

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Katamnese-Studie eines
Psychosomatischen Patientenkollektivs mit
dem Inventar zur Erfassung Interpersonaler
Probleme

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt von

Anna Theresa Keßler

(2017)

KATAMNESE-STUDIE EINES PSYCHOSOMATISCHEN PATIENTENKOLLEKTIVS MIT
DEM INVENTAR ZUR ERFASSUNG INTERPERSONALER PROBLEME

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

gez.

Dekan: Prof. Dr. Nikolaj Klöcker

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress

Zweitgutachter: Prof. Dr. Wolfgang Wölwer

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den interpersonalen Problematiken eines Psychosomatischen Patientenkollektivs vor und nach einem definierten Katamnesezeitraum mit psychotherapeutischer Behandlung. Eingebettet in die Theorie der Interpersonalität, beginnend bei Sullivan (1953), geprägt von Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno und Villasenor (1988) und ergänzt um eine zirkumplexe Darstellungsmöglichkeit interpersonalen Probleme (Alden, Wiggins & Pincus, 1990), weisen zwischenmenschliche Konflikte seit jeher eine wichtige Funktion als Therapieinitiator und Hauptproblemfokus in Psychotherapien auf. Hierauf basierend wurde der Fragestellung nach Einflüssen von Therapiesetting und soziodemografischen Faktoren auf die Abänderbarkeit interpersonalen Probleme wie folgt nachgegangen: Im Rahmen einer retrospektiven, naturalistischen Katamnese studie, fand eine Rekrutierung von 112 Teilnehmern aus einem psychosomatischen Patientenkollektiv statt. Dieses wurde zu zwei Messzeitpunkten (T_0 im Jahre 2004 bis 2007 und T_1 nach einem Katamnesezeitraum von 5 bis 7 Jahren) in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf vorstellig. Zu beiden Erhebungszeitpunkten wurde u.a. das *Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme* (Horowitz, 2000) von den Probanden beantwortet. Hieraus ließen sich im Folgenden acht Skalenmittelwerte und ein IIP-Gesamtwert berechnen, die anschließend in Beziehung zu den Normwerten einer Referenzstichprobe (Brähler, Horowitz, Kordy, Schumacher & Strauss, 1999) gesetzt wurden. Als Subgruppen wurden Patienten, die im Katamnesezeitraum rein ambulant, von denen, die kombiniert (ambulant und/oder teil-/stationär) behandelt wurden, unterschieden. Hochsignifikante Reduktionen aller Skalenmittelwerte und des IIP_{ges} zwischen Aufnahme- und Katamnesezeitpunkt mit kleinen bis mittleren Effektstärken kamen hierbei zum Vorschein. Wobei sich keine relevanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Settingwahl zeigten. Die Betrachtung soziodemografischer Angaben unterstrich die Punkte *Berufstätigkeit* und *Partnerschaft* als protektive Faktoren für das Vorkommen interpersonalen Probleme. Als Hauptergebnis ist demnach fest zu halten, dass interpersonale Probleme im Laufe eines längeren Erhebungszeitraumes, post-psychotherapeutisch, eine deutliche Reduktion erfahren, die Patienten sich somit einige Jahre nach Erstkontakt signifikant geringer belastet fühlen. Auf Seiten der limitierenden Faktoren sind u.a. das naturalistische Studiendesign, das Messinstrument in Form einer Selbsteinschätzung und die fehlende Aussagemöglichkeit zu absolvierten Therapieformen, -anzahl oder pharmakologischen Mittherapien zu nennen. Zukünftige Arbeiten, ggf. als RCT, auf dem Gebiet der interpersonalen Problemforschung könnten weitere Aufschlüsse geben.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------------|--|
| AAI | Adult Attachment Interview |
| AP | Analytische Psychotherapie |
| BSS | Beeinträchtigungs-Schwere-Score |
| COMP | Zyklisch-Maldaptives Beziehungsmuster |
| DSM-5 | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Edition |
| GBB | Gießener Beschwerdebogen |
| GSJ | Global Severity Index |
| IAS | Interpersonal Adjectiv Scale |
| ICD-10 | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Problems, 10. Revision |
| IIP-D | Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, deutsche Version |
| RCT | Randomisierte kontrollierte Studie |
| SASB | Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens |
| SCL-90-R | Symptom-Checkliste |
| SPSS | Statistical Package of Social Siences |
| TP | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie |
| VT | Verhaltenstherapie |

Statistische Abkürzungen

| | |
|-----------|-------------------------------|
| <i>d</i> | Effektstärke |
| <i>M</i> | Mittelwert |
| <i>N</i> | Anzahl |
| <i>p</i> | Signifikanz/Signifikanzniveau |
| <i>r</i> | Korrelation |
| <i>SD</i> | Standardabweichung |
| <i>t</i> | T-Wert aus T-Test |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Einleitung | 1 |
| Theorie der Interpersonalität | 1 |
| Zusammenhänge psychischer Störungen mit interpersonalen Problemen | 8 |
| Interpersonale Probleme in der Psychotherapie | 11 |
| Psychische Erkrankungen | 13 |
| Versorgungsstruktur psychischer Erkrankungen und deren Wirksamkeit..... | 15 |
| Herleitung der Fragestellung | 27 |
| Methodenteil | 31 |
| Studiencharakteristika | 31 |
| Messzeitpunkte | 31 |
| Ein- und Ausschlusskriterien..... | 31 |
| Rekrutierung | 32 |
| Messinstrumente, Dateneingabe und -auswertung | 33 |
| Behandlungssetting..... | 34 |
| Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme | 35 |
| Psychometrische Eigenschaften | 38 |
| Auswertung..... | 39 |
| Statistische Berechnungen | 40 |
| Ergebnisse | 41 |
| Studiengruppen | 41 |
| Deskription der teilnehmenden Stichprobe | 44 |
| Soziodemografie und Behandlungssetting | 48 |
| Interpersonale Probleme der Studienteilnehmer | 49 |
| Interpersonale Probleme und Soziodemografie..... | 49 |
| Interpersonale Probleme im Vergleich mit der Normstichprobe | 53 |
| Interpersonale Probleme im Prä-Post-Vergleich (Aufnahme und Katamnese).... | 54 |
| Interpersonale Probleme im Vergleich der Behandlungssettings | 59 |
| Diskussion | 60 |
| Literaturverzeichnis | 73 |
| Anhang | 81 |

Einleitung

Der Lebensqualität entscheidend beeinflussende Faktor der Zwischenmenschlichkeit hat nicht nur als Therapieinitiator, sondern auch als Outcomeparameter eine wichtige Funktion. So stellt sich die Frage, wie es sich mehrere Jahre nach eingeleiteter Psychotherapie mit dem interpersonalen Erleben von Patienten verhält. Die Studienlage auf dem Gebiet der langfristigen postpsychotherapeutischen interpersonalen Problementwicklung erscheint aktuell noch relativ dünn, weswegen es im Folgenden, nach einer Darstellung des theoretischen Überbaus von Interpersonalität und der aktuellen Erkenntnisse zu Therapiewirksamkeiten, zur Auswertung der gemachten katamnestischen Erhebung mit dem *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* kommen soll.

Theorie der Interpersonalität

Zwischenmenschlichkeit begegnet dem Menschen ab dem ersten Atemzug und begleitet ihn sein Leben lang in den unterschiedlichsten Ausprägungen.

