprozität oder Komplementarität interpersonalen Verhaltens (Kiesler, 1983) impliziert, dass bestimmte Arten von Aktionen beim anderen bestimmte Arten von Reaktionen provozieren . Learys Verdienst war die Entwicklung eines Systems, mit dem interpersonale Prozesse beschreibbar wurden. Er begründete mit seinem Modell eine Basis für die Klassifikation interpersonalen Verhaltens. In der Folge

wurde mehrfach gezeigt, dass sich alle interpersonalen Verhaltensweisen in einem, dem Circumplex-Modell entsprechenden, zweidimensionalen semantischen Raum anordnen lassen, mit den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle oder Dominanz.

Das Modell Learys ist unterteilt in Oktanten, in denen sich spezifische Verhaltensweisen einer Person gruppieren und deren Persönlichkeit konstituieren. Leary war der Meinung, dass rigides, auf einen Oktanten des Modells beschränktes Verhalten die Basis für eine Fehlanpassung sei. Er selbst hat versucht, den einzelnen Oktanten des Circumplex-Modells bestimmte psychiatrische Diagnosen zuzuordnen, ein Ansatz, der später z.B. von Lorna Benjamin (1974) wieder aufgenommen wurde bei dem Versuch, eine interpersonale Nosologie zu entwickeln und zuvor beispielsweise von Adams (1964) in einem Aufsatz mit dem Titel "Mental Illness" or Interpersonal Behaviour?" ausführlich diskutiert wurde.

Auch wenn dieser Aspekt nur von sekundärer Bedeutung ist für das hier beschriebene Fragebogeninstrument, ist in diesem Zusammenhang ein zweites wesentliches Postulat der interpersonalen Theorie, das in Sullivans oben erwähnten Theorien enthalten ist, bedeutsam, nämlich dass zwei miteinander interagierende Personen ihr (beobachtbares) Verhalten – gegenseitig beeinflussen. Bestimmte Handlungen einer Person rufen ganz spezifische Reaktionen bei einer anderen Person hervor. Dem Komplementaritätsprinzip folgend ähneln sich diese Verhaltensweisen in ihrer Anordnung auf der Dimension der Zuneigung, sind dagegen reziprok in Bezug auf die Kontrolldimension des Modells. Als Reaktion auf dominant-feinseliges Verhalten wäre demzufolge häufig unterwürfig-feindseliges Verhalten zu beobachten, als Reaktion auf dominant-freundliches Verhalten wäre eher mit submissiv-freundlichem Verhalten zu rechnen. Nichtkomplementäre Reaktionen bewirken nach diesem Prinzip Spannungen, zu deren Reduktion die Interaktionspartner letztlich gezwungen sind, sich der Situation anzupassen, ihr Verhalten zu ändern oder – wie Horowitz et al. (1993) darlegen – "das Feld zu räumen". Dieses Prinzip ist bedeutsam, um die Entstehung interpersonaler Probleme zu verstehen. Ein Festhalten an einer bestimmten Reaktionsweise, beispielsweise submissiver Freundlichkeit, wird auf Dauer zu einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls führen und in Verbindung damit zu Unzufriedenheit oder psychischem Leiden bei der betroffenen Person.

Diese Auffassung ging insbesondere in die Versuche ein, depressive Störungen aus interpersonaler Perspektive zu betrachten. Das erwähnte Komplementaritätsprinzip wurde beispielsweise benutzt, um das Dilemma eines depressiven Patienten zu erklären, der sich häufig selbst in Frage stellt, erwartet, zu versagen, und sich nur begrenzt effektiv erlebt. Bringt der Patient sein damit verbundenes Leiden anderen gegenüber zum Ausdruck, signalisiert er häufig Unterwürfigkeit und Hilflosigkeit, was nach dem Komplementaritätsprinzip eher dominante Handlungen und Verhaltenweisen provozieren wird.

Derart dominante Reaktionen fordern aber wiederum Submissivität und Hilflosigkeit heraus, und tragen dazu bei, dass die depressive Position aufrecht erhalten wird. Es wäre dann zu erwarten, dass die entsprechende Person primär über das Problem klagt, zu unterwürfig im Umgang mit anderen Menschen zu sein.

Interpersonale Probleme der beschriebenen Art sind in psychotherapeutischen Gesprächen ganz unterschiedlicher theoretischer Orientierung von besonderer Bedeutung (Horowitz, 1979). Nicht zuletzt deshalb wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Methoden zur Erfassung von interpersonalem Verhalten, von interpersonalen Eigenschaften oder Stilen entwickelt (Benjamin, 1974, 1986; Kiesler, 1983; Luborsky, 1977; Horowitz, 1987; Wiggins, 1979). Diese Methoden sind allerdings, wie beispielsweise die Structural Analysis of Social Behaviour SASB (Benjamin, 1974), zum Teil sehr aufwendig und – auch in der neuerdings propagierten Fragebogenversion – nicht explizit zur Erfassung von interpersonalen Problemen, sondern eher von interpersonalen Verhaltensweisen konstruiert. Schneider-Düker (1992) hat darauf hingewiesen, dass das Spektrum interpersonaler Ansätze in der Psychotherapie mittlerweile sehr breit ist und von kommunikationstheoretischen, familientheoretischen über psychoanalytische, transaktionsanalytische, klientenzentrierte bis zu interaktionell verhaltenstherapeutischen Ansätzen reicht, und dass es in allen therapeutischen Richtungen zumindest ein Ziel der Behandlung ist, ungünstige Interaktionsmuster zu korrigieren und zu verändern. Dieser Umstand und die Tatsache, dass die Klage über zwischenmenschliche Probleme häufig die Ausgangssituation in psychotherapeutischen Gesprächen ist, waren die Basis für die Entwicklung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme.

Fragebogenentwicklung

Trotz der Bedeutung, die interpersonalen Schwierigkeiten gegenwärtig beigemessen wird, suchte man lange Zeit vergebens nach geeigneten Instrumenten. Für die Psychotherapieforschung und erst recht für die klinisch-therapeutische Praxis bestand hier eine schmerzliche Lücke. Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) kann diese Lücke schließen.

Len Horowitz, der die erste Fassung des IIP erarbeitete, begann Ende der siebziger Jahre mit einem Programm zur Diagnose und Messung interpersonaler Probleme (Horowitz et al., 1978; Horowitz, 1979). Dieses Programm mündete in die Veröffentlichung des Inventory of Interpersonal Problems (Horowitz et al., 1988). Damit wurden die Voraussetzungen geschaffen, einen vielversprechenden operationalisierten Zugang zum Beziehungsthema in breitem Umfang empirisch zu erproben und gleichzeitig seine theoretische Einbettung zu verfeinern. Inzwischen liegt eine Reihe von empirischen Studien vor, welche die Brauchbarkeit des Ansatzes belegt. Im Hinblick auf die theoretische Grundlegung schließt das IIP an den einleitend erwähnten interpersonalen Kreis von Leary an. Das dort theoretisch entwickelte Kreismodell wird inzwischen empirisch interpretiert als eine durch einen Circumplex beschreibbare Datenstruktur. Eine solche Datenstruktur war bereits 1954 bzw. 1957 von L. Guttman im Rahmen der Intelligenz- und Persönlichkeitstheorie diskutiert worden. Foa (1964) hat sie dann erstmals bei der Beschreibung interkultureller Ähnlichkeiten und Differenzen für interpersonales Verhalten benutzt. Wiggins et al. (1981) nahmen diesen Ansatz wieder auf. Der von ihnen erarbeitete Circumplex expliziert die Datenstruktur des IIP in der gegenwärtigen Form (Alden, Wiggins u. Pincus, 1990).

Das IIP wurde von Strauss und Kordy (1987) ins Deutsche übertragen. Inzwischen liegen grosse Datensätze für klinische und nicht-klinische deutsche Stichproben vor, welche die empirische Basis für die vorliegende deutsche Version bilden.

Zielsetzung und Anwendungsbereich

Der Anwendungsschwerpunkt des IIP liegt in der Status- und Prozessdiagnostik für die Psychotherapie in Klinik und Forschung. Entsprechend der nicht schulengebundenen interpersonalen Theorie, die seiner Konstruktion zugrunde liegt, ist auch der Anwendungsbereich nicht auf eine bestimmte Richtung der Psychotherapie beschränkt. Das IIP kann z.B. im Rahmen der Psychoanalyse ebenso gut eingesetzt werden, wie im Kontext der Verhaltenstherapie; naheliegend ist es, es gerade in den auf die realen Beziehungen bzw. Beziehungsprobleme fokussierenden Therapieformen zu verwenden. Paar- und Familientherapie sind daher ebenso geeignete Anwendungsfelder wie die Einzel- und Gruppentherapien. Darüber hinaus erscheint es vielversprechend, die Beziehungsfähigkeit bzw. ihre Einschränkungen gerade bei solchen Patienten/Klienten zu erheben, deren Leiden primär somatisch bedingt ist oder die ihre Probleme primär körperlich ausdrücken bzw. attribuieren. Es bietet weiter eine Möglichkeit, die Voraussetzungen für den Aufbau oder Erhalt eines unterstützenden sozialen Netzes zu diagnostizieren und ist insofern auch für Fragestellungen der Krankheitsbewältigung und Rehabilitationspsychologie von Interesse.

Konstruktion des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP)

Strategie der Skalenkonstruktion

Im ersten Schritt wurden für die Stichproben (Studenten, Psychotherapiepatienten und Rehabilitanten nach Herzerkrankung) jeweils getrennt konventionelle Faktorenanalysen und daran anschließend Itemanalysen berechnet. Abweichend von dem üblichen Vorgehen bei faktorenanalytisch gestützter Skalenkonstruktion sind die Skalen von vornherein theorieunterstützt hergeleitet: Vor dem Hintergrund der interpersonalen Theorie wurden 8 Untergruppen von Items zu vorläufigen Skalen zusammengestellt; für die einzelnen Stichproben sind diese entsprechend dem Circumplex-Modell der interpersonalen Theorie in einem 2-faktoriellen Bezugssystem abgebildet. Die Strategie der Skalenkonstruktion verknüpft insofern sowohl theoretische als auch empirisch-statistische Schritte.

Itemauswahl

Das IIP in der hier gewählten Form wurde von Leonard M. Horowitz erstellt. Die dem Fragebogen zugrundeliegende Menge von 127 Items ist aus zwei Typen von Itemformulierungen zusammengesetzt:

1. 78 Items beginnend mit: "Es fällt mir schwer...(dies)... zu tun (z.B. Es fällt mir schwer anderen Menschen zu vertrauen).
2. 49 Items beginnend mit: "Ich tue ... (dies) ... zu sehr" (z.B. Ich streite zuviel mit anderen).

Beantwortet werden die Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala mit den Abstufungen 0 = nicht, 1 = wenig, 2 = mittelmäßig, 3 = ziemlich, 4 = sehr.

Alle Itemformulierungen wurden in Vorversuchen auf ihre Verständlichkeit überprüft und ggf. neu formuliert, Redundanzen wurden beseitigt und Mehrdeutigkeiten geklärt.

Skalen und Itemkennwerte

Die partiellen Korrelationen der IIP-Items zeigten, dass die Effekte von Alter und Geschlecht auf die Antworten im IIP eher gering sind, trotzdem werden eine ganze Reihe statistisch signifikant, da die Anzahl der für die Analyse verwendbaren Fälle in der Normstichprobe mit $n = 1177$ sehr groß ist. In der Tabelle sind die acht Items mit dem relativ stärksten Effekt für das Merkmal Alter zusammengestellt. Es sind vorwiegend Items, die keiner der acht Circumplex-Skalen zugeordnet sind. Wegen der relativ niedrigen absoluten Größen sollte man eher nur die Vorzeichen (Polung) beachten.

Die Konsistenzkoeffizienten (Cronbachs alpha) streuen zwischen 0,64 und 0,36. Die Koeffizienten für vier der acht Skalen (PA, FG, HI, NO) liegen über 0,60. Ein sehr niedriger Wert ergab sich für die Skala LM. Berücksichtigt man, dass die Skalen vorgegeben waren und daher nicht im Hinblick auf eine maximale Konsistenz

zusammengestellt wurden und sie aus lediglich acht Items bestehen, so können diese in der Höhe (mit Ausnahme der Skala LM) als zufriedenstellend betrachtet werden. Die anhand amerikanischer Stichproben erstellten Skalen sind unter dieser formalen Perspektive für die deutschen Verhältnisse durchaus akzeptabel.

Skaleninterkorrelationen

Die IIP-Skalen korrelieren erwartungsgemäß in beträchtlicher Höhe, die Struktur der Korrelationsmatrix lässt bereits erkennen, dass die Beziehungen zwischen den IIP-Skalen sich gut (allerdings nicht perfekt) durch einen Circumplex modellieren lassen, wenn man die Skalen entsprechend der interpersonalen Theorie anordnet. In der Subdiagonalen findet man die jeweils größten Koeffizienten (d.h. zum benachbarten Oktanten im Zirkel), dem interpersonalen Zirkel folgend sollten sie dann bis zur je vierten Parallele abnehmen (d.h. dem gegenüberliegenden Oktanten im Zirkel), dann wieder ansteigen.

Abhängigkeit von Geschlecht und Alter

Auf der Itemebene wurde bereits deutlich, dass Geschlecht und Alter einen gewissen Einfluss auf die Beantwortung des IIP haben. Diese Tendenz schlägt sich auch auf die Skalenwerte nieder.

Die Beziehungen zwischen den Merkmalen Geschlecht und Alter und den Skalenwerten sind nicht sehr stark. Dennoch empfiehlt es sich, bei der Interpretation der Testergebnisse diese Einflüsse zu berücksichtigen. Die nach Alter und Geschlecht differenzierten Normtabellen sollten dabei eine Hilfe sein.

