

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

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

Prognosefaktoren in der stationären Psychotherapie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der

Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich- Heine- Universität

Düsseldorf

vorgelegt von

Henning Bünger

2004

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

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

Dekan

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

Korreferent: Priv. Doz. Dr. Wöller

Ich möchte Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress für die freundliche Überlassung des
Themas für diese Arbeit und Herrn Dr. Norbert Hartkamp und Herrn Priv.-Doz. Dr.
Norbert Schmidt ganz herzlich für die engagierte Betreuung dieser Promotion danken.

Meinen Eltern Elke und Klaus Bunger.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
1. Einleitung	6
2. Theoretischer Teil.....	7
2.1. Versorgungsfeld stationäre Psychotherapie.....	7
2.2. Quantifizierung von Behandlungserfolg in der Psychotherapie.....	11
2.3. Prognose von Behandlungserfolg in der stationären Psychotherapie.....	15
2.3.1. Interpersonelle Probleme als Prädiktoren für Behandlungserfolg.....	16
3. Methode.....	19
3.1. Fragestellung	19
3.2. Untersuchungsdesign.....	24
3.2.1. Stichprobe und Setting	24
3.2.2. Instrumente	30
3.3. Beurteilung von Behandlungserfolg.....	44
3.3.1. Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz	44
4. Ergebnisse.....	51
4.1. Übereinstimmung zwischen Patienten- und Expertenbeurteilung des Behandlungserfolges nach Therapie.....	51
4.2. Veränderungen im Bereich der Interpersonellen Probleme und der Symptome im Verlauf der Behandlung.....	54
4.3. Prädiktion von Behandlungserfolg mit Hilfe des Inventars Interpersoneller Probleme.....	55
4.4. Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg	63
4.5. Prognostischer Wert der vier- Wochen Untersuchung	67
für den Behandlungserfolg	67
5. Diskussion	69
5.1. Zur Übereinstimmung zwischen Patienten- und Expertenbeurteilung des Behandlungserfolges nach Therapie.....	69
5.2. Zu den Veränderungen im Bereich der interpersonellen Probleme	70
und der Symptome im Verlauf der Behandlung.....	70
5.3. Zur Prädiktion von Behandlungserfolg	72
mit Hilfe des Inventars Interpersoneller Probleme.....	72
5.4. Zum Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg.....	75
5.5. Zum prognostischen Wert der vier- Wochen Untersuchung	80
für den Behandlungserfolg	80
6. Literatur	83
7. Lebenslauf	92
8. Zusammenfassung	94

1. Einleitung

Die stationäre psychosomatische Psychotherapie ist in Deutschland in einer weltweit einmaligen Stellung, denn hier gibt es eine größere Anzahl stationärer Behandlungsplätze als in allen anderen Ländern der Welt zusammen. Für die Erforschung von Psychotherapie im stationären Setting bestehen jedoch noch große Defizite. Im Gegensatz dazu sind ambulante Behandlungen bereits sehr gründlich untersucht und die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie in über 500 Studien belegt worden (s. Smith et al., 1980; Shapiro & Shapiro, 1982; Lipsey & Wilson, 1993).

Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag leisten, dieses Forschungsdefizit für den stationären Bereich zu reduzieren. Insbesondere werden Faktoren gesucht, mit denen die Prognose des einzelnen Patienten für die geplante Behandlung möglichst genau vorherzusagen ist. Hier hat sich bereits in früheren Studien der mögliche prognostische Nutzen interpersoneller Probleme, denen auch in dieser Arbeit ein Hauptaugenmerk gilt, herausgestellt. Die Stichprobe bilden 192 Patienten, die im Zeitraum zwischen 1996 und 1999 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine- Universität Düsseldorf behandelt worden sind.

Ziel der Arbeit ist es, Indikatoren zu finden, mit denen eine möglichst gute Therapieprognose und damit eine differenzierte Indikationsstellung möglich ist. Dieses Ziel erscheint umso wichtiger, wenn man die Ergebnisse dieser und anderer Untersuchungen betrachtet: Viele Patienten profitieren deutlich von der Behandlung, jedoch kann bei einer Reihe von Patienten keine Veränderung erzielt werden, oder es kommt sogar zu einer Verschlechterung. Somit ist eine differenzierte Indikationsstellung wichtig, um die beste Therapieform und –dosis für den jeweiligen Patienten zu finden und andererseits den Patienten vor Schaden durch eine Behandlung, die nicht seinen Erfordernissen entspricht, zu bewahren. Gleichzeitig werden Indikatoren gesucht, anhand derer der Thera-

peut in einer bereits laufenden Behandlung schon nach wenigen Wochen feststellen kann, ob mit der ausgewählten Therapie der richtige Weg eingeschlagen wurde, oder Therapieform und -dosis verändert werden müssen.

Nicht zuletzt ist die Notwendigkeit, vorhandene Therapieressourcen möglichst effizient zu nutzen, angesichts der begrenzten Mittel im Gesundheitswesen, auch und gerade jetzt von besonderer Aktualität.

2. Theoretischer Teil

2.1. Versorgungsfeld stationäre Psychotherapie

Die stationäre Psychotherapie hat sich in einer insgesamt etwa 70-jährigen Geschichte nach und nach zu ihrer heutigen Gestalt als eigenständige Behandlungsform entwickelt. Die theoretischen und methodischen Grundlagen finden sich zum einen in der Psychoanalyse Sigmund Freuds und zum anderen in der auf v. Weizsäcker und Mitscherlich zurückgehenden Tradition der internistischen Psychosomatik.

Obwohl Freud selbst von der Hirnforschung seiner Zeit beeinflusst war (Sulloway, 1979) ellte die von ihm begründete psychoanalytische Psychologie das erlebende Subjekt (Pohlen & Bautz-Holz Herr, 1989), die Wirkung von Beziehungen (Stolorow, 1993) und das Unbewusste (Langs et al., 1993) in den Vordergrund und legte schließlich den Grundstein für die wissenschaftliche Anerkennung dieser Größen als mögliche Krankheitsverursacher. Diese Erkenntnis stellt ein fundamentales Element für alle Formen von Psychotherapie dar, welche vom Patienten im Rahmen der therapeutischen Arbeitsbeziehung die Entwicklung einer Bindung, problemlösender Einstellungen und Problemlösungsbereitschaft erfordert. Dieses Prinzip, aus dem sich entsprechende Be-

handlungsstrategien der Psychotherapie ergeben, unterscheidet sich grundsätzlich vom psychiatrischen und naturwissenschaftlichen Ansatz anderer Disziplinen (Gabbard, 1992). Daraus erklärt sich, dass die Annahme und Integration dieses psychoanalytisch begründeten Konzepts und der stationären Psychotherapie als entsprechende spezielle Behandlungsform, durch die Psychiatrie nicht erfolgte. Vielmehr wurden diese Grundsätze, besonders in Deutschland, durch die Psychosomatik aufgegriffen und etabliert. Daraus wuchs die enge Verbindung der Psychotherapie mit der Psychosomatik und Behandlung von psychosomatischen Störungen.

Erste Ansätze einer stationären Umsetzung des psychoanalytischen Behandlungskonzepts fanden sich in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts mit dem von Simmel begründeten Psychoanalytischen Sanatorium Schloss Tegel in Berlin (Hermanns & Schultz, 1990). Simmel erkannte schon einen Vorteil der stationären im Vergleich zur ambulanten Behandlung: Durch den stationären Rahmen und das anwesende therapeutische Team wird eine Darstellung der Probleme des Patienten, die sich vielfach im Umgang mit anderen Menschen oder in der Gruppe offenbaren, erst möglich (Schultz-Venrath, 1996).

Simmels Einrichtung konnte sich jedoch im politisch-historischen Rahmen seiner Zeit nicht durchsetzen, das Sanatorium musste geschlossen werden.

Das Konzept Simmels, der nach Amerika emigrierte sowie anderer Analytiker, fand einen neuen Rahmen unter anderem in der Menninger- Klinik in Amerika. Hier entwickelte sich das Modell der Psychoanalyse im stationären Setting. Die stationären Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf den therapeutischen Prozess wurden hier jedoch noch nicht stärker berücksichtigt und nicht als bewusste und beabsichtigte Größe in das Gesamtkonzept integriert. Dieser Ansatz ist mit der Zeit durch einen eher gruppentherapeutischen Ansatz abgelöst worden.

Der bis dahin gescheiterte Versuch der Etablierung eines psychoanalytischen Sanatoriums, erfuhr nach dem zweiten Weltkrieg neue Impulse und Anstöße in eine andere Richtung. Die vielen psychisch Traumatisierten des Krieges erforderten eine intensive Behandlung. Dabei erwies sich die Therapie in Gruppen als aussichtsreiche Methode gegen die Psychoneurosen der Kriegsveteranen. Die damaligen Vorreiter dieser Behandlungsform Main, Foulkes und Bion forderten die Organisation des gesamten Krankenhauses als therapeutische Gemeinschaft. Der Begriff der „therapeutic community“ oder „Therapeutischen Gemeinschaft“ war geprägt. In dem realistischen Bezugsrahmen der Klinik konnten soziale Erfordernisse und Situationen unter therapeutischer Betreuung tagtäglich erprobt und trainiert und an einer zunehmenden Ich-Stärkung gearbeitet werden. Dieses Prinzip ist zu einer wesentlichen Grundlage stationärer Psychotherapie geworden.

Eine weitere Quelle der heutigen stationären Psychotherapie und der psychosomatischen Medizin liegt in dem ganzheitlichen Behandlungskonzept, welches die Medizin einiger internistischer Abteilungen prägte. Eine wichtige Rolle spielte die anthropologische Medizin Victor von Weizsäckers. In der Folgezeit wurden eigene Stationen eingerichtet, auf denen, vor einem internistischen Hintergrund, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungskonzepte zur Anwendung kamen.

Das Konzept dieser Stationen erfuhr schließlich eine zunehmende Kombination mit stationärer Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Richtung. Es entstand ein Behandlungsraum für Neurosen und psychosomatische Krankheiten unter Integration der reinen Psychotherapie und des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft.

Zunächst war die Idee vorherrschend, dass stationäre Psychotherapie gleich Psychotherapie in der Station ist, woraus sich eine theoretische Trennung von Real- (außerhalb der Klinik) und Therapieraum ergab. Dieses Konzept von der Polarität des Therapieraums

gegenüber dem Realraum erlangte besonders in Tiefenbrunn große Bedeutung (Zauner, 1972, 1978; Heigl & Nerenz, 1975; Heigl-Evers et al., 1986). Diese Idee wich aber zunehmend der Erkenntnis, dass Patienten diese zwei Räume nicht wirklich unterscheiden, sondern alles Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen ist. In den letzten 10 Jahren haben sich daher integrative Modelle durchgesetzt, die das Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen und die Gruppenwechselwirkungen berücksichtigen. In der stationären Psychotherapie kommen heute verschiedene Methoden zur praktischen Anwendung. Hierzu gehören die analytische Gruppen- und Einzeltherapie als einsichtsorientierte Verfahren. Formen der erlebnistherapeutischen Verfahren sind die Musik-, Bewegungs-, Gestalt-, Kunst- und Tanztherapie. Als Entspannungsverfahren kommen das Autogene Training nach Schulz und die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson zum Einsatz. Weitere Behandlungsangebote sind übende Verfahren wie das soziale Kompetenztraining, sozialtherapeutische Gruppen und zunehmend Verhaltenstherapie im Einzelsetting.

Die Einrichtungen, in denen stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt, sind verschieden. Zu ihnen gehören unter anderem größere Fachkliniken für Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatische Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie) meist mit überregionalem und spezialisiertem Versorgungsauftrag, Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik, Psychotherapie) an Allgemeinkrankenhäusern, Abteilungen für Psychotherapie an psychiatrischen Fachkliniken mit dem Versorgungsauftrag der Behandlung von neurotischen und persönlichkeitsgestörten Patienten und Fachkliniken für psychosomatische Rehabilitation.

Das so gewachsene, spezielle Versorgungssystem der stationären Psychotherapie hat sich in Deutschland unter günstigen historischen und sozioökonomischen Umständen als einmalig und in der Welt führend entwickelt (s. Meyer et al., 1991). Quantifizierende Angaben zur Zahl der Behandlungsplätze divergieren, da eine entsprechende exakte

Definition solcher Plätze bisher fehlt. Dennoch lässt sich feststellen, dass die Zahl der Plätze für stationäre Psychotherapie in Deutschland größer ist, als in der übrigen Welt zusammen. Beim Stand von 1995 gab es in der „Psychosomatik und Psychotherapie“ 61 Abteilungen der Krankenhausversorgung mit 2.632 Betten (siehe: Fachabteilungsstatistik des statistischen Bundesamtes, vgl. auch Janssen et al., 1999). Der Schwerpunkt liegt im Bereich der Rehabilitation, welcher durch die Rentenversicherung abgedeckt wird. Dies führt bei kritischer Betrachtung dazu, dass eine Intervention häufig zu spät erfolgt. Durch Erhöhung der Bettenzahl im Akutbereich könnte dem in Zukunft entgegen gewirkt werden.

2.2. Quantifizierung von Behandlungserfolg in der Psychotherapie

Die Quantifizierung von Behandlungserfolg hat in der Psychotherapie, wie in anderen medizinischen Disziplinen auch, wichtige Funktion bei der Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Therapieformen. Bei den durch Psychotherapie zu behandelnden Krankheiten, ihrer Diagnostik, Verlaufskontrolle und Messung des Behandlungserfolgs ergeben sich Besonderheiten, die gerade in diesem Bereich sensitive Messinstrumente erfordern. Diese Besonderheiten bestehen zum einen in der hohen inter- und intraindividuellen Variabilität, mit der psychogene Erkrankungen verlaufen (Franz et al., 1994). Beispielsweise können bei einem Patienten mit der Erstdiagnose einer Angststörung binnen einiger Monate durch zunehmenden sozialen Rückzug die Symptome einer Depression in den Vordergrund rücken. Tritt in der Folge noch eine Abhängigkeitsproblematik auf, wäre der Beschwerdefokus ein weiteres Mal verlagert. Die in anderen Bereichen der Medizin unproblematischen diagnostischen Kategoriensysteme, wie die ICD, die eine qualitativ betonte Einschätzung erlaubt, besteht für psychogene Erkran-

kungen mit häufigem Diagnosenwechsel das Problem eines Kompatibilitätsdefizits (s. Franz et al., 1997). Eine weitere Besonderheit bieten die verschiedenen Manifestationsebenen psychogener Erkrankungen. Im zeitlichen Verlauf schwankt häufig die Betonung der Beschwerden im psychischen, körperlichen oder sozialkommunikativen Bereich. Schließlich ergibt sich eine dritte Besonderheit in der Erfassung psychogener Erkrankungen durch verschiedene Bewertung von Symptomen seitens des Patienten und Therapeuten. Ist die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung bei rein somatischen Krankheiten meist gering, kann die psychische Erkrankung nicht zuletzt auch das Wahrnehmungs- und Beurteilungsvermögen der eigenen Erkrankung beeinflussen. Häufig erkennen Patienten gerade im sozialkommunikativen Bereich angesiedelte Probleme nicht als von ihnen selbst ausgehend. Nach Franz et al. (1997, S. 10) verstehen diese Patienten eigene Handlungsschemata wie beispielsweise ein destruktives Konfliktlösungsverhalten als notwendige Defensivreaktion.

Die beschriebenen Besonderheiten in der Diagnose und Messung von psychogenen Erkrankungen, erfordern daher neben einem diagnostischen Kategoriensystem, wie der ICD, auch quantitative Messinstrumente, welche die Ausprägungsstärke von Symptomen und ihre zeitliche Prävalenz und Variabilität wiedergeben. Hier haben sich eine Reihe von Instrumenten bewährt. Zu ihnen gehören die Symptom-Check-List-90-R (SCL, Derogatis, 1986), das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP, Horowitz et al., 1988) und der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) nach Schepank (1995). Diese Instrumente werden im experimentellen Teil ausführlich erläutert und daher hier nur kurz beschrieben.

Die SCL dient vor allem der Messung von psychischen (weniger körperlichen) Symptomen. Diese werden durch 90 Items abgefragt, von denen 83 auf neun Skalen zusammengefasst sind. Dies sind z.B. „Ängstlichkeit“, „Zwanghaftigkeit“ oder „Psychotizis-

mus“. Die Zusatzfragen erfassen weitere Probleme wie z.B. Schlaf- und Appetitstörungen.

Ein Vorteil der SCL ist die Erfassung der Symptome in einem Zeitraum und nicht nur zu einem einzigen Zeitpunkt. Gefragt wird nach den Beschwerden der jeweils letzten sieben Tage. Damit gehen die zeitlich relativ konstante Persönlichkeit und die stärkeren Schwankungen unterworfenen Befindlichkeit in die Messung ein. Durch ihre leichte Anwendung – das Ausfüllen dauert 10-15 Minuten – ermöglicht die SCL Messwiederholungen, die Auswertung ist mittlerweile PC-gestützt möglich und erfordert ca. fünf Minuten. Die Ergebnisse lassen sich zu drei globalen Kennwerten aggregieren. Einer davon ist der „Global Severity Index“ (GSI), der die grundsätzliche psychische Belastung wiedergibt und häufig als Indikator für die bestehende Beschwerdenstärke herangezogen wird.

Das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) ist ein Selbsteinschätzungsinstrument, welches, aus dem angloamerikanischen Sprachraum kommend, mittlerweile auch als deutsche Version vorliegt (IIP-D, Horowitz et al., 1994). 127 Items fragen typische interpersonelle Probleme ab.

Die Patienten können auf einer Skala angeben, wie stark sie unter verschiedenen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen leiden. Beispiele für die vorgegebenen Items sind: „Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch“, „Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen“, „Es fällt mir schwer, mich gegenüber jemand anderem zu behaupten“. Die abgefragten Schwierigkeiten lassen sich unter Bezugnahme auf ein zirkumplexes Persönlichkeitsmodell (Alden et al., 1990) acht Subskalen zuordnen. Die Subskalen fassen verschiedene Persönlichkeitsaspekte zusammen. Beispiele sind die Subskala „zu autokratisch/ dominant“, „zu introvertiert/ sozial vermeidend“. Die graphische Darstellung der Selbsteinschätzung des Patienten in diesem Oktanten führt zu einem individuellen Profil, welches Schwerpunkte der interpersonellen Schwierigkeiten

anschaulich markiert. Die Bildung eines IIP- Gesamtwertes ermöglicht einen Überblick über die globale Symptombelastung eines Patienten im interpersonellen Bereich. Die Anwendung des IIP ist unproblematisch, die Auswertung inzwischen auch am PC möglich (Hartkamp, 1996).

Anders als die beiden zuvor beschriebenen Instrumente, dient der Beeinträchtigungsschwerescore nach Schepank (1995) der Einschätzung durch den Therapeuten. Dieser kann die Schwere der durch psychogene Symptome bedingten Beeinträchtigung des Patienten auf drei Skalen angeben. Es sind dies, entsprechend der Manifestationsebenen psychogener Erkrankungen, eine Skala für somatische, psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigung. Die Skalen ermöglichen ein Rating zwischen „keine Beeinträchtigung“ (0) und „Extrembeeinträchtigung“ (4). Ein Vergleich der drei Skalen zeigt den Schwerpunkt der Problematik des jeweiligen Patienten im Bereich der klinischen Manifestationsebenen. Der anschließend gebildete BSS- Gesamtscore gibt die globale psychogene Beeinträchtigungsschwere des Patienten wieder. Dem Ausfüllen der Skalen geht ein ausführliches klinisch-psychosomatisches Interview durch einen erfahrenen Diagnostiker voran. Dabei ist der Einsatz des BSS aufgrund seiner deskriptiv-phänomenologischen Form unabhängig von der individuellen Ausrichtung des Diagnostikers, wie z.B. tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch. Durch Erfassung aller klinischen Manifestationsebenen psychogener Erkrankungen ermöglicht der BSS eine kontinuierliche Erfassung auch bei Symptomwandel oder Wechsel der diagnostischen Kategorie. Daher eignet sich dieses, wie die anderen vorgestellten Instrumente, auch zur Quantifizierung von Behandlungserfolg durch Psychotherapie.