So kommt es bereits früh zu der Intention, interpersonale Verhaltensweisen zu beobachten, ihren Ursprung zu erforschen und für sich ergebende Konflikte Lösungsansätze zu finden. Einen der Grundsteine in der interpersonalen Forschung legt Sullivan (1953) mit seinem posthum veröffentlichten Werk *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Hierin definiert er Persönlichkeit als „(...) das relativ überdauernde Muster wiederkehrender interpersonaler Situationen, die ein menschliches Leben charakterisieren.“ (vgl. Sullivan, 1980, dt. Übersetzung, S. 136 f.). Des Weiteren grenzt Sullivan den Menschen von anderen biologischen Wesen durch den Bedarf an interpersonalen Beziehungen oder wechselseitigem Austausch ab (vgl. S. 55). Hiermit findet eine elementare Verknüpfung zwischenmenschlichen Verhaltens und dessen Bedeutung für eine individuelle Persönlichkeit bzw. für menschliches Leben per se statt. Diese ersten Erkenntnisse und Theorien zur Interpersonalität werden von Timothy Leary als Mitglied des *Kaiser Foundation Psychology Research Project* systematisiert (1957). Er schafft es, einen methodischen

Rahmen zur Messung von interpersonalen Strukturen zu bilden. Es entsteht eine erste, 16 interpersonale Variablen enthaltende, Zirkumplexstruktur, die durch die zwei Dimensionen Macht (mit den Extremen Dominanz und Unterwürfigkeit) und Zuneigung (mit den Extremen Feindlichkeit und Freundlichkeit) aufgespannt wird (Leary, 1957). Die räumliche Anordnung der interpersonalen Themen spiegelt deren Verhältnis zueinander wider: So sind sich ähnliche Verhaltensweisen näher, unterschiedliche entfernter bzw. gegenüberliegend (bei gegensätzlichen Verhaltensweisen) gruppiert. Wobei die Intensität des gezeigten Verhaltens mit seinem Abstand vom Mittelpunkt zunimmt. Diese zirkumplexe Anordnung der Variablen innerhalb eines zweidimensionalen Raums wird in Abbildung 1.1 wiedergegeben.

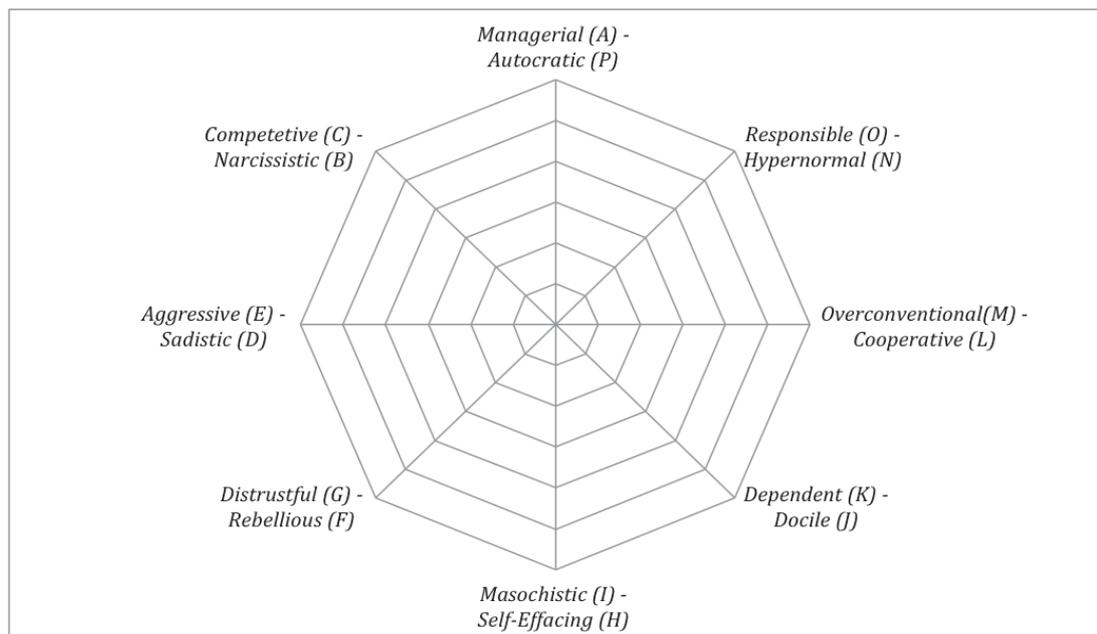


Abb. 1.1 Learys Klassifikation interpersonalen Verhaltens in 16 Kategorien (nach Leary, 1957).

Mit Hilfe dieses Modells kann eine weitere wichtige Grundannahme Sullivans verdeutlicht werden: Dieser postuliert mit seinem *Theorem der reziproken Emotionen*, dass sich eine erfolgreiche interpersonale Situation sowohl aus reziproken, als auch aus komplementären Prozessen zur Bedürfnisbefriedigung zusammensetzt (Sullivan, 1980, dt. Übersetzung). Den Gedanken der Reziprozität greift Leary erneut auf, indem er jedes interpersonale Agieren als

eine Handlung darstellt, die eine reziproke Antwort des Gegenübers evoziert. Diese soll das gezeigte Verhalten redundant unterstützen.

Carson (1969) formuliert die Annahmen von Sullivan und Leary zum reziproken interpersonalen Verhalten weiter aus, indem er schreibt (Vgl. S. 112):

„Generally speaking, complementarity occurs on the basis of reciprocity in respect to the dominance-submission axis (dominance tends to induce submission, and vice versa), and on the basis of correspondence in respect to the hate-love axis (hate induces hate, and love induces love).“

Im Alltag sind jedoch Abweichungen von eben diesem Prinzip in mannigfacher Ausprägung zu beobachten. So führt ein extrem rigides interpersonales Verhalten, also ein Verhalten, welches nicht flexibel auf angebotene interpersonale Strukturen reagieren kann, zur Ausbildung von zwischenmenschlichen Konflikten. Wird beispielsweise auf eine von Person A dargebotene Dominanz durch Person B unabänderlich mit ähnlicher Dominanz reagiert, kann es zum Abbruch bzw. zur Eskalation des Kontaktes kommen. Auf der anderen Seite kann ein Zurückhalten von erwarteten Reaktionen, die dem Komplementaritätsprinzip entsprechen, zu einer Durchbrechung von eingeschliffenen interpersonalen Verhaltensmustern führen. Diese Mechanismen können als therapeutische Instrumente genutzt werden, wie z.B. von Kiesler (1983) angedacht.

Auf dem Weg hin zu der Entwicklung von Messinstrumenten für interpersonales Verhalten gilt Wiggins mit seiner *Interpersonal Adjective Scale, IAS*, als ein wichtiger Meilenstein. Er erstellt eine interpersonale Adjektivliste (Wiggins, 1979), die ebenfalls die räumliche Anordnung einer Circumplex-Struktur aufweist. Anhand dieser Forschung kommt es zur Entwicklung eines Messinstrumentes für interpersonale Verhaltensweisen (Wiggins, 1995).

1983 schließt Kiesler an die bis dato entwickelten Zirkumplexmodelle mit seinem interpersonalem Zirkel an und stellt, wie bereits erwähnt, therapeutische Behandlungsmöglichkeiten für fehlangepasste bzw. extrem rigide interpersonale Stile dar.

Bis zum heutigen Tag fanden eine Reihe von Überarbeitungen und Weiterentwicklungen der interpersonalen Modelle statt. So wurden u.a. die 16 Faktoren des Kreises zu 8 (Oktanten) zusammengefasst und die semantische Benennung der Oktanten verändert, wobei jedoch die traditionelle alphabetische Betitelung erhalten blieb. Des Weiteren wurde die zirkumplexe Struktur in der vergangenen Zeit mehrfach faktorenanalytisch bestätigt und verfeinert. So liegt dem in der heutigen Forschung und therapeutischen Praxis verwendeten Messinstrument für interpersonale Probleme (*Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP*) (Horowitz, 2000), auf das in späteren Abschnitten detailliert eingegangen wird, eine von Alden et al. (1990) entwickelte zirkumplexe Struktur zu Grunde. Das für das IIP verwendete Zirkumplex ist in Abbildung 1.2 schematisch dargestellt.