4.2.5. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (FFI)

Erfasste Merkmalsbereiche

Beim NEO-FFI handelt es sich um ein faktorenanalytisch konstruiertes Fragebogenverfahren, welches der Erfassung individueller Merkmalsausprägungen in den Bereichen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit dient. Je 12 der insgesamt 60 Fragen des Inventars beziehen sich auf diese fünf Merkmalsbereiche, welche sich wie folgt umschreiben lassen:

1. Probanden mit hohen Werten in **Neurotizismus** neigen dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein und sich Sorgen um ihre Gesundheit zu machen. Sie neigen zu unrealistischen Ideen und sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.
2. Probanden mit hohen Werten in **Extraversion** sind gesellig, aktiv, gesprächig, personenorientiert, herzlich, optimistisch und heiter. Sie mögen Anregungen und Aufregungen.
3. Probanden mit hohen Werten bezüglich **Offenheit für Erfahrung** zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen aus, bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, kreativ, fantasievoll und unabhängig in ihrem Urteil. Sie haben vielfältige kulturelle Interessen und interessieren sich für öffentliche Ereignisse.
4. Probanden mit hohen Werten in der Skala **Verträglichkeit** sind altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Sie neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen, zur Kooperativität, zur Nachgiebigkeit, und sie haben ein starkes Harmoniebedürfnis.
5. Die Skala **Gewissenhaftigkeit** schließlich unterscheidet ordentliche, zuverlässige, hart arbeitende, disziplinierte, pünktliche, penible, ehrgeizige und systematische von nachlässigen und gleichgültigen Personen.

Geschichte des NEO-FFI

Von den Autoren der amerikanischen Originalversion des NEO-FFI wurde zunächst ein Persönlichkeitsmodell mit nur drei großen Bereichen individueller Unterschiede vorgeschlagen, nämlich Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrungen (Costa u. McCrae, 1980). Daher stammt auch der Name NEO. Innerhalb jedes dieser drei Bereiche wurden weiterhin sechs Facetten unterschieden. Später erweiterten Costa und McCrae dieses Persönlichkeitsmodell durch die zusätzliche Berücksichtigung von Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit auf fünf Merkmalsbereiche. Sie trugen damit der faktorenanalytischen Befundlage Rechnung. Diese Historie hat insgesamt drei Versionen des NEO hervorgebracht, nämlich das NEO-Persönlichkeitsinventar NEO-PI (Costa u. McCrae, 1985), das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar NEO-FFI (Costa u. McCrae, 1989), und das revidierte NEO-Persönlichkeitsinventar NEO-PIR (Costa u. McCrae, 1992; Costa, McCrae u. Dye, 1991).

Das NEO-PI umfasst je 48 Items für die Merkmalsbereiche **Neurotizismus, Extraversion und Offenheit für Erfahrung**, und je 18 Items für die Merkmalsbereiche **Verträglichkeit** und **Gewissenhaftigkeit**. Diese stark variierende Zahl von Items pro Merkmalsbereich rührt daher, dass innerhalb jedes der ersten drei Bereiche sechs Facetten unterschieden werden; demgegenüber werden die beiden letztgenannten Bereiche nicht in Facetten untergliedert. Hingegen wird bei dem hier beschriebenen NEO-FFI keinerlei Unterscheidung von Subfacetten vorgenommen, und jeder der fünf Bereiche ist durch 12 Items repräsentiert, wobei alle Items des NEO-PI enthalten sind. Das NEO-PIR schließlich besteht aus 240 Items, nämlich 48 für jeden der fünf Merkmalsbereiche, denn beim NEO-PIR wird bezüglich jedes Merkmalbereiches zwischen sechs Facetten unterschieden (Costa u. McCrae, 1992; Costa, McCrae u. Dye, 1991). Damit erlaubt das NEO-PIR detailliertere Beschreibungen von Personen als mit NEO-PI und NEO FFI möglich sind. Allerdings sind die empirischen Belege für die postulierte Facettenstruktur weniger eindeutig als die für die Unterscheidung der fünf großen Merkmalsbereiche.

Entwicklung und Analysen der deutschen Version

Übersetzung der Originalversion

Die Arbeiten mit dem NEO im deutschsprachigen Raum begann im Jahre 1986, und zwar zunächst mit dem NEO-PI. Bei der Übersetzung der Items ließen sich die Forscher von der Überlegung leiten, dass die übersetzten Items für die deutschen Probanden eine ähnliche Bedeutung haben sollten wie die Originalitems für amerikanische Probanden, denn die Zugehörigkeit der Items zu den fünf Faktoren sollte sich durch die Übersetzung nicht ändern. Deshalb wurde bei der Übersetzung eine sinngemäße Übertragung der streng am Wortlaut orientierten vorgezogen.

Grenzen des Fünf-Faktoren-Modells und Anwendungsbereich des NEO-FFI

Zwei Einschränkungen bezüglich der Universalität der Fünf-Faktoren-Struktur müssen gemacht werden:

Zum einen sind die Ergebnisse von Faktorenanalysen von der Variablenstichprobe abhängig, und zum anderen ist das Problem der adäquaten Interpretation einiger der fünf Faktoren noch nicht vollständig geklärt.

Variablenstichproben

Bei Analysen einzelner multidimensionaler Fragebogen zeigen sich mitunter weniger als fünf Faktoren. Dieser Befund spiegelt den Umstand wider, dass die Auswahl der erfassten Konstrukte auf subjektiven Schwerpunktsetzungen der Autoren dieser Fragebogen beruht, die Auswahl dieser Konstrukte also weder zufällig noch repräsentativ erfolgte. So zielen etwa die Fragebogen von Eysenck auf die Erfassung von zwei oder drei Faktoren, welche sich denn auch bei Faktorisierungen seiner Fragebogen zuverlässig identifizieren lassen. Die Personality-Research-Form hingegen zielt auf die Erfassung von Unterschieden innerhalb der Gruppe "Normaler" Probanden und entsprechend findet sich in ihr kein Faktor der Emotionalen Stabilität.

Alle diese Befunde zeigen, dass sich die fünf Faktoren nicht in jedwedem Datensatz finden, sondern nur in repräsentativen Sätzen von eigenschaftsbeschreibenden Adjektiven (und offenbar auch Fragebogenskalen).

Daraus ergeben sich wichtige Folgerungen bezüglich des Anwendungsbereiches von Instrumenten wie des NEO-FFI, welche auf dem Fünf-Faktoren-Modell basieren: Solche Messinstrumente sollten insbesondere dann eingesetzt werden, wenn weniger an spezifischen Persönlichkeitskonstrukten Interesse besteht, als vielmehr an einer groben, aber vollständigen Erfassung der Bereiche individueller Unterschiede, welche in Selbst- und Bekanntenbeurteilungen unterschieden werden. Daran dürfte einerseits im Kontext zahlreicher Forschungsprojekte Interesse bestehen, in denen ohne spezielles Interesse an einzelnen Konstrukten Persönlichkeitsvariablen allgemein untersucht werden. Andererseits dürfte im Rahmen der angewandten Diagnostik häufig Interesse an Breitbandverfahren bestehen, welche einen groben, aber vollständigen Überblick über die Ausprägung der Probanden auf den wichtigsten Dimensionen individueller Persönlichkeitsunterschiede eröffnen. Auch als ein solches Breitbandverfahren eignet sich das NEO-FFI.

Interpretation der Faktoren

Unter Experten ist die Einmütigkeit bezüglich der Robustheit und Replizierbarkeit der Fünf-Faktoren-Struktur größer als die Einmütigkeit bezüglich der adäquaten Benennung der fünf Faktoren. Eine Ursache hierfür dürfte sein, dass sich diese Faktoren auf sehr abstrakte und globale Konzepte beziehen, also im Kontext eines hierarchischen Modells individueller Unterschiede auf eine hohe Abstraktionsstufe. Entsprechend lassen sich bei jedem der einzelnen Faktoren verschiedene Facetten unterscheiden (Costa, McCrae u. Dye, 1991), und die Betonung jeweils unterschiedlicher Einzelfacetten führt zu etwas abweichenden Faktorbenennungen. Einen Überblick über die bisher vorgeschlagenen englischsprachigen Bezeichnungen für die fünf Faktoren gibt Digman (1990). Nennenswerte Kontroversen gibt es hauptsächlich bezüglich des Faktors, welcher im NEO-FFI als "Offenheit für Erfahrung" bezeichnet wird. Andere Autoren präferieren nämlich eine Interpretation dieses Faktors als "Intellekt" (Digman u. Inouye, 1986; Goldberg 1990;

John, 1989) oder "Culture" (Norman, 1963). Dies beinhaltet nicht, dass die Bezeichnung "Offenheit für Erfahrung" für diesen Faktor falsch wäre. Sie ist aber umstritten, und es bleibt abzuwarten, wie zukünftige Forschung dieses Problem klärt.

Korrelation zwischen den Faktoren und Sozialer Erwünschtheit

Obwohl die Fünf-Faktoren-Struktur in Studien identifiziert wurde, welche sich orthogonaler Rotationsmethoden (vor allem VARIMAX) bedienen, erweisen sich Masse der fünf Faktoren immer wieder als korreliert. Dies gilt auch für einige der Skalen des NEO-FFI. Dabei lässt sich generell das Vorzeichen der Korrelationen aus der Ähnlichkeit, bzw. Unähnlichkeit der sozialen Erwünschtheit der erfassten Merkmale vorhersagen:

Während Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit positiv bewertet werden, wird Neurotizismus negativ bewertet. Entsprechend korreliert die Neurotizismusskala negativ mit den Skalen für Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit, welche untereinander positiv korrelieren (Borkenau u. Ostendorf, 1989, 1991). Jedoch sind die Korrelationen zwischen den Skalen durchgängig mäßig und liegen weit unter deren internen Konsistenzen.

Diese Tatsache dürfte nicht so sehr auf unzulänglicher Forschung beruhen, als vielmehr die Tiefenstruktur persönlichkeitsbeschreibender Sprache abbilden: Offenbar sind bewertende Implikationen ein integraler Bestandteil dieser Sprache. So zeigt sich sowohl für englische (Anderson, 1968) als auch für holländische (Hofstee, 1967) als auch für deutsche eigenschaftsbeschreibende Begriffe eine eindeutig bimodale Verteilung der sozialen Erwünschtheit dieser Begriffe: Während positiv bewertende und negativ bewertende Begriffe recht häufig sind, sind nicht-bewertende Eigenschaftsadjektive ausgesprochen selten. Vermutlich beruht dies darauf, dass sich im Sinne der Cattellschen Sedimentationshypothese besonders solche Begriffe als nützlich erwiesen haben, welche darüber Auskunft geben, ob man im Kontext bestimmter Anliegen den Kontakt mit der beschriebenen Person suchen oder vermeiden sollte. Jedenfalls zeigen Korrelationen zwischen Einschätzungen der gleichen Personen für verschiedene Merkmale, dass zwar einerseits fünf grosse Bereiche individueller Differenzen unterschieden werden, die fünf Bereiche jedoch

durchgängig mit einer gewissen Bewertung behaftet sind, aus der sich die Richtung der Korrelationen zwischen den Massen vorhersagen lässt. Anders formuliert:

Über der Ebene der fünf Faktoren gibt es offenbar noch eine höhere rein evaluative Hierarchieebene (John, Hamson u. Goldberg, 1991).

Wenn die durch das NEO-FFI erfassten Konstrukte nicht frei von Bewertungen sind, stellt sich die Frage nach der Verfälschbarkeit der Fragebogenwerte durch die Probanden. Weiterhin stellt sich die Frage nach der Identifikation solcher Personen, welche sich bei ihren Antworten nicht von den Fakten sondern vom Gesichtspunkt der möglichst positiven Bewertung ihrer Antworten leiten lassen (sogenannte Impression-Manager). Grundsätzlich dürfte das NEO-FFI verfälschbar sein. Folglich ist von seiner Verwendung abzuraten, wenn einerseits ein starkes Interesse der Probanden an einer positiven Selbstdarstellung vermutet werden kann und andererseits den Probanden bekannt ist, was in der jeweiligen Situation erwünscht ist. Beide Bedingungen zugleich dürften jedoch selten erfüllt sein. Einschlägige Forschung hat jedenfalls gezeigt, dass Aufforderungen zu einer positiven Selbstdarstellung (faking good) bzw. negative Selbstdarstellung (faking bad) zu deutlich stärkeren Mittelwertsunterschieden führen als sich zwischen Forschungs- und Selektionssituationen zeigen (Häcker, Schwenkmezger u. Utz, 1979).

Trotz der bewertenden Implikationen von Werten im NEO-FFI wurde sowohl im amerikanischen Original als auch in der deutschen Version auf den Einbezug einer sogenannten Lügen- oder sozialen Erwünschtheitsskala verzichtet, denn die Validität solcher Skalen ist nicht erwiesen. So konnte auch in neueren Untersuchungen nicht schlüssig gezeigt werden, dass Sozialen Erwünschtheitsskalen bei der Vorhersage von Bekanntenratings eine Suppressor- (McCrae u. Costa, 1983) oder Moderatorwirkung (Borkenau u. Ostendorf, 1992) zukommt. Ein wichtiger Grund hierfür ist vermutlich, dass Personen mit hohen sozialen Erwünschtheits- oder Lügenwerten auch von Bekannten positiver eingeschätzt werden als Personen mit niedrigen Werten in solchen Skalen. Entsprechend urteilen Hogan und Nicholson (1988), das Problem der sozialen Erwünschtheit als Antwortstil sei deutlich überschätzt worden.