2.3. Prognose von Behandlungserfolg in der stationären Psychotherapie

Wirkt Psychotherapie ?- Diese Frage beschäftigt die Forschung schon seit über 40 Jahren (Eysenck, 1952, 1993) und ist Gegenstand zahlreicher empirischer Untersuchungen. Howard et al. (1994) sprechen davon, dass „Psychotherapie als eine der best dokumentierten Interventionen in der Geschichte erscheint“.

Die Ergebnisse von über 500 Studien belegen die Wirksamkeit von Psychotherapie (s. Smith et al., 1980; Shapiro & Shapiro, 1982; Lipsey & Wilson, 1993).

Ist die generelle Wirksamkeit heute vielfach empirisch belegt, stellt sich nun die Frage, welche der vielen Therapiemöglichkeiten bei welcher Erkrankung am besten geeignet ist und bei der Heilung des jeweiligen Patienten den größten Erfolg verspricht. Die Outcome-Forschung als wichtiger Bestandteil der Psychotherapieforschung hat versucht, darauf Antworten zu geben. Allein in den letzten 5 Jahren gab es über 800 Arbeiten zu diesem Thema. Untersucht wurden zumeist ambulant durchgeführte Psychotherapien, wohingegen stationäre Interventionen bisher nur wenig erforscht sind. Betrachtet man die Ergebnisse nach stationärer Psychotherapie, so finden sich viele Patienten, die aus der Behandlung als gebessert oder „geheilt“ gehen. Es finden sich aber auch eine Reihe von Patienten, deren Leidensdruck sich durch die Therapie nicht gebessert, oder sogar zugenommen hat. Hier wird die Notwendigkeit guter Prognosemodelle deutlich und ihr möglicher Nutzen für die Praxis sichtbar: Patienten könnten durch genauere Indikationsstellung der für sie besten Therapie zugeführt werden und die Wahrscheinlichkeit eines Therapiemisserfolges reduziert werden. Eckert (1996) betont in diesem Zusammenhang, dass die Indikationsstellung, unter Einbezug der Prognose, Patienten davor bewahren soll, Schaden zu nehmen.

Mittels guter Prognosemodelle ließen sich nicht nur genauere Indikationen vor Beginn einer Therapie stellen, sondern auch während einer Behandlung Patienten identifizieren,

die ein verändertes Therapieschema oder eine andere Therapiedosis brauchen. Hier sei das Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie von Robert J. Lueger (1995) genannt. Es beschreibt die sequentielle Abfolge dreier Behandlungsphasen, die ein Patient während einer Therapie nacheinander und aufeinander aufbauend durchlaufen muss, damit sich sein Zustand insgesamt verbessern kann. Die Phasen werden wie folgt bezeichnet:

1. Phase der Remoralisation, in der zunächst eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens des Patienten erreicht werden soll.
2. Phase der Remediation. In diesem Abschnitt der Therapie wird eine Reduzierung der Symptome angestrebt und versucht, aktuelle Lebensprobleme zu lösen.
3. Phase der Rehabilitation, in der schließlich ein erstrebenswertes Funktionsniveau in verschiedenen Lebensbereichen entwickelt werden soll.

Mit Hilfe von Prognosemodellen könnten Phasen eines therapeutischen Prozesses, wie sie beispielsweise Lueger beschreibt, genauer verfolgt und entsprechend die weitere Therapie dem individuellen Stand des Patienten angepasst werden.

2.3.1. Interpersonelle Probleme als Prädiktoren für Behandlungserfolg

Interpersonelle Probleme werden von Psychotherapiepatienten häufig als zentraler Punkt ihrer psychischen Belastung geschildert. Dies macht sie zu einer wichtigen Veränderungsgröße psychotherapeutischer Behandlung. Gleichzeitig ist der interpersonelle Stil eines Patienten entscheidend für die therapeutische Beziehungsaufnahme und somit entscheidender Faktor für den Verlauf und Ausgang einer Therapie.

Horowitz et al. (1988) waren die ersten, die zeigen konnten, dass interpersonelle Probleme, wie sie durch das Inventar Interpersoneller Probleme erfasst werden, große Be-

deutung bei der Vorhersage von Behandlungserfolg durch Psychotherapie haben (s. auch Horowitz, Rosenberg und Bartholomew, 1993).

Bestimmte interpersonelle Probleme können ihnen zufolge mit bestimmten Therapieansätzen besser behandelt werden, als mit anderen. Neben der Ausprägungsstärke interpersoneller Probleme hat offenbar auch ihre Lage innerhalb des interpersonellen Bereiches große Bedeutung: Am wenigsten Behandlungserfolg versprechen Probleme, die sich mit den Begriffen „Kälte“, „Dominanz“ und „Rachsüchtigkeit“ beschreiben lassen. Probleme, wie z.B. zu große Ausnutzbarkeit sind dagegen meistens erfolgreicher behandelbar.

Horowitz et al.(1988) untersuchten den Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg und der Ausprägung interpersoneller und nicht-interpersoneller Probleme, welche sich beispielsweise durch die SCL-90-R (Derogatis, Lippman, Covi, 1973) erfassen lassen. Dabei zeigte sich, dass Patienten mit mehr interpersonellen Problemen von psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie stärker profitieren konnten, als Patienten, die über mehr nicht-interpersonelle Probleme klagten.

Mittlerweile haben einige Autoren versucht, Behandlungserfolg in der Psychotherapie mit Hilfe des Inventars Interpersoneller Probleme zu prognostizieren. Erwähnenswert ist die Studie von Mohr et al. (1990), wonach sich interpersonelle Probleme als wertvolle Faktoren darstellen, um Patienten zu differenzieren, die eine Gruppentherapie durchlaufen und verschieden stark davon profitieren. Nach Grawe (1992) sollte das gebräuchliche Klassifikationssystem, welches an die psychopathologischen Symptome gebunden ist, sich aber als mehr oder weniger unbrauchbar zur Prognose des Behandlungserfolges erwiesen hat, durch eine Definition der Probleme durch interpersonelle Termini ersetzt werden.

Davies-Osterkamp, Strauss und Schmitz untersuchten in ihrem Multicenterforschungsprojekt mit Strauss (Kiel) und Eckert (Hamburg) den prognostischen Wert interperso-

neller Probleme für den Behandlungserfolg bei stationärer Psychotherapie (Davies-Osterkamp, Strauss, Schmitz, 1996). Sie benutzten die deutsche Version des IIP (IIP-D).

Die größten initialen Unterschiede bei den abgefragten interpersonellen Problemen der untersuchten Patienten fanden sich in den IIP- Subskalen HI (zu selbstunsicher), BC (zu streitsüchtig) und FG (zu introvertiert). Bezogen auf die Veränderungsgruppen der Patienten nach Therapie, hatten die „verbesserten“ und „geheilten“ Patienten auch die höchsten Werte auf diesen drei Skalen.

Davies-Osterkamp, Strauss und Schmitz interpretieren die größeren Therapieerfolge bei Patienten mit stärkerem Bewusstsein für interpersonelle Probleme folgendermaßen: Diese Patienten reagieren sensibel in Bereichen, die für psychoanalytische Psychotherapie fundamental ist.

Auch die Ergebnisse der Berner vergleichenden Psychotherapiestudie (siehe Grawe, Caspar, Ambühl, 1990) weisen in diese Richtung. Die Autoren untersuchten unter anderem den Zusammenhang von Charaktereigenschaften vor Therapie und dem Behandlungserfolg unterschiedlicher Therapieformen (Interaktionelle Therapie, individuelle und Gruppentherapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Therapie).

Die interpersonellen Charaktereigenschaften, erhoben auf dem Impact Message Inventory (IMI; Kiesler, Anchin, Perkins, Chirico, Kyle, Federmann, 1976) erwiesen sich als wichtige und genaue Prädiktoren für Behandlungserfolg bei verschiedenen Therapieformen. So zeigte sich beispielsweise, dass Patienten, die eher gesellig, freundlich und fürsorglich waren, am meisten von klientenzentrierten Verfahren profitierten.

Die Autoren der Berner vergleichenden Psychotherapiestudie gingen insbesondere der Frage nach, ob Patienten, die sich ihrer interpersonellen Probleme vor Therapiebeginn

stärker bewusst sind, bessere Aussichten auf Erfolg durch stationäre Psychotherapie haben.

Diese Annahme konnte grundsätzlich bestätigt werden. Es stellte sich heraus, dass Patienten, die nach der Therapie als „geheilt“ oder „gebessert“ galten, zuvor die stärksten interpersonellen Probleme angegeben hatten. Dies steht in deutlichem Kontrast zu den „verschlechterten“ Patienten, die ihre interpersonellen Probleme vor Therapie deutlich geringer einschätzten.

Die größte Beziehung zwischen Werten im Impact Message Inventory und Behandlungserfolg mit „Breitspektrum“- Verhaltenstherapie bestand für den Bereich Unterwürfigkeit/ Freundlichkeit des Interpersonellen Modells.

Die Autoren der Berner-Studie kamen zu einem weiteren interessanten Ergebnis: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen hohen Werten in den Bereichen Dominanz, Selbstsicherheit und Leidenschaftlichkeit auf dem IMI und positiven Ergebnissen nach interaktionaler Gruppentherapie. Dies bestätigt die Hypothese von Horowitz et al. (1993).

3. Methode

3.1. Fragestellung

Diese Arbeit will einen Beitrag leisten zur Verringerung der bisher weiten Diskrepanz zwischen klinischer Praxis und Psychotherapieforschung (Tress 1988, 1989).

Zunehmend gewinnt die empirische Forschung Bedeutung bei der Erklärung bestimmter Zusammenhänge und Wirkungsweisen in der Psychotherapie. Natürlich besteht gerade im Psychotherapeutischen Bereich ein hohes Maß an individuellen Methoden und Inter-

aktionen des Therapeuten; es existieren weniger enge Behandlungsmaßstäbe als in anderen Feldern der Medizin. In der Psychotherapie und Psychosomatik erscheinen Vorgänge und Wirkungsweisen häufig schwerer greifbar. Viele, den Patienten, die Krankheit und den therapeutischen Prozess beeinflussende Größen, wie etwa das umfangreiche Übertragungs-/ Gegenübertragungsgeschehen im stationären Setting, werden erst nach und nach verstanden und einbezogen. Gerade deshalb sollte nach Ansicht des Autors die empirische Forschung in diesem Bereich weiter vorangebracht werden und die praktische Umsetzung der Ergebnisse eine differentielle Indikationsstellung für die jeweils best-geeignete Therapie ermöglichen.

Dabei geht es nicht nur im Positiven um die beste Behandlungsform für einen bestimmten Patienten, sondern auch darum, den Patienten vor einem möglichen Schaden zu bewahren. Dies ist wichtig, wenn man sich verdeutlicht, dass Therapie auch meist Konfrontation und Wiedererleben von Schmerzhaftem, Traumatisierendem, beinhaltet. Eine erfolglose Therapie kann auch zu einer Verschlechterung des Zustands des Patienten führen, beispielsweise im Sinne einer Retraumatisierung, wieder versagt zu haben, oder als Chronifizierungsschub. Eckert (1996) sagt in diesem Zusammenhang, dass eine Indikationsstellung unter Prognoseeinschluss insbesondere dazu dienen soll, den Patienten vor einem Schaden durch die Therapie zu bewahren, oder eine bereits begonnene Therapie gegebenenfalls abubrechen.

Schließlich hat die „Qualitätssicherung“ im Rahmen der heutigen, finanziell schwierigen Situation des Gesundheitssystems in Deutschland an Bedeutung gewonnen und schnell keimt der Gedanke an Sparzwang und Leistungskürzungen auf, wenn dieses Wort fällt.

Umso wichtiger erscheint ein möglichst effektiver Einsatz der vorhandenen Ressourcen und eine gründliche Indikationsstellung und Prognose für den einzelnen Patienten.

Wie bereits erwähnt, sind die meisten der vorliegenden Arbeiten zur Psychotherapie-Outcome Forschung auf den ambulanten Sektor beschränkt. Dies gilt sowohl für Deutschland als auch international.

Auch insgesamt bestehen Defizite in der Erforschung stationärer Psychotherapie und gruppenpsychotherapeutischer Methoden.

Oft scheiterten die Versuche weitestgehend, Behandlungserfolg von Psychotherapie vorherzusagen. Prädiktoren im Sinne von Persönlichkeitsmerkmalen, mittels derer sich der therapeutische Nutzen einer Behandlung vorhersagen lässt, konnten nicht gefunden werden.

Große Schwierigkeiten bestanden bisher bei der Erfassung und Quantifizierung Interpersoneller Probleme. Durch nunmehr vorhandene Messinstrumente entstand die Chance zu einem neuen Ansatz, Interpersonelle Probleme in die Psychotherapieforschung einzubeziehen. Bedeutendstes Instrument stellt wohl das Inventar Interpersoneller Probleme (Horowitz et al.,1989) dar. In den letzten Jahren beschäftigten sich verschiedene Arbeiten mit der Suche nach Prädiktoren für Behandlungserfolg mittels Interpersoneller Probleme.

Deutliche Hinweise auf den starken Einfluss Interpersoneller Probleme für den Behandlungserfolg lieferten unter anderem die Untersuchungen von Horowitz et al.(1993) und Capreol & Alden (1993).

In diesem Zusammenhang soll auch die „Mainzer Werkstatt zur empirischen Forschung in der stationären Psychotherapie“, begründet von Hoffmann und Bassler (Bassler, Hoffmann 1994), genannt werden, in deren Rahmen sich eine Vielzahl von Autoren unter Einbeziehung mehrerer psychosomatischer Kliniken mit der Frage der Effekte von stationärer Psychotherapie beschäftigt.

Die Suche nach einem einfachen Maß zur Beurteilung des erwarteten Behandlungserfolges wurde u.a. von Horowitz et al. (1988) vorangetrieben. Sie konnten in ihrer Unter-

suchung die Hypothese bestätigen, dass Patienten, die vor Therapiebeginn ihre Probleme mehr im interpersonellen als im Bereich von psychischen und/ oder psychosomatischen Symptomen sahen, eher von einer Psychotherapie profitieren. Als Maß für das Verhältnis von inter- zu impersonalen Problemen, benutzten sie den Prognose- Index „I-SOM“ bzw. I- S“. Dieses Maß wurde berechnet aus der Differenz zwischen dem Gesamtwert der SCL-90-R bzw. des IIP- Gesamtwertes und der IIP- Subskala „Somatisierung“. Der geforderte prognostische Wert dieses Maßes konnte jedoch in einer Studie von Eckert und Strauss (1993) nicht bestätigt werden.

Davies-Osterkamp et al. (1996) erforschten ebenfalls den Einfluss interpersoneller Probleme auf den Behandlungserfolg von Psychotherapie unter Einbezug von 194 Patienten aus sechs psychosomatischen Kliniken und konnten einen signifikanten Zusammenhang nachweisen: Die gebesserten Patienten hatten vor der Therapie über die stärksten interpersonellen Probleme geklagt.

Als Kriterium für Behandlungserfolg nutzten sie das Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz nach Jacobson und Truax (1991), um klinisch bedeutsame Veränderung durch die Therapie erfassen zu können.

Die vorliegende Arbeit möchte in dieser Richtung weitergehen. Basierend auf dem Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz sollen klinisch bedeutsame Therapieerfolge gemessen werden.

Die Hauptfragestellungen der Arbeit lauten im einzelnen:

1. Welchen Einfluss haben interpersonelle Probleme eines Patienten auf den Therapieerfolg? Wegen der vielseitigen Hinweise auf die Bedeutung des Interpersonellen für den Erfolg einer Psychotherapie sollen an der untersuchten Stichprobe insbesondere die Interpersonellen Probleme, gemessen mit dem IIP, genau betrachtet werden. Es wird versucht, die Ergebnisse der Studie von Davies-Osterkamp, Strauss und Schmitz (1996) zu

replizieren und möglicherweise weitere interpersonelle Probleme als Prädiktoren zu identifizieren.

2. Der Erfolg der Psychotherapie wurde durch die Patienten mittels der psychometrischen Fragebögen wie der SCL-90-R und dem IIP angegeben, die Einschätzung des Therapeuten durch den Beeinträchtigungsschwerescore. Die unterschiedlichen Beurteilungen wurden unter der Fragestellung verglichen: Inwieweit stimmen Patienten- und Expertenurteil bei der Bewertung des Behandlungserfolgs überein?

3. Der Faktor "Psychotherapiemotivation" findet schon seit langem bezüglich möglicher Therapieeffekte Aufmerksamkeit. So werden schon seit den 60er Jahren prätherapeutische Maßnahmen zur Vorbereitung und Motivierung auf die eigentliche Therapie durchgeführt und evaluiert (siehe z.B. „Effects of vicarious therapy pretraining and alternate sessions on outcome of group therapy with outpatients“, Truax & Wargo, 1969). Demnach geben die Effekte dieser Maßnahmen kein einheitliches Bild. Schneider et al. (1999) kommen zu dem Schluss, dass insbesondere die Frage nach dem Einfluss der initialen Therapiemotivation auf den Behandlungserfolg noch nicht hinreichend untersucht ist. Sie selbst konnten in ihrer Studie (Schneider et al., 1999) einen systematischen Zusammenhang zwischen Motivation und Therapieeffekten nachweisen.

Die Behandlungsmotivation der in dieser Arbeit betrachteten Patienten wurde vor Therapiebeginn durch einen Therapeuten eingeschätzt und unter der Fragestellung untersucht: Welchen Einfluss hat die initiale Behandlungsmotivation des Patienten auf den Therapieerfolg?

4. Die vierte Hauptfragestellung dieser Arbeit bezieht sich auf die nach vier Wochen erfolgten Zwischenuntersuchungen. Hier wurde das IIP und die SCL-90-R erneut vom Patienten ausgefüllt.

Es wird der prognostische Wert der Zwischenuntersuchung analysiert. Ist nach vier Wochen schon absehbar, ob die Therapie in die richtige Richtung führt oder gar zu einer Verschlechterung des Patienten beiträgt?

Hier liegt die Chance, frühzeitig eine Rückmeldung über den Zustand des Patienten unter der Therapie zu erhalten und Tendenzen in der Symptomveränderung zu erfassen.

3.2. Untersuchungsdesign

3.2.1. Stichprobe und Setting

Die Patientenstichprobe bilden 192 Patienten, die im Zeitraum zwischen 1996 und 1999 an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf behandelt wurden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 143 Tage und ist auf das Patientenkollektiv, wie in Abbildung 3-1 dargestellt, verteilt.

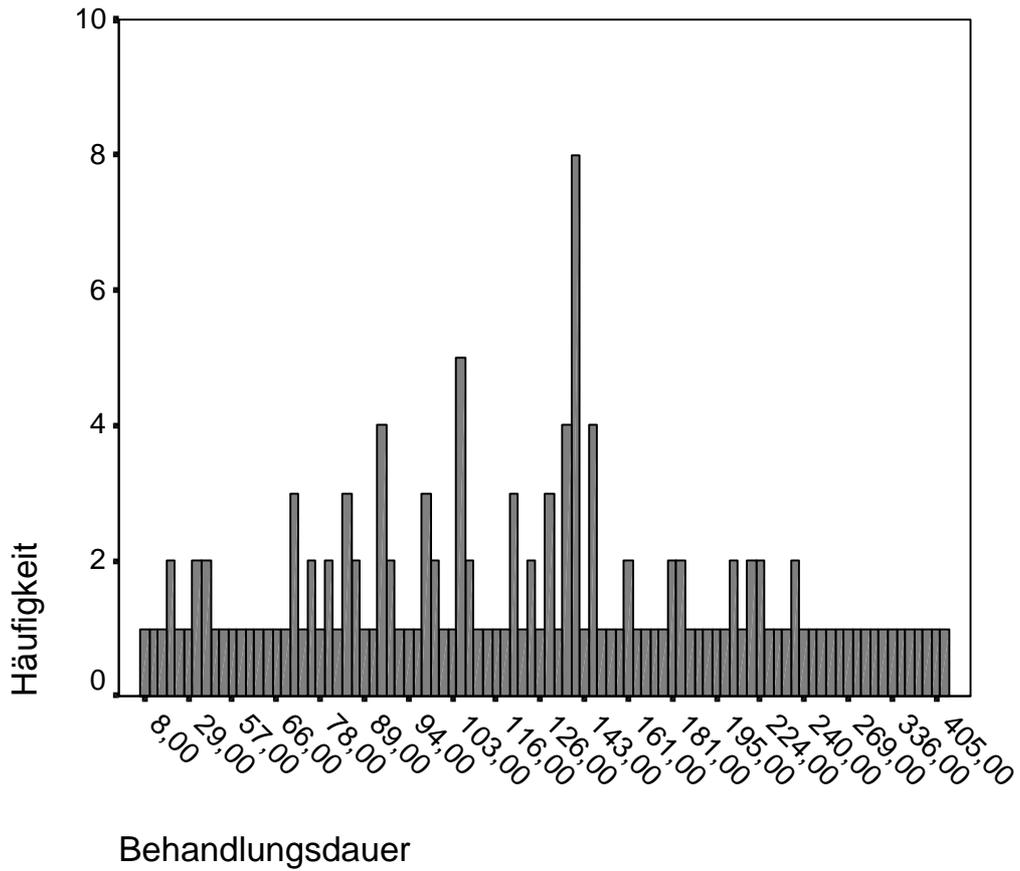


Abbildung 3-1: Verteilung der Behandlungsdauer auf das Patientenkollektiv

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 38 Jahre und die Geschlechtsverteilung lag bei 123 weiblichen und 69 männlichen Patienten. Die genaue Alters – und Geschlechtsverteilung der Stichprobe ist in den Abbildungen 3-2 und 3-3 dargestellt.