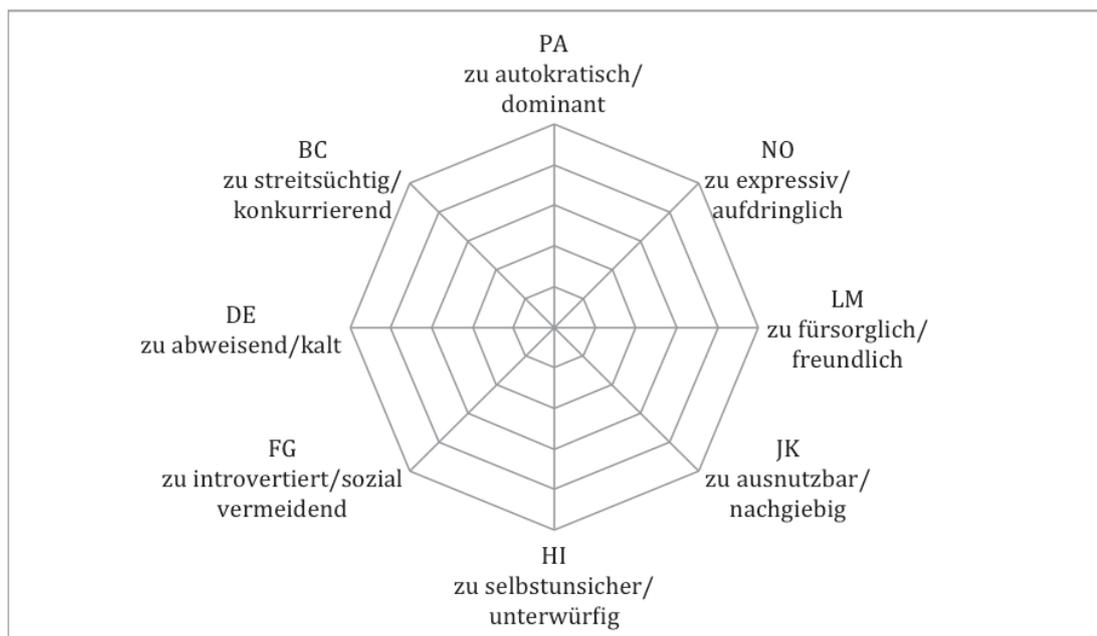


Abb. 1.2 IIP-Skalen-Circumplex

Neben den bereits genannten interpersonalen Zirkeln sind zwei weitere Modelle zur Beschreibung zwischenmenschlichen Verhaltens zu nennen:

Zum einen wird in der psychotherapeutischen Fokusformulierung, Prozessevaluation und Weiterbildung das Modell des *Zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters* (kurz *CMP*) genutzt. Das ursprüngliche CMP-Modell (Strupp, 1984) wird von W.P. Henry und W. Tress dahingehend erweitert, dass eine

Integration biografischer Primärerfahrungen, meist im Kontakt mit den Eltern entstanden, in internalisierte Verhaltens- und Beziehungsmuster stattfindet (Tress et al., 1996; Tress, 2004). Eine schematische Darstellung der inter- und intrapersonalen Vorgänge ist in Abbildung 1.3 zu finden.

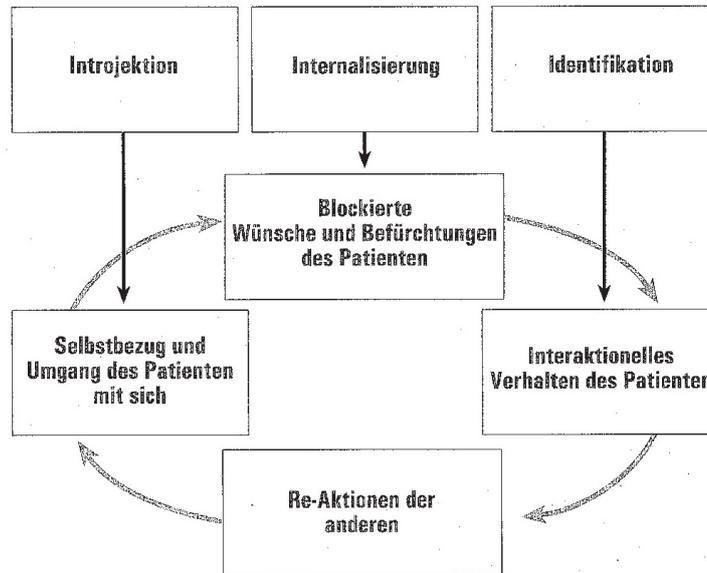


Abb. 1.3 Genese und Fortbestand zyklisch maladaptiver Einstellungs- und Verhaltens-/Beziehungsmuster als Essenz psychischer Störungen. (Tress, 2004)

Demnach werden Beziehungen und interpersonales Verhalten dadurch geformt, dass eine Person durch *Internalisierung* in der Vergangenheit erlebter (elterlicher) Verhaltensweisen ein bestimmtes Verhalten aktueller Interagenden erwartet. Hat der Patient als Kind z.B. kritische und gefühlskalte Eltern erlebt, rechnet er in der Gegenwart mit einem ähnlichen Verhalten seiner Mitmenschen. Dadurch werden die eigentlichen Wünsche, die er an Interaktionen besitzt, blockiert und Befürchtungen geschürt. Der maladaptierte Patient selbst zeigt ein Verhalten, welches durch die *Identifikation* mit früheren Bezugspersonen entstanden ist. Zum Beispiel weist Patient X ein ähnliches sozial vermeidendes Verhalten auf, wie es bereits sein Vater gezeigt hatte. Hierauf reagieren seine Kommunikationspartner mit Rückzug. Die Identifikation des Patienten prägt demnach, bedingt durch das gezeigte Verhalten, die Reaktion der Interagenden und andersherum. Als drittes

Puzzlestück im Aufbau von maladaptierten Beziehungsstrukturen tritt die *Introjektion* in Erscheinung. Sie geht in die Entwicklung eines Selbstbildes des Patienten mit ein. Es entsteht zum einen aus den gemachten frühkindlichen Erfahrungen. Meist werden die elterlichen Einstellungen gegenüber der eigenen Person übernommen. Und zum anderen formen aktuelle zwischenmenschliche Kontakte dieses Selbstbild mit. Damit kann es bei diesen oder ähnlichen Verhaltensmustern ohne weiteres zu einem Circulus vitiosus kommen (Tress et al., 1996; Tress, 2004).

Ein zweites Modell, welches im Rahmen der interpersonalen Forschung zu nennen ist, wird von Benjamin (1974) entwickelt. In ihrer *Strukturanalyse sozialen Verhaltens*, kurz *SASB*, betrachtet sie drei Ebenen zwischenmenschlicher Interaktionen. Eine Darstellung eines deutschen *SASB*-Modells ist in Abbildung 1.4 zu finden.

In ihrer ursprünglichen Form beziehen sich diese Ebenen auf die Eltern-Kind-Interaktion, können allerdings auf andere Rollen übertragen werden. Bei der ersten Fokusebene handelt es sich um die auf andere gerichtete Kommunikation (Fokus: Eltern, *transitiv*). Hierbei wendet die Person ihre Interaktionsaufmerksamkeit auf den Interagenten. Die zweite Fokusebene beschreibt die Reaktion einer Person auf die auf sich selbst gerichtete Kommunikation (Fokus: Kind, *intransitiv*). Der Aufmerksamkeitsschwerpunkt der Person liegt hierbei auf dem Kommunikationsverhalten des Interagentens. Die letzte der drei Fokusebenen betrifft den Umgang/die Kommunikation der betrachteten Person mit sich selbst (Fokus: *introjekt*)- analog zu der Introjektion im *CMP*. Dieser Umgang mit sich selbst wird häufig durch die Verinnerlichung von Einstellungen frühkindlicher Bezugspersonen gegenüber dem Individuum geformt.