Erklärungswert der fünf Faktoren

Zu dem Problem, ob den fünf Faktoren lediglich deskriptiver oder darüber hinaus auch erklärender Wert zukommt, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Die Autoren der deutschen Übersetzung des NEO-FFI neigen zu der Auffassung, individuelle Unterschiede in den fünf Merkmalsbereichen hätten keine jeweils einheitliche Ursache.

Vielmehr lasse sich vermuten, dass es sich bei diesen Faktoren um robuste Dimensionen handelt, welche der Wahrnehmung und Beurteilung beobachteter individueller Unterschiede zu Grunde liegen.

Dieser Umstand schränkt jedoch den Anwendungsbereich des NEO-FFI nur geringfügig ein. Wenn nämlich dieses Verfahren die robusten Dimensionen erfasst, welche der Beschreibung individueller Unterschiede durch menschliche Beurteiler zu Grunde liegen, so schöpft es sowohl umfassend als auch sparsam die Information aus, welche durch Beurteilungsdaten (einschließlich Selbstbeurteilungen) überhaupt eingeholt werden kann. Nach anderen Prinzipien konstruierte multidimensionale Fragebogen stehen demgegenüber in der Gefahr, einerseits individuelle Unterschiede in einander sehr ähnlichen Merkmalen mit erheblichem Aufwand zu erfassen und andererseits weite Bereiche individueller Unterschiede völlig auszublenden. Beides ist sowohl unter der Perspektive einer umfassenden Beschreibung von Personen als auch im Kontext multipler Vorhersagen unerwünscht. Letztere werden bekanntlich durch die Kombination in sich reliabler aber untereinander gering korrelierter Prädiktoren optimiert (Lienert, 1969). Ist freilich der Anwender eines Fragebogens von vornherein an spezifischen Konstrukten interessiert, so dürften multidimensionale Fragebogen ohnehin nicht die Verfahren der Wahl sein.

4.3. Erläuterung der verschiedenen Dokumentationsbögen des Düsseldorfer Dokumentationssystems

In der Düsseldorfer psychosomatischen-psychotherapeutischen Poliklinik werden pro Jahr zwischen 500 und 600 Patienten im Erstkontakt gesehen. Die Kontakte werden sorgfältig dokumentiert. Das Düsseldorfer Dokumentationssystem "KLINDO" (Hartkamp, 1996) geht weit über eine Basisdokumentation im engeren Sinne, wie z.B. von DKPM-Arbeitsgruppe (Broda et al., 1993) empfohlen wird, hinaus. Neben der Basisdokumentation werden in der Ambulanz verschiedene psychologische Untersuchungsinstrumente eingesetzt, so z.B. routinemäßig die Symptom-Checkliste SCL-90-R, das Inventar Interpersoneller Probleme IIP, der Gießen-Test, der Persönlichkeitsfragebogen NEO-FFI, der Beeinträchtigungs-Schwere-Score BBS sowie verschiedene Ratings zum strukturellen Entwicklungsniveau der Persönlichkeit. Im Rahmen von Forschungsprojekten können diese Instrumente um weitere Methoden ergänzt werden.

4.3.1. Erläuterung zu den Dokumentationsbögen

Die in der vorliegenden Arbeit angewendeten Dokumentationsbögen wurden vor dem Hintergrund des überregionalen Dokumentationssystems des DKPM ÜBADO (Broda et al., 1993) entwickelt, gehen aber über den dort entworfenen Standard deutlich hinaus. Die verwendeten Dokumentationsbögen sind im Einzelnen im Anhang angefügt. Im Nachfolgenden soll zunächst die Entwicklung von Dokumentationsverfahren in der stationären Psychotherapie in ihrem Kontext betrachtet werden.

Düsseldorfer Manual "KLINDO" beinhaltet Verfahrensweisen bei der klinischen Dokumentation in der Klinik für Psychotherapeutische Medizin. Das Manual ist ein Wegweiser für alle ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter, sowie Mitarbeiter der Klinischen Dokumentationsstelle.

Für die Organisation und Verwaltung von Patientenakten sind die Sekretariate verantwortlich.

Die Akten werden gemäß Inhaltsverzeichnis nach entsprechendem Schema aufgebaut:

- Aufnahmeunterlagen,
- Vorbefunde,
- Dokumentationsbögen,
- Wochenverlaufsbögen,
- Medizinische Untersuchungsbefunde,
- Pflegedokumentation,
- Spezialtherapien,
- Verlängerungsanträge,
- Schriftwechsel,
- Sonstiges,
- Entlassungsunterlagen.

Nach Ausfüllen der jeweiligen Fragebögen werden diese umgehend in die KLINDO verdatet und die Auswertungen den Therapeuten zugestellt. Bei der Entlassung werden die Akten auf Vollständigkeit geprüft.

Ca. 8 Wochen nach Abschluss der Behandlung sollte der Therapeut die Akte ins Archiv senden. Es wird ein Report-Card erstellt und hinter dem Arztbrief/der Epikrise in der Akte abgeheftet. Es wird ein Inhaltsverzeichnis und ein Deckblatt erstellt.

(Detaillierter Prozessbeschreibung befindet sich im Anhang)

5.0. Darstellung der Ergebnisse

5.1. Fragestellung

Primäres Ziel dieser Studie war eine Beschreibung des Klientels der psychosomatischen / psychotherapeutischen Poliklinik der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf unter besonderer Berücksichtigung des Geschlechts.

Zur Beurteilung der Belastungsschwere sollte das Klientel mit anderen Stichproben verglichen werden, besonders interessiert waren wir an einem Vergleich von Selbst- und Fremdratings mit gesunden und stationären Stichproben. Erwartet wurde hier, dass die Poliklinikpatienten Mittelwerte zwischen den gesunden und stationären Stichproben hatten.

In einem dritten Schritt sollte die Veranlassung der Konsultation näher analysiert werden. Dabei stellte sich die Frage, ob die aus Eigeninitiative kommenden Patienten sich von den anderen überwiesenen bzw. Konsil-Patienten unterscheiden, ob zum Beispiel ein bestimmter Beschwerdedruck oder ein bestimmtes Beschwerdeprofil vorhanden sein muss, damit die Patienten von sich aus die Poliklinik aufsuchen.

5.2. Methode

Stichprobe

Die in dieser Arbeit vorgestellten Patienten stammen aus den Jahren 1993 bis 1996 (Sommer). Es wurden nur solche Patienten berücksichtigt, deren Dokumentationsunterlagen vollständig waren, wobei aber einzelne fehlende Werte in den verschiedenen Bereichen durchaus erlaubt waren. Ausschlusskriterien waren zum Beispiel das komplette Fehlen von Fragebögen bzw. eine unzureichende Beantwortung der Basisdokumentation. Nach diesen Ausschlusskriterien konnten 1580 Patientendaten berücksichtigt werden.

Instrumente

Zur Bestimmung und Beurteilung der psychogenen Symptomatik erfolgte neben Basisdokumentation und klinischem Interview sowohl ein Fremdrating durch den Therapeuten als auch ein Selbstrating durch die Patienten. Auf Therapeutenseite wurde dabei der Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS (Schepank, 1995) erhoben. Zur Selbstbeurteilung von Patienten wurden die Symptom-Check-Liste SCL-90-R und das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP-D) benutzt.

Statistische Auswertung

Der Vergleich der Probanden mit anderen Stichproben bzw. der bundesdeutschen Bevölkerung erfolgte auf deskriptiver Ebene mit Hilfe von Mittelwerten/Streuungen und Häufigkeiten. Zur Identifikation überproportional häufig vertretener Patiententypen wurde eine Konfigurationsfrequenzanalyse durchgeführt. Dazu wurden die Wechselwirkungen der soziodemographischen Merkmale in mehrdimensionalen Kontingenztafeln dargestellt. Mit Hilfe der Konfigurationsfrequenzanalyse können Typen und Antitypen bestimmt werden. Unter Typen versteht man dabei Kombinationen von (soziodemographischen) Merkmalen, die überzufällig häufig vertreten sind. Antitypen sind hingegen Merkmalskombinationen, die weniger häufig auftreten, als man nach Zufall erwarten würde. Die große Stichprobe erlaubte ein zweistufiges Vorgehen der Analyse. Der gesamte Datensatz wurde zufällig in zwei gleich große Datensätze aufgeteilt. In dem ersten Datensatz wurden explorativ Typen und Antitypen bestimmt, welche in dem zweiten Datensatz mittels einer konfirmatorischen Konfigurationsfrequenzanalyse kreuzvalidiert wurden.

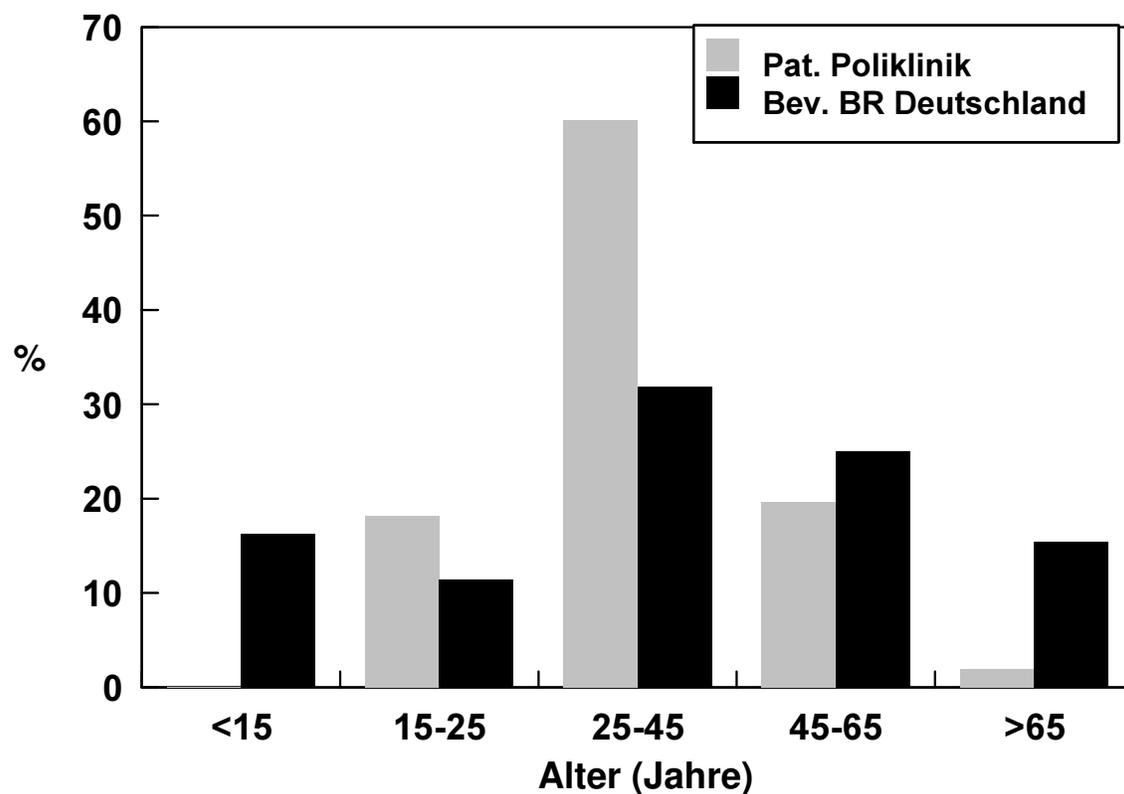
Die Unterschiede zwischen den aus Eigeninitiative kommenden und den überwiesenen Patienten wurden mit Hilfe einer logistischen Regressionsanalyse bestimmt. Mit einer schrittweisen Selektion wurden statistisch bedeutsame Variablen identifiziert. Analog zu der oben erwähnten Vorgehensweise erfolgte ein Analyse in zwei Datensätzen: der erste Datensatz diente wiederum zur Identifikation von Prädiktoren und der zweite zur Kreuzvalidierung der gefundenen Ergebnisse.

5.3. Ergebnisse

Soziodemographische Beschreibung

Frauen und Männer waren ungleichmäßig in der Untersuchungsstichprobe vertreten, der Anteil der Frauen war deutlich höher und betrug 61.0 %. Das Alter der Patienten lag zwischen 17 und 84 Jahren mit einem Mittelwert von 36.4 Jahren (SD=11.5). Statistisch bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Altersverteilung von Männern und Frauen bestanden nicht.

Abbildung 1: Altersverteilung



In der Abbildung 1 ist die Altersverteilung der Patienten und die Altersstruktur der gesamten bundesdeutschen Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 1994) dargestellt. Die Klasse der 25- bis 45-jährigen Patienten ist in der Poliklinik deutlich überrepräsentiert, während Patienten über 65 Jahre nur selten den Weg in die Poliklinik finden. Patienten unter 17 Jahren werden in der Poliklinik nicht gesehen.

Auch wenn diese Klasse der Kinder und Jugendlichen der Gesamtbevölkerung bei einem Vergleich der Altersverteilungen nicht berücksichtigt wird, bestehen immer noch deutliche Unterschiede zwischen den bei Verteilungen.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten.