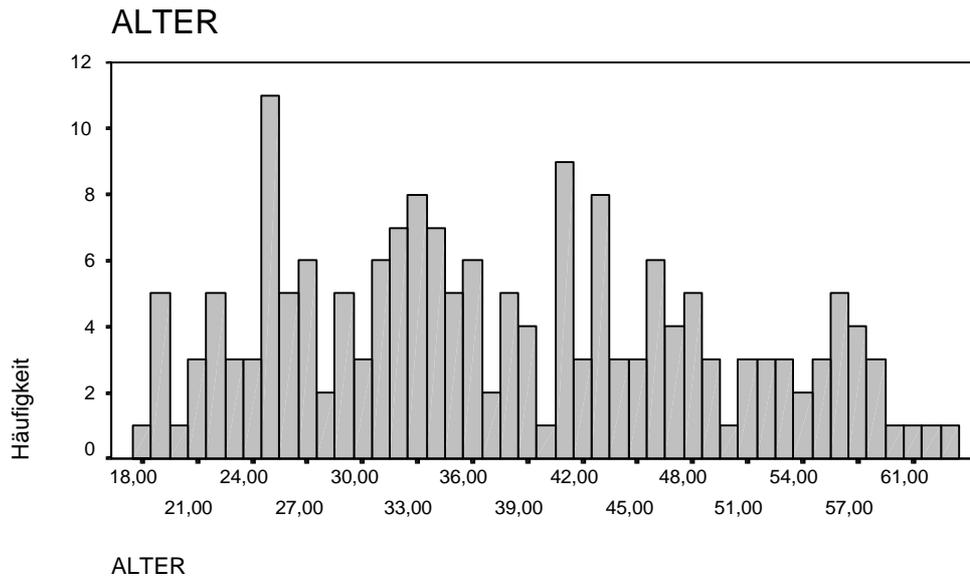


Abbildung 3-2: Altersverteilung der Stichprobe

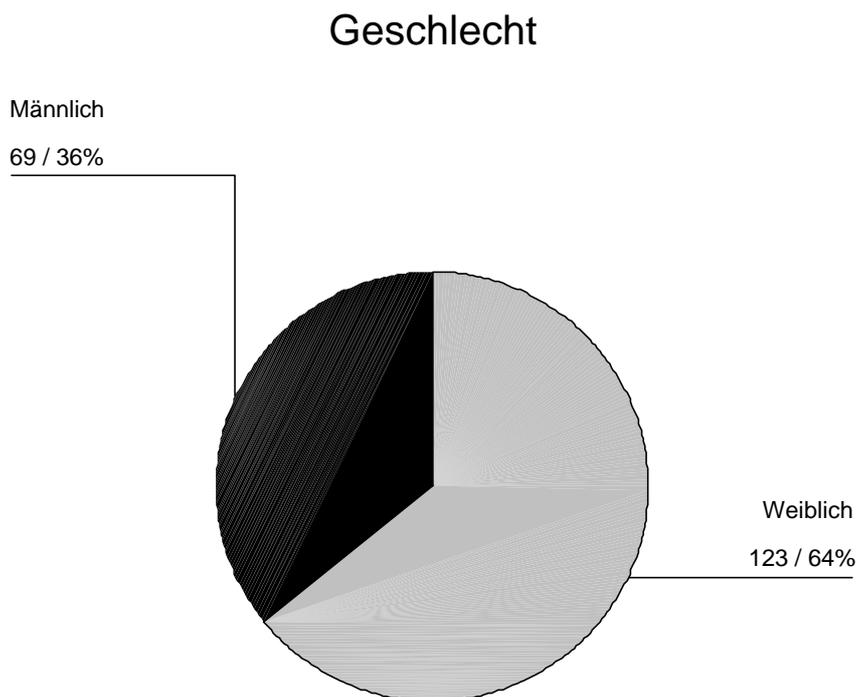


Abbildung 3-3: Geschlechtsverteilung der Stichprobe

Die Verteilung der Diagnosen stellt sich wie in Abbildung 3-4 gezeigt dar. Die häufigsten Diagnosen gemäß ICD- Klassifikation bei Aufnahme fallen unter den Punkt F40-48

(Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, wie beispielsweise phobische Störungen und sonstige Angststörungen), gefolgt von Affektiven Störungen (F30-39).

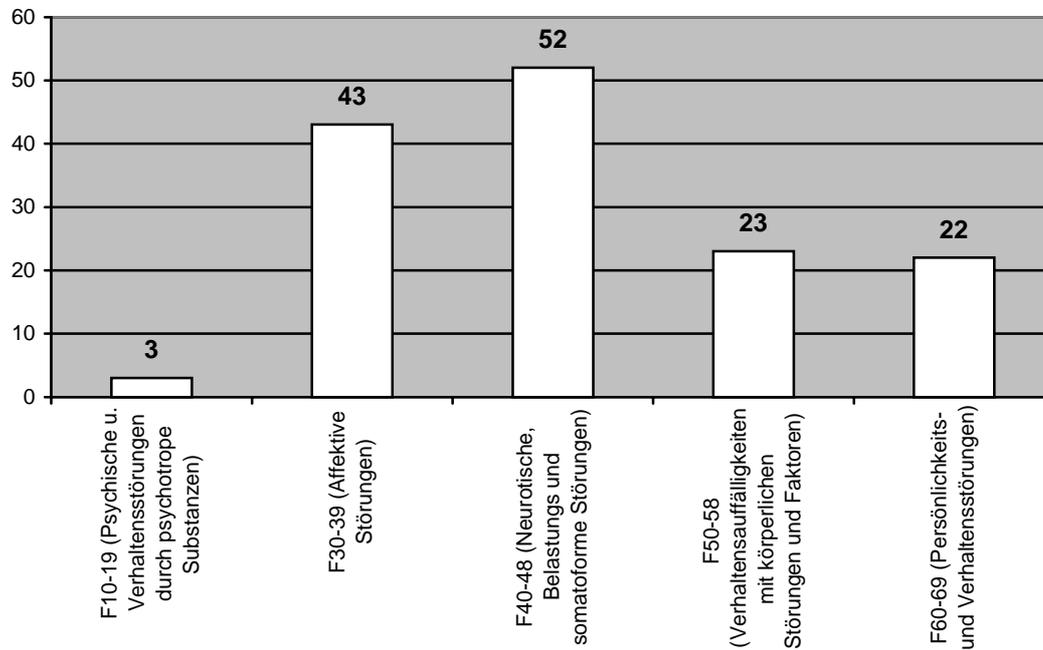


Abbildung 3-4: Verteilung der psychischen Diagnosen auf die Patientenstichprobe

Die Verteilung der Berufsabschlüsse unter den untersuchten Patienten ist in Abbildung 3-5 wiedergegeben. Dieser Parameter liegt jedoch nur für einen Teil der Stichprobe vor. Demnach besitzen neun Patienten einen Fachhochschul-/ bzw. Universitätsabschluss, gefolgt von sieben mit abgeschlossener Lehre, keinen Abschluss haben drei und zwei sind noch in der Berufsausbildung. Sechs Patienten fallen unter den Punkt „sonstiger Abschluss“.

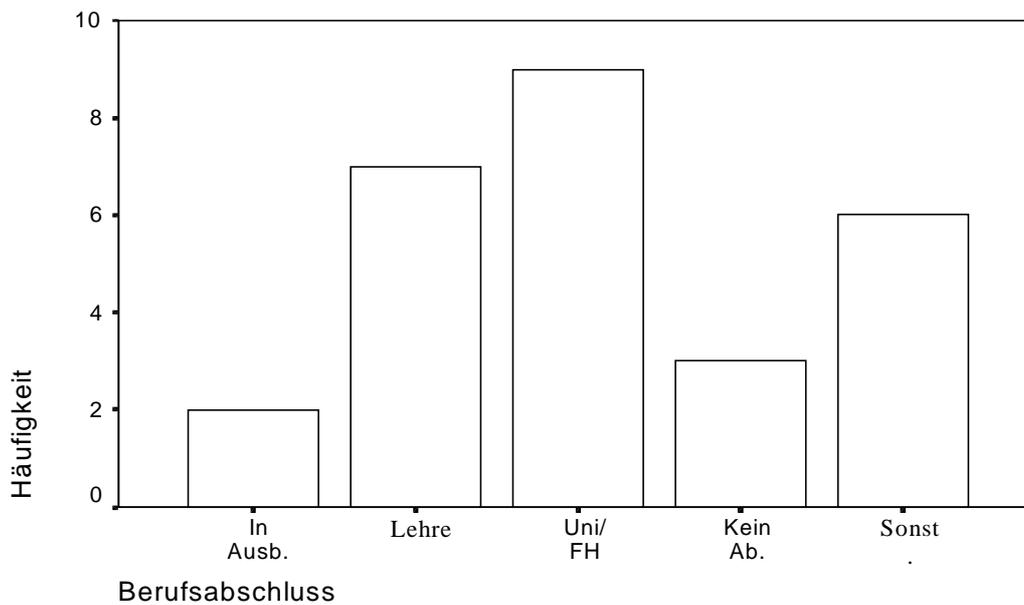


Abbildung 3-5: Verteilung des Berufsabschlusses unter den Patienten der Stichprobe

Die Behandlung erfolgte im stationären Setting unter analytisch orientiertem Behandlungskonzept. Die angewendeten Behandlungsstrategien waren analytisch orientierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie unterstützt durch vorwiegend nonverbale Spezialtherapien. Dies sind im Einzelnen: Ergo- und Gestaltungstherapie, Bewegungs- und Körpertherapie sowie Musiktherapie. Die Spezialtherapien wurden ein- bis zweimal wöchentlich im Rahmen von Kleingruppen (vier bis sechs Patienten) angeboten, bei besonderen Indikationen auch als Einzeltherapie. Begleitend wurde aktivierende Sozialtherapie und bei einigen Patienten auch Verhaltenstherapie durchgeführt. Die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 155 Tage (Franz et al., 2000).

Mit jedem Patienten wurde vor Therapiebeginn eine dreiwöchige probatorische Therapie vereinbart. Während dieser Phase wurde die bisherige Diagnostik und die prognostische Einschätzung einer Überprüfung unterzogen und gegebenenfalls wurden Therapieziele und Indikationen erneut formuliert.

Die nachfolgende Abbildung 3-6 veranschaulicht übersichtsartig den typischen Wochenablauf der Psychotherapiestation mit der Kombination der verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
ab 7.00	ab 7.00	ab 7.00	Blutdruck/Puls/ Wiegen	Ab 7.00
Blutdruck/Puls/ Wiegen	Blutdruck/Puls/ Wiegen	Blutdruck/Puls/ Wiegen	7.15 - 7.40 Frühstück	Blutdruck/Puls/ Wiegen
7.30 - 8.00 Frühstück	7.30 - 8.00 Frühstück		7.45 – 8.30 Sport- gruppe	7.30 - 8.00 Frühstück
ab 8.00 Blutentnahmen	ab 8.00 Blutentnahmen	8.00 - 8.30 Frühstück	ab 8.00 Blutentnah- men	ab 8.45 1x im Monat
		ab 8.00 Blutentnahmen	ab 8.45 Kurzvisite	Chefvisite
8.45 – 9.30 Visite	8.30 - 9.30 Gruppenpsychotherapie	9.00 - 10.00	9.10 - 10.40	9.00 - 9.30
	9.35 Oberarztvisite	Musiktherapie Gruppe 2	Ergotherapie	Stationsversammlung
9.45 – 11.45		ab 10.40 Kurzvisite	Gruppe	ab 9.30 Kurzvisite
Gestaltungstherapie Gruppe	10.00 - 12.00 Ergotherapie Gruppe			9.45 - 10.45
		11.00 - 12.00 Sozialtherapeutische Gruppe	10.45 - 11.45 Gruppenpsychothe- rapie	IBT – Gruppe
12.00 - 12.30		Mittagessen		
12.30 - 13.30		13.00 - 14.00	13.00 - 14.00	ab 13.15 Kurzvisite (am Tag der Chefvisite um 12.45)
Gruppenpsychotherapie	ab 15.00 Kurzvisite	IBT - Gruppe	Musiktherapie Gruppe 1	13.00 Stat-Versammlung
Ab 13.30 Kurzvisite		ab 14.30 Kurzvisite		(nur am Tag der Chefvi- site)
15.30 - 16.30 Musiktherapie Gruppe 1	15.05 - 16.00 Medi- zinische Visite	14.45 - 15.45 Gruppenpsychotherapie	ab 15.00 Kurzvisite	13.30 – 14.15 Sport- gruppe
16.45 - 17.45 Musiktherapie Gruppe 2			15.15 - 17.15 Gestaltungstherapie Gruppe	14.45 – 15.15 Gemeinsames Kaffee trinken
18.00 - 18.30 Gemeinsames Abend- brot			18.00 - 18.30 Gemeinsames A- bendbrot	

Abbildung 3-6: Wochenablauf der Psychotherapiestation

3.2.2. Instrumente

Die zentrale Frage der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit der Prognose von Behandlungserfolg im stationären Psychotherapiesetting auf der Grundlage der Selbsteinschätzung interpersoneller Problembelastung durch die Patienten. Das wichtigste der für diese Untersuchung verwendeten psychometrischen Messinstrumente ist das Inventar Interpersoneller Probleme (Horowitz et al., 1988). Eine zentrale Rolle kommt außerdem der Symptom-Check-Liste-90-R (Derogatis, 1986) zu.

Beide Verfahren werden im nächsten Abschnitt eingehend beschrieben.

Daneben sind noch eine Reihe weiterer Messinstrumente eingesetzt worden, die zu bestimmten Zeitpunkten von Patient und Therapeut bearbeitet wurden.

Für die Patienten kamen insgesamt zum Einsatz:

→ Bei Aufnahme und Entlassung:

- Inventar Interpersoneller Probleme (IIP)
- Symptom-Check-Liste-90-R (SCL-90-R)
- NEO- Fünf- Faktoren- Inventar (NEO-FFI)
- Intrex- Fragebogen (Intrex)
- Narzissmusinventar

→ Bei der Zwischenuntersuchung nach den ersten vier Therapiewochen:

- IIP
- SCL-90-R

Der Therapeut füllte bei Aufnahme und Entlassung des Patienten den Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) aus. Zudem schätzte ein Therapeut die Behandlungsmotivation des Patienten auf einer Skala von null bis vier ein, mit den Polen „nicht motiviert“ (null) und „sehr motiviert“ (vier). Zu erwähnen ist, dass die Einschätzung der Motivation und die anschließende Behandlung nicht zwingend durch ein und denselben Therapeuten erfolgte.

	Aufnahme	Zwischenuntersuchung (nach 4 Wochen)	Entlassung
Patient	SCL-90-R, IIP, Neo-FFI, Intrex, Narzissmusinventar	SCL-90-R, IIP	SCL-90-R, IIP, Neo-FFI, Intrex, Narzissmusinventar
Therapeut	BSS, Behandlungsmo- tivation		BSS

Abbildung 3-7: Übersicht der verwendeten Messinstrumente

Beschreibung der verwendeten psychometrischen Messinstrumente

Das Inventar Interpersoneller Probleme (IIP)

Das Inventar Interpersoneller Probleme (Horowitz et al., 1988) ist ein Instrument, mit dem der Patient seine Interpersonellen Probleme selbst einschätzen und dokumentieren kann.

Es ist geeignet, um verschiedene klinische Patientengruppen zu differenzieren und voneinander abzugrenzen und hat in zahlreichen Studien seine Validität und Reliabilität erwiesen (Keller & Schneider, 1993 und Horowitz et al., 1994).

Das IIP ist aus 127 Items aufgebaut, die häufige Probleme im zwischenmenschlichen Umgang beschreiben und dem Patienten eine differenzierte Einschätzung seiner Beeinträchtigung ermöglichen.

Unter Bezugnahme auf ein zirkumplexes Persönlichkeitsmodell (Alden et al., 1990) lassen sich 64 der Items 8 Subskalen zuordnen (s. Abb. 3-8 auf der folgenden Seite).

IIP-Skala	Beispiel-Item
Zu autokratisch/ dominant	Ich bin anderen gegenüber zu aggressiv
Zu streitsüchtig/ konkurrierend	Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch
Zu abweisend/ kalt	Es fällt mir schwer, mit anderen zurechtzukommen
Zu introvertiert/ sozial vermeidend	Es fällt mir schwer, mit anderen etwas zu unternehmen
Zu selbstunsicher/ unterwürfig	Es fällt mir schwer, mich gegenüber jemand anderen zu behaupten
Zu ausnutzbar/ nachgiebig	Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen
Zu fürsorglich/ freundlich	Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen
Zu expressiv/ aufdringlich	Es fällt mir schwer, mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten

Abbildung 3-8: Beschreibung der 8 IIP- Subskalen und der zugehörigen Items

Die 8 Subskalen sind hierbei innerhalb eines 8 Oktanten umfassenden Kreismodells ("Zirkumplex"), wie in Abbildung 3-9 dargestellt, den Hauptachsen „Kontrolle“ (mit den Polen Unterwürfigkeit und Dominanz) und „Affiliation“ (mit den Polen Freundlichkeit und Feindseligkeit) zugeordnet.

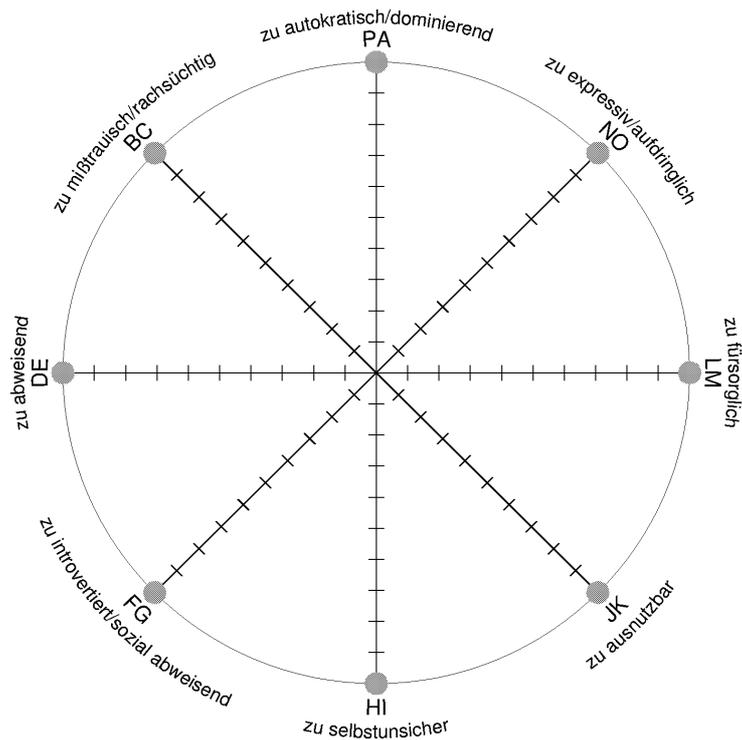


Abbildung 3-9: Kreismodell der 8 IIP-Subskalen

Innerhalb dieses Kreismodells sind die individuellen interpersonellen Probleme eines Patienten grafisch eindrucksvoll darstellbar: Da, wo die stärkste Beeinträchtigung innerhalb des interpersonellen Circumplex besteht, imponiert eine entsprechend starke Ausweitung des Kreises (vgl. Abb. 3- 10).