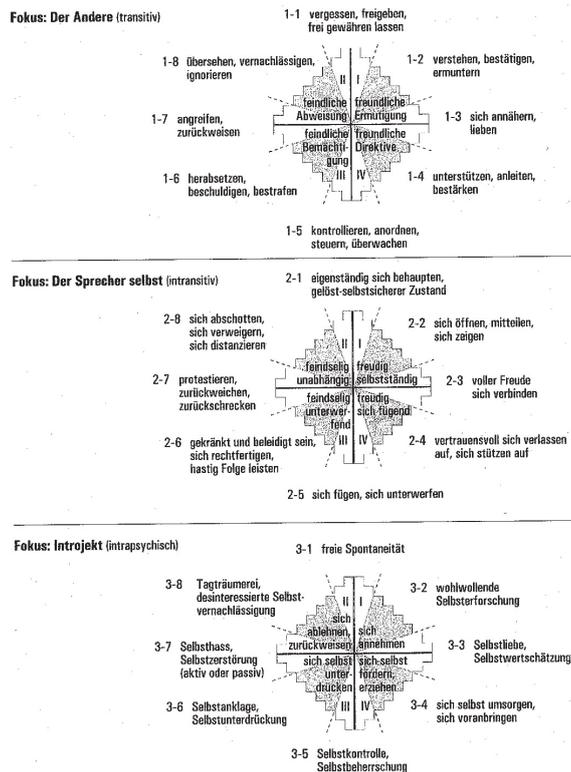


Abb. 1.4 Die deutsche Clusterversion des SASB-Modells nach Benjamin (1974) (aus Tress et al., 1996).

Diese drei Betrachtungsebenen weisen ebenfalls eine zirkumplexe Struktur auf, deren jeweilige horizontale Dimensionen durch einen Grad der Affiliation gebildet werden. Bei den vertikalen Dimensionen wird zwischen den einzelnen Fokussen unterschieden. Auf dieser Achse wird eine Graduierung der sogenannten Verstrickung vorgenommen, bzw. geht es hier im Allgemeinen um die Abstufungen der Dimension Kontrolle. Zwischen Fokusebene eins und zwei sind erneut die eingangs beschriebenen Prinzipien der Komplementarität wieder zu finden (Tress et al., 1996; Tress, 2004).

Die beschriebenen Ansätze zur Einordnung von Beziehungen und interpersonalen Verhaltens weisen einige Unterschiede auf. Sie alle können jedoch zur Klärung zwischenmenschlicher Interaktionen dienen. Das Hauptaugenmerk wird in dieser Studie auf die von Horowitz et al. (1988) entwickelte Methodik zur Messung interpersonaler Probleme – kurz *IIP* – gerichtet werden.

Zusammenhänge psychischer Störungen mit interpersonalen Problemen

Da interpersonale Situationen per definitionem ein Gegenüber und somit einen weiteren Agierenden beinhalten, können von Zeit zu Zeit interpersonale Konflikte mit dysfunktionalen Interaktionen entstehen. So werden von Betroffenen sich in interpersonalen Situationen aufbauende Spannungen erlebt. Dem Komplementaritätsprinzip folgend, werden eben solche Spannungen durch nichtkomplementäres Verhalten hervorgerufen und können von den Interagenten gelöst werden, indem die Beziehung beendet bzw. in Richtung Komplementarität verändert wird (Kiesler, 1983). Diese grundlegenden Prinzipien interpersonaler Kommunikation bilden einen ersten Ansatzpunkt für ein Erklärungsmodell psychischer Störungen.

Im Folgenden soll nun anhand von drei typischen Diagnosen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie der Zusammenhang psychischer Störungen mit interpersonalen Problemen erläutert werden.

Als Beispiel für den Aufforderungscharakter des Leidens, den interpersonale Probleme hervorrufen und mit dem Patienten eine psychotherapeutische Behandlung beginnen, ist u.a. die Depression zu nennen. Ein hier zugrunde gelegtes interpersonales Prinzip kann mit Hilfe des Komplementaritätskonzeptes verstanden werden. Horowitz und Vitkus (1986) beschreiben die Situation wie folgt:

„Thus, the depressed person's submissiveness leads the other person (O) to dominate the depressed person (D). That dominance in turn (according to the principle of complementarity) invites D to continue feeling incompetent and helpless, which invites O to continue taking charge, and so on.“ (S. 456)

Der dargestellte Teufelskreis in dem sich diese Menschen befinden, wird häufig als *Dilemma depressiver Patienten* betitelt und kann im Rahmen einer Psychotherapie betrachtet werden. So berichten depressive Patienten vor allem über Probleme, sich gegenüber anderen zu behaupten, sich in größeren Gruppen wohl zu fühlen und hervor zu tun sowie zu nachgiebig zu sein (Barrett & Barber, 2007; Salzer, Leibing, et al., 2010; Vittengl, Clark & Jarrett, 2003).

Ein zweites Beispiel für eine psychische Störung, die vermehrt mit Beziehungskonflikten einhergeht, ist die Angststörung. Studien, die interpersonale Probleme bei Patienten mit Angststörungen untersuchen, kommen zu dem Ergebnis, dass in diesem Patientenkollektiv eine große Heterogenität bezüglich der vorwiegenden interpersonalen Problembereiche (Alden & Phillips, 1990; Przeworski et al., 2011; Salzer, Leibing, et al., 2010; Salzer et al., 2008) besteht. Als Beispiele für eine konkrete Beziehungsstruktur soll hier die Ehe genannt werden, die von vielen Forschern betrachtet wird. Vor allem in der Ehe, die für viele Menschen ihre engste Beziehung darstellt, werden problematische Strukturen sichtbar. Hierbei nehmen besonders Patienten mit Angststörungen ihre Ehe als weniger qualitativ wahr (McLeod, 1994; Whisman, Sheldon & Goering, 2000).

Eine dritte häufige Diagnosegruppe in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist die der Somatoformen Störungen. Definiert durch körperlichen Symptome ohne diagnostizierbare organische Ursache, wird die Somatoforme Störung vermehrt mit bindungstheoretischen Erklärungsansätzen in Zusammenhang gebracht. So schreiben Waller und Scheidt (2002, S. 157) „Somatoforme Störungen beinhalten neben einer körperlichen Störung eine grundsätzliche Störung im Erleben und Gestalten von zwischenmenschlichen Beziehungen.“ Die zwischenmenschlichen Beziehungen zu Grunde liegende Bindungstheorie soll an diesem Punkt kurz erläutert werden. Bowlby, der als Begründer der Bindungstheorie gilt, benennt in seinem dreiteiligen Werk *Attachment and loss* (Bowlby, 1969) die essentielle Bedeutung von zwischenmenschlichen Kontakten. Hierin betrachtet er Bindungen aus Sicht der Ethologie und der Psychoanalyse, wobei Bindungen als evolutionäres Instrument zum Schutz vor Gefahren und als sichere Basis zur Exploration der Umwelt benötigt werden. Die Beschaffenheit frühkindlicher Bindung konstruiert ein *inneres Arbeitsmodell*, das heißt die Regulation, Interpretation und die Vorhersage zukünftlicher Interaktionen. Als Mitarbeiterin von Bowlby verschafft Ainsworth dessen ersten Annahmen empirische Belege und erweitert diese um ihre eigenen Beobachtungen (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Unter anderem werden durch eine

von ihr etablierte Versuchsanordnung, den *Fremde-Situation-Test*, die heutzutage weiterhin gültigen Bindungsstile für frühkindliche Beziehungen (meist zur Mutter) entwickelt. Hierbei wird auf Grund der kindlichen Reaktion auf das Weggehen und die Rückkehr der Mutter auf den vorhandenen Bindungsstil geschlossen. Die hierbei beobachteten Hauptbindungstypen sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Bindungsstile, die im Erwachsenenalter ein Äquivalent zu den von Ainsworth formulierten Bindungstypen darstellen, können durch das von Main und Mitarbeitern entwickelte *Adult Attachment Interview*, kurz *AAI*, erfasst werden (Gloger-Tippelt, 2001). Die hierdurch feststellbaren Bindungstypen sind ebenfalls in Tabelle 1 zu finden.