	Gesamt		Frauen		Männer	
	n	%	n	%	n	%
Familienstand						
ledig	775	49.6	482	62.2	293	37.8
verheiratet	484	31.0	273	56.4	211	43.6
getrennt lebend	105	6.7	64	61.0	41	39.0
geschieden	164	10.5	109	66.5	55	33.5
verwitwet	35	2.2	28	80.0	7	20.0
Schulabschluss						
Hauptschule	455	29.0	266	58.5	189	41.5
Realschule	394	25.1	267	67.8	127	32.2
(Fach-) Abitur	390	24.8	237	60.8	153	39.2
FH / UNI	256	16.3	143	55.9	113	44.1
Sonstiges	76	4.8	48	63.2	28	36.8
Erwerbstätigkeit						
voll erwerbstätig	706	46.4	377	53.4	329	46.6
teilzeit	178	11.7	136	76.4	42	23.6
nicht erwerbstätig	392	25.8	291	74.2	101	25.8
arbeitslos	245	16.1	124	50.6	121	49.4
Geburtsland						
Deutschland	1466	93.7	893	60.9	573	39.1
außerhalb Deutschland	98	6.3	60	61.2	38	38.8

Tabelle 1 zeigt eine soziodemographische Beschreibung der Patienten. Ungefähr die Hälfte der Patienten ist ledig, hier gibt es kaum Unterschiede zur bundesdeutschen Gesamtbevölkerung (46.7 % Ledige der Einwohner älter als 15 Jahre). Auch bezüglich Schulabschluss und Erwerbstätigkeit gibt es nur geringe Unterschiede zur bundesdeutschen Bevölkerung. Der Anteil der voll erwerbstätigen Frauen ist erwartungsgemäß geringer als der entsprechende Anteil der Männer. Aus inhaltlichen Überlegungen wird in der Routedokumentation nicht die Staatsangehörigkeit, sondern das Herkunftsland der Patienten erhoben. Der Anteil der in Deutschland geborenen Poliklinikpatienten beträgt 93.7 %, auch hier gibt es nur geringe Unterschiede zur Bevölkerungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland (deutsche Staatsangehörigkeit: 91.2 %).

Etwa 47 Prozent der Patienten kommen aus Eigeninitiative oder wurden von Angehörigen motiviert, die anderen Patienten wurden von anderen medizinischen Einrichtungen überwiesen oder im Rahmen eines Konsils gesehen. Ein detaillierter Vergleich der Patienten die aus Eigeninitiative kommen und der Patienten die von anderen Ärzten überwiesen werden erfolgt weiter unten.

In Tabelle 3 sind die wichtigsten Diagnosekategorien zusammengestellt. Die Routedokumentation sieht (maximal) drei psychische und drei somatische Diagnosen vor, diese sollen nach Wichtigkeit angegeben werden. In der Tabelle wurden die ersten psychischen Hauptdiagnosen zu den ICD-10 Diagnose-Kategorien F30-F39, F40-F49, F50-F59 und F60-F69 zusammengefasst. Die Kategorie "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" ist mit ungefähr 43 % besonders stark vertreten, hier wurden die Diagnosegruppen F45 (somatoforme Störung, n=182), F41 (andere Angststörungen, n=180) und F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und andere Anpassungsstörungen, n=170) besonders häufig vergeben. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt es in dieser Kategorie nicht. Die Kategorie "Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren" wurde nur selten vergeben, in dieser Gruppe sind die Frauen überproportional stark vertreten. Hier wurde die Essstörung (F50, n=99) besonders oft diagnostiziert. Insgesamt wurde die Diagnose "Persönlichkeitsstörung" (F60.0 bis F60.9, n=327) am häufigsten vergeben.

Tabelle 3: Diagnosekategorien (erste psych. Hauptdiagnose, ICD-10)

	Gesamt		Frauen		Männer	
	n	%	n	%	n	%
Affektive Störungen (F30 - F39)	276	17.5	182	65.9	94	34.1
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 - F49)	682	43.2	430	63.1	252	36.9
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Fakt. (F50 - F59)	169	10.7	133	78.7	36	21.3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 - F69)	384	24.3	190	49.5	194	50.5
Sonstige	69	4.4	29	42.0	40	58.0

Ergänzend zur ICD-Diagnose werden auch die Symptome und die Dauer dieser Symptome erfragt und in verschiedenen Kategorien dokumentiert. Es können jeweils bis zu 6 verschiedene Symptome mit Symptombdauer dokumentiert werden, wobei sich die Rangfolge nach der subjektiven Wertigkeit im Erleben des Patienten ergibt.

Tabelle 4: Dauer der Symptomatik

	Gesamt		Frauen		Männer	
	n	%	n	%	n	%
kein Symptom	6	0.4	3	50.0	3	50.0
ganz akut (letzten 7 Tage)	23	1.5	19	82.6	4	17.4
subakut (letzten 12 Monaten)	469	30.9	297	63.3	172	36.7
längerdauernd (letzten 3 Jahre)	474	31.2	286	60.3	188	39.7
lebenslang	545	35.9	320	58.7	225	41.3

Bei den Symptomen wurde am häufigsten als erstes Symptom die Kategorie "depressive Verstimmung oder depressives Verhalten" (n=355) genannt, gefolgt von der Kategorie "frei flottierende Ängste und Angstanfälle" (n=167). Bei 2/3 aller Patienten besteht die Symptomatik (erstes Hauptsymptom) länger als drei Jahre, Tabelle 4 zeigt die entsprechenden Verteilungen der Länge der Krankheitsvorgeschichte. Bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen dabei nicht. Die Kategorie "lebenslange Symptombdauer" ist natürlich mit etwas Vorsicht zu interpretieren, da die Beurteilung der Dauer von dem Erinnerungsvermögen der Patienten abhängt.

Untersuchungsinstrumente

Die Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse des Expertenratings für die Patienten der Poliklinik, differenziert nach Subskalen und Geschlecht. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen bei den Subskalen *Körperliche Beschwerden* und *Sozialkommunikative Beschwerden*. Die Signifikanzprüfung erfolgte hier, wie auch bei den folgenden Tests, mit einem t-Test. Dabei wurde ein Signifikanzniveau von $\alpha=0.05$ vorgegeben und es erfolgte eine Bonferroni-Korrektur entsprechend der Anzahl der pro Instrument durchgeführten Tests.

Tabelle 5: BSS, Skalen und Gesamtscore nach Geschlecht

	Gesamt		Frauen		Männer		t-Test
	n=1562		n=950		n=612		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Körperliche Beschwerden	1.79	1.07	1.85	1.04	1.70	1.10	*
Psychische Beschwerden	2.63	0.80	2.64	0.78	2.61	0.84	
Sozialkommunikative Beschw.	2.06	1.04	1.97	1.00	2.19	1.08	*
BSS Gesamtscore	6.45	1.87	6.43	1.87	6.48	1.86	

Anmerkung: Die t-Tests wurden mit Bonferroni-Korrektur zum Niveau $\alpha=0.05$ durchgeführt,

* : $p<0.05$.

Die Patienten nehmen im Rahmen der Diagnostik an verschiedenen psychologischen Tests teil, im Rahmen dieser Arbeit hier sollen die Symptom-Check-Liste SCL-90-R und das Inventar Interpersoneller Probleme IIP kurz vorgestellt und diskutiert werden. Während das BSS-Rating nach dem Kontakt mit dem Therapeuten erstellt wird, werden SCL-90-R (siehe Tabelle 6) und IIP vor dem ersten Kontakt erhoben. Diese beiden Instrumente haben in den letzten Jahren an große Bedeutung in der Psychotherapie gewonnen, da sie sich sowohl zur diagnostischen Einzelfallbeschreibung als auch als Forschungsinstrument eignen, z.B. zur Prognose des Therapieerfolges (Davies-Osterkamp et al., 1996).

Tabelle 6: SCL-90-R, Skalen und Gesamtscore nach Geschlecht

	Gesamt n=1456		Frauen n=874		Männer n=582		t-Test
	M	SD	M	SD	M	SD	
Somatisierung	1.11	0.80	1.19	0.80	0.99	0.78	*
Zwanghaftigkeit	1.39	0.83	1.42	0.81	1.35	0.85	
Unsicherheit	1.28	0.87	1.37	0.89	1.14	0.81	*
Depressivität	1.66	0.92	1.76	0.93	1.51	0.88	*
Ängstlichkeit	1.38	0.91	1.47	0.94	1.26	0.85	*
Aggressivität/Feindseligkeit	0.99	0.80	1.09	0.84	0.82	0.70	*
Phobische Angst	0.91	0.94	0.99	1.00	0.79	0.84	*
Paranoides Denken	1.06	0.83	1.13	0.82	0.96	0.83	*
Psychotizismus	0.82	0.67	0.86	0.69	0.77	0.63	
GSI Gesamtwert	1.17	0.65	1.24	0.66	1.06	0.62	*

Anmerkung: Die t-Tests wurden mit Bonferroni-Korrektur zum Niveau $\alpha=0.05$ durchgeführt,

* : $p<0.05$.

Geringe Unterschiede im Gesamtscore bestehen zwischen Männern und Frauen, statistisch bedeutsame Unterschiede befinden sich auf den Subskalen *HI-zu unterwürfig*, *JK-zu ausnutzbar*, *LM-zu fürsorglich* und *NO-zu expressiv*. Die stärksten

Ausprägungen befinden sich auf den Skalen *HI-zu unterwürfig*, *JK-zu ausnutzbar* und *LM-zu fürsorglich*.

Tabelle 7: IIP-D, Skalen und Gesamtscore nach Geschlecht

	Gesamt		Frauen		Männer		t-Test
	n=1181		n=727		n=454		
	M	SD	M	SD	M	SD	
PA zu autokratisch	7.65	5.43	7.54	5.51	7.82	5.31	
BC zu streitsüchtig	9.07	5.43	8.80	5.26	9.52	5.68	
DE zu abweisend	10.06	6.63	9.71	6.52	10.62	6.77	
FG zu introvertiert	13.35	7.69	13.26	7.77	13.50	7.56	
HI zu unterwürfig	15.42	7.77	16.10	7.73	14.32	7.71	*
JK zu ausnutzbar	14.23	6.54	14.77	6.48	13.36	6.55	*
LM zu fürsorglich	14.34	6.30	15.04	6.26	13.21	6.22	*
NO zu expressiv	10.65	5.94	11.04	5.91	10.01	5.94	*
IIP Gesamtwert	11.82	4.80	12.02	4.67	11.49	4.99	

Anmerkung: Die t-Tests wurden mit Bonferroni-Korrektur zum Niveau $\alpha=0.05$ durchgeführt,

* : $p<0.05$.

In der Tabelle 7 sind die Rohwerte der IIP-Skalen dargestellt, für eine Einzelfallbeurteilung werden in der Poliklinik auch die ipsativen Werte betrachtet. Bei den ipsativen Werten wird der Gesamtwert von jeder einzelnen Skala abgezogen. Die "allgemeine Klagsamkeit" wird somit herausgefiltert und man erhält individuelle, vergleichbare Profile.

Die Korrelation der Gesamtscores dieser drei Instrumente untereinander ist sehr unterschiedlich. Die stärkste Korrelation besteht mit $r=0.60$ zwischen dem SCL-90-R und dem IIP-D, die geringste Korrelation mit $r=0.19$ zwischen dem IIP-D und dem BSS, was wohl damit zusammenhängt, dass der BSS auch die nicht-interpersonell zu verortende Beeinträchtigung umfasst.

Die Korrelation zwischen der Symptom-Check-Liste und dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score liegt mit $r=0.31$ zwischen diesen beiden Werten. Die Korrelationen verdeutlichen noch einmal, dass die drei hier diskutierten Instrumente wichtige Stützen in der poliklinischen Routinediagnostik sind. So misst zwar jedes Instrument einen anderen Aspekt klinischer Beeinträchtigung, ihre Korrelation miteinander ermöglicht jedoch eine sehr differenzierte Beurteilung der Patienten.

Vergleich mit anderen Stichproben

Die Ergebnisse der psychologischen Tests und der Experten-Ratings können erst dann sinnvoll interpretiert werden, wenn sie mit anderen Stichproben verglichen werden. Für die Poliklinikpatienten bietet sich hier ein Vergleich mit "Gesunden" und stationären Patienten an, da diese Patienten als eine ambulante Stichprobe bzgl. der Symptomstärke zwischen diesen beiden Gruppen liegen sollte.

Für die Symptom-Check-Liste SCL-90-R lagen uns als Vergleichsstichprobe die Daten der deutschen Normstichprobe und einer stationären Stichprobe vor. Die Normstichprobe stammt aus der Untersuchung von Franke (1992). Es handelt sich um Daten von 1006 Gesunden (532 Frauen und 474 Männern). Die Daten der stationären Stichprobe stammen aus einer überregionalen Studie zur Frage des Zusammenhangs zwischen interpersonellen Problemen und dem Erfolg stationärer Gruppenpsychotherapie (Eckert u. Strauß, 1993; Davies-Osterkamp et al., 1996). Die Patientenzahl dieser Stichprobe mit $n=194$ ist im Vergleich zu den anderen Stichprobenumfängen relativ gering, aufgrund der multizentrischen Untersuchung enthält sie aber wichtige Informationen über das Klientel bei stationärer Psychotherapie.

Diese Stichprobe konnte auch als Referenzstichprobe stationärer Patienten für das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) genommen werden. Als "gesunde Vergleichsstichprobe" wurden bei dem IIP die Probanden der Normierungsuntersuchung von Kordy und Strauß (1997) gewählt.

Bei dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score BSS liegen keine Daten einer Normstichprobe vor, wir konnten hier aber auf die Untersuchungen des Mannheimer

Kohortenprojektes zurückgreifen und die erste Untersuchung bei der Mannheimer Bevölkerung als Referenzstichprobe für "Gesunde" nehmen. Die Werte der BSS-Scores bei externen stationären Patienten standen uns leider nicht zur Verfügung, so dass wir auf unsere eigenen stationären Patienten zurückgreifen mussten. Dies führt sicherlich zu einer Konfundierung, da diese stationären Patienten in der Regel zuerst in der Poliklinik gesehen wurden und daher in das Gesamtkollektiv der Poliklinikspatienten eingehen.