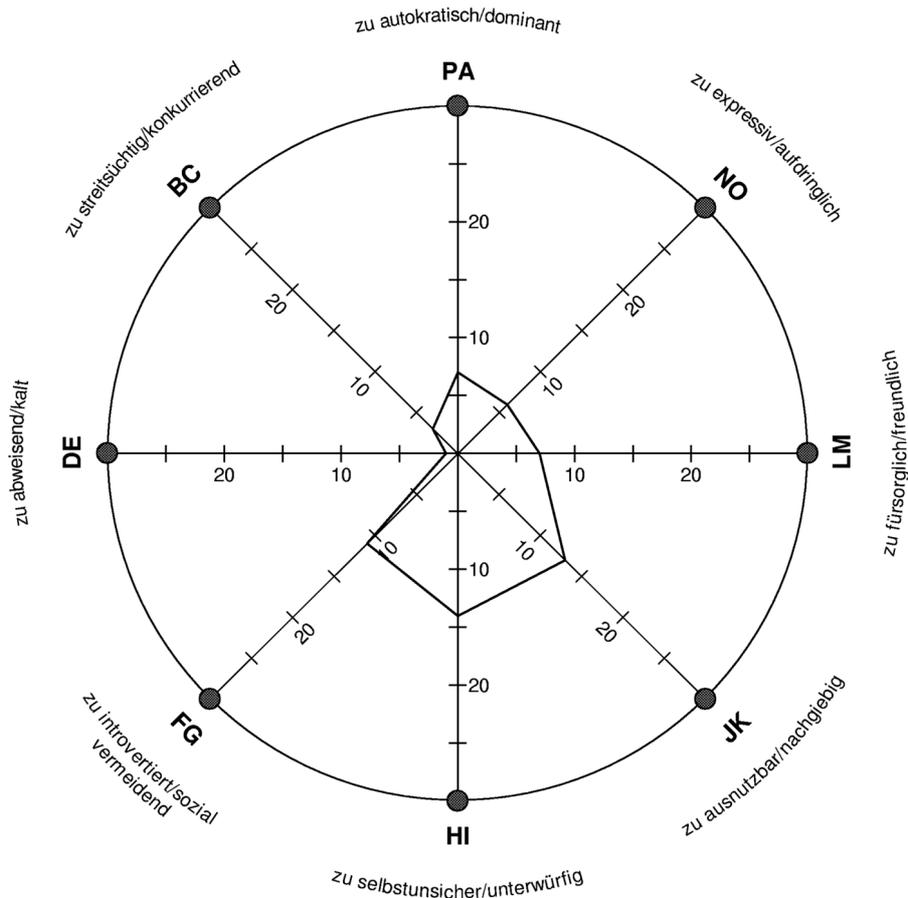


Abbildung 3-10: Darstellung des Profils der Interpersonellen Probleme eines Patienten, durch Übertragen seiner IIP-Subskalen-Werte, in das Kreismodell.

Neben der Darstellung der Ausprägung einzelner Skalen lässt sich aus den IIP-Einzelwerten ein Gesamtscore (IIP-Gesamtwert) aggregieren. Damit liegt ein übersichtlicher Wert vor, der vor allem in der Verlaufskontrolle schnelle und orientierende Information über die Veränderung des Patientenzustands liefert.

Das Ausfüllen des Bogens dauert 10-15 Minuten, die Auswertung ist einfach durchzuführen und kann mittlerweile auch EDV-gestützt (Hartkamp, 1996) erfolgen.

Die Interpretation der IIP-Skalenwerte ist durch Vergleich mit Referenzdaten aus anderen Studien standardisiert.

Die Symptom-Check-List (SCL-90-R)

Die vom Patienten ebenfalls bei Aufnahme, Entlassung und nach 4 Wochen ausgefüllte SCL-90-R ist ein international verwendetes (Derogatis, 1986) und auch für den deutschen Sprachraum standardisiertes (Franke, 1995) Messinstrument für psychische Beschwerden (in geringerem Umfang auch für körperliche Beschwerden) bei psychogenen Erkrankungen.

Die von den Patienten in der SCL geschilderten symptomatischen Beschwerden und ihre Veränderung im Laufe der Therapie diente als Grundlage für die Zuordnung der Patienten zu den fünf Outcome- Gruppen („gesund“, unverändert, verschlechtert, verbessert, klinisch bedeutsam verbessert).

Die SCL fragt in 90 Items die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome ab. 83 Items werden auf 9 Skalen zusammengefasst, 7 Items gehen als Zusatzinformation bei der Berechnung dreier globaler Kennwerte (z.B. GSI= Global Severity Index, ein Maß für die grundsätzliche psychische Belastung) ein.

Im Folgenden werden die neun SCL Skalen beschrieben:

Skala 1: Somatisierung (somatization): In 12 Items werden einfache körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Störungen (z.B. Herzschmerzen) abgefragt.

Skala 2: Zwanghaftigkeit (obsessive-compulsive): Zehn Items erfragen leichte Arbeits- und Konzentrationsstörungen bis hin zum klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit.

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt (interpersonal sensitivity): Neun Items erfragen Symptome, angefangen bei leichter sozialer Unsicherheit, bis hin zum Gefühl der per-

sönlichen Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit (z.B. akute Selbstunsicherheit, negative Erwartungen an zwischenmenschliche Kommunikation).

Skala 4: Depressivität (depression): Traurigkeit bis hin zum klinischen Syndrom der schweren Depression wird durch 13 Items erfragt (z.B. reduzierte Motivation, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken).

Skala 5: Ängstlichkeit (anxiety): Zehn Items beschreiben körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst mit Panikattacken und Schreckgefühlen (z.B. inneres Zittern, Ruhelosigkeit, unbestimmtes Gefühl, etwas Schlimmes könnte passieren).

Skala 6: Aggressivität/ Feindseligkeit (anger-hostility): Reizbarkeit und Unausgeglichtheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten (sechs Items, z.B. unkontrollierbare Gefühlsausbrüche, Gefühl, leicht reizbar zu sein, Gefühl zu schlagen oder zu schreien)

Skala 7: Phobische Angst (phobic anxiety): Sieben Items beschreiben Gefühle von leichter Bedrohung bis hin zu starker phobischer Angst, die eine persistierende und unangemessene Furcht vor einer Person, einem Ort, einer Situation usw. umfasst. Dies führt zu Flucht- und Vermeidungsverhalten (z.B. Fernhalten von großen Menschenmengen, Furcht vor Panikattacken in der U-Bahn)

Skala 8: Paranoides Denken (paranoid ideation): Sechs Items erfragen Gefühle von Misstrauen und Minderwertigkeit bis hin zu massivem paranoiden Denken. Dabei wird paranoides Verhalten grundsätzlich als Denkstörung verstanden (z.B. Grandiosität, Feindseligkeit, Argwohn).

Skala 9: Psychotizismus (psychoticism): Hier reicht der von zehn Items erfragte Bereich von einem leichten Gefühl der Entfremdung bis hin zur klinisch manifesten psychotischen Fragmentierung.

Zusatzfragen:

Die Zusatzfragen werden keiner bestimmten Skala zugeordnet, sondern werden bei Bedarf einzeln ausgewertet. Hier wird gefragt nach: Einschlafschwierigkeiten, frühem morgendlichen Erwachen, nach unruhigem oder gestörten Schlaf, Schuldgefühlen, dem Gedanken an Sterben und Tod, schlechtem Appetit und dem Drang, sich zu überessen.

Globale Kennwerte:

- Global Severity Index (GSI): Er misst die grundsätzliche psychische Belastung des Patienten.
- Positive Symptom Total (PST): Er misst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.
- Positive Symptom Distress Index (PSDI): Er misst die Intensität der Antworten.

Die SCL wurde von Franke (1992, 1995) an einer deutschen Normstichprobe standardisiert. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen zwischen 0,77 und 0,97.

Der GSI der deutschen Normstichprobe liegt bei einem Mittelwert von 0,33 (Standardabweichung = 0,24; Franke, 1992, 1995; N=1006).

Dieser Wert liegt bei psychogen-erkrankten Patienten der Poliklinik an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf bei 1,19 (S 0,65; N=1084).

Das Ausfüllen der SCL braucht 10-15 Minuten. Die Auswertung, die inzwischen auch PC-gestützt möglich ist, nimmt weniger als 5 Min. in Anspruch.

Die SCL misst die abgefragten Symptome nicht an einem Zeitpunkt, sondern innerhalb eines Zeitfensters von 7 Tagen. So füllt sie den Platz zwischen überdauernder Persönlichkeit und schwankenden Befindlichkeiten, die durch das vorgegebene Zeitfenster ausgeglichen werden.

Sie wird zunehmend erfolgreich eingesetzt in der Evaluation von stationärer Psychotherapie (Davies-Osterkamp u. Kriebel, 1993; Eckert u. Strauß, 1993; Keller u. Schneider, 1993; Strauß u. Hess, 1993; Wuchner et al., 1993).

Das Narzissmusinventar

Das Narzissmusinventar (Deneke et al., 1989) erfasst die verschiedenen Aspekte der Regulation und Organisation des Selbstsystems. Der Fragebogen enthält 163 Items, welche auf 18 Skalen wie z.B. „Affekt-/ Impulskontrollverlust“, „Gier nach Lob und Bestätigung“ oder „Narzisstischer Krankheitsgewinn“ zusammengefasst sind. Die Skalen sind in vier Dimensionen angeordnet: „Das bedrohte Selbst“, „Das „klassisch“ narzisstische Selbst“, „Das idealistische Selbst“ und „Das hypochondrische Selbst“.

NEO-FFI

Das NEO-FFI ("NEO-Fünf-Faktoren-Inventar") wurde vor dem Hintergrund des fakto-
renanalytisch begründeten so genannten "Fünf-Faktoren-Modells" der Persönlichkeit
entworfen. Ausgehend von einem zunächst die drei Bereiche "Neurotizismus", "Extra-
version" und "Offenheit" („open versus closed to experience“) umfassenden Instrument
entwarfen Costa und McCrae (1983) durch Hinzunahme der zwei Bereiche "Verträglichkeit" und "Gewissenhaftigkeit" eine erste Fassung des als NEO- Personality- Inven-

tory (NEO- PI) bezeichneten Fragebogens. Die Kurzfassung dieses Bogens wurde von Borkenau und Ostendorf (1991, 1993) ins Deutsche übersetzt.

INTREX

Der Intrex- Fragebogen wurde auf der Grundlage des Modells der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, Structural Analysis of Social Behavior) entwickelt (Tress, 1993), das in den Vereinigten Staaten von Lorna Smith Benjamin (1974) eingeführt wurde.

Das SASB- Modell entstammt der klinischen und differentiellen Psychologie, wo es in der Tradition *zirkumplexer Modelle* steht. Das Modell erlaubt es, aktuelles interpersonelles Verhalten, Selbstbeschreibungen und Symptomschilderungen um den Schnittpunkt zweier Achsen bzw. Dimensionen kreisförmig – oder in anderer Darstellung rhombenförmig- angeordnet zu denken (s. Abb. 3-11 auf der folgenden Seite).

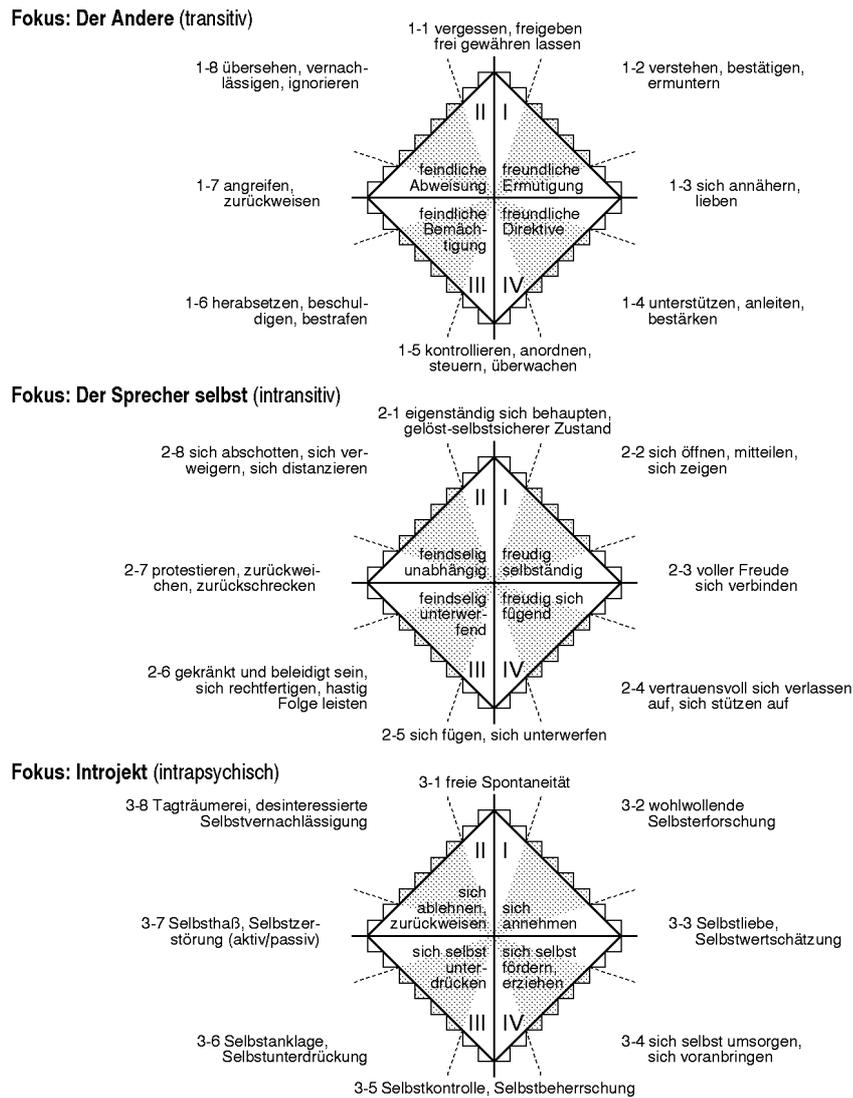


Abbildung 3-11: Das SASB Cluster und Quadrantenmodell (aus: Tress 1993, S.43)

Die horizontale Achse wird als *Affiliationsachse* bzw. Zuneigungsdimension bezeichnet, die vertikale Achse als *Interdependenzachse* oder Kontrolldimension. In der Entwicklung des Modells stützt sich Benjamin auf die interpersonelle Theorie von Sullivan, auf die Theorie der "basic needs" von Murray und auf zirkumplexe Modelle sozialen Verhaltens vor allem von Schaefer und Leary (Davies-Osterkamp, 1993 und Hartkamp, 1993a). Das SASB-Modell unterscheidet drei Interaktionsebenen (Fokusebenen): transitiv, intransitiv und introjektiv. Der transitive Fokus meint aktive, "eltern-

artige", auf das Gegenüber bezogene Interaktionen. Der intransitive Fokus gibt Auskunft über den Sprecher, ist reaktiv und "kindartig". Introjektive Interaktionen beschreiben den Umgang mit sich selbst. Auf jeder Verhaltensebene bietet das Modell 36 Verhaltensqualitäten an, also insgesamt 108 Verhaltensmöglichkeiten, die kreisförmig um den Schnittpunkt der Achsen angeordnet sind. Da dies schnell unübersichtlich wird, fasste Benjamin auf jeder Ebene diese 36 Verhaltensqualitäten zu 8 Clustern zusammen, die dann insgesamt 24 Verhaltensmöglichkeiten bieten.

Der Intrex-Fragebogen wurde auf der Basis des SASB- Modells entwickelt und dient der Erfassung von Beziehungsschilderungen und Selbstbeschreibungen. Der Fragebogen liegt in einer Lang- und einer Kurzform vor. Die Langform beinhaltet 108 Items, die Kurzform bietet für jedes Cluster in jedem Fokus ein Item. Die Items der Kurzform wurden durch Zusammenfassung von jeweils vier oder fünf Items der INTREX-Langform so formuliert, dass sie möglichst genau die dem jeweiligen Cluster entsprechenden Verhaltens- und Erlebensqualitäten in ihrer zirkumplexen Anordnung widerspiegeln.

In der vollständigen Standardfassung der INTREX- Kurzform werden folgende Beziehungen beurteilt:

1. Das Selbstbild (Introjekt)
2. Die Beziehung zwischen dem Probanden/der Probandin und seiner/ihrer wichtigsten Bezugsperson
3. Die Beziehung zwischen dem Probanden/der Probandin und seiner/ihrer Mutter
4. Die Beziehung zwischen dem Probanden/der Probandin und seinem/ihrer Vater
5. Die Beziehung zwischen Vater und Mutter des Probanden/der Probandin

Das Introjekt und die Beziehung zur wichtigsten Bezugsperson werden in zwei Versionen erfragt, und zwar "wenn die Beziehung am besten" und "wenn die Beziehung am schlechtesten" ist (Davies-Osterkamp, 1993). Für die Beziehung zu den Eltern und der

Eltern untereinander wurde der Zeitraum "als Sie zwischen 5 und 10 Jahre alt waren" festgelegt. Die Standardform umfasst 176 Items, die Beziehungen werden auf einer 11-stufigen Skala (stimmt voll und ganz - stimmt überhaupt nicht) eingeschätzt.

Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Das vom Therapeuten bei Beginn und Ende der Behandlung ausgefüllte psychodiagnostische Maß ist der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) nach Schepank (1995). Nach kurzer Einarbeitung ist mit ihm eine zuverlässige Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere eines Patienten durch psychische Erkrankung, auf Basis eines klinisch-psychosomatischen Interviews, möglich. Mitte der 70-er Jahre wurde der BSS zunächst in der Erforschung der Epidemiologie psychogener Erkrankungen (s. Mannheimer Kohortenstudie, Schepank, 1987, 1990; Franz et al., 1995) genutzt. Zunehmend findet er Anwendung in der klinischen Basisdokumentation.

Die Beeinträchtigung wird auf drei Subskalen, entsprechend der Manifestationsebenen psychogener Erkrankungen, gemessen: Somatisch, psychisch und sozial-kommunikativ. Die Subskalen sehen 5 Ausprägungsgrade vor (0 für keine Beeinträchtigung, 4 für extreme Beeinträchtigung). Entsprechend liegt der maximale BSS- Gesamtscore bei 12. Der Fallschwellenwert (bei gestellter ICD-Diagnose) liegt bei ≥ 5 , bezogen auf die letzten 7 Tage.

Dieses Fallkriterium wird von 26 % der Normalbevölkerung erfüllt (Schepank, 1987, 1990). Der mittlere BSS- Gesamtscore liegt in der Normalbevölkerung bei 3,4 (Standardabweichung = 1,9), in der Poliklinik der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf bei 6,8 und bei stationären Patienten derselben Klinik bei 7,2.

Durch den BSS ist eine Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere des Patienten durch seine psychogene Erkrankung möglich. Zudem wird sichtbar, wo der Hauptakzent der Beeinträchtigung liegt.

Die Anwendung des BSS ist nach entsprechendem Training einfach und zeitsparend (Dauer zur Bearbeitung ca. 3 Minuten). Er stellt ein hochreliables Instrument dar. Die Messung der Beeinträchtigungsschwere unter Berücksichtigung der verschiedenen klinischen Manifestationsebenen bietet zudem einige Vorteile:

Die Einschätzung ist unabhängig von Modellen zur Pathogenese und entsprechenden therapeutischen Ansätzen (z.B. verhaltenstherapeutisch/ tiefenpsychologisch). Daraus resultiert gleichzeitig eine Resistenz gegenüber dem Symptomwandel und Wechsel der diagnostischen Kategorie. Somit ist der BSS idealerweise geeignet, um den Verlauf eines therapeutischen Prozesses zu verfolgen und zu dokumentieren.

3.3. Beurteilung von Behandlungserfolg

3.3.1. Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz

Die Festsetzung des Erfolgskriteriums bei der Überprüfung von Therapieeffekten in klinischen Untersuchungen besitzt große Relevanz und hat dementsprechend zur Entwicklung vieler verschiedener methodischer Konzepte geführt.