| Fremde-Situation-Test | | Adult-Attachment-Interview | | |
|-------------------------------------|--|---|-------------------------------------|--|
| Bindungsstil im Kindesalter | kindl. Reaktion auf Weggang der Mutter | kindl. Reaktion auf Rückkehr der Mutter | Bindungsstil im Erwachsenenalter | interpersonale Verhaltensweisen |
| Sicher gebunden | leichte Unruhe | sucht Nähe, lässt sich beruhigen | Sicher autonom gebunden | kohärentes Bild positiver als auch negativer frühkindl. Erfahrungen, gelungene Integration von Autonomie und emotionaler Verbundenheit |
| Unsicher vermeidend gebunden | reagiert kaum | ignoriert Mutter nach Rückkehr | Unsicher abweisend gebunden | wenig mit anderen verbunden, geringe Wertschätzung für Beziehungen, sehen sich selbst als stark |
| Unsicher ambivalent gebunden | starke Angst | kaum beruhigbar | Unsicher verstrickt gebunden | negatives Selbstbild, mangelndes Vertrauen in Verlässlichkeit wichtiger Bezugspersonen |

Tabelle 1 Kindliche und deren äquivalente Bindungsstile im Erwachsenenalter (nach Ainsworth et al., 1978; und nach Gloger-Tippelt, 2001).

Die genannten Bindungstypen werden häufig in unterschiedlichen diagnostischen Gruppen identifiziert und näher untersucht. Hierbei stellt sich heraus, dass Patienten mit somatoformen Störungen signifikant häufiger mit unsicheren Bindungsstilen versehen sind (Waller, Scheidt & Hartmann, 2004) als es bei Normstichproben der Fall ist. So wird in einer Übersichtsarbeit ein unsicherer Bindungsstil als ein Risikofaktor für die Entstehung chronischer Schmerzen genannt (Meredith, Ownsworth & Strong, 2008). Es kommt laut Bindungstheoretiker durch einen gestörten Bindungsstil zur Ausbildung dysfunktionaler Affektwahrnehmungen und -ausdrücke, die sich bei den Patienten in Form somatischer Beschwerden äußern. Ein weiterer Aspekt ist die

Betrachtung somatischer Störungen als Risikofaktor für konfliktreiche Beziehungen. In diesem Zusammenhang kann es vor allem im Arzt-Patienten-Kontakt zu unbefriedigenden Interaktionen kommen: Durch den Arzt wird dem hilfeschendenden somatisierenden Patienten mitgeteilt, dass keine organische Ursache für seine Beschwerden vorhanden sei. Häufig jedoch verwehrt sich der Patient dieser Erklärung, was eine jahrelange Ärzte-Odyssee zur Folge haben kann. Hier stellt die zwischenmenschliche Ebene zum einen einen ätiologischen Aspekt, in Form des gestörten Bindungsstils, und zum anderen eine gewisse Vulnerabilität für den Aufbau einer ineffizienten Arzt-Patienten-Beziehung dar (Waller & Scheidt, 2002).

Durch diese drei beispielhaften Diagnosen psychotherapeutischer Patienten soll ein erster Überblick über die Wichtigkeit interpersonaler Probleme für die Entstehung, sowie für die Behandlung psychischer Störungen gegeben werden.

Interpersonale Probleme in der Psychotherapie

Anschließend soll nun auf ihre Bedeutung als Therapieinitiator, -prädiktor und -parameter eingegangen werden. Die Wichtigkeit interpersonaler Problematiken zeigt Horowitz (1979) bereits in seiner Arbeit *On the Cognitive Structure of Interpersonal Problems Treated in Psychotherapy* auf. Hierin wird deutlich, dass interpersonale Konflikte einen der Hauptproblemfokusse darstellen, mit denen Patienten eine Psychotherapie beginnen. Sie können bei Patienten, wie oben beschrieben, Ursache bzw. Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein und somit einen immensen Leidensdruck hervorrufen, der die Initiierung einer psychotherapeutischen Behandlung bedingt.

Um eine Objektivierbarkeit hinsichtlich der Schwere, des Hauptbereiches und einer therapeutischen Veränderung der zwischenmenschlichen Konflikte messbar zu machen, ist das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* (Horowitz, 2000), kurz *IIP*, in Forschung und Therapie ein häufig angewendetes Instrument. Es stellt auch in dieser Studie das zentrale Messinstrument dar und soll in späteren Abschnitten näher erläutert werden.

Dass es sich bei interpersonalen Problemen um kein statisches Konstrukt, sondern um eine fluide und somit therapierbare Persönlichkeitsfacette handelt,

wurde in zahlreichen Studien dargestellt (Franz et al., 2000; Grosse Holtforth, Lutz & Grawe, 2006; Jakobsen et al., 2007; Keller & Schneider, 1993; Liedtke & Geiser, 2001; Puschner, Kraft & Bauer, 2004). Eine Besonderheit bei der Veränderbarkeit interpersonaler Probleme ist jedoch hervorzuheben: Im Vergleich mit symptomatischen Beschwerden bessern sich interpersonale Störungen im Rahmen von Kurzzeittherapien oder stationären/teilstationären Behandlungen weniger deutlich und weniger schnell. Es wurde gezeigt, dass Patienten von effektiven Veränderungen interpersonaler Probleme erst in katamnestischen Untersuchungen berichten (Brockmann, Schlueter, Brodbeck & Eckert, 2002; Cohen, 1988; Davies-Osterkamp, Strauss & Schmitz, 1996; Franke, Hoffmann & Frommer, 2005; Haase et al., 2008; Keller & Schneider, 1993; Leichsenring, Biskup, Kreische & Staats, 2005; Liebherz & Rabung, 2014; Liedtke & Geiser, 2001). Diese Beobachtungen werden von den Autoren u.a. mit Hilfe des *Phasenmodells psychotherapeutischer Veränderungen* (Hilsenroth, Ackerman & Blagys, 2001; Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993; Lueger, 1995) erklärt. Franz et al. (2000, S. 254) formulieren diesen Ansatz wie folgt:

„Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die verbesserte interpersonelle Kompetenz dem Patienten selbst vielfach erst dann wahrnehmbar werden dürfte, wenn er den geschützten Raum der stationären Therapie verlässt und sich mit seinen neu gewonnen Fähigkeiten im Feld seiner alltäglichen Beziehungen bewährt.“

Eine weitere Deutungsmöglichkeit besteht in der Betrachtungsweise von Beziehungsstrukturen als Teil der Persönlichkeit. Da Persönlichkeitsveränderungen erfahrungsgemäß längere Zeitspannen benötigen, wird hierin eine Begründung für die unterschiedlich starken posttherapeutischen Verbesserungen von Symptomen und interpersonalem Problemen gesehen (Keller & Schneider, 1993).