Da der Stichprobenumfang mit $n=235$ aber nicht so groß ist, haben wir uns doch für diese Stichprobe als Referenzstichprobe entschlossen. Die Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse für die Poliklinikspatienten und die jeweiligen Vergleichsstichproben für den BSS, den SCL-90-R und das IIP-D.

Ein Vergleich der Stichproben lässt sich zum Beispiele mit Hilfe von Effektstärken durchführen. Diese sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht in der Tabelle aufgeführt, die Ergebnisse sollen aber im folgenden kurz diskutiert werden.

Bei dem BSS gibt es deutliche Unterschiede zwischen den Gesunden und den Poliklinikspatienten, die Unterschiede zwischen der ambulanten (Polikliniks-) und stationären Stichprobe sind eher gering, nicht zuletzt aufgrund der oben erwähnten Konfundierung der Stichproben.

Deutliche Unterschiede zu der Mannheimer Stichprobe bestehen bei den Poliklinikspatienten sowohl in dem BSS Gesamtscore als auf der Skala *Psychische Beschwerden*. Geringer, aber immer noch sehr deutlich sind die Unterschiede bei der Skala *Sozialkommunikative Beschwerden*. Diese Unterschiede bestehen auch bei einem Vergleich mit der stationären Düsseldorfer Stichprobe, aber mit einer wesentlich kleineren Ausprägung.

Bei dem Inventar interpersoneller Probleme sind die Unterschiede zwischen den ambulanten Patienten und den Gesunden geringer als die Unterschiede zwischen den ambulanten und den stationären Patienten.

Während bei den Poliklinikspatienten und den Gesunden deutliche Unterschiede auf den Skalen *FG*, *HI* und *JK* bestehen, sind die größten Unterschiede zwischen den ambulanten und stationären Patienten auf den Skalen *PA*, *BC* und *DE* zu finden.

Tabelle 8: BSS, SCL-90-R und IIP-D: Patienten Poliklinik und Vergleichsstichproben

	Poliklinik Düsseldorf			"Gesunde"			Stationäre Stichprobe		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Körperliche Beschw.	1562	1.79	1.07	600	1.20	0.84	235	1.83	0.89
Psychische Beschw.		2.63	0.80		1.09	0.80		2.73	0.71
Sozialkom. Beschw.		2.06	1.04		1.09	0.83		2.29	0.93
BSS Gesamtscore		6.45	1.87		3.39	1.87		6.85	1.62
Somatisierung	1456	1.11	0.80	1002	0.35	0.30	194	1.49	0.84
Zwanghaftigkeit		1.39	0.83		0.47	0.38		1.89	0.88
Unsicherheit		1.28	0.87		0.41	0.38		1.85	0.90
Depressivität		1.66	0.92		0.40	0.38		2.06	0.88
Ängstlichkeit		1.38	0.91		0.29	0.32		1.82	0.90
Aggressivität/Feinds.		0.99	0.80		0.31	0.34		1.35	0.92
Phobische Angst		0.91	0.94		0.14	0.22		1.35	1.01
Paranoides Denken		1.06	0.83		0.35	0.37		1.49	0.93
Psychotizismus		0.82	0.67		0.18	0.24		1.28	0.77
GSI Gesamtwert		1.17	0.65		0.33	0.25		1.61	0.72
PA zu autokratisch	1181	7.65	5.43	2802	8.77	3.64	194	11.14	6.11
BC zu streitsüchtig		9.07	5.43		8.65	2.86		12.42	5.74
DE zu abweisend		10.06	6.63		9.51	3.09		13.73	6.69
FG zu introvertiert		13.35	7.69		10.02	3.29		15.45	6.68
HI zu unterwürfig		15.42	7.77		11.42	3.70		17.92	6.99
JK zu ausnutzbar		14.23	6.54		11.54	3.31		16.11	6.42
LM zu fürsorglich		14.34	6.30		12.22	3.21		15.54	6.06
NO zu expressiv		10.65	5.94		9.78	3.29		13.13	6.10
IIP Gesamtwert		11.82	4.80		10.24	4.08		14.43	4.84

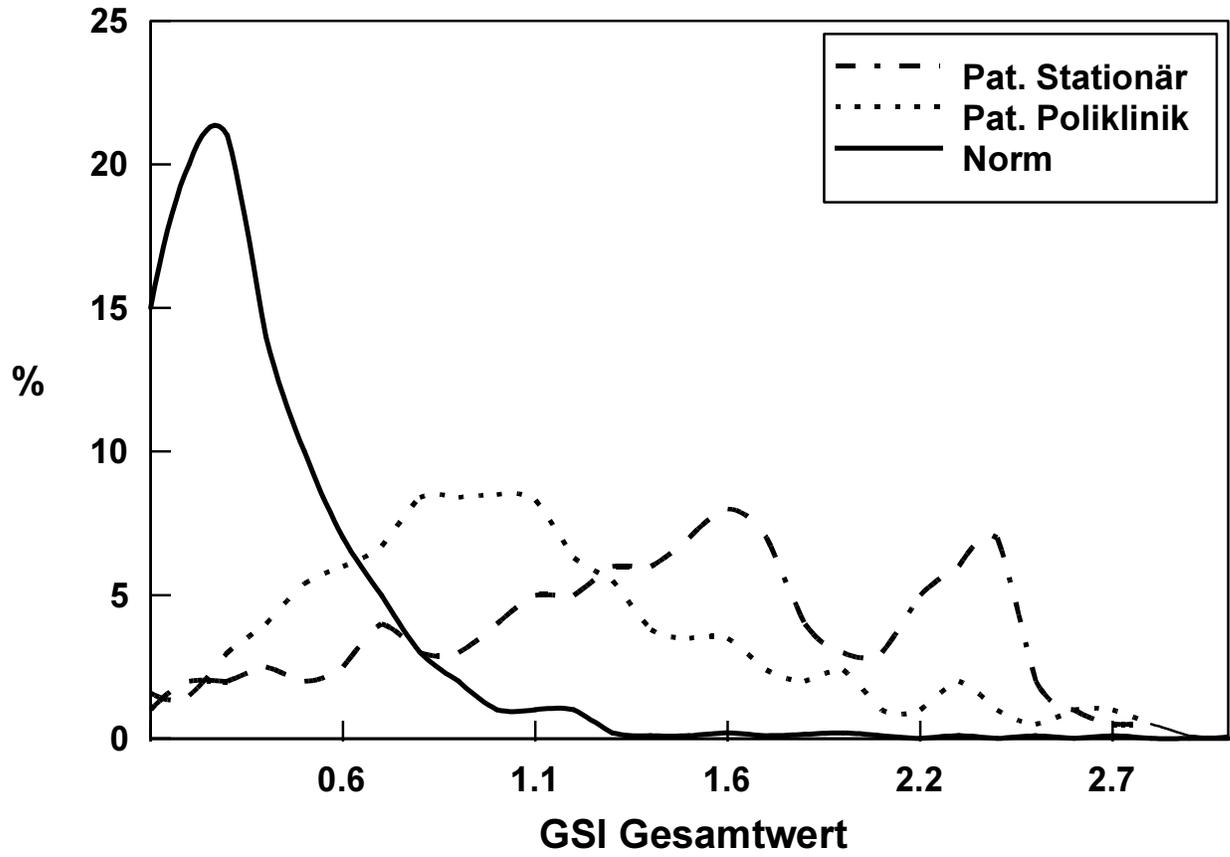
Bei der Symptom-Check-Liste SCL-90-R verhält es sich umgekehrt, hier bestehen die größten Unterschiede zwischen Poliklinikspatienten und den Gesunden. Die Unterschiede sind auf allen Skalen recht hoch, besonders deutlich fallen hier die neben dem Gesamtwert GSI die Skalen *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *Zwanghaftigkeit* auf. Bei einem Vergleich der ambulanten und stationären Patienten findet man die größten Unterschiede auf den Subskalen *Unsicherheit*, *Psychotizismus* und *Zwanghaftigkeit*.

Die Tabelle 8 zeigt, dass bei allen drei Instrumenten die Streuungen bei den Poliklinikpatienten im Vergleich zu den Stichproben mit gesunden Probanden relativ hoch sind. Dies zeigt noch einmal, dass das Klientel einer Poliklinik sehr heterogen ist. Die Spannweite reicht von Patienten mit einer geringen psychischen Beeinträchtigung bis hin zu sehr kranken Patienten.

Exemplarisch soll das noch einmal an der Verteilung des SCL-Gesamtindex gezeigt werden. Der Gesamtindex GSI ist ein globales Maß für die Symptombelastung, die Abbildung 2 zeigt die Verteilung dieses Maßes für die drei Stichproben.

Die empirischen Verteilungen dieser Maße unterscheiden sich deutlich, auch wenn bei der stationären Stichprobe die geringe Fallzahl nur eine vorsichtige Interpretation erlaubt. Der Gipfel der Poliklinikverteilung liegt zwischen den Gipfeln der anderen Verteilungen, die Patienten der Poliklinik liegen bzgl. ihrer psychischen Belastung (gemessen mit dem SCL-90-R) zwischen den Gesunden und den stationären Patienten. Es gibt natürlich deutliche Überschneidungen zwischen den Verteilungen, da in der Stichprobe der Gesunden auch Probanden mit psychischen Erkrankungen sind (die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung liegt nach Schepank (1990) zwischen 20 und 30 Prozent) und es auf Patientenseite sogenannte "Pseudo-Gesunde" (Shedler et al., 1993) gibt und Patienten, deren subjektive Beschwerden durch den SCL-90-R nicht erfasst werden. Die Abbildung der Verteilungen gibt aber eine grobe Übersicht, wie einzelne Werte oder die von Kollektiven bzgl. der Belastung einzuordnen sind. Zur besseren Beschreibung können dann mit Hilfe von Cutoff-Points verschiedene Bereiche definiert werden (Schmitz u. Davies-Osterkamp, 1997) und die Patientenwerte entsprechend eingeordnet werden.

Abbildung 2: Verteilungen des SCL-90-R Gesamtwertes für verschiedene Stichproben



Veranlassung der Poliklinischen Untersuchung

Tabelle 2: Veranlassung der Untersuchung

	Gesamt		Frauen		Männer	
	n	%	n	%	n	%
Patient selbst	845	37.6	550	39.3	295	34.9
Angehörige	157	7.0	79	5.6	78	9.2
Allgemeinmedizin	163	7.3	107	7.6	56	6.6
Innere Medizin	153	6.8	103	7.4	50	5.9
Neurologie	87	3.9	44	3.1	43	5.1
Psychiatrie	255	11.4	137	9.8	118	13.9
Psychotherapie	86	3.8	50	3.6	36	4.3
Andere medizin. Einrichtungen	84	3.7	60	4.3	18	2.1
Anderes	68	3.0	51	3.6	17	2.0
Konsil	353	15.7	218	15.6	135	16.0

Wie in Tabelle 2 dargestellt, kommen etwa 40 Prozent der Patienten aus eigener Initiative. Es stellt sich die Frage, ob sich diese Patienten von den anderen überwiesenen bzw. Konsil-Patienten unterscheiden, ob zum Beispiel ein bestimmter Beschwerdedruck oder ein bestimmtes Beschwerdeprofil vorhanden sein muss, damit die Patienten von sich aus die Poliklinik aufsuchen.

Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurde nur diese Patienten berücksichtigt, die entweder aus Eigeninitiative (im folgenden *Selbstvorsteller* genannt, n=618) gekommen waren oder von anderen Ärzten überwiesen bzw. im Rahmen eines Konsils (im folgenden *Überwiesene* genannt, n=765) vorgestellt wurden. Ausgeschlossen wurden also die Patienten, die von Angehörigen geschickt wurden bzw. in die Kategorie "Anderes" bei der Veranlassung der Untersuchung fallen.

Letzteres können zum Beispiel Patienten sein, die von anderen Beratungseinrichtungen geschickt wurden.

Ein Vergleich der soziodemographischen Daten führt zu folgendem Ergebnis: Männer und Frauen sind in beiden Gruppen ungefähr gleich vertreten. Unterschiede bestehen aber bei dem Alter der Patienten: Die Selbstvorsteller sind im Mittel mit 35.5 Jahren (SD=10.8) jünger als die Überwiesenen mit einem mittleren Alter von 38.2 Jahren (SD=12.7; $t=4.20$, $p<0.001$). Auch bei dem Familienstand gibt es statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Der Anteil der Ledigen ist in der Gruppe der Selbstvorsteller mit 53.9 Prozent größer als in der Gruppe der überwiesenen Patienten (44.4 Prozent). Bei dem Schulabschluss fällt auf, dass die aus Eigeninitiative gekommenen Patienten im Mittel den höheren Abschluss haben, 27.7 dieser Patienten nennen Abitur bzw. Fachabitur als höchsten Schulabschluss (überwiesene Patienten: 22.8 Prozent) und 21.4 Prozent geben einen Fachhochschul- bzw. Universitätsabschluss an (überwiesene Patienten: 13.4 Prozent). Bei der Erwerbstätigkeit besteht kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Gruppen, auch die Verteilung auf die oben besprochenen Diagnosegruppen führt zu keinem statistisch signifikantem Unterschied. Unterschiede bestehen jedoch wiederum bei der Symptombdauer: Hier fallen in die Kategorie "lebenslange Symptombdauer" ungefähr 40.3 Prozent der Selbstvorsteller, während bei den überwiesenen Patienten 31.9 Prozent in diese Kategorie fallen.