Die meisten dieser Konzepte haben jedoch nur statistische Signifikanz eingeschlossen, die klinische Relevanz der Veränderungen durch Therapie blieben weitestgehend außen vor (Schmitz & Davies-Osterkamp, 1997; Kordy, 1998).

Diese Lücke füllt das Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz, das von Jacobson und Mitarbeitern (Jacobson et al., 1984, 1986; Jacobson & Revenstorf, 1988; Jacobson & Truax, 1991) als Instrument der Psychotherapie- Outcome Forschung entwickelt wurde. Es bildet die Grundlage der Bewertung von Behandlungserfolg und Festsetzung des Erfolgskriteriums in der vorliegenden Arbeit. Grundlegende Idee hinter diesem Konzept ist zunächst die Überprüfung statistisch signifikanter Änderungen des Zustandes eines Patienten durch die Therapie. Gleichzeitig – und hier unterscheidet sich das Konzept von den meisten anderen – wird die gemessene Änderung zu typischen Patientengruppen aus Referenzstudien und zu einer Normstichprobe („Gesunde“) in Bezug gesetzt. So lässt sich beurteilen, ob die erzielte Änderung auch von klinischer Relevanz ist und der Patient als „gesund“ entlassen werden kann. Dies ist der Fall, wenn sich der Outcome- Score statistisch signifikant ändert und vor der Behandlung im Bereich „krank“ und danach im Bereich der Normstichprobe liegt.

Zunächst soll erklärt werden, wann im Rahmen des Konzeptes eine Veränderung als statistisch signifikant gelten kann. Die individuelle statistische Signifikanz einer Prä-/ Postmessung wird durch den „Reliable Change Index“ (RC) untersucht. Er zeigt an, ob eine beobachtete Änderung des Patienten (und beispielsweise seiner Symptomschwere, gemessen mit der Symptom-Check-List) statistisch signifikant ist und nicht auf Messfehlern beruht oder zufällig ist. Der RC errechnet sich aus dem Quotienten zwischen der Differenz der individuellen Prä-/ Postmessung ($x_{\text{prä}} - x_{\text{post}}$) und der Standardabweichung der Differenzen (S_{diff}):

$$\text{RC} = \frac{x_{\text{prä}} - x_{\text{post}}}{S_{\text{diff}}}$$

Der Standardfehler ist der auf Unreliabilität zurückführbare Anteil der Standardabweichung. Bei Reliabilität und bei Übereinstimmung der Varianzen der Prä-/ Postmessungen

($S^2_{\text{prä}} = S^2_{\text{post}}$) ergibt sich folgende Formel:

$$S_{\text{diff}} = \sigma_{\text{prä}} * \sqrt{2 * (1 - r_{xx})}.$$

$\sigma_{\text{prä}}$ stellt dabei die Standardabweichung des Prä- Tests der Reliabilitätsmessung und r_{xx} einen Reliabilitätskoeffizienten dar, welcher für die jeweils zu untersuchende Stichprobe der Literatur entnommen werden sollte (Huber, 1973). Der Standardfehler sollte für die Population gelten, welcher der zu untersuchende Patient angehört.

Sind die Prä-/ Postwerte des Outcomescores normalverteilt und haben gleiche Varianzen, ist der RC unter der Nullhypothese (Identität des intraindividuellen Erwartungswertes von Prä- und Postwert) ebenfalls normalverteilt:

$$RC = \frac{X_{\text{post}} - X_{\text{prä}}}{S_{\text{diff}}} \rightarrow N(0,1)$$

Im nächsten Schritt lässt sich über die Quantile „ $u\alpha$ “ der Standardnormalverteilung eine kritische Differenz bestimmen, deren Überschreitung statistische Bedeutsamkeit anzeigt. Bei einem zweiseitigen Test zur Überprüfung der Veränderung und einer vorgegebenen Irrtumswahrscheinlichkeit (von beispielsweise $\alpha=0,05$), lässt sich die kritische Differenz wie folgt bestimmen:

RC statistisch bedeutsam verändert, wenn

$$RC \geq u_{1-\alpha/2} \text{ oder } RC \leq u_{\alpha/2}$$

Daraus ergibt sich mit einer angenommenen Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha=0,05$:

$$RC = \frac{X_{\text{prä}} - X_{\text{post}}}{S_{\text{diff}}} \geq u_{\alpha=0,975} = 1,96$$

Daraus folgt:

$$X_{\text{post}} - X_{\text{prä}} \geq 1,96 * S_{\text{diff}}$$

Wird der Wert der individuellen kritischen Differenz $\text{diff}_{\text{krit}} = 1,96 * S_{\text{diff}}$ (zum Niveau $\alpha = 0,05$) überschritten, ist die Änderung statistisch bedeutsam. Die Wahl des Signifikanzniveaus hängt von der Fragestellung ab. Huber (1973) empfiehlt in diesem Zusammenhang grundsätzlich ein Signifikanzniveau von 10% zu verwenden.

In der Praxis ist die statistische Signifikanz nur von relativer Bedeutung, da sie nicht zwangsläufig eine klinisch bedeutsame Änderung anzeigt. Ist ein Patient beispielsweise stark gestört, läuft seine Änderung (z.B. im Bereich der Werte in der Symptom-Check-List) auf hohem Niveau ab. Stärkere Änderungen können dann zwar statistisch signifikant sein, der Patient jedoch eventuell trotzdem noch stark gestört sein. Daher hat Jacobson neben der statistischen Signifikanz das Moment der klinischen Relevanz entwi-

ckelt. Eine Änderung ist demnach bedeutsam, wenn sie statistisch signifikant ist und der Patient anfangs als krank eingestuft wird und nach Therapie mit seinem Outcomescore in den Bereich einer gesunden Normstichprobe fällt. Die Gruppen „krank“ und „Bereich einer Normstichprobe“ hat Jacobson über statistische Verteilungen der entsprechenden Masse definiert, wobei er symmetrische Verteilungen voraussetzt, die sich eindeutig durch die ersten beiden Momente beschreiben lassen.

Um die Patientenstichprobe möglichst gut von einer Normstichprobe trennen zu können, wird empirisch ein **Trennpunkt („Cutt off point“)** bestimmt. Jacobson hat vier verschiedene Trennpunkte entwickelt, die sich über die Kenngrößen der jeweiligen Verteilungen herleiten. Die Wahl eines der Trennpunkte hängt also von den Eigenschaften der zu untersuchenden Stichprobe und der herangezogenen Normstichprobe ab.

Im folgenden soll einer der vier „Cutt of points“, der auch in dieser Arbeit verwendete **Trennpunkt kb**, beschrieben werden.

Die Bestimmung des Trennpunktes „kb“ ist die klassische Variante der „Cutt off point“-Bestimmung bei identischen Varianzen der Patienten- und Normstichprobe. Der Bereich der „Gesunden“ liegt hierbei 2 Standardabweichungen (der „Gesunden“) um den Mittelwert der „Gesunden“. Der Trennpunkt „kb“ ist hochspezifisch, da Patienten, die außerhalb des beschriebenen Bereiches liegen, sicher nicht zur Verteilung der Normstichprobe gehören und die Berechnung des Trennpunktes ausschließlich auf den Normwerten der Gesunden basiert und unabhängig von der Patientenstichprobe ist. Er trennt die Gruppe der „Gesunden“ von der Patientengruppe. Ein Patient ist geheilt, wenn er sich so gebessert hat, dass er nach Therapie zur Verteilung der Normstichprobe gehört.

Schmitz und Davies-Osterkamp (1997) haben die Trennpunkte berechnet. Sie verwendeten dafür die Daten einer deutschen Normstichprobe aus den Untersuchungen von Franke (1992) (N = 1006 Gesunde; 532 Frauen, 474 Männer) und die Daten einer Refe-

renzstichprobe (neurotische und psychosomatische Patienten; N = 899; 26 % Männer, 74% Frauen) aus Erhebungen von Rief et al. (1991).

Hiervon ausgehend können die Patienten einer Stichprobe entsprechend ihrer SCL-Werte bei Aufnahme und bei Entlassung (z.B. Effektstärken des GSI) in verschiedene Erfolgsgruppen bezüglich des Therapieerfolges eingestuft werden.

Bei Verwendung des klassischen Trennpunktes „kb“, für den sich nach den Berechnungen von Schmitz und Davies-Osterkamp (siehe oben) ein Wert von 0,83 ergibt, lässt sich eine Einstufung in 5 Erfolgsgruppen, von „verschlechtert“ bis „verbessert“ vornehmen. Um die „verbesserten“ Patienten noch genauer differenzieren zu können, ermittelten Schmitz et al. (1998) empirisch mit Daten aus Patientenstichproben, zwei zusätzliche Trennpunkte. Es sind dies der Trennpunkt C1 = 0,60 und C2 = 1,20. So ist eine Einteilung in 6 Erfolgsgruppen möglich:

1. *Norm*: Patienten, deren Werte bei Aufnahme/ Entlassung im Normbereich liegen ($GSI < 0,31$).
2. *Verschlechterung*: Patienten, deren Werte bei Aufnahme über dem Normwert ($GSI > C1$) liegen und die sich verschlechtern ($GSI_{Entlassung-Aufnahme} > 0,31$).
3. *Unverändert*: Patienten, deren Werte bei Aufnahme über dem Normwert liegen ($GSI > 0,31$) und deren individuelle Änderung statistisch nicht bedeutsam ist ($GSI_{Entlassung-Aufnahme} < 0,31$).
4. *Statistische Verbesserung*: Patienten, deren Aufnahmewerte über dem zweiten Trennpunkt ($C2 = 1,20$) liegen, die also anfangs sehr krank sind. Die individuelle Änderung von Patienten dieser Gruppe ist statistisch bedeutsam, ($GSI_{Aufnahme-Entlassung} > 0,31$), jedoch liegen ihre Entlassungswerte immer noch über dem zweiten

Trennpunkt, also im Bereich starker Beeinträchtigung. Somit haben sich diese Patienten durch die Therapie statistisch bedeutsam gebessert, sind aber immer noch sehr krank bei Entlassung.

5. *Verbesserung im Bereich mittlerer Beeinträchtigung*: Die Patienten dieser Gruppe sind zu Anfang sehr krank, ihre Werte liegen über dem zweiten Trennpunkt C2. Die individuelle Veränderung bei ihnen ist statistisch bedeutsam ($GSI_{\text{Aufnahme-Entlassung}} > 0,31$) und ihre Entlassungswerte liegen zwischen den zwei zusätzlichen Trennpunkten ($GSI_{\text{Entlassung}} > C1 < C2$), also im Bereich mittlerer Beeinträchtigung.

6. *Klinisch bedeutsame Veränderung*: Patienten dieser Gruppe liegen bei Aufnahme mit ihren Werten über dem ersten Trennpunkt; ihre Veränderung ist statistisch bedeutsam und führt zu Entlassungswerten, die unter dem ersten Trennpunkt C1 liegen.

In der vorliegenden Arbeit wurde eine statistisch bedeutsame Änderung mit einem RC- (Reliable Change) Index von 0,31 bestimmt. Dieser Wert resultiert aus Berechnungen anhand der Referenzstichprobe von Rief (Rief et. al. , 1991, n = 1377), welche bei der GSI- Gesamtskala eine interne Konsistenz von $\alpha = 0,97$ ergab, so dass die kritische Differenz 0,31 beträgt.

4. Ergebnisse

4.1. Übereinstimmung zwischen Patienten- und Expertenbeurteilung des Behandlungserfolges nach Therapie

Zunächst wurde die Patienteneinschätzung des Behandlungserfolges untersucht. Hierfür wurden die Bögen der Symptom Check List ausgewertet und die Patienten entsprechend ihrer Symptom-Check-List- Werte den sechs Veränderungsgruppen, wie sie durch das Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz definiert werden, zugeteilt.

Die Tabelle 4-1 beschreibt die Verteilung im Einzelnen.

33 der 192 Patienten können nach der Therapie als „verbessert“ eingestuft werden, 71 als „klinisch bedeutsam verbessert“. Zusammengefasst verbessern sich also 104 Patienten (54%), während sich 11 (6%) verschlechtern. Die restlichen Patienten entsprechen in ihren SCL- Werten einer „gesunden“ Bezugspopulation (37 Patienten) oder bleiben nach der Therapie unverändert (40 Patienten).

	Häufigkeit	Prozent
„gesund“	37	19,3
unverändert	40	20,8
verschlechtert	11	5,7
verbessert	33	17,2
klinisch bedeutsam verbessert	71	37,0
gesamt	192	100

Tabelle 4-1: Darstellung der Patientenbeurteilung des Behandlungserfolgs mittels SCL-90-R bezogen auf die sechs Erfolgsgruppen

Im Folgenden ist die Einschätzung des Behandlungserfolgs durch den Therapeuten mittels des Beeinträchtigungsschwere- Scores (BSS) dargestellt, wobei die BSS- Einschätzung nicht vollständig für alle 192 Patienten erfolgte und daher die Absolutwerte geringer sind. Hier werden 77 Patienten (60,6 %) als verbessert eingeschätzt. Eine Verschlechterung des Zustands tritt laut Therapeutenrating nur bei 2 Patienten ein, 3 werden als „gesund“ eingeschätzt und 45 verändern sich nicht durch die Therapie. Tabelle 4-2 zeigt die Verteilung im Einzelnen

	Häufigkeit	Prozent
„gesund“	3	2,3
unverändert	45	35,4
verschlechtert	2	1,6
verbessert	77	60,6
gesamt	127	100

Tabelle 4-2 : Darstellung der Expertenbeurteilung des Behandlungserfolgs mittels BSS bezogen auf die sechs Erfolgsgruppen

Im nächsten Schritt soll analysiert werden, in wie weit die Patientenbeurteilung des Behandlungserfolges mit der des Therapeuten übereinstimmt. Zur Veranschaulichung des Zusammenhangs sind die Beurteilung des Behandlungserfolges durch Patient und Therapeut wie in Tabelle 4-3 gegeneinander abgetragen. Es ergibt sich, dass von 64 Patienten, die nach Patienteneinschätzung als verbessert gelten, 45 auch nach Therapeuteneinschätzung verbessert sind. Von 34 Patienten, die sich laut SCL als unverändert/ verschlechtert einschätzen, werden auch 19 im BSS- Rating so eingestuft. Die Berechnung

der entsprechenden Korrelation zwischen Experten- und Patientenbeurteilung ergibt einen Wert von $r = 0,256$ (vgl. Tab. 4-4).

		SCL- Veränderung		gesamt
		unverändert/ verschlechtert	<i>verbessert</i>	
BSS- Veränderung	unverändert/ verschlechtert	19	19	38
	<i>verbessert</i>	15	45	60
	gesamt	34	64	98

Tabelle 4-3: Übereinstimmung von Patient und Therapeut in der Beurteilung des Behandlungserfolgs

Korrelationen

		SCL Veränderung	BSS Veränderung 2 Gruppen
SCL Veränderung	Korrelation nach Pearson	1,000	,256*
	Signifikanz (2-seitig)	,	,011
	N	155	98
BSS Veränderung 2 Gruppen	Korrelation nach Pearson	,256*	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,011	,
	N	98	124

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

Tabelle 4-4: Berechnung des Pearson-Korrelationskoeffizienten zwischen Therapeuten- und Patientenbeurteilung des Behandlungserfolgs

4.2. Veränderungen im Bereich der Interpersonellen Probleme und der Symptome im Verlauf der Behandlung

In Tabelle 4-5 und 4-6 sind die Werte im IIP und der SCL-90-R bei Aufnahme und bei Therapieende dargestellt und die Effektstärken berechnet ($X_{\text{Aufn.}} - X_{\text{Entl.}} / S_{\text{Aufn.}}$). Für den Gesamtindex der SCL ergibt sich ein Effekt von 0,76. Der Effekt des IIP- Gesamtscores beträgt 0,25. Die Berechnung der Effekte für die einzelnen Unterskalen der SCL und des IIP zeigt deutlichere Veränderungen bei den Symptomen als im Bereich interpersoneller Probleme.

<i>SCL-90-R Werte</i>	AUFNAHME		ENTLASSUNG		EFFEKT- STÄRKE
	M	SD	M	SD	
GSI	1,24	0,58	0,79	0,57	0,76
Somatisierung	1,09	0,72	0,70	0,63	0,54
Zwanghaftigkeit	1,45	0,74	0,85	0,70	0,81
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,42	0,88	0,97	0,79	0,51
Depressivität	1,83	0,86	1,09	0,82	0,86
Ängstlichkeit	1,43	0,85	0,90	0,78	0,62
Aggressivität/ Feindseligkeit	1,04	0,74	0,70	0,65	0,46
Phobische Angst	0,82	0,81	0,53	0,67	0,36
Paranoides Denken	1,12	0,78	0,77	0,70	0,45
Psychotizismus	0,77	0,57	0,46	0,45	0,54

Tabelle 4-5: SCL- Mittelwerte bei Aufnahme, Entlassung und Effektstärken

	AUFNAHME		ENTLASSUNG		EFFEKT- STÄRKE
	M	SD	M	SD	
<i>IIP Werte</i>					
IIP- Gesamtscore	13,49	3,86	12,51	4,47	0,25
PA zu autokratisch/ dominant	8,73	5,35	9,08	5,26	-0,07
BC zu streitsüchtig/ konkurrierend	10,46	5,76	9,85	5,25	0,11
DE zu abweisend/ kalt	11,67	6,44	11,38	6,54	0,05
FG zu introvertiert/ sozial vermeidend	15,04	7,16	13,31	6,73	0,24
HI zu selbstunsicher/ unterwürfig	17,48	7,37	15,62	7,03	0,25
JK zu ausnutzbar/ nachgiebig	16,02	6,09	14,40	5,90	0,27
LM zu fürsorglich/ freundlich	16,58	5,82	15,10	5,80	0,25
NO zu expressiv/ aufdringlich	11,68	5,45	11,32	5,65	0,07

Tabelle 4-6: IIP- Mittelwerte bei Aufnahme, Entlassung und Effektstärken

4.3. Prädiktion von Behandlungserfolg mit Hilfe des Inventars Interpersoneller

Probleme

Im Sinne der Hauptfragestellung dieser Arbeit „lässt sich der Behandlungserfolg durch stationäre Psychotherapie bereits vor Beginn der Behandlung vorhersagen durch das Ausmaß und die Art der interpersonellen Probleme eines Patienten“, wurden die Werte der Patienten im IIP- Gesamtindex und auf den Subskalen (bei Aufnahme) verglichen mit dem erzielten Behandlungserfolg. Dieser wurde gemessen durch die Veränderungen der Patientenwerte in der Symptom-Check-List und dem Beeinträchtigungsschwere-Score bei Aufnahme und Entlassung.

Im ersten Schritt soll als Erfolgsmaß die Veränderung der Werte in der SCL, also die Patientenbeurteilung, dienen. Tabelle 4-7 zeigt die Mittelwerte des IIP- Gesamtindex

und der Subskalen, bezogen auf die Erfolgsgruppen der SCL. Die 5 Erfolgsgruppen der SCL („gesund“, „unverändert“, „verbessert“, „klinisch bedeutsam verbessert“ und „verschlechtert“) sind hier zu den zwei Gruppen „unverändert/ verschlechtert“ und „verbessert“ zusammengefasst.