Überblickt man zusammenfassend die gemachten Beobachtungen, wird die Wichtigkeit einer katamnestischen Erhebung interpersonaler Probleme deutlich, um ein möglichst großes Ausmaß von Veränderungen auf diesem Gebiet zu erfassen.

Psychische Erkrankungen

Psychisches Leid kann sich auf unterschiedliche Art und Weise bei den jeweiligen Individuen bemerkbar machen. Während Person A über ausgeprägte interpersonale Konfliktsituationen klagt, die als erstes Anzeichen einer psychischen Störung gewertet und zu einer zunehmenden Belastung werden können, äußern sich andere Erkrankungen der Psyche z.B. über ausgeprägte körperliche Symptome (Gewichtsverlust, Herzrasen, Rückenschmerzen, etc.), weisen depressive Anzeichen (Antriebslosigkeit, Dysphorie, Konzentrationsschwäche, Schlafstörungen, etc.) auf oder führen zu Verhaltensstörungen (Süchte, Aggressionen, Abhängigkeiten usw.). Veranschaulicht durch diese immense Vielfalt der möglichen Auftrittssymptomaten, ist eine möglichst genaue Kenntnis der Prävalenzen psychischer Leiden von Nöten. In einer erstmaligen gesamtdeutschen Erhebung psychischer Störungen, die mit Hilfe der DSM-5- (American Psychiatric Association, 2013) und der ICD-10 Klassifikation (Dilling, 2008) diagnostiziert wurden, ist im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998/99 eine Einjahresprävalenz mindestens einer psychischen Störung von 32,1% in der erwachsenen Bevölkerung (18-65 Jahre) ermittelt worden (Wittchen & Jacobi, 2001). Als häufigste Diagnosen stellen sich Phobien (12,6%), Somatoforme Störungen (11%), Depressive Störungen (8,8%) und die Alkoholabhängigkeit (6,3%) heraus. Ähnliche Daten erhält man durch die TACOS-Studie. Hier werden die Lebenszeitprävalenzen psychischer Störungen untersucht. Es zeigt sich in der repräsentativen Stichprobe ein Bevölkerungsanteil von 35,6% - bei Ausschluss der Tabakabhängigkeit (Einzeldiagnose mit der höchsten Prävalenz) - der im Laufe seines bisherigen Lebens an einer psychischen Erkrankung, diagnostiziert nach DSM-5 gelitten hat bzw. leidet (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000). Die Diagnose mit der höchsten Lebenszeitprävalenz wird dabei von Störungen durch Substanzkonsum mit 25,8% gebildet. Hierunter machen den Hauptteil durch Tabakkonsum verursachte Störungen aus (20,9%). Affektive Störungen verzeichnen eine Lebenszeitprävalenz von 12,3%, wobei der Großteil von der Major Depression

gebildet wird (10%). Die Lebenszeitprävalenz bei Angststörungen beträgt 15,1% und bei Somatoformen Störungen 12,9% (mit dem Hauptanteil von 12,2% bei Schmerzstörungen). In beiden Studien sind Frauen deutlich häufiger als Männer betroffen. Eine Ausnahme von dieser Beobachtung bilden die Suchterkrankungen (vgl. Meyer et al., 2000, S. 58; vgl. Wittchen & Jacobi, 2001, S. 998).

Ein ebenfalls bemerkenswerter Aspekt ist die Beobachtung, dass sich innerhalb der deutschen Bevölkerung eine hohe Querschnittskomorbiditätsrate von psychisch Erkrankten findet. Diese reicht in der Literatur mit Anteilen von 34,9% (Meyer et al., 2000), über 48% (Wittchen & Jacobi, 2001) bis hin zu 56% (Friemel, Bernert, Angermeyer & Koenig, 2005). Angaben dieser Art zeigen die Komplexität des Behandlungsbedarfs auf und lassen das Belastungsausmaß erahnen, unter dem viele Menschen mit ihren Erkrankungen stehen. Die relativ hohe Beschwerdelast, mit der Patienten eine Psychotherapie beginnen, wird beispielsweise von Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer und Brähler (2011) näher quantifiziert: Bei der hier stattfindenden Untersuchung der Anlässe für eine ambulante Psychotherapieinitiierung geben die Patienten durchschnittlich 5,11 Beschwerden zu Therapiebeginn an. Auch in der TRANS-OP Studie (Puschner & Kordy, 2010) zur ambulanten Therapieversorgung wird auf eine erhebliche initiale Beeinträchtigungsschwere (hier: körperlich, psychisch, interpersonal) – gemessen mittels standardisierter Messinstrumente - hingewiesen.

Der Frage, welche beschreibenden Gemeinsamkeiten beim Psychotherapiepatientenkollektiv zu erkennen sind, wurde mehrfach nachgegangen. Die bereits erwähnte TACOS-Studie, welche an Hand einer repräsentativen Stichprobe neben den Lebenszeitprävalenzen auch soziodemografische Einflussfaktoren erfasst, lässt bei der Betrachtung der psychisch erkrankten Bevölkerung signifikante Zusammenhänge mit bestimmten deskriptiven Angaben erkennen. Hierunter fallen die Faktoren Alter, Schulbildung, Partnerschaft und Einkommen. So weist z.B. die Gruppe der über 50-Jährigen niedrigere Raten von Angststörungen und Störungen durch Alkohol auf, als es bei jüngeren Altersklassen der Fall ist. Wohingegen Personen, deren Schulbildung 9 oder weniger Schuljahre umfasst, eine erhöhte

Erkrankungswahrscheinlichkeit erkennen lassen. Als protektive Faktoren gegenüber psychischen Erkrankungen werden des Weiteren eine feste Partnerschaft/Ehe und ein gesteigertes Haushaltsnettoeinkommen genannt (Meyer et al., 2000).

Eine Übersicht der momentanen Versorgungsmöglichkeiten psychischer Störungen – so zu sagen eine Betrachtung des Ist-Zustandes - wird im folgenden Teil der Arbeit gegeben.

Versorgungsstruktur psychischer Erkrankungen und deren Wirksamkeit

Bei einem Überblick über die vorhandenen Therapie-Angebote hat Deutschland, laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur psychotherapeutischen Versorgung aus dem Jahre 2008, mit seinem dicht ausgebauten Versorgungsnetz im internationalen Vergleich eine Sonderstellung inne (Vgl. Schulz, S. 7). Ein weiterer nennenswerter Unterschied zu den Gesundheitssystemen anderer Nationen liegt in der Finanzierung der jeweiligen Behandlungsformen: Im stationären Bereich wird die in Deutschland weit verbreitete medizinische Rehabilitation durch die Gesetzliche Rentenversicherung finanziert. Wohingegen die Finanzierung der ambulanten Versorgung vollständig durch die Gesetzlichen bzw. Privaten Krankenkassen geschieht. Bei diesen durchaus viel versprechenden Bedingungen stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß Personen mit psychischen Leiden die vorhandenen Angebote wahrnehmen. So ermitteln Wittchen und Jacobi (2001) im Rahmen des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 für das Jahr der Erhebung eine Behandlungsquote von 36,4% in Deutschland. Es befindet sich zu diesem Zeitpunkt also nur ca. ein Drittel der psychisch erkrankten Bevölkerung in einem therapeutischen Kontakt. Über die Gründe dieses eher zurückhaltenden Inanspruchnahmeverhaltens lassen sich unterschiedliche Vermutungen anstellen. Zum Beispiel werden als Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsinstitutionen die Ausprägung der vorhandenen Morbidität, der Einschränkungsggrad der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, Alter und Geschlecht, Erwerbstätigkeit sowie regionale Gegebenheiten (Stadt vs. Land) genannt (Thode, Bergmann, Kamtsiuris & Kurth, 2005). Im Hinblick

auf die Spezifität psychischer Erkrankungen ist der hinzukommende Einfluss einer von den Patienten befürchteten Stigmatisierung sicher nicht von der Hand zu weisen (Bühning, 2006; Krüger-Brand, 2006). Betrachtet man die vorhandene innerdeutsche Verteilung der psychotherapeutischen Versorgungsangebote, als eine weitere potentielle Einflussgröße auf die Behandlungsquote, ist eine Feststellung des Bundes im Rahmen seiner Gesundheitsberichterstattung aus dem Jahre 2008 zu erwähnen. Hierbei wird auf eklatante Ungleichgewichte hingewiesen: Es liegt in Deutschland eine deutliche Ost-West- (teilweise auch Nord-Süd) sowie Stadt-Land-Differenz, zu Ungunsten der neuen Bundesländer bzw. der ländlichen Regionen vor (Schulz, 2008).