Wichtige Unterschiede gibt es aber bei der Selbst- und Fremdbeurteilung: Während die Therapeuten die Beeinträchtigungsschwere bei den überwiesenen Patienten höher einschätzen, kommt es bei der Selbstbeurteilung zu dem umgekehrten Phänomen: Bzgl. der globalen psychischen Belastung, gemessen mit dem SCL-Gesamtindex, unterscheiden sich diese beiden Gruppen nicht. Bei dem Ausmaß interpersoneller Probleme gibt es aber Unterschiede: Bei den aus Eigeninitiative gekommenen Patienten ist der Gesamtindex des IIP größer als bei den überwiesenen Patienten. Die Tabelle 9 fasst diese Unterschiede noch einmal zusammen.

Tabelle 9: BSS, SCL-90-R und IIP-D: Gesamtwerte nach Veranlassung der Untersuchung

	Veranlassung der Untersuchung						t-Test
	Patient selbst			Überweisung / Konsil			
	n	M	SD	n	M	SD	
BSS: Gesamtscore	610	6.24	1.88	758	6.66	1.83	***
SCL-90-R: GSI Gesamtwert	569	1.18	0.64	706	1.16	0.65	
IIP-D: Gesamtwert	484	12.39	4.68	551	11.27	4.89	***

Anmerkung: t-Tests, *** : $p < 0.001$.

Eine detailliertere Analyse der Subskalen zeigt, dass die Unterschiede im Expertenurteil zum größten Teil auf der Skala *Körperliche Beschwerden* beruhen, hier haben die Selbstvorsteller (M=1.64, SD=1.08) deutlich geringere Werte als die überwiesenen Patienten (M=1.96, SD=1.03). Diese Unterschiede gehen dann in die Gesamtbeurteilung mit ein.

Bei der Symptom-Check-Liste SCL-90-R bestehen zwar im Gesamtindex keine bedeutsamen Unterschiede, kleinere Unterschiede bestehen allerdings auf zwei Subskalen: Während die aus Eigeninitiative gekommenen Patienten höhere Werte auf der Skala *Aggressivität* (M=1.06, SD=0.81, überwiesene Patienten: M=0.92, SD=0.77) haben, ist bei der Skala *Somatisierung* der umgekehrte Effekt zu finden: Hier haben die überwiesenen Patienten die höheren Werte (M=1.18, SD=0.81, Selbstvorsteller: M=1.03, SD=0.76). Dieses Ergebnis ist konform mit der Skala *Körperliche Beschwerden* im BSS.

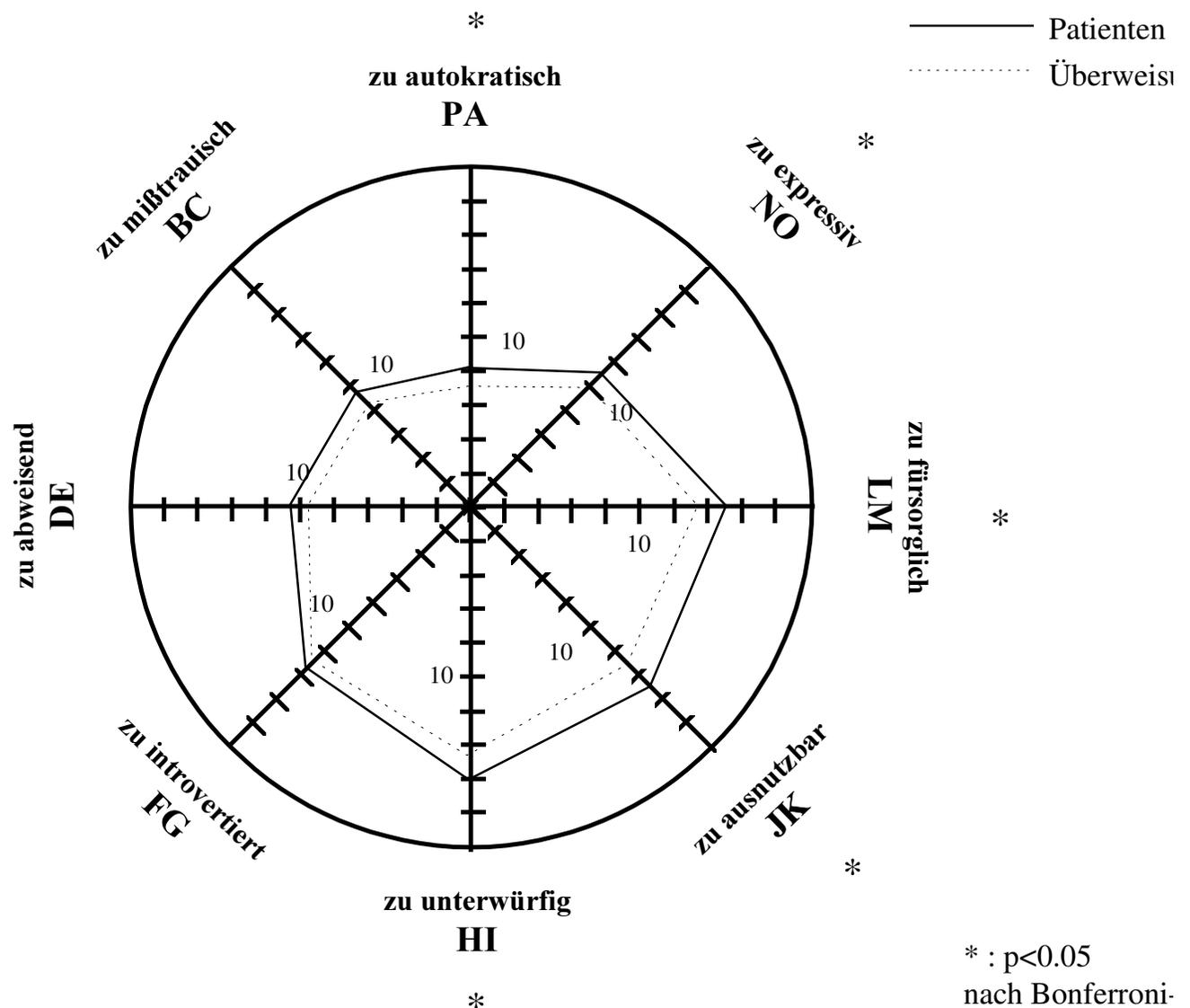
Bei dem Inventar Interpersoneller Probleme bestehen die Unterschiede nicht nur im Gesamtindex, sondern auch auf allen Subskalen. Die Abbildung 3 zeigt die Profile für die beiden Gruppen im Zirkumplexmodell.

Auch wenn es auf den Subskalen *BC*, *DE*, *FG* keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt, so zeigt die Abbildung doch, dass die aus Eigeninitiative

gekommene Patienten im Mittel auf allen Skalen höhere Werte angeben. Die Profilstruktur für beide Gruppen ist vergleichbar, das Niveau unterscheidet sich aber.

Insgesamt weisen diese Unterschiede darauf hin, dass Patienten, die aufgrund einer deutlicheren Ausprägung von somatischen Symptomen und körperlichen Beschwerden einem medizinischen Krankheitskonzept näher stehen, häufiger von ihren Hausärzten überwiesen werden, während Patienten für die dies nicht gilt, darauf angewiesen bleiben, psychotherapeutische Hilfe aus eigener Initiative zu suchen.

Abbildung 3: IIP-Profil für Patienten nach Veranlassung der Untersuchung



Diskussion

Patienten, die eine psychotherapeutische Poliklinik aufsuchen sind, so zeigen die hier dargestellten Befunde, im Mittel eindeutig als krank einzustufen, wobei ein hoher Anteil persönlichkeitsgestörter Patienten augenfällig ist. Die Beschwerden die Patienten veranlassen, sich in einer psychotherapeutischen Poliklinik vorzustellen, sind zu mehr als zwei Drittel erheblich chronifiziert, was wir als einen Ausdruck der weiterhin bestehenden Defizite in der Versorgung psychogen erkrankter Patienten bewerten.

In Hinsicht auf Diagnosearten finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen, allerdings Symptome werden unterschiedlich stark repräsentiert.

Die interpersonellen Schwierigkeiten zentrieren sich in der Gesamtstichprobe der poliklinischen Patienten um Verhaltens- und Erlebensweisen des zu Ausnutzbar-, zu Unterwürfig- und zu Fürsorglichseins, also um Aspekte von Abhängigkeit und mangelnder Selbstsicherheit. Diese Verhaltens- und Erlebensweisen sind besonders deutlich bei den Patientinnen ausgeprägt, die sich in dieser Hinsicht signifikant von der männlichen Teilpopulation unterscheiden.

Die Altersklasse der 25 bis 45-jährigen Patienten ist in der Poliklinik deutlich überrepräsentiert, während Patienten über 65 Jahre nur selten zu beobachten sind.

In Anbetracht der längeren Lebenserwartung in der heutigen Gesellschaft ist die Gerontopsychosomatik, wie der Prof. Heuft in 1999 sagte, ein wichtiger, entwicklungsfähiger und zukunftsweisender Teil des Fachgebietes.

Wie Lang (2001) aufgrund empirischer Daten berichtet, sind die Behandlungsergebnisse nach Psychotherapie in der Altersgruppe über 55 Jahre sehr zufriedenstellend. Auf diesem Gebiet werden wir in Zukunft sicher noch Fortschritte erwarten können.

Literatur

- Bautz M, Tröster H (1983): Konfigurationstypen im Klientel einer Psychotherapeutischen Klinik. Ein Beitrag zur Strukturanalyse psychotherapeutischer Versorgung. *Z f Klin Psychopath Psychother* 31: 119-136
- Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J., von-Rad, M; Schors, R. (1993): DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol* 43: 214-223
- Davies-Osterkamp S, Strauß BM, Schmitz N (1996): Interpersonal problems as predictors of symptom related treatment outcome in longterm psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6(3), 164-176.
- Davies-Osterkamp S, Kriebel R. (1993): Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das "Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme" (IIP). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29, 295-307
- Derogatis, L.R., Lippman, R.S., Covi, L. (1973): SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28
- Dilling, H., Weyerer, S., Enders, I. (1978); Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In: Häfner, H. (Hrsg.): *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Eckert, J, Strauß, B. (1993): Zusammenhang zwischen interpersonellen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie: Einleitung und Überblick. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 29, 228-236
- Franke, G.H. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis - Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Janssen PL, Hoffmann SO (1994): Profil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapeut* 39: 195-201
- Kiesler DJ (1983): The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychol Review* 90: 185-214
- Kordy, H., Strauß, B. (1998): Repräsentativnormen für das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-D). Unveröffentlichtes Manuskript, in Vorbereitung.
- Leary T (1955): The theory and measurement methodology of interpersonal communication. *Psychiatry* 18: 147-161
- Müller P, Peichl J (1986): Psychotherapie in der Psychiatrischen Poliklinik. *Prax Psychother Psychosom* 31: 231-239
- Rief, W., Greitemeyer, M., Fichter, M.M. (1991): Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*, 37, 58-65.
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Schepank H (1994): Die Versorgung psychogen Kranker aus epidemiologischer Sicht. Spezialisierung oder Generalisierung? *Psychotherapeut* 39: 220-229
- Schepank H (Hrsg) (1990): *Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Schepank H, Hilpert H et.al. (1984): Das Mannheimer Kohortenprojekt - Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Zsch. psychosom. Med.* 30: 43-61

- Schmitz, N., Davies-Osterkamp, S. (1997): Klinische und Statistische Signifikanz - diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). Diagnostica, 43 (1), 80-96.
- Schneider G, BursyD (1994): Die therapeutische Weitervermittlung von Patienten/innen -Ergebnisse einer katamnestischen Nachuntersuchung. Z Psychosom Med Psychoanal. 40: 128-154
- Senf W, Heuft G (1995): Facharztweiterbildung "Psychotherapeutische Medizin" in der stationären psychotherapeutisch-psychosomatischen Regelversorgung. Psychotherapeut 40: 155-162
- Shedler J, Mayman M, Manis M (1993): The illusion of mental health. American Psychologist 48: 1117-1131
- Statistisches Bundesamt(1995): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Metzler, Poeschel: Wiesbaden.
- Strauß B, Speidel H, Seifert, A., Probst P (1991): Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. I. Rückblickende Bewertung durch die Patienten. Psychother Psychosom med Psychol 41: 43-52
- Strauß B, Speidel H, Seifert, A., Probst P (1991): Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. II. Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen Psychother Psychosom med Psychol 41: 53-60
- Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L. (1997): Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 43: 211-232.
- Weyerer S, Dilling H (1984) Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse einer Feldstudie in drei Gemeinden Oberbayerns. Nervenarzt 55: 30-42
- Zintl-Wiegand, A., Cooper, B., Krumm, B. (1980): Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis: Weinheim, Basel: Beltz.

Anhang

Allgemeine Dokumentationsorganisation der Düsseldorfer Klinik für Psychotherapeutische Medizin

Zur Standardisierung der Dokumentation wurde ein Dokumentationsmanual entworfen. Gegenstand dieses Manuals sind die Verfahrenweisen der klinischen Dokumentation in ambulantem und stationären Bereich der Düsseldorfer Klinik für Psychotherapeutische Medizin.

Die zu dokumentierenden Unterlagen (Fragebögen) werden den Sekretariaten der Poliklinik, Tagesklinik und Stationen sowie den Therapeuten auf Anforderung bereitgestellt.

Poliklinik:

Das Sekretariat der Poliklinik erhält: Hängehefter mit Reiter und Reiteretiketten mit EUB, Zeittafel, GÜR, Datenschutz, zusammengefasst mit PAT, IIP-Langform, IPDE, SCL-90R, GBB-Kurzform, TAS, EMO, FDS, ZUF.