SCL		IIP_GE_A	PA zu autokra- tisch (IIP) Auf	BC miss- trauisch (IIP) Auf	DE zu abweisend (IIP) Auf	FG zu introvertiert (IIP) Auf	HI selbst- unsicher (IIP) Auf	JK ausnutz- bar (IIP) Auf	LM fürsor- glich (IIP) Auf	NO zu auf- dringlich (IIP) Auf
Veränderung 2 Gruppen										
un- veränd./ verschl.	Mittelwert	14,09	9,14	11,47	13,33	16,00	18,49	16,47	16,31	11,53
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	Standard- ab- weichung	3,57	5,63	5,65	6,38	6,39	7,23	5,57	5,03	4,63
verbessert	Mittelwert	14,22	9,15	10,90	11,73	16,27	18,81	17,05	17,88	12,59
	N	101	102	103	103	104	104	104	104	104
	Standard- ab- weichung	3,53	5,36	5,99	6,40	7,28	6,97	5,94	5,78	5,56
insgesamt	Mittelwert	14,18	9,14	11,09	12,26	16,18	18,70	16,86	17,37	12,24
	N	152	153	154	154	155	155	155	155	155
	Standard- ab- weichung	3,54	5,44	5,87	6,42	6,98	7,03	5,81	5,58	5,28

Tabelle 4-7: Mittelwerte von IIP- Gesamtindex und -Subskalen bei Aufnahme bezogen auf die Erfolgsbeurteilung durch die Patienten (Symptom-Check-List)

Es zeigen sich keine deutlichen Differenzen der IIP- Gesamtindices in den zwei Erfolgsgruppen. Betrachtet man die IIP- Subskalen im Einzelnen, zeigen sich folgende Differenzen zwischen den „verbesserten“ und „unverändert/ verschlechterten“ Patienten: Die „verbesserten“ Patienten schätzten sich bei Aufnahme durchschnittlich häufiger als zu introvertiert, selbstunsicher, ausnutzbar und fürsorglich ein. Sie sind also stärker durch Eigenschaften aus dem rechten und unteren Segmenten des interpersonalen Zirkels (siehe Abbildung 3-8, Kapitel 3.2.2.) charakterisiert. Die „unveränderten/ verschlechterten“ Patienten schätzten sich hingegen bei Aufnahme durchschnittlich häufiger als zu misstrauisch und abweisend/ kalt ein, beides Skalen aus dem linken und oberen Bereich des interpersonalen Zirkels.

Eine Ausnahme bilden zwei Subskalen, die auch im oberen Bereich des interpersonalen Zirkels angesiedelt sind: Auf der Skala „PA zu autokratisch“ weisen die beiden Erfolgsgruppen praktisch keine Differenz ihrer Mittelwerte auf. Bezüglich der Skala „NO zu aufdringlich“ schätzen sich die „verbesserten“ Patienten durchschnittlich etwas häufiger als zu aufdringlich ein.

Zur Ermittlung statistisch signifikanter Zusammenhänge zwischen den IIP- Werten bei Aufnahme und dem Behandlungserfolg, wurden die fünf Veränderungsgruppen der SCL wiederum zu zwei Gruppen (verbessert und unverändert/ verschlechtert) zusammengefasst und der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt (siehe Tabelle 4-8). Dabei ergibt sich jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den IIP- Werten und der SCL- Veränderung. Siehe dazu Tabelle 4-9.

	SCL Veränderung	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
PA zu autokratisch (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	76,58	3905,50
	verbessert	102	77,21	7875,50
	gesamt	153		
BC misstrauisch (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	80,73	4117,00
	verbessert	103	75,90	7818,00
	gesamt	154		
DE zu abweisend (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	84,51	4310,00
	verbessert	103	74,03	7625,00
	gesamt	154		
FG zu introvertiert (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	76,86	3920,00
	verbessert	104	78,56	8170,00
	gesamt	155		
HI selbstunsicher (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	77,12	3933,00
	verbessert	104	78,43	8157,00
	gesamt	155		
JK ausnutzbar (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	73,63	3755,00
	verbessert	104	80,14	8335,00
	gesamt	155		
LM fuersorglich (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	69,46	3542,50
	verbessert	104	82,19	8547,50
	gesamt	155		
NO zu aufdringlich (IIP) Auf	unverändert/ verschlechtert	51	71,50	3646,50
	verbessert	104	81,19	8443,50
	gesamt	155		
IIP_GE_A	unverändert/ verschlechtert	51	77,23	3938,50
	verbessert	101	76,13	7689,50
	gesamt	152		

Tabelle 4-8: U-Test nach Mann und Whitney zum Vergleich der zwei Erfolgsgruppen in der Patienteneinschätzung (Symptom-Check-List) „unverändert/ verschlechtert“, „verbessert“, hinsichtlich der IIP- Ausgangswerte

	PA zu autokra- tisch (IIP) Auf	BC misstrau- isch (IIP) Auf	DE zu abweisend (IIP) Auf	FG zu introvertiert (IIP) Auf	HI selbstunsi- cher (IIP) Auf	JK ausnutzbar (IIP) Auf	LM für- sorglich (IIP) Auf	NO zu aufdringlich (IIP) Auf	IIP_GE_A
Mann-Whitney-U	2579,50	2462,00	2269,00	2594,00	2607,00	2429,00	2216,50	2320,50	2538,50
Wilcoxon-W	3905,50	7818,00	7625,00	3920,00	3933,00	3755,00	3542,50	3646,50	7689,50
Z	-,08	-,63	-1,37	-,22	-,17	-,85	-1,61	-1,27	-,14
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,93	0,53	0,17	0,83	0,86	0,40	0,10	0,21	0,89

a Gruppenvariable: SCL Veränderung

Tabelle 4-9: Statistik für U-Test zur Berechnung eines signifikanten Zusammenhangs zwischen den IIP- Ausgangswerten und Behandlungserfolg, gemäß Patienteneinschätzung in der Symptom-Check-List

Im folgenden Schritt ist das Maß für Therapieerfolg die Veränderung der Werte im Beeinträchtigungsschwere-Score, also die Therapeutenbeurteilung. In Tabelle 4-10 sind die Mittelwerte im IIP bei Aufnahme, bezogen auf die Veränderung der Werte im BSS, dargestellt. Die 4 Erfolgsgruppen des BSS („im Normbereich“, „unverändert“, „verbessert“, „verschlechtert“) sind zu den 2 Gruppen „verbessert“ und „unverändert/ verschlechtert“ zusammengefasst.

BSS		IIP_GE_A	PA zu autokra- tisch (IIP) Auf	BC miss- trauisch (IIP) Auf	DE zu abweis- end (IIP) Auf	FG zu introver- tiert (IIP) Auf	HI selbstun- sicher (IIP) Auf	JK ausnutz- bar (IIP) Auf	LM für- sorglich (IIP) Auf	NO zu auf- dringlich (IIP) Auf
Verän- derung 2 Gruppen										
uveränd./ verschl.	Mittelwert	13,34	10,09	10,83	12,55	13,53	15,34	14,60	15,87	12,15
	N	46	47	46	47	47	47	47	47	47
	Standard- ab- weichung	4,44	6,02	5,60	7,40	7,19	8,20	6,85	7,00	5,91
ver- bessert	Mittelwert	13,67	8,49	10,51	10,97	15,01	18,44	16,35	17,29	11,96
	N	75	76	76	77	77	77	77	77	77
	Standard- ab- weichung	3,56	4,85	5,93	5,96	6,91	7,30	5,85	5,23	5,36
Insgesamt	Mittelwert	13,54	9,10	10,63	11,57	14,45	17,27	15,69	16,75	12,03
	N	121	123	122	124	124	124	124	124	124
	Standard- ab- weichung	3,90	5,36	5,79	6,56	7,03	7,77	6,27	5,97	5,55

Tabelle 4-10: Mittelwerte von IIP- Gesamtindex und -Subskalen bei Aufnahme bezogen auf die Erfolgsbeurteilung durch den Therapeuten (Beeinträchtigungsschwerescore)

Während sich im IIP- Gesamtindex wiederum keine wesentlichen Differenzen zwischen den zwei Erfolgsgruppen zeigen, finden sich Unterschiede auf den Subskalen. Patienten, die höhere Werte im rechten und den unteren Segmenten des interpersonalen Zirkels aufweisen, sich also eher als zu introvertiert, selbstunsicher, ausnutzbar und fürsorglich

eingeschätzt haben, gehen häufiger „gebessert“ aus der Therapie. Dagegen profitieren diejenigen Patienten, die sich anfangs eher als zu autokratisch, misstrauisch, abweisend und aufdringlich eingeschätzt haben, durchschnittlich weniger durch die Therapie. Zu den einzelnen Werten siehe Tabelle 4-10.

Zum Vergleich der „unveränderten/ verschlechterten“ mit der „verbesserten“ Patientengruppe hinsichtlich der IIP- Ausgangswerte und der Berechnung statistisch signifikanter Zusammenhänge wurde auch hier der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt (siehe Tabelle 4-11).

Es ergibt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Behandlungserfolg und Werten auf der Subskala „HI selbstunsicher“. Für die übrigen Subskalen ergibt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang (siehe Tabelle 4-12).

	BSS Veränderung 2 Gruppen	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
PA zu autokratisch (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	67,89	3191,00
	verbessert	76	58,36	4435,00
	gesamt	123		
BC misstrauisch (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	46	64,77	2979,50
	verbessert	76	59,52	4523,50
	gesamt	122		
DE zu abweisend (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	67,82	3187,50
	verbessert	77	59,25	4562,50
	gesamt	124		
FG zu introvertiert (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	59,05	2775,50
	verbessert	77	64,60	4974,50
	gesamt	124		
HI selbstunsicher (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	54,09	2542,00
	verbessert	77	67,64	5208,00
	gesamt	124		
JK ausnutzbar (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	57,14	2685,50
	verbessert	77	65,77	5064,50
	gesamt	124		
LM fuersorglich (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	57,40	2698,00
	verbessert	77	65,61	5052,00
	gesamt	124		
NO zu aufdringlich (IIP) Auf	un- verändert/verschlechtert	47	62,22	2924,50
	verbessert	77	62,67	4825,50
	gesamt	124		
IIP_GE_A	un- verändert/verschlechtert	46	61,47	2827,50
	verbessert	75	60,71	4553,50
	gesamt	121		

Tabelle 4-11: U-Test nach Mann und Whitney zum Vergleich der zwei Erfolgsgruppen in der Therapieeinschätzung (Symptom-Check-List) „unverändert/ verschlechtert“, „verbessert“ hinsichtlich der IIP- Ausgangswerte

	PA zu autokra- tisch (IIP) Auf	BC misstrau- isch (IIP) Auf	DE zu abweisend (IIP) Auf	FG zu introvertiert (IIP) Auf	HI selbststun- sicher (IIP) Auf	JK ausnutzbar (IIP) Auf	LM fürsor- gisch (IIP) Auf	NO zu aufdringlich (IIP) Auf	IIP_GE_A
Mann- Whitney-U	1509,00	1597,50	1559,50	1647,50	1414,00	1557,50	1570,00	1796,50	1703,50
Wilcoxon- W	4435,00	4523,50	4562,50	2775,50	2542,00	2685,50	2698,00	2924,50	4553,50
Z	-1,45	-,80	-1,29	-,84	-2,04	-1,30	-1,24	-,07	-,12
Asympto- tische Signifi- kanz (2- seitig)	,148	,43	,20	,40	,041*	,19	,22	,95	,91

a Gruppenvariable: BSS Veränderung 2 Gruppen

Tabelle 4-12: Statistik für U-Test zur Berechnung eines signifikanten Zusammenhangs zwischen den IIP- Ausgangswerten und Behandlungserfolg, gemäß Therapeuteneinschätzung im Beeinträchtigungsschwerescore

4.4. Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg

Die Motivation des Patienten zur Behandlung wurde vor Therapiebeginn durch einen Therapeuten eingeschätzt und im Aufnahmebogen dokumentiert. Da nicht alle Patienten hinsichtlich ihrer Motivation eingeschätzt wurden, ergeben sich in den folgenden Darstellungen niedrigere Absolutwerte für die Zahl der Patienten. Die Skala zur Bewertung der Motivation reicht von null (nicht motiviert) bis vier (sehr motiviert). Die Patienten wurden demnach zur statistischen Auswertung in zwei Gruppen aufgeteilt: „Motivierte“ Patienten (Wert von drei oder vier) und „nicht motivierte“ Patienten (Werte zwischen null und zwei).

Zur Untersuchung des Einflusses der Motivation wurde der Behandlungserfolg zunächst, wie in Tabelle 4-13 dargestellt, durch die Veränderung der Werte in der SCL gemessen. Von den 89 Patienten, die sich durch die Therapie „verbessert“ haben, sind 55 (62%) zuvor als „motiviert“ eingeschätzt worden. 34 (38%) der „Verbesserten“ waren anfangs nicht motiviert. Der Chi- Quadrat- Test ergibt jedoch keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der Behandlungsmotivation und dem Therapieerfolg, gemessen durch Veränderung der SCL- Werte (siehe Tabelle 4-14).

	SCL- Veränderung 2 Gruppen		gesamt
	unverändert/ verschlechtert	verbessert	
Behandlungsmotivation			
nicht motiviert	20	34	54
motiviert	25	55	80
gesamt	45	89	134

Tabelle 4-13: Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg (gemessen durch SCL-90-R)

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,484	1	,487		
Kontinuitätskorrek- tur	,259	1	,611		
Likelihood-Quotient	,482	1	,488		
Exakter Test nach Fisher				,576	,304
Zusammenhang linear-mit-linear	,480	1	,488		
Anzahl der gültigen Fälle	134				

Tabelle 4-14: Chi-Quadrat-Test zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsmotivation und Therapieerfolg gemäß Patienteneinschätzung (SCL- Veränderung)

Im Folgenden wurde ebenfalls der Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg gemessen, Erfolgsmaß ist hier jedoch die Experteneinschätzung im BSS (siehe Tabelle 4-15). Von 70 Patienten, die sich laut Therapeuteneinschätzung verbessert haben, waren 42 (60%) zur Behandlung motiviert. 28 (40%) der „Verbesserten“ waren nicht motiviert.

	BSS- Veränderung 2 Gruppen		gesamt
	unverändert/ verschlechtert	verbessert	
Behandlungs-motivation			
nicht motiviert	27	28	55
motiviert	18	42	60
gesamt	45	70	115

Tabelle 4-15: Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg (gemessen durch BSS)

Hier ergibt die Berechnung des Chi- Quadrat- Tests einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungserfolg (im Therapeutenrating) und Behandlungsmotivation (vgl. Tabelle 4-16).

	Wert	Df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,391	1	,036*		
Kontinuitätskorrektur	3,626	1	,057		
Likelihood-Quotient	4,414	1	,036*		
Exakter Test nach Fisher				,055	,028
Zusammenhang linear-mit-linear	4,353	1	,037*		
Anzahl der gültigen Fälle	115				

Tabelle 4-16: Chi-Quadrat-Test zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Behandlungsmotivation und Therapieerfolg gemäß Therapeuteneinschätzung (BSS- Veränderung)

4.5. Prognostischer Wert der vier- Wochen Untersuchung

für den Behandlungserfolg

Nach den ersten vier Therapiewochen erfolgte eine Zwischenuntersuchung, bei der die Patienten unter anderem die SCL-90-R erneut ausfüllten. Anhand dieser Werte, im Vergleich zu den SCL- Aufnahme- und Entlassungswerten, wurde untersucht, ob sich bereits nach vier Wochen der Therapieerfolg prognostizieren lässt. Dazu wurde der jeweilige SCL- Gesamtindex (SCL-GSI) gebildet. Abbildung 4-17 zeigt die graphische Darstellung der SCL- Gesamtindices vom Zeitpunkt der Aufnahme, vier- Wochenuntersuchung und Entlassung. Zusammengefasst dargestellt sind die Werte der Patienten, die sich insgesamt verschlechtern oder unverändert bleiben und diejenigen, die sich durch die Therapie verbessern.

Es zeigt sich bereits nach 4 Wochen ein deutlicher Trend in der Veränderung der SCL- Werte in Richtung „Verbesserung“ bzw. „Verschlechterung/ keine Veränderung“: Die Patienten, die sich insgesamt durch die Therapie nicht verändern bzw. verschlechtern, weisen bereits nach vier Wochen einen erhöhten SCL-GSI auf. Bei den Patienten, die sich durch die Therapie verbessern, ist die GSI- Veränderung nach vier Wochen noch deutlicher, nämlich in Richtung einer Abnahme des Index.

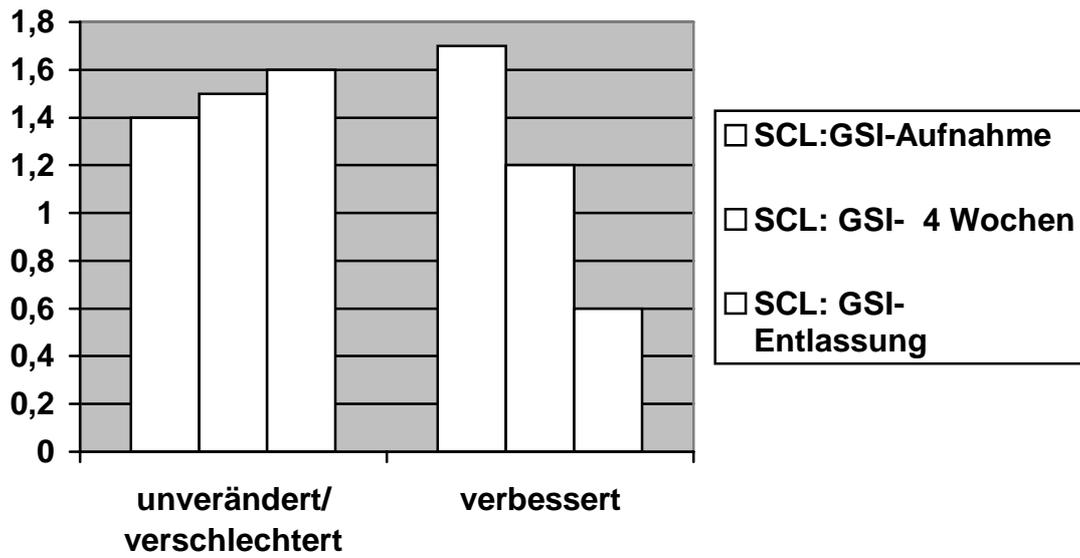


Abbildung 4-17: Mittelwerte der SCL- GSI bei Aufnahme, Entlassung und bei 4-Wochen-Zwischenuntersuchung

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht Faktoren, die zur Prädiktion des Behandlungsverlaufes und -erfolges in stationärer Psychotherapie beitragen und damit in die Indikationsentscheidung für eine bestimmte Therapieform eingehen können.

Während die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie in über 500 Studien gut belegt ist (s. Smith et al., 1980; Shapiro & Shapiro, 1982; Lipsey & Wilson, 1993), stellt sich die Frage, welche der zahlreichen Therapien für welchen Patienten am besten geeignet ist. Ziel ist es, das best mögliche Behandlungsergebnis zu erreichen und den Patienten vor möglichen negativen Therapieeffekten einer falschen Behandlung zu schützen.

5.1. Zur Übereinstimmung zwischen Patienten- und Expertenbeurteilung des Behandlungserfolges nach Therapie

Zur Beurteilung der Übereinstimmung der verschiedenen Erfolgsmaße in dieser Studie, wurden das Expertenrating (BSS) mit dem Patientenrating (SCL) verglichen. Die Berechnung der entsprechenden Korrelation ergibt zwar einen statistisch signifikanten Wert, der aber mit 0,26 einer nur geringen Korrelation zwischen den beiden Erfolgsbeurteilungen entspricht. Auch Ziegenrucker et al. (1996) fanden bei ihrer Untersuchung statistisch signifikante, aber nur geringe Korrelationen zwischen den verschiedenen Erfolgsmaßen, sowohl in der Bewertung des somatischen ($r = 0,48$), als auch des psychischen ($r = 0,36$) Behandlungserfolges. Bei Rief et al. (1994) findet sich ebenfalls eine nur geringe Korrelation von $r = 0,44$ zwischen dem globalen Veränderungsurteil von Patient und Therapeut.

Diese und die eigenen Ergebnisse legen nahe, dass die verschiedenen Messinstrumente unterschiedliche Aspekte des Behandlungserfolges erfassen. Zu diesem Schluss kom-

men auch Rief et al. (1994) und Schulte (1993) in ihren Untersuchungen. Schulte weist darauf hin, dass Krankheit oder Störung ein mehrschichtiges Konstrukt ist. Ein einheitliches Maß für die Evaluation von Therapie sei daher nicht möglich, sondern erfordere Operationalisierungen auf mehreren Ebenen.

Die Integration der verschiedenen Erfolgsmaße zu einem Wert, oder die Therapieergebniseinschätzung durch nur ein einziges Erfolgsmaß, erscheint aus den dargestellten Ergebnissen nicht ausreichend zu sein, um den Behandlungserfolg differenziert wiederzugeben. Des Weiteren spielt offenbar, wie weiter unten dargestellt, die Wahl des Erfolgskriteriums eine nicht unerhebliche Rolle, wenn Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg, wie z.B. Behandlungsmotivation, analysiert werden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit und der gesichteten Studien zusammengefasst, erscheint die Integration der verschiedenen gebräuchlichen Erfolgsmaße zu einem Wert, aufgrund der niedrigen Interkorrelationen, derzeit nicht angebracht.