Zusammenfassend sind demnach eine Reihe von Faktoren als mögliche Einflussgrößen auf die letztendliche Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung bekannt. In der vorliegenden Studie wird es zur Überprüfung einiger der genannten Aspekte kommen.

Grundsätzlich beginnt eine Vielzahl der Patienten die adäquate Therapie erst mit einer deutlichen Latenz. Dies kann zum einen durch längere Wartezeiten auf einen Therapieplatz (Zepf, Mengele & Hartmann, 2003) und zum anderen durch einen unzureichenden Informationsstand seitens der Patienten über die Thematik *Psychotherapie* begründet sein (Vgl. Schulz, 2008, S. 30). Die bereits erwähnten Einflussfaktoren wie Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeit, regionale Angebotsverteilung und eine gefürchtete Stigmatisierung kommen modulierend hinzu. Die somit bedingte Latenzzeit zwischen Indikationszeitpunkt und Therapiebeginn kann sich negativ in Richtung einer Chronifizierung der psychischen Störung und somit erschwerten Behandelbarkeit auswirken. Dieser Versorgungsmakel sollte in der zukünftigen Versorgungsforschung weiter beleuchtet und verbessert werden.

Bei der Zuwendung zur inhaltlichen Ebene des psychotherapeutischen Versorgungssystems lässt sich eine Gliederung in unterschiedliche Settingmöglichkeiten erkennen. So besteht das Angebot, zwischen ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlungen zu wählen. Als Beispiel für eine solche Versorgung dienend, wird nun das LVR-Klinikum Düsseldorf

herangezogen. Hier werden durch die genannten Settingformen Patienten behandelt, die u.a. Psychosomatische Erkrankungen, funktionelle (somatoforme) Störungen, Depressionen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen, akute und posttraumatische Belastungsreaktionen, Ess-Störungen und Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Auf die einzelnen Settingbesonderheiten soll im weiteren Verlauf näher eingegangen werden. Bei den in der psychotherapeutischen Versorgung von den Krankenkassen zur Abrechnung zugelassenen Behandlungsverfahren, den sogenannten Richtlinienverfahren, handelt es sich um die Verhaltenstherapie (VT), analytische (AP) sowie tiefenpsychologisch fundierte (TP) Psychotherapie (Schulz et al., 2006; Schulz, 2008). Grundsätzlich finden psychotherapeutische Behandlungen in einem einzel- und/oder gruppentherapeutischen Rahmen statt. Sowohl in der grundlegenden therapeutischen Ausrichtung, als auch in der Anzahl involvierter Patienten lassen sich Settingspezifika beobachten. Bei dem Versuch, die aktuelle Situation der Kombination von unterschiedlichen Settings (ambulant, teilstationär und stationär) und verschiedenen Therapieverfahren (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, und tiefenpsychologisch orientierte Therapie) in der Psychotherapie zusammen zu fassen, sehen von Wietersheim et al. (2008) eine deutliche Ungleichverteilung der therapeutischen Vielfalt im ambulanten und stationären/teilstationären Setting. Verursacht durch die Psychotherapierichtlinien aus dem Jahre 1967 (Rüger, 2007) findet im ambulanten Bereich, im klaren Gegensatz zur stationären/teilstationären Behandlung, so gut wie keine Kombination von Bestandteilen unterschiedlicher Verfahren statt. Die Autoren kritisieren:

„Es ist sehr erstaunlich, dass die Kombinationsmöglichkeiten, die als besonderer Wert des stationären oder tagesklinischen Settings genannt werden, im ambulanten Bereich (abgesehen von einigen Ausnahmen) überwiegend nicht erlaubt sind.“ (Vgl. von Wietersheim et al., 2008, S. 430)

Im Weiteren werden die jeweiligen Psychotherapie-settings mit ihren bereits angedeuteten Vor- und Nachteilen besprochen.

Ambulante Psychotherapie

Häufig bildet die ambulante Psychotherapie einen ersten Zugangsweg für Patienten mit psychischen Leiden zur psychotherapeutischen Versorgung. Hierbei zeigt eine retrospektive Erfragung der ambulanten Psychotherapieerfahrungen, dass bei einem Großteil der Patienten (62%) der Hausarzt einen ersten Ansprechpartner bei psychischen Problemen (v.a. depressive Stimmung, Ängste, Traumata, psychosomatische Beschwerden und Konflikte mit Familienangehörigen und Partnern) darstellt (Albani, Blaser, Geyer, Schmutzer & Brähler, 2010). Der Hausarzt besitzt demnach eine wichtige Funktion der Weichenstellung (Empfehlung einer psychopharmakologischen bzw. einer psychotherapeutischen Behandlung). Somit wird die immense Bedeutung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung - in diesem Fall zunächst zum Hausarzt - v.a. für die Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung aufgezeigt.

Eine weitere Auffälligkeit, die den ambulanten Sektor kennzeichnet, wird in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Schulz, 2008) zusammengefasst: Gruppentherapien sind im ambulanten Sektor vergleichsweise selten. Eine Begründung sehen die Forscher u.a. in der bisherigen Honorierung (Vgl. Schulz et al., 2006, S. 185) gelegen. Ob die Reformen im Bewertungsmaßstab (EBM2000) hier Veränderung brachten, ist bisweilen kaum zu beantworten.

Die drei als Richtlinienverfahren bezeichneten Psychotherapieformen AP, TP und VT werden von Gallas, Kächele, Kraft, Kordy und Puschner (2008) im Rahmen der TRANS-OP Studie anhand ihrer Bewilligungen durch die Krankenkassen in ihrer Verteilung quantifiziert. In der genannten Studie fallen 51% der Kostenübernahmen der TP, 31% der VT und 16% der AP zu. Bezüglich der soziodemografischen Angaben der Patienten bestehen zwischen den 3 Therapieverfahren keine signifikanten Unterschiede (Puschner & Kordy, 2010). Dies wiederum lässt auf eine gute Vergleichbarkeit der jeweils teilnehmenden Patienten, auch im allgemeinen ambulanten Setting, schließen. In einer weiteren Untersuchung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung aus dem Jahre 1994 zeigt sich, wie eingangs erwähnt (von Wietersheim et al., 2008), dass die genehmigten Verfahren laut Richtlinien – im Gegensatz zum

stationären Setting - kaum miteinander kombiniert werden dürfen (Scheidt et al., 1999).

Die Bezifferung der durchschnittlichen ambulanten Behandlungsdauer variiert zwischen 40 (Gallas et al., 2008), 48 (Albani et al., 2010) und 70 (Schulz et al., 2006) Sitzungen.

Der Frage, mit welcher vorrangigen Diagnose Patienten in ambulanten Therapieeinrichtungen in Erscheinung treten, wird ebenfalls im Rahmen der TRANS-OP Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie nachgegangen: Die ICD-Hauptdiagnosen werden hier von affektiven Störungen (F3) bzw. neurotischen, somatischen und Belastungsstörungen (F4) gebildet. Interpersonale Probleme sind bei 66% der Untersuchten zu finden (Vgl. Gallas et al., 2008, S. 416).