Ambulante Psychotherapie:

Für eine ambulante Therapie erhält der Therapeut zusätzlich auf Anfrage zu den Fragebögen der Poliklinik: AUF, INTREX, IIP-C und für das Ende der ambulanten Therapie: INTREX, IIP-C, SCL-90C, GBB-Kurzform, ENT.

Tagesklinik und Station:

Die Sekretariate erhalten Akten mit Hängehefter mit Reiter Trennblätter und Reiteretiketten mit: EUB, Zeittafel, Gruppentherapie (Therapieziele), Gruppentherapie-Patientenbogen I, Gruppentherapie-Patientenbogen II, Datenschutz und die Bögen: PAT, INTREX, IIP-C, SCL, GBB-24 (zur Aufnahme), INTREX, IIP, SCL, GBB-24

(4 Wochen nach Aufnahme) und INTREX, IIP-C, SCL, GBB-24, AF (zur Entlassung).

Erstuntersuchungsbogen (EUB)

Veranlassung der Untersuchung

Hier geht es nicht darum, wer den Überweisungsschein ausgefüllt hat, sondern darum, wer den Patient veranlasst hat, sich an diese Klinik zu wenden.

Kostenträger.

Hier ist eindeutig anzugeben, welche Institution die Kosten für die Behandlung allein oder überwiegend trägt.

Diagnosen nach ICD-10

Anzugeben sind die nach ICD-10 gestellten psychotherapeutisch/psychiatrische bzw. somatopsychisch/psychosomatischen Diagnosen. Hierfür stehen jeweils 4 Möglichkeiten zur Verfügung, wobei die jeweils wichtigste Diagnose zuerst, die weniger wichtigen Diagnosen darunter einzutragen sind.

Somatische Diagnosen

Anzugeben sind somatische Diagnosen als Klartext und, wenn möglich, nach ICD-10.

Symptomatik

Wird mit Hilfe Symptomschlüssels angegeben

Behandlungsempfehlungen

Es sind mehrere Ankreuzungen möglich. Die Vorschläge für eine Behandlung sollen im Hinblick auf ihre Ausführbarkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt gemacht werden (Real- nicht Idealangebot).

Vereinbarung mit den Patienten

Hier werden mit dem Patienten getroffene Vereinbarungen hinsichtlich der Einleitung einer Psychotherapie eingetragen; wird kein Therapievorschlag gemacht, eintragen, was sonst mit dem Patient vereinbart wurde.

Aufnahmebogen Psychotherapie (AUF)

Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme

Hier interessiert, ob der Patient fähig ist, seiner vorrangigen Beschäftigung/Tätigkeit/Arbeit nachzugehen oder nicht. Es ist dabei gleichgültig, ob er wie z.B. ein Arbeiter/Angestellter etc. in einem formalen Arbeitsverhältnis steht oder nicht wie z.B. eine Hausfrau oder ein Student. Es geht hier also nicht um die formale Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.

Dennoch ist die Vorstellung hilfreich, über eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung entscheiden zu müssen. Zusätzlich ist die Dauer der so bestimmten aktuellen Arbeitsunfähigkeit in Wochen anzugeben.

Gesamte Arbeitsunfähigkeit der letzten 12 Monate

Hier ist zu klären, ob bzw. wie viele Monate in den letzten 12 Monaten der Patient insgesamt seiner Beschäftigung/Tätigkeit/Arbeit nicht nachkommen konnte. War ein Patient in dem Zeitraum mehrmals arbeitsunfähig, so sind die Zeiten zu addieren.

Vorzeitige Berentung

Hier interessiert, ob der Patient in irgendeiner Form (z.B. wegen Berufs- oder Erwerbs- bzw. Dienstunfähigkeit, keine vorzeitige Altersrente) berentet wurde und ob die stationäre Aufnahme in irgendeinem Zusammenhang mit einer vorzeitigen Berentung steht.

Dauer der Hauptbeschwerden

Hier ist zu fragen, seit wie viel Jahren der Patient bereits unter den als Hauptdiagnose (EUB) klassifizierten Beschwerden leidet.

Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten

Es ist nachzuprüfen, wie viele Wochen der Patient wegen einer Krankheit in den letzten 12 Monaten in stationären Einrichtungen (z.B. Akut-, Rehabilitations- oder Kurklinik) behandelt wurde.

Psychotherapeutische Vorbehandlung

Wurde der Patient jemals in irgendeiner Form stationär/teilstationär und/oder ambulant psychotherapeutisch vorbehandelt wurde oder nicht.

Anamnesedaten

Es ist wichtig, ob in der Anamnese früher bzw. aktuell mindestens eine stoffgebundene (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen) körperliche Abhängigkeit bzw. eine Suchtproblematik (i.S. des ICD) oder ein Suicidversuch erwähnt wird oder nicht.

Motivation zur vorgesehenen Behandlung

Beurteilt werden soll, wie der Patient zur vorgesehenen Behandlung motiviert ist.

Festlegung individueller Therapieziele

Es werden für den Patient drei individuelle Ziele festgelegt:

1. Man wird sich daran orientieren, was für diesen Patienten unter gegebenen Umständen mit grosser Wahrscheinlichkeit (40-50 %) für erreichbar gehalten wird.
2. Konkrete Beschreibung der Therapieziele ohne theoretische Formulierung.
3. Genaue Beschreibung, ob das Ziel erreicht wurde.

Entlassungsbogen Psychotherapie – ambulant (ENT)

Art der Behandlung

Die Art der Behandlung und die Anzahl der Sitzungen sind einzutragen.

Behandlungszeitraum

Daten von Beginn und Ende der Behandlung sind einzutragen.

Art der Beendigung

Festzulegen ist, wie bzw. durch wen die Behandlung beendet wurde. Nur eine Angabe ist erlaubt.

Somatisches und psychisches Behandlungsergebnis

Hier ist anzugeben, inwieweit sich das körperliche bzw. das seelische Befinden des Patienten nach subjektiver Einschätzung des Behandlers bzw. Therapeuten bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme verändert hat.

Entlassungsdiagnosen

Anzugeben sind die nach ICD-10 gestellte psychotherapeutisch/psychiatrischen bzw. somatopsychisch/psychosomatischen Diagnosen.

Arbeitsfähigkeit

Es ist festzulegen, ob der Patient bei Entlassung arbeitsfähig ist.

Ereignisse während der Therapie

Mehrfachankreuzungen sind möglich. In den Alternativen nicht angegebene schwerwiegende Ereignisse sind unter "Sonstiges" zu notieren.

Einschätzung der Behandlung des Patient ausfüllen; die möglichen Antwortalternativen vorgeben.

Individuelle Behandlungsziele

Bezüglich des Erreichens der Behandlungsziele sollen die zu Beginn der Behandlung vom Patient genannten Behandlungsziele vorgegeben und eine Einschätzung abgegeben werden.

Weiterbehandlung

Hier soll angegeben werden, ob und welche Weiterbehandlung empfohlen wurde und wie die Vermittlung erfolgte.

Entlassungsbogen Psychotherapie – stationär/teilstationär (ENT)

Hier finden sich Erläuterungen nur zu jenen Fragen, die sich nicht im ambulanten Teil finden.

Medikation

Unterschieden wird zwischen “Psychopharmaka”, “Analgetika”, “somatischer Medikation” und “keine Medikation”, die über den Verlauf des stationären Aufenthaltes verfolgt werden. Bringt der Patient keinerlei Medikation zur Aufnahme mit, ist in der Zeile “bei Aufnahme” “keine Medikation” anzukreuzen, bringt er eine Medikation mit, ist die Kategorie anzukreuzen, der diese Medikation angehört.

Wird die mitgebrachte Medikation während des stationären Aufenthaltes dem Patient konstant weiterverordnet, ist in der Zeile “konstante Medikation” die Kategorie anzukreuzen, der diese Medikation angehört.

Bei Reduktion oder zeitweiliger Zweitmedikation ist dementsprechend zu dokumentieren.

Erhält der Patient auch zum Zeitpunkt der Entlassung noch eine Medikation, ist in der Zeile “bei Entlassung” die Kategorie anzukreuzen, der diese Medikation angehört.

Balneo-physikalische Maßnahmen

Hier ist anzukreuzen, welche balneo-physikalischen Maßnahmen der Patient während des Aufenthaltes tatsächlich erhielt.

Die Psy-BaDo-Charakterisierung der einzelnen Teile

Grundsätzlich ist wohl der partielle Einsatz (z.B. nur die Erhebung der Patienten- oder Therapeutenangaben zur Diagnostik) wie auch die Verwendung des gesamten Basisdokumentations-Kernmoduls jederzeit für jede Institution oder/und fachpsychotherapeutische Praxis möglich. Entsprechend der logischen Gliederung der Psy-BaDo werden im Folgenden die Hauptteile getrennt voneinander dargestellt:

Tabelle 1	
Patienten → Diagnostik	
Patientenangaben – Diagnostik – Behandlungsbeginn (Selbstauskunft)	
1.1	Ihr Geschlecht
1.2	Ihr Geburtsdatum
1.3	Welcher Nationalität gehören Sie an ?
1.4	Wie ist Ihr aktueller Familienstand ?
1.5	In welcher Partnersituation leben Sie ?
1.6	In wessen Haushalt leben Sie ?
1.7	Wie ist Ihre Wohnsituation (1. Wohnsitz) ?
1.8	Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?
1.9	Welchen höchsten Berufsabschluss haben Sie ?
1.10	Wie lautet Ihr letzter (oder zuletzt ausgeübter) Beruf ?
1.11	Wenn Sie gemeinsam mit anderen einen Haushalt bilden: Wie lautet der letzte (oder zuletzt ausgeübte) Beruf desjenigen in Ihrem Haushalt, der das meiste Geld verdient ?
1.12	Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation ?
1.13	Sind Sie derzeit arbeitsunfähig ? Wenn ja, seit wie vielen Wochen ununterbrochen ?
1.14	Gibt es ein laufendes Rentenverfahren ?

Patientenangaben bei Diagnostik/ Behandlungsbeginn

Tabelle 1 stellt die 14 Items im Wortlaut vor, die man dem Patienten zu Beginn der Diagnostik oder zu Beginn einer stationären Behandlung vorlegt. Die 14 Items sind so ausgewählt und in ihren Antwortalternativen formuliert, dass sie erfahrungsgemäß zu reliablen Antworten in der Patienten-Auskunft führen.

Verwaltungsitems, die zumindest in Institutionen im administrativen Kontext erhoben werden, wie z.B. Kostenträger, Wohnort, Geburtsname, etc.) werden hier bewusst nicht erneut abgefragt. Die Patientenidentifikation (Chiffre, Aufnahmeummer etc.)

bietet auch Platz für das Anbringen eines Aufklebers durch die Sekretärin bzw. Arzthelferin.

Je nach den örtlichen Erfordernissen sollte überlegt werden, ob der Wohnort des Patienten mit Hilfe der Postleitzahl oder unter Zurhilfenahme des amtlichen Verzeichnisses aller deutschen Ortschaften vorgenommen wird. Dieses Verzeichnis gibt es als Magnetband (und CD) beim Statistischen Bundesamt. Es stellt die für Einzugsgebiete- und bevölkerungsbezogene Auswertung nützlichen amtlichen Gemeindegkennziffern (GKZ) zur Verfügung. Die GKZ sind hierarchisch aufgebaut mit Angabe der Einwohnerzahlen und passender Datei mit geographischen Koordinaten, so dass man die Wohnortentfernung zur Einrichtung ausrechnen lassen kann.

Für die Items 1.10 und 1.11 sind im Glossar der Psy-BaDo Erläuterungen vorgehalten für den Fall, dass der Patient seinen Beruf nicht zu charakterisieren weiß.

Therapeutenangaben bei Diagnostik/Behandlungsbeginn

Während die Bearbeitungszeit für die Patienten-Selbstauskunft je nach Persönlichkeitsstruktur und Störung 5 Minuten und mehr umfassen kann, wird der mit dem Instrument vertraute Therapeut für diesen Teil der Psy-BaDo in der Regel nicht mehr als 5 Min. brauchen

Die Items 2.1 bis 2.3 können von der Arzthelferin bzw. Sekretärin nach der Anmeldung vorbereitet werden (Aufkleber).

Im Item 2.4 und 2.5 sind die Diagnosen in der Rangfolge der Bedeutung für die Behandlung anzugeben. Die Zeitdauer seit Erstmanifestation soll nur für die erste psychotherapeutische/psychiatrische Diagnose (in Monaten) angegeben werden.

Tabelle 2	
Therapeuten → Diagnostik	
Therapeutenangaben – Diagnostik - Behandlungsbeginn	
2.1	Patientendaten (Wiederaufnahme ja – nein)
2.2	Zuweiser/ Einweiser
2.3	Vermittlung der Behandlung durch (Vorbehandler, Institution etc.)
2.4	Psychotherapeutische/Psychiatrische Diagnosen
2.5	Somato-medizinische Diagnosen
2.6	Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) (Schepank 1995) - für die letzten 7 Tage - für die letzten 12 Monate
2.7	Global Assessment of Functioning Scale (GAF) - für die letzten 7 Tage - max. GAF während des letzten Jahres
2.8	Vorbehandlungen - ambulant - stationär
2.9	Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese (insgesamt) in Stunden

Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) liegt manualisiert vor (Schepank, 1995) und muss durch ein Ratetraining eingeübt werden. Um den Schweregrad von Störungen im Bereich des psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachgebiets zu rationalisieren, setzen schon heute viele Institutionen des BSS ein. Die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) bildet eher die "funktionale Kapazität" des Patienten ab und ist im psychiatrischen Bereich weit verbreitet (Item 2.7).