5.2. Zu den Veränderungen im Bereich der interpersonellen Probleme und der Symptome im Verlauf der Behandlung

Betrachtet man die Veränderung von Werten im Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) und der Symptom- Check- List (SCL) im Verlauf der Behandlung zeigt sich, dass sowohl Symptome als auch Interpersonelle Probleme durch die Therapie abnehmen, also eine Besserung durch die Behandlung erfahren. Dieses trifft für die jeweiligen Gesamtscores der SCL und des IIP zu, sowie für sämtliche betrachteten Subskalen, bis auf die IIP- Skala „PA zu autokratisch/ dominant“, wo sich ein ganz leichter Anstieg des Wertes zeigt. Eine Zunahme der Werte auf dieser und weiterer Skalen im Bereich der

oberen Oktanten findet sich auch bei einigen der von Keller und Schneider (1993) untersuchten Stichproben.

Betrachtet man die Effektstärken der Veränderungen in der vorliegenden Stichprobe, so sind diese für die Interpersonellen Probleme eher gering. Die Effektstärken reichen hier von -0,07 bis 0,27. Für den IIP- Gesamtscore liegt sie bei 0,25.

Die Effektstärken für Veränderungen im Bereich der Symptome sind höher. Sie rangieren zwischen 0,36 und 0,86. Dabei beträgt die Effektstärke für den Gesamtindex der SCL 0,76.

Diese Verhältnisse, also deutliche Effektstärken für Veränderungen der Symptome und geringe Effektstärken für Veränderungen der Interpersonellen Probleme, bestätigen die Ergebnisse von anderen Studien. Davies-Osterkamp et al. (1996) fanden ebenfalls geringe Effektstärken für Veränderungen der Interpersonellen Probleme und größere Effektstärken bei den Veränderungen der Symptome. Auch in der Studie von Keller und Schneider (1993) zeigen sich nur geringe Effektstärken der Veränderungen bei den Interpersonellen Problemen. Ein Jahr nach Entlassung verzeichnen Keller und Schneider in der Nachuntersuchung jedoch eine stärkere Abnahme der Interpersonellen Probleme. Davies-Osterkamp et al. (1996) schließen daraus, dass sich das in der Therapie Gelernte erst zu Hause nach und nach auswirkt – ein Ergebnis, welches in einer großen Studie zur stationären Psychotherapie bestätigt wurde (Strauß und Burgmeister- Lohse, 1994). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Franz et. al. (2000) in ihrer Multicenterstudie, wo eine Reihe von Patienten nach Therapie höhere IIP- Gesamtindices aufweisen, als vorher. Sie erklären diesen Sachverhalt mit der durch die Therapie gebesserten Wahrnehmung zwischenmenschlicher Probleme, was im Falle einzelner Patienten ja auch erwünschtes Behandlungsziel sei.

Neben den dargestellten Erklärungen zu den relativ geringen IIP- Wert- Abnahmen und teilweise sogar Zunahmen, soll eine weitere Überlegung erläutert werden. Hierzu muss

das Messinstrument, das IIP genauer betrachtet werden. Die Instruktion des IIP fordert den Patienten auf, die Probleme, die dieser in der Vergangenheit mit irgendeiner Person hatte, zu bewerten. Hier wird also nach zurückliegenden Problemen gefragt. Diese selbst können sich logischerweise nicht bessern, da eine Veränderung nur für gegenwärtige und zukünftige Interaktionen erzielt werden kann. Daher müssten streng genommen die Effektstärken auf dem IIP gleich null sein, also gar keine Veränderung der vergangenen Probleme stattgefunden haben. Das dies nicht so ist, kann damit erklärt werden, dass sich zwar nicht die vergangenen Probleme, wohl aber die Sichtweise derselben ändert. Der Patient kommt nach der Therapie zu einer anderen Bewertung der zurückliegenden Probleme.

Hier zeigt sich ein methodisches Problem des IIP, welches durch die Instruktion die Aufmerksamkeit des Probanden eben auf die "seit je" bestehenden Probleme lenkt, und sich somit nach Meinung des Autors nicht gut für die Beurteilung von Veränderungen eignet. Eine andere Formulierung könnte hier Abhilfe schaffen.

5.3. Zur Prädiktion von Behandlungserfolg

mit Hilfe des Inventars Interpersoneller Probleme

Im Vorangehenden wurde untersucht, inwieweit die vor Therapie gemessenen Interpersonellen Probleme der Patienten als Prognosefaktoren für einen Behandlungserfolg dienen können. Interpersonelle Probleme sind ein häufiger Grund, warum Patienten eine Psychotherapie beginnen (vgl. Keller & Schneider, 1993 und Maling et al., 1995) und stellen somit eine wichtige Veränderungsgröße dar. Im Rahmen einer Therapie wirken sie auch auf die therapeutische Beziehung und sind daher von großer Bedeutung für Diagnose, Prognose und Effektivität von Psychotherapie (vgl. Keller und Schneider,

1993). Horowitz et al. (1988, 1993) und Mohr et al. (1990) kamen in ihren Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass das Ausmaß interpersoneller Probleme zu Behandlungsbeginn benutzt werden kann, Patienten, welche die Therapie beenden, von Therapieabbrechern zu unterscheiden.

Zunächst wird der Frage nachgegangen, ob das gesamte Ausmaß interpersoneller Probleme (IIP- Gesamtindex) vor Beginn der Therapie eine Bedeutung für den Erfolg der Behandlung haben. Davies-Osterkamp et al. (1996) fanden in ihrer Untersuchung, dass erfolgreichere Patienten vor Therapiebeginn über mehr interpersonelle Probleme berichteten als die weniger erfolgreichen. Dieses Ergebnis lässt sich in der vorliegenden Studie nicht replizieren. Die erfolgreichen und weniger erfolgreichen Patienten weisen keinen deutlichen Unterschied in ihren IIP- Gesamtindices vor der Therapie auf, unabhängig davon, ob der Behandlungserfolg durch den Therapeuten oder Patienten eingeschätzt wurde.

Betrachtet man nun die IIP- Subskalen, zeigt sich sowohl bei der Therapeuten- als auch der Patienteneinschätzung des Behandlungserfolges, dass die erfolgreichere Gruppe („verbessert“) durchschnittlich häufiger vor Therapiebeginn Probleme aus den rechten und unteren Segmenten des interpersonellen Zirkels angeben, sich also als zu introvertiert, ausnutzbar, fürsorglich und selbstunsicher einstuft. Die Skala „HI zu selbstunsicher“ zeigt darunter die deutlichsten Werte. Die Ergebnisse von Davies-Osterkamp et al. (1996) weisen zum Teil in die gleiche Richtung. Auch bei ihnen profitieren diejenigen Patienten am meisten, die sich als zu selbstunsicher einstufen. Außerdem zeigen die erfolgreicherer Patienten die höchsten Werte auf einer weiteren Skala („FG zu introvertiert“) aus dem unteren Bereich des Zirkels. Daneben finden sich bei Davies-Osterkamp et al. (1996) bei den erfolgreicherer Patienten hohe Werte auch auf der Skala „BC zu misstrauisch“, aus dem oberen Bereich des Zirkels. Horowitz et al. (1989,1993) formulierten die Hypothese, dass Patienten, die im linken oberen Quadranten anzusiedeln sind

(„feindselige Dominanz“), eher weniger von der Behandlung profitieren. Auch in der vorliegenden Untersuchung sind die Patienten mit stärkeren Problemen im linken und oberen Bereich des interpersonellen Zirkels („zu misstrauisch“, „zu abweisend/ kalt“) weniger erfolgreich. Bei der Suche nach Erklärungen für dieses Ergebnis ist zu überlegen, ob es eher misstrauischen und abweisenden Patienten im gruppenpsychotherapeutischen Setting schwerer fällt, sich auf die Gruppe einzulassen und schließlich von ihr zu profitieren.

Eine Ausnahme bilden zwei Subskalen in der Selbsteinschätzung der Patienten, die sich ebenfalls im oberen Segment des interpersonellen Zirkels finden.

Für die Subskala „PA zu autokratisch“ besteht kein wesentlicher Unterschied für die beiden Erfolgsgruppen.

Die erfolgreicheren Patienten sehen sich selbst durchschnittlich häufiger als zu aufdringlich (höhere Werte auf der Skala „NO zu aufdringlich“). Hier erweist sich also, wie bei Davies-Osterkamp et al. (1996) ein Item aus dem oberen Segment des interpersonellen Zirkels als prognostisch günstig, im Gegensatz zu den übrigen Befunden. Ein Grund dafür könnte sein, dass eher zu aufdringliche Patienten ein gewisses Maß an Offensivität zeigen, welches ihnen bei der Interaktion mit der Gruppe hilft, ohne dabei zu misstrauisch und abwehrend zu sein. Um dieses zu klären, wären weitere Untersuchungen interessant, welche die Beziehung bestimmter interpersoneller Probleme zu verschiedenen Behandlungsformen differenziert betrachten, wie sie z.B. von Grawe et al. (1990) in der Berner Therapievergleichsstudie publiziert wurden. Als Maß für interpersonelle Charakteristika ihrer Patienten verwendeten sie das Impact Message Inventory (IMI; Kiesler et al., 1976). Ein interessantes Ergebnis ihrer Untersuchungen ist, dass hohe Werte für „Dominanz“, „Bestimmtheit“ und „Ehrgeiz“ auf dem IMI signifikant mit positivem Behandlungserfolg nach interaktionaler Gruppentherapie korreliert ist.

Strauß et al. (1993) fanden in ihrer Verbundstudie, in der verschiedene Formen stationärer Psychotherapie untersucht wurden, gegensätzliche Beziehungen von einzelnen interpersonellen Problemen zum Behandlungserfolg. So erwiesen sich Probleme mit Submissivität in zwei der untersuchten Kliniken als eher ungünstig, während in der von ihnen untersuchten Stichprobe der Klinik in Berlin- Hirschgarten, Probleme mit feindseiliger Dominanz eher auf einen geringeren Therapieerfolg hinwiesen. In letztgenannter Einrichtung wird die sog. Intendierte Dynamische Gruppenpsychotherapie (vgl. Höck, 1977) angewandt, welche laut Strauß und Hess vorsieht, dass die Gruppendynamik durch spezifisches Therapeutenverhalten in ihrem phasischen Verlauf akzentuiert und verstärkt wird. In der Untersuchung von Strauß und Hess nehmen die Patienten dieser Klinik ihren Therapeuten als emotional präsenter war, als z.B. in der Kieler Klinik, wo die Problemklärung und das Gefühl, akzeptiert zu werden, überwiegen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, wie sich die Art der Therapie aber auch die individuellen Interaktionen des Therapeuten und die interpersonellen Probleme des Patienten gegenseitig beeinflussen. Hier könnten folgende Studien weiteren Aufschluss liefern, welche die verschiedenen angebotenen Therapien im stationären Rahmen, sowie verschiedene Interaktionsformen der Therapeuten in Bezug auf das interpersonelle Profil und interpersonelle Probleme der Patienten, untersuchen.

5.4. Zum Einfluss der Behandlungsmotivation auf den Therapieerfolg

Die Patienten wurden vor der Behandlung durch einen Therapeuten hinsichtlich ihrer initialen Therapiemotivation auf einer Skala von null (nicht motiviert) bis vier (sehr motiviert) eingestuft. Die motivierten Patienten profitieren häufiger von der Behandlung als die nicht motivierten. Dieser Zusammenhang findet sich sowohl, wenn die Patientenbeurteilung, als auch wenn die Therapeutenbeurteilung als Erfolgskriterium herange-

zogen wird. In letzterem Falle findet sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Unter den verbesserten Patienten waren 60% initial zur Therapie motiviert, 40% wurden als eher nicht motiviert eingeschätzt.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Koss und Shiang (1994) bei ihrer Auswertung mehrerer Studien, welche die Auswirkung der Patientenmotivation auf das Behandlungsergebnis untersuchen. Auch dort finden sich keine statistisch signifikanten Beziehungen zwischen Motivation und Therapieerfolg, wenn Patientenbeurteilungen das Erfolgskriterium bilden (vgl. Prager, 1971, s. Orlinsky & Howard 1986). Wenn aber die Therapeuteinschätzung das Erfolgskriterium stellt, zeigt sich bei drei von vier Untersuchungen ein signifikant positiver Zusammenhang (vgl. Baer et al., 1980; Conrad, 1952; Strupp et al., 1963; aber nicht Prager, 1971). Bei weiteren der von ihnen ausgewerteten Stichproben, bei denen der Behandlungserfolg durch unabhängige Kliniker bewertet wurde, finden sich in zwei Fällen ebenfalls signifikant positive Zusammenhänge, zusammen mit einem unbedeutenden Ergebnis.

Anders stellen sich die Verhältnisse in den von Orlinsky und Howard (1986) diskutierten Studien dar, in denen der Behandlungserfolg nicht durch Therapeuten, sondern durch objektive Indizes oder Tests erhoben wird. Hier findet sich keine Beziehung zwischen Motivation und Behandlungserfolg. Dies veranlasst die beiden Autoren zu der Feststellung, dass die Variable Behandlungsmotivation, aufgrund der geringen Gewissheit ihrer Bedeutung, weiterer Untersuchungen wert ist.

Offenbar stellt also, wie in der vorliegenden Arbeit und bei den von Orlinsky und Howard (1986) referierten Studien, das Erfolgskriterium einen wichtigen Faktor bei der Betrachtung von Behandlungsmotivation dar. In weiteren Arbeiten wäre ein einheitliches Kriterium bei der Analyse von Motivation interessant, welches aber offenbar, wie oben dargestellt, wegen der niedrigen Interkorrelationen nicht einfach aus den vorhandenen Maßen aggregiert werden darf.

Ein aus Patienten- und Therapeutenrating zusammengesetztes Erfolgskriterium wird in der von Bassler (1995) untersuchten Stichprobe benutzt. Hier korrelierte die Motivation des Patienten unter anderen Faktoren vergleichsweise am stärksten mit dem Therapieerfolg. Bassler kommt zu dem Schluss, dass, neben prozessualen Merkmalen, der Grad der Ich-strukturellen Stabilität und die Therapiemotivation über die Erfolgsprognose entscheiden.

Wenn man festhält, das Erfolgskriterium sei ein wichtiger Faktor, wenn der Einfluss der Motivation auf den Behandlungserfolg untersucht wird, soll nun die Bewertung der Motivation weiter analysiert werden. In der vorliegenden Arbeit schätzten, wie oben dargestellt, die Therapeuten Motivation auf einer Skala zwischen „nicht motiviert“ bis „sehr motiviert“ ein. Es stellt sich die Frage, wie die jeweilige Bewertung, ob ein Patient motiviert ist, beim Therapeuten, der den Patienten vor der Behandlung sieht, zustande kommt. Bassler und Hoffmann (1993) fanden, dass sich die therapeutenseitige Einschätzung des Störungsgrades der Patienten u.a. insbesondere auf die Beurteilung von Motivation auswirkt. Schwerer gestörte Patienten wurden schon zu Beginn der Behandlung als signifikant weniger motiviert erlebt. Diese Feststellung zeigt, wie die Einschätzung der Motivation durch andere patienten- und therapeutenseitige Faktoren beeinflusst werden kann.

Damit verknüpft ist die Frage, wie Motivation definiert wird. In der vorliegenden und den bisher genannten Untersuchungen wurde lediglich unterschieden, ob der Patient motiviert ist oder nicht bzw. wie stark seine Motivation ist. Die Frage ist, ob diese eindimensionale Beschreibung das Phänomen Behandlungsmotivation hinreichend wiedergibt. Eine differenziertere Beschreibung des Items Behandlungsmotivation könnte durch den Einsatz von Instrumenten wie dem Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP) erzielt werden. Die Zuordnung der im FMP abgefragten Items zu vier Merkmalsbereichen, erlaubt eine differenziertere Betrachtung

Merkmalsbereichen, erlaubt eine differenziertere Betrachtung der Behandlungsmotivation.

Schneider et al. (1999) benutzten den FMP in ihrer Untersuchung. Für ihre Stichprobe können sie keinen differenzierenden Effekt von allgemeinen Behandlungserwartungen nachweisen. In der differenzierten Analyse des FMP zeigen sich jedoch verschiedene Effekte für die einzelnen Merkmalsbereiche. So wirken sich eine psychosozial fokussierende „Laienätiologie“ und ein hohes Maß an „Offenheit für Psychotherapie“ positiv auf die Änderung interpersoneller Probleme und psychischer Symptome aus.

Die überwiegend positiven Ergebnissen der Effekte von Behandlungsmotivation auf Therapieerfolg in den gesichteten Studien, geben Hoffnung, dass in der Motivation des Patienten Potenzial liegt, welches sich weiter im Sinne einer erfolgreichen Behandlung nutzen lässt. Eine Möglichkeit könnte darin liegen, die Motivation differenzierter zu erfassen, wie z.B. mit dem FMP, um daraus Konsequenzen für die folgende Behandlung zu ziehen.

Schneider et al. (1999) sprechen von „motivationalen Akzentuierungen“, wie beispielsweise der Erwartung von Symptomentlastung bei Angstpatienten. Sie schlagen vor, solche differenzierten Motivationen bzw. Erwartungen in die differentielle Indikationsstellung zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen einfließen zu lassen.

Die bestimmten Erwartungen oder Motivationen eines Patienten könnten auch als ein Hinweis dienen, welche therapeutenseitige Vorgehensweise für den jeweiligen Klienten am geeignetsten ist. Koss und Shiang (1994, S.685) analysierten eine Studie mit kurzer psychodynamischer Therapie bei Trauerreaktionen von Horowitz et al.(1984) und Marmar et al.(1988). Dort findet sich, dass Prozessmaße der therapeutischen Allianz und Aktionen durch den Therapeuten den Behandlungserfolg nicht vorhersagen können. Wurden diese zwei Variablen jedoch in Zusammenhang mit dem Entwicklungsstand

des Selbstbildes und der Motivation, eine dynamische Therapie in Anspruch zu nehmen, betrachtet, ergaben sich signifikante Outcome- Prädiktoren.

Koss und Shiang leiten aus diesen Ergebnissen mögliche Indikatoren für bestimmte Therapeuteninterventionen ab. Solche Interventionen, die mehr explorative Aktionen betonen, würden besser zu Patienten, die hoch motiviert sind oder schlüssigere Selbstbilder haben, passen. Hingegen seien für Patienten mit weniger stabilem Selbstbild und geringerer Motivation stützende Interventionen geeigneter.

Fasst man die hier gesichteten Studien zusammen, ist festzustellen, dass in der Mehrzahl der Fälle ein positiver Zusammenhang zwischen Motivation und Therapieerfolg besteht. Daraus ergibt sich die Frage, was Psychotherapie bei wenig motivierten Patienten bewirken kann. Lachauer (1982) konstatiert, dass viele Patienten, die zu einer stationären Behandlung überwiesen werden, zu Beginn nur unsicher oder manchmal auch gar nicht motiviert sind.

Gerade für wenig motivierte und schwerer gestörte Patienten sehen Bassler und Hoffmann (1993) eine wichtige Funktion stationärer Therapien. Für solche Patienten seien stationäre Behandlungen oftmals die einzige Möglichkeit, einen weiterführenden therapeutischen Zugang zu gewinnen und eine tragfähige Motivation für anschließende ambulante Behandlungen zu erreichen. Die Bedeutung dieser Erkenntnis betonen Bassler und Hoffmann auch im Hinblick auf die Debatte über den vertretbaren Aufwand stationärer Psychotherapie.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Therapiemotivation in der vorliegenden, als auch in der Mehrzahl der gesichteten Studien, einen positiven Effekt auf Behandlungserfolg hat. Es bedarf jedoch weiterer, differenzierter Analysen, die verschiedene motivationale Aspekte und die Bedeutung des verwendeten Erfolgskriteriums berücksichtigen.