Obwohl die ambulante wie stationäre Vorbehandlung für die aktuelle Behandlungsplanung wesentlich erscheinen, wurden in den Items 2.8 und 2.9 die Dokumentation von Art und Dauer dieser Vorbehandlungen nur fakultativ eingefügt,

da nach bisherigen Auswertungen die Angaben auch bei sorgfältiger Anamnese seitens der Patienten wenig verlässlich erscheinen.

Therapeutenangaben zu Beginn einer fachpsychotherapeutischen Behandlung

In einer auf Praktikabilität erprobten modifizierten Methodik (Heuft et al., 1995) des Goal Attainment Scaling (GAS) werden nach Installierung des Arbeitsbündnisses bis zu 5 Therapieziele aus Therapeutesicht für diesen Patienten und diese konkret geplante Behandlung formuliert (Tabelle 3). Jedes Therapieziel wird mit bis zu 5 Kriterien präzisiert. Die Inhalte der Therapieziele können mit Hilfe eines offenen Kategoriensystems dreistellig verschlüsselt werden. Zu Therapieende werden die Therapieziele vom Therapeuten auf "Erreichen" eingeschätzt (fünfstufige Skala).

Mit Hilfe einer Itemliste (ErgeDoku B₁ – Therapeut) werden zu Behandlungsbeginn mögliche Befindensstörungen und Problembereiche des Patienten vom Therapeuten daraufhin eingeschätzt, ob durch diese Behandlung bei diesem Patienten in diesen Bereichen Veränderungen angestrebt bzw. erwünscht sind (Item 3.2 in Tabelle 4). Damit erfolgt eine Dokumentation zu Behandlungsbeginn, die eine vergleichende allgemeine Veränderungsdokumentation der Befindensstörungen/Problembereiche des Patienten aus Therapeutesicht zu Therapieende (ErgeDoku B₂-Therapeut) ermöglicht.

Der Therapieoutcome bezogen auf die Medikation (Item 11 des ErgeDoku B₁-Bogens) kann bei Behandlungsende hier dokumentiert werden.

Tabelle 3	
ErgeDoku A	
3.1	Qualitative Erfolgsmessung – Therapieziele (Therapeut)
4.1	Qualitative Erfolgsmessung – Therapieziele (Patient)
Bis zu max. 5 Therapieziele, bezogen auf diese Behandlung Therapieziel: ----- ----- ----- -----	
Bitte formulieren Sie 1- 3 Kriterien (Beispiele), an denen Sie die Zielerreichung überprüfen möchten. ----- ----- ----- -----	
(5-stufiges Rating nach Therapieende)	

Patientenangaben zu Beginn einer fachtherapeutischen Behandlung

Auch der Patient erhält die Möglichkeit, bis zu 5 Therapieziele frei zu formulieren und über bis zu 3 Beispiele vorweg festzulegen, woran er ein Erreichen des Therapieziels festmachen möchte (Item 4.1 in Tabelle 3). Zu Therapieende werden dem Patienten seine Therapieziele erneut vorgelegt mit der Bitte, diese auf "Erreichen" hin einzuschätzen (5-stufige Skala).

Die allgemeine Veränderungsdokumentation zu Behandlungsbeginn (ErgeDoku B₁-Patient) und zu Behandlungsende (ErgeDoku B₂-Patient) liegt für die Patienten mit einer zur Therapeutenversion parallelierten Form vor (vgl. Item 4.2 Tabelle 4), die Vergleiche mit der Therapeuteneinschätzung erlaubt.

Tabelle 4		
ErgeDoku B ₁ (Therapiebeginn)		
3.2	Allgemeine Veränderungsdokumentation (Therapeut)	
4.2	Allgemeine Veränderungsdokumentation (Patient)	
ErgeDoku B ₂ (Therapieende)		
	<u>Items</u>	Rating
9.1	körperliche Befindungsstörung	o deutlich gebessert
9.2	psychische Befindungsstörung	o etwas gebessert
9.3	Selbstwernerleben/Selbstannahme (Pat.) Selbstwernerleben/Selbstakzeptanz/realistische Selbsteinschätzung (Ther.)	<input type="checkbox"/> nicht verändert
		<input type="checkbox"/> etwas verschlechtert
		<input type="checkbox"/> deutlich verschlechtert
9.4	soziale Probleme	o war nicht mein Problem (zusätzlich)
9.5	Veränderung im Verhältnis zu wichtigen Bezugspersonen im privaten Bereich	o nicht zu beurteilen (abweichendes Rating)
		o deutlich verändert
9.6	Veränderung im Verhältnis zu wichtigen Bezugspersonen im beruflichen Bereich	o etwas verändert
		o nicht verändert
9.7	eigenständige Handlungskompetenz/ psychosoziale Fähigkeiten	
9.8	Krankheitsverständnis	
9.9	Zukunftsorientierung	
9.10	Wohlbefinden	
9.11	Medikation bei Aufnahme/Entlassung	
9.12	Arbeitsfähigkeit bei Entlassung	
9.13	abschließende Beurteilung der Behandlung	

Therapeutenangabe bei Behandlungsende

Wie Tabelle 5 ausweist, werden die Items 5.1 bis 5.4 entsprechend den Items 2.4 bis 2.7 zu Behandlungsbeginn angegeben. Das bedeutet, dass die Diagnosen bei

Behandlungsende bzw. Entlassung jetzt "im Lichte der abgelaufenen Behandlung" formuliert werden. Die Einschätzung der Zustandsänderung seit Behandlungsbeginn durch die Clinical Global Impressions (CGI) orientiert sich am DSM-III-R.

Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) wird für die letzten 7 Tage ebenso wie die Global Assessment Functioning Scale (GAF) erneut eingeschätzt. Da die Art der Beendigung einer Behandlung immer wieder im Zusammenhang mit prognostischen Faktoren diskutiert wird (Item 5.5), wird sie ebenso wie die Gesamtdauer der ambulanten oder stationären Behandlung in Wochen (Item 5.6) angegeben.

Neben der Einschätzung der zu Behandlungsbeginn festgelegten Therapieziele durch den Therapeuten und eine Einschätzung der allgemeinen Veränderung von Befindensstörungen/Problembereichen des Patienten durch den Therapeuten werden die empfohlenen weiteren Maßnahmen nach Behandlungsende (Item 5.9) festgehalten.

Während es im ambulanten Bereich eine lückenlose Dokumentation der fachpsychotherapeutischen Leistungen ("Dosis") über die Dokumentation nach EBM (1996) bzw. nach GOÄ (1996) gibt, fehlt diese Dokumentation der "Therapiedosis" in klinischen Einrichtungen noch häufig. Im Sinne einer Dokumentation der Strukturqualität haben die allermeisten stationär arbeitenden Institutionen Therapiepläne bzw. Behandlungskonzepte erarbeitet, aus denen allerdings nicht zweifelsfrei hervorgeht, welche Leistungen der individuelle Patient tatsächlich erhalten hat. Die Psy-BaDo schlägt ein Blatt zur Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) vor, auf dem z.B. über 31 Tage (1 Monat) alle tatsächlich erbrachten Leistungen fortlaufend erfasst werden können (einschl. z.B. Kriseninterventionen in unterschiedlichem zeitlichen Umfang etc.)

Seitens der BfA umfasst die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (BfA-KTL) (Müller-Fahrnow et al., 1993; Meermann, 1995) ausschließlich therapeutische Leistungen im stationären Rahmen, während die KTL der Allgemeinen Hospitalgesellschaft (AHG-KTL) auch psychodiagnostische Leistungen erfasst (1995). Die beiden KTL-Listen können weitere wichtige Anregungen zur Aufstellung einer klinikeigenen KTL geben. Der Bezug der jeweiligen therapeutischen Leistungen zum Behandlungskonzept (→Strukturqualität) muss in einer KTL erkennbar sein, um

einer unsinnigen Mengenausweitung allfälliger “Maßnahmen”, die keinen Bezug zur Fachpsychotherapie erkennen lassen, einen Riegel vorzuschieben.

Tabelle 5	
Therapie → Behandlungsende	
Therapeutenangaben zu Behandlungsende	
5.1 – 5.4	entspricht 2.4 bis 2.7
5.5	Art der Beendigung
5.6	Dauer der Behandlung in Wochen
5.7	entspricht 3.1 (ErgeDoku A-Therapeut)
5.8	entspricht ErgeDoku B ₂ - Therapeut
5.9	empfohlene weitere Maßnahmen nach Behandlungsende

Patientenangaben bei Behandlungsende

Zu Behandlungsende wird der Patient gebeten, die zu Therapiebeginn festgelegten Therapieziele auf der vorgesehenen 5stufigen Skala (ErgeDoku A-Patient) ebenso wie die allgemeine Veränderung von Befindensstörungen/Problembereichen (ErgeDoku B₂) einzuschätzen.

Bereits während der Bearbeitung der Psy-BaDo wurde schon die ICD 10-Klassifikation berücksichtigt.

Psy-BaDo wurde so konstruiert, dass durch alle eingeführtendiagnostischen und therapeutischen Instrumente modulläre Ergänzung möglich ist. Die Struktur der Psy-BaDo wurde so gegliedert, dass die Patienten- bzw. Therapeutenangaben zu Behandlungsbeginn völlig unabhängig davon erhoben werden können, inwieweit die Dokumentation bezogen auf das Therapieende bzw. den Therapieoutcome ebenfalls genutzt wird.

Als einzige Prozessvariable wurde die "Dosis" fachpsychotherapeutischer Interventionen vorgeschlagen – im ambulanten Bereich erhoben über die Abrechnungsziffern, im stationären Bereich über eine Dokumentation entlang der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL).

Die Angaben zu Behandlungsbeginn sind unter Sichtung aller bekannten Basisdokumentationssysteme so ausgewählt, dass nur Items berücksichtigt wurden, die sowohl (in Selbstauskunft) mit hoher Wahrscheinlichkeit valide angegeben werden und mit denen sich auch höchstwahrscheinlich Fragestellungen im Rahmen einer Basisdokumentation verknüpfen.

Die ErgeDoku-A und ErgeDoku-B-Instrumente sind für die Patienten- und Therapeutenseite in einer umfangreichen Praktikabilitätsstudie (Heuft et al., 1995) erprobt und seither von praktisch allen beteiligten Einrichtungen in die Routine übernommen worden. Die Erfolgseinschätzung zeigte sowohl aus Patienten- sowie aus Therapeutensicht mit Hilfe der bis max. 5 zu Behandlungsbeginn festgelegten Therapieziele (ErgeDoku-A-Bogen) und der Problem- und Störungsbereiche (ErgeDoku-B-Bogen) ein differenziertes Bild.

Vor allem scheinen die Instrumente unter der Zielvorstellung einer indikationsbezogenen Outcomemessung empfehlenswert und in der Praxis eine sinnvolle Alternative bzw. Ergänzung zu psychometrischen Testverfahren zu sein.

Abstract zur Promotionsarbeit

Patienten einer psychosomatisch/psychotherapeutischen Poliklinik. Studien zur Geschlechtsspezifität von Störungsformen und Inanspruchnahme.

von Marcin Michalik

Über Beschwerden, Krankheiten und Persönlichkeitsmerkmale psychogen erkrankter Patienten, die von konkreten Therapieangeboten noch nicht erreicht wurden und die gerade ihre ersten Schritte in Richtung auf Realisierung einer Psychotherapie hin unternehmen ist bislang wenig bekannt. Solche Patienten werden häufig in Polikliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie gesehen. Die Strukturanalyse des Klientels einer solchen Institution erlaubt vorsichtige Rückschlüsse auf die Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung, auch wenn aufgrund der Untersuchung dieser Inanspruchnahmepopulation nur begrenzte Aussagen über den wahren Versorgungsbedarf gemacht werden können.

Die vorliegende Analyse der Klientel der psychotherapeutisch-psychosomatischen Poliklinik der Universität Düsseldorf zeigt, dass es sich im Mittel um eindeutig als krank einzustufende Patienten handelt, wobei ein hoher Anteil persönlichkeitsgestörter Patienten augenfällig ist. Die Beschwerden, die Patienten veranlassen, sich in einer psychotherapeutischen Poliklinik vorzustellen, sind zu mehr als zwei Dritteln erheblich chronifiziert, was wir als einen Ausdruck der weiterhin bestehenden Defizite in der Versorgung psychogen erkrankter Patienten bewerten.

Die interpersonellen Schwierigkeiten zentrieren sich in der Gesamtstichprobe der poliklinischen Patienten um Verhaltens- und Erlebensweisen des zu ausnutzbar, zu unterwürfig und zu fürsorglich seins, also um Aspekte von Abhängigkeit und mangelnder Selbstsicherheit. Diese Verhaltens- und Erlebensweisen sind besonders deutlich bei den Patientinnen ausgeprägt, die sich in dieser Hinsicht signifikant von der männlichen Teilpopulation unterscheiden.

In der vorgelegten Promotionsarbeit wird auch Geschichte und Organisationsstruktur der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vorgestellt.

Lebenslauf

Ich wurde am 08.09.1968 in Siemianowice (Polen) geboren. Nach der Grundschulzeit in Katowice besuchte ich dort vom Herbst 1983 bis zum Abitur 1987 das Gymnasium.

Vom Wintersemester 1987/88 bis zum Ärztlichen Diplom im Sommer 1993 studierte ich an der Schlesischen Medizinischen Akademie in Katowice.

Nach meiner AiP Zeit reiste ich nach Deutschland aus. Hier bin ich seit 1994 als Assistenzarzt in geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung tätig. Seit 1999 bin ich Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Ich bin verheiratet und wir haben zwei Kinder.