5.5. Zum prognostischen Wert der vier- Wochen Untersuchung

für den Behandlungserfolg

Den Patienten der vorliegenden Stichprobe wurden vier Wochen nach Therapiebeginn erneut verschiedene psychometrische Fragebögen, darunter die SCL, vorgelegt. Die Ergebnisse dieser Zwischenuntersuchung wurden dahingehend analysiert, inwiefern sich bereits nach vier Wochen Prognosen machen lassen, ob der jeweilige Patient von der Behandlung profitieren wird. Ziel ist es, frühzeitig zu erkennen, ob die richtige Therapie in der richtigen Dosis gewählt wurde. Lutz et al. (1999) stellen fest, dass der Abgleich des aktuellen Patientenstatus gegen einen erwarteten Veränderungsverlauf ermöglicht, die klinisch relevanteste Frage zu klären: „Funktioniert die gewählte Behandlung?“.

In der vorliegenden Untersuchung zeigen sich bereits nach vier Wochen deutliche Trends. Patienten, die sich insgesamt durch die Therapie nicht verbessern können bzw. verschlechtern, weisen bereits nach vier Wochen Behandlungsdauer einen erhöhten Gesamtindex in der SCL auf. Noch stärker ist der Trend bei den Patienten, die sich durch die Therapie verbessern. Ihr SCL- Gesamtindex ist nach vier Wochen schon deutlich gesunken. Die vier- Wochen- Untersuchung erweist sich hier als potentiell bedeutsamer Marker, um die Behandlungsindikation nach den ersten Therapiewochen zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu stellen. Zu solchen Ergebnissen kommt auch Bassler (1995) und stellt fest, dass die endgültige Indikationsentscheidung über Art und Dosis stationärer Psychotherapie mit ausreichender Sicherheit innerhalb der ersten sechs Wochen getroffen werden kann, also danach kaum mehr neue behandlungsrelevante Gesichtspunkte zu erwarten sind. Lueger (1995) beschreibt in diesem Zusammenhang die durch das von Howard et al. (1986) entwickelte Dosis-Effekt-Modell gewonnenen Erkenntnisse.

Demzufolge lassen sich die durch Psychotherapie bewirkten Änderungen als negativ beschleunigte Kurve darstellen, wobei die größten Veränderungen bereits sehr früh zustande kommen. Lueger zufolge kommt daher der kontinuierlichen Erfassung von Therapiewirkungen in einer frühen Phase der Behandlung große Bedeutung zu.

Einen theoretischen Hintergrund für das Verständnis von Veränderungen und deren zeitliche Abfolge im Rahmen einer Psychotherapie liefert das Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie nach Lueger (1995), welches eine Erweiterung des Dosis-Effekt- Modells darstellt. Demnach lassen sich die Wirkungen einer Therapie auf den Patienten in drei aufeinanderfolgende Phasen einteilen: Die Besserung des Wohlbefindens („Remoralisation“), die Abnahme von Symptomen („Remediation“) und die Wiederherstellung verschiedener Ebenen des Funktionsniveaus im Alltag („Rehabilitation“).

Demnach muss ein Patient jede einzelne Phase erfolgreich durchlaufen, um die nächste Phase zu erreichen, d.h. ohne Remoralisation keine Remediation, ohne Remediation keine Rehabilitation. Dieser Zusammenhang könnte ein wertvoller Anhaltspunkt für ein Therapiemonitoring sein, welches den aktuellen Zustand des Patienten zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie mit einem erwarteten Verlauf abgleicht. Stellt sich dabei beispielsweise heraus, dass der Patient einer weiteren Symptomreduktion bedarf, könnte die Behandlung dynamisch angepasst werden, bevor an einer Wiederherstellung des Funktionsniveaus für den Alltag gearbeitet wird.

Die drei Phasen zeigen dabei auch Unterschiede in der Zeit, nach der sie erreicht und durchlaufen werden. Gerade die erste Phase der Wiederherstellung des Wohlbefindens bessert sich demnach sehr schnell und würde sich als früher Marker für ein Ansprechen auf die Therapie anbieten. Hier muss kritisch angemerkt werden, dass diese erste Phase offenbar, wie auch Lueger (1995) erklärt, bereits einsetzt, wenn der Patient erstmalig mit der therapeutischen Institution in Kontakt tritt, sei es z.B. im Rahmen eines ersten

Anrufs oder einer Terminvereinbarung, der Patient also das Gefühl hat, dass ihm bald geholfen wird. Daher ist anzunehmen, dass dieser Marker, zumindest ganz am Anfang, nicht sehr spezifisch für eine bestimmte Therapieform ist. Hier sind sicher weitere Untersuchungen notwendig. Der in dieser Arbeit betrachtete SCL- Wert nach vier Wochen, könnte einen sensitiveren Marker für die Wirksamkeit der gewählten Therapie darstellen, da zum Messzeitpunkt bereits mehrere Sitzungen der jeweiligen Therapie absolviert wurden und differenziert nach der Besserung zahlreicher Symptome gefragt wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der vorliegenden Studie frühzeitig starke Änderungen von Werten auf der SCL messbar sind. Da sie mit einer großen Sicherheit den Erfolg bzw. Misserfolg der gesamten Behandlung vorhersagen können, erscheinen sie als wertvoller Anhalt für die endgültige Indikationsstellung. Von Interesse sind weitere Studien, die diese Beobachtung, der frühzeitigen Trends des späteren Behandlungsergebnisses, replizieren. Des Weiteren könnten Veränderungen im Sinne des Phasenmodells differenzierter im Behandlungsverlauf erfasst werden, um die sequentielle Abfolge der Phasen und ihren prädiktiven Wert für den Behandlungserfolg weiter zu untersuchen.

6.Literatur

Alden, L.E., Wiggins, J.S., Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). *Journal of Personality Assessment.*, 55, 521-536.

Bassler, M., & Hoffmann, S.O. (1993). Die therapeutische Beziehung im Rahmen von stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (43), 325-332.

Bassler, M. (1995). Prognosefaktoren für den Erfolg von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* (41), 77-97.

Bassler M., H.S. (1994). Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 39, 174-176.

Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review* (81), 301-319.

Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1991). Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren. *Diagnostica* (37), 29-41.

Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar*.: Hogrefe

Capreol, M.J., Alden L.E. (1993). Avoidant personality disorder: Interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behaviour Therapy*, 24, 357-376.

Davies-Osterkamp, S. (1993). Das SASB- Modell in der Anwendung auf Persönlichkeitsstörungen, *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens-SASB-, Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie*. Heidelberg: Roland Asanger.

Davies-Osterkamp, S., Kriebel, R. (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das "Inventar Interpersoneller Probleme" (IIP). *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, 29, 295-307.

Davies-Osterkamp, S., Strauss, B.M., Schmitz, N. (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom related outcome in longterm psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6(3), 164-176.

Deneke, F., & Hilgenstock, B. (1989). *Das Narzismus- Inventar*, Bern: Huber

Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale- preliminary report. *Psychopharmacological Bulletin*, 9(1), 13-28.

Derogatis, L. (1986). SCL-90-R. Self- Report Symptom Inventory, *Collegium Internationale Psychiatriae Sclarum (eds)*: Beltz.

Eckert, J., Strauss, B. (1993). Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, 29, 227-236

Eckert, J. (1996). Indikation und Prognose. In Eckert, J. Strauß, B., Tschuschke, V. (Ed.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch* (pp. 16-30): Westdeutscher Verlag.

Eysenck, H. (1993). Grawe and the effectiveness of psychotherapy: some comments. *Psychologische Rundschau* 44: 177-180.

Franke, G. (1992). Eine weitere Überprüfung der Symptom- Check- Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160-167.

Franke, G.H. (1994). Die Symptom- Checkliste von Derogatis- Deutsche Version- SCL-90-R. Weinheim: Beltz.

Franz, M., Schiessl, N., Manz, R., Fellhauer, R., Schepank, H., & Tress, W. (1990). Psychotherapy motivation and psychotherapy acceptance. Initial results of the Mannheim intervention study. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 40(9-10), 369-374.

Franz, M., Schepank, H., Reister, G., & Schellberg, D. (1994). Epidemiologic findings on the spontaneous long-term course of psychogenic disease over 10 years. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 44(1), 22-28.

Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Woller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., & Heuft, G. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für Psychosomatik und Medizinische Psychotherapie*, 46(3), 242-258.

Franz, M., Schmitz, N., Tress, W. (1997). Möglichkeiten zur empirischen Erfassung des Schweregrades psychogener Erkrankungen. *Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*. 37: 7-12.

Franz M., Schellberg, D., Schepank, H. (1995). Indikatoren und Einflußfaktoren des Langzeitspontanverlaufs psychogener Erkrankungen. *Psychosomatik Medizinische Psychologie* (45), 41-51.

Gabbard, G. (1992). Psychodynamic psychiatry in the "decade of the brain". *American Journal of Psychiatry* 149: 991-998.

Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für klinische Psychologie* (19 (4)), 338-361.

Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.

Hartkamp, N. (1993). Interpersonelle Theorie und Psychoanalyse- geschichtliche und konzeptuelle Anmerkungen, *Die strukturelle Analyse sozialen Verhal-*

tens-SASB-, Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie (pp. 12-20). Heidelberg: Roland Asanger.

Hartkamp, N. (1996). Computerprogramm zur Auswertung des Inventars zur Erfassung Interpersoneller Probleme. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

Hermanns, L.M., Schultz, U. (1990). "Und doch wäre ich ... beinahe Berliner geworden" - Sigmund Freud im Sanatorium Schloß Tegel. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis* 5: 78-88.

Höck, K. (1977). Die intendiert dynamische Gruppenpsychotherapie innerhalb des abgestuften Systems der Diagnostik und Therapie neurotisch funktioneller Störungen. Berlin.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., & Villasenor, V.S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Ureno, G., Kalehzan, B.M., & O'Halloran, P. (1989). Psychodynamik formulation, consensual response method, and interpersonal problems. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* (57/5), 599-606.

Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Bartholomew, K. (1993). Interpersonale Probleme in der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 170-197.

Horowitz, L.M., Srauß, B., Kordy, H. (1994). Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme- Deutsche Version - (IIP-D). Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.

Howard, K.I., Kopta, S.M., & Krause, M.S. (1986). The dose- effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Howard, K.I., Orlinsky, D.E., & Lueger, R.J. (1994). Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician. *British Journal of Psychiatry*, 165(2), 4-8.

Huber, H.P. (1973). *Psychometrische Einzelfalldiagnostik* Weinheim: Beltz-Test- GmbH

Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behaviour Therapy*(15), 336-352.

Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Revenstorf, D. (1986). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behaviour Therapy*(17), 308-311.

Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.

Janssen P, Franz, M., Herzog, T., Heuft, G., Paar, G., Schneider, W. (1999). *Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker*. Stuttgart

Keller, W., Schneider, W. (1993). Veränderungen interpersonalen Probleme im Verlauf ambulanter und stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, 29, 308-323.

Kiesler, D.J., Anchin, J.C., Perkins, M.J., Chirico, B.M., Kyle, E.M., & Federmann, E.J. (1976). *The Impact Message Inventory* Richmond: The Virginia Commonwealth University

Kordy, H. (1998). Das Konzept der klinischen Signifikanz in der Psychotherapieforschung. In B. Strauß, & J. Engel (Eds.), *Forschungsmethoden der Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Koss, M.P., & Shiang, J. (1994). Research on Brief Psychotherapy. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 664-700). New York. Wiley.

Lachauer, R. (1982). Motivation und Arbeitsbündnis in der stationären Psychotherapie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*(27/3), 117-123.

Langs, R.J., Bucci, W., & Udoff, A.L. (1993). Two methods of assessing unconscious communications in psychotherapy. *Psychoanalytical Psychology* 10: 1-16.

Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Journal of Psychology*, 48(12), 1181-1209.

Lueger, R. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 267-278.

Lutz, W., Martinovich, Z., & Kenneth, I.H. (1999). Patient Profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 67(4), 571-577.

Maling, M.S., Gurtman, M.B., & Howard, K.I. (1995). The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. *Psychotherapy Research*(5/1), 63-75.

McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1983). Social desirability scales: More substance than style. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*(51), 882-888.

Mohr, D.C., Beutler, L.E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kasznik, A.W., & Yost, E.B. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 58(5), 622-628.

Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. In A.E. Bergin, & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 311-381). New York. Wiley.

Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1989). Der psychoanalytische Diskurs. Das Freudsche Subjekt in der Analyse. *Psyche* 43: 481-505.

Rief, W., Greitemeyer, M., & Fichter, M.M. (1991). Die Symptom Check List SCL- 90 R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*(37), 58-65.

Rief, W., Stock, C., Geissner, E., & Fichter, M.M. (1994). Wenn Patient und Therapeut unterschiedlicher Meinung sind- Diskrepanzen in Veränderungsbeurteilungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (44), 235-239.

Schepank, H. (1987). Inpatient psychotherapy in West Germany. Sociocultural determinants, developmental stages and current status, international comparison. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 33(4), 363-387.

Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.

Schmitz, N., & Davies-Osterkamp, S. (1997). Klinische und statistische Signifikanz- diskutiert am Beispiel der Symptom Check- List (SCL- 90- R). *Diagnostica*(43/1), 80-96.

Schmitz, N., Hartkamp, N., & Franke, G.H. (1998). Symptom- Check- List SCL- 90 R and its application in clinical practice. *unveröffentlichtes Manuskript*.

- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L., & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70(3), 240-249.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden- Überblicksarbeit. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22(4), 374-393.
- Schultz-Venrath, U. (1996). Ernst Simmel (1882-1947) ein Pionier der Psychotherapeutischen Medizin? *Psychotherapeut* 41: 107-115.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604.
- Smith, M.L., Glass, G.V., Miller, T.I. (1980). The benefits of Psychotherapy. *Johns Hopkins University Press, Baltimore*.
- Stolorow, R. (1993). An intersubjective view of the therapeutic process. *Bulletin of the Menninger Clinic* 57: 450-457.
- Strauß, B., & Burgmeister- Lohse, M. (1994). Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* (44), 184-192.
- Strauß, B., & Hess, H. (1993). Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 43(3-4), 82-92.
- Strauß, B. (1996). Ergebnisforschung in der Gruppenpsychotherapie. In Eckert, J., Strauß, B., Tschuschke, V. (Ed.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Ein Handbuch*. (pp. 30-52). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Strauß, B., Eckert, J. (1993). Einführung und Überblick. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29(3), 228-236.

Strauß, B., Eckert, J., Hess, H. (1993). Integration und Diskussion der Ergebnisse. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29(3), 286-294.

Sulloway, F. (1979). *Freud- Biologie der Seele*. Köln

Tress, W. (1993). *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens-SASB-, Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie*. Heidelberg: Roland Asanger

Truax, C.B., & Wargo, D.G. (1969). Effects of vicarious therapy pretraining and alternate sessions on outcome in group psychotherapy with outpatients. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 33(4), 440-447.

Wuchner, M., Eckert J., Biermann- Ratjen, E.M. (1993). Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik*, 29, 198-214.

Ziegenrücker, H.C., Junge, A., & Ahrens, S. (1996). Interpersonelle Probleme bei Patienten einer psychosomatischen Klinik. *Gruppenpsychotherapie Gruppendynamik* (32), 22-41.

7. Lebenslauf

Curriculum vitae

Name: Henning Bünger
Geburtsdatum: 02.01.1974
Geburtsort: Bochum
Staatsangehörigkeit: Deutsch
Familienstand: Ledig

SCHULBILDUNG:

1980-84 Hufeland- Grundschule Bochum
1984-93 Albert- Einstein- Gymnasium Bochum
1993 Abitur

ZIVILDIENTST:

Okt. 1993- Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum,
Okt. 1994 Bereich Pflege und Akutversorgung in der Zentralen Notaufnahme

STUDIUM:

Okt. 1994- Ein Semester Wirtschaftswissenschaften,
März 1995 Ruhr- Universität Bochum

Apr. 1995 Beginn des Medizinstudiums,
Heinrich- Heine- Universität Düsseldorf

März 1997 Physikum

März 1999 Erstes Staatsexamen

März 2001 Zweites Staatsexamen

Nov. 2002 Drittes Staatsexamen

FAMULATUREN UND PRAKTIKA:

Jun. 1997- Chirurgie und Gynäkologie, Hospital General S.S.A., San Martin,
Aug. 1997 Texmelucan, Puebla, Mexiko

Febr. 1998- Innere Medizin
März 1998 Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf

Juli 1999 Praktikum im Bereich Wissenschaftsjournalismus,
 Pressestelle der Universität Düsseldorf

Aug. 1999- Orthopädie
Sept. 1999 Evangelisches Fachkrankenhaus Ratingen

Febr. 2000- Allgemeinmedizin
März 2000 Bozen/ Südtirol

PRAKTISCHES JAHR:

Okt. 2001 Anästhesiologie, Klinikum Düsseldorf Benrath
 - Chirurgie, Regionalspital Langnau/ Universität Bern
Sept. 2002 Innere Medizin, Klinikum Düsseldorf Benrath

Ärztliche Tätigkeit:

Seit Mai 2003 Arzt im Praktikum, Klinik für Innere Medizin 1-3 am
 Klinikum Leverkusen, Akademisches Lehrkrankenhaus der
 Universität zu Köln

8. Zusammenfassung

Stationäre Psychotherapien, für die es in Deutschland eine im weltweiten Vergleich sehr ausgeprägte Versorgungsstruktur gibt, sind im Vergleich zu ambulanten Behandlungen erst wenig untersucht worden. In früheren Studien ist die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie gut belegt, es mangelt jedoch an eindeutigen Faktoren, die eine Prognose des Behandlungserfolges und differentielle Indikationsstellung ermöglichen. Die Notwendigkeit solcher Prognosefaktoren wird aus den Ergebnissen dieser Arbeit deutlich und bestätigen die Resultate vorangegangener Studien: Ein Großteil der Patienten kann sich durch die Behandlung deutlich verbessern, jedoch kommt es bei einigen Patienten zu keiner Veränderung oder sogar Verschlechterung. Durch Prognosefaktoren soll schon vor Therapiebeginn eine differentielle Indikationsstellung für die verschiedenen Therapieformen ermöglicht werden. So können Patienten mit der best geeigneten Therapie möglichst effizient behandelt und negative Therapieeffekte durch falsche Behandlungen vermieden werden.

Interpersonelle Probleme stellen für viele Patienten eine zentrale Belastung dar und sind häufiger Grund, eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. In früheren Untersuchungen haben sich Interpersonelle Probleme als wichtige Faktoren, die den Behandlungserfolg beeinflussen, herausgestellt. In der vorliegenden Studie wurden sie mit dem Inventar Interpersoneller Probleme (IIP) vor, während und nach der Therapie erfasst und mögliche Korrelationen mit dem Behandlungserfolg statistisch ermittelt. Es zeigte sich kein Unterschied zwischen verbesserten und unveränderten/verschlechterten Patienten, hinsichtlich ihrer IIP- Gesamtwerte bei Aufnahme. Bei Betrachtung der Subskalen stellten sich jedoch deutliche Unterschiede heraus: Die Patienten, die sich durch die Therapie verbessert haben, wiesen vor Behandlungsbeginn durchschnittlich häufiger hohe Werte auf Subskalen eines bestimmten IIP- Bereiches auf: Sie schätzten sich eher als zu introvertiert, selbstunsicher, ausnutzbar und fürsorglich ein.

Neben den Interpersonellen Problemen wurde die initiale Behandlungsmotivation der Patienten hinsichtlich ihrer prognostischen Bedeutung untersucht. Dabei zeigte sich insgesamt, wie auch in der Mehrzahl der gesichteten Studien, ein positiver Effekt der Therapiemotivation auf den Behandlungserfolg.

Eine weitere Frage, der diese Arbeit nachgeht, lautet: Ab wann ist abzusehen, ob eine begonnene Therapie Erfolg haben wird oder die Indikationsstellung neu getroffen werden muss? Dazu wurden den Patienten der Stichprobe vier Wochen nach Therapiebeginn erneut verschiedene psychometrische Fragebögen wie das IIP und die Symptom Check Liste (SCL) vorgelegt. Es zeigten sich bereits zu diesem Zeitpunkt deutliche Tendenzen: Die Patienten, die sich insgesamt durch die Therapie nicht verändern oder verschlechtern, weisen bereits nach vier Wochen erhöhte Werte im IIP auf. Bei den Patienten, die sich verbessern können, ist die positive Tendenz in Richtung einer Abnahme der IIP- Werte noch deutlicher. Die vier- Wochen Untersuchung mit psychometrischen Ratingskalen erweist sich hier als vielversprechender Marker zur frühzeitigen Therapiekontrolle und könnte zukünftig bei der richtigen Therapieindikation in der frühen Therapiephase beitragen.