Die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie ist bis zum heutigen Zeitpunkt in unterschiedlichen Formen dargestellt worden. So fassen Albani et al. (2011) in ihrer retrospektiven Befragung bevölkerungsrepräsentativer Teilnehmer ambulanter Psychotherapien die mehrheitliche Meinung zusammen, dass die durchgeführte Therapie „äußerst wirksam“ gewesen sei (Vgl. S. 57). Hier betragen die Besserungsraten für fast alle Eingangsbeschwerden jeweils über 50%. Neben den Hauptproblemfokussen besserten sich Probleme in anderen Lebensbereichen, wie z.B. Beschwerden mit sozialen Fähigkeiten und Beziehungen. Die Forschergruppe um Puschner und Kordy der TRANS-OP Studie, die mit Hilfe standardisierter Messinstrumente eine Evaluation ambulanter Psychotherapie durchführen, zeigt für alle drei Richtlinienverfahren eine Verbesserung der psychischen, körperlichen und interpersonalen Probleme auf (Vgl. Puschner & Kordy, 2010, S. 355). Zu ähnlichen Schlüssen hinsichtlich einer reliablen Verbesserung psychischer Beschwerden durch die 3 benannten Richtlinienverfahren kommen Gallas et al. (2008) (Vgl. S. 419). Scheidt et al. (1999) untermauern hinzukommend die These der Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie in der klinischen Praxis – wenn auch in Form einer nicht repräsentativen Praxenzusammensetzung – , indem die Reduktion von Arbeitsunfähigkeiten, psychopharmakologischer Medikationen und der Reduktion von anderen medizinischen Behandlungen

dargelegt wird. Eine spezifische Betrachtung der Behandlungsform „analytische Langzeittherapien im ambulanten Setting“ gibt hohe Effektstärken für die Besserung von Symptomen sowie interpersonalen Problemen an, die sich auch in einer einjährigen Katamnese als stabil bzw. teilweise als sich noch weiter verbessernd zeigen (Leichsenring et al., 2005; Leichsenring et al., 2008). Jakobsen et al. (2007) erbringen, neben einem störungsspezifischen Nachweis ambulant durchgeführter analytischer Langzeittherapie, einen Beweis für die vergleichbare Effektivität der genannten Therapieform mit tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie (Vgl. S. 107). Ein dritter Forschungsansatz betrachtet gegenüberstellend Kosteneffektivität von TP und VT. Hier sind beide Verfahren als gleichwertig einzuordnen (Puschner & Kraft, 2008). Durch die hier genannten Studien, sollen anschauliche Beispiele für die jeweiligen Aspekte guter Wirksamkeit von ambulanter Psychotherapie gegeben werden. Eine nähere Ansicht des wichtigen Therapiefaktors „Patient“ zeigt die Tatsache auf, dass viele der Psychotherapiepatienten eine gewisse Therapie-Historie besitzen. So geben fast 50% der befragten Teilnehmer bei Albani et al. (2010) an, bereits über mehrfache ambulante Therapieerfahrungen zu verfügen. Dies wird als einen Anhaltspunkt für die starke Chronifizierungstendenz psychischer Störungen gewertet. Ein weiteres Argument für eine solche Hypothese könnte laut Forscher der relativ hohe Anteil der Patienten sein (ca. 36%), bei dem während der ambulanten Therapie eine stationäre Aufnahme indiziert wird (Vgl. S. 512).

Zepf et al. (2003) kommen bezüglich der Versorgungslage im ambulanten Psychotherapiesektor zu dem Ergebnis, dass, auch nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, eine ungünstige ambulante Versorgung für Psychotherapiepatienten mit Verschlechterungstendenz besteht. Sie nennen in diesem Zusammenhang die durchschnittlich sehr hohen Wartezeiten auf ein therapeutisches Erstgespräch (durchschnittlich 1,9 Monate) und auf einen ambulanten Therapieplatz (durchschnittlich 4,6 Monate). Des Weiteren kommt es bei fast der Hälfte aller Anfragen zu keiner probatorischen Sitzung. Als dritten Aspekt ihrer These, eruieren die Autoren spezielle Diagnosen, welche vorrangig von niedrigen Versorgungsraten betroffen sind. Dies sind

Suchterkrankungen, organische Krankheiten mit psychischen Veränderungen, Anorexia nervosa, schwere psychosomatische Organerkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Schmerz- und Tinnituspatienten. Inwieweit diese Angaben aus dem Jahre 2003 noch an Gültigkeit in der aktuellen ambulanten Psychotherapieversorgung der Patienten besitzen, sollte in zukünftigen Studien umfassend untersucht werden.

Stationäre Psychotherapie

Was die Besonderheit stationäre Psychotherapie, in Abgrenzung zu einer ambulanten Behandlung, ausmacht, beschreibt Schepank mit seiner Definition:

„Die im Einvernehmen geplante Anwendung verschiedenartiger umschriebener psychologischer Interventionstechniken in einem hierfür in besonderer Weise organisierten Krankenhaussetting zwecks intensiver(!) Behandlung einer überwiegend psychogenen Erkrankung mit dem Ziel von Besserung und Heilung.“ (Schepank & Tress, 1988, S. 13 f.)

In Deutschland gliedert sich das stationäre Versorgungssystem in 3 Bereiche: Es existieren psychiatrisch/psychotherapeutische, psychosomatisch/psychotherapeutische Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen für Patienten mit psychischen Störungen. Die herausstechende Besonderheit des deutschen Gesundheitssystems im Vergleich mit denen anderer Nationen besteht in der hohen Bettenzahl rehabilitativer Institutionen (Vgl. Schulz et al., 2006, S. 178).

Grundsätzlich handelt es sich bei der im stationären Setting vorherrschenden Behandlungsform um eine multimodale, unterschiedliche Interagenten umfassende Therapiestrategie, die sich durch ihre kontinuierliche Betreuung auszeichnet.

In einer kritischen Betrachtung der Aspekte „Behandlung“ und „Teamprozesse“ während vollstationärer Aufenthalte beleuchten Mattke, Janssen und Strauß (1998) Vor- und Nachteile dieser Behandlungsform. Die Autoren weisen im Ganzen jedoch auf das große therapeutische Potenzial eben dieses Settings hin.

An dieser Stelle soll erneut auf das LVR-Klinikum Düsseldorf beispielsweise für die klinische Praxis eingegangen werden. So kommt es hier zur Anwendung von psychotherapeutischen sowie somatischen Therapieverfahren, Kreativ-, Ergo-, physikalischen und Bewegungstherapien. Das LVR-Klinikum verfügt über stationär-/teilstationäre und ambulante Behandlungsmöglichkeiten für psychisch erkrankte Patienten. Die stationäre Therapie wird auf zwei Stationen mit je zwölf Betten angeboten. Die therapeutische Grundlage bildet eine psychodynamische bzw. tiefenpsychologische Orientierung, die sich aus Einzel- und Gruppen-, Kreativ- und Sozialtherapien zusammensetzt. Diese Art der kombinierten psychotherapeutischen Versorgung wurde bereits in der 1980er Jahren von de Jong, Treiber und Henrich (1986) als sinnvoll aufgezeigt. Hierbei führt eine stationäre Behandlung von schweren und chronischen Depressionen mit einem kombinierten Therapieangebot zu deutlicheren Veränderungen der Symptome, als es mit einer singular angewandten Therapieform (z.B. einer kognitiven Therapie) möglich ist.

Bei der Therapieform der Tiefenpsychologie handelt es sich um eine Untergruppe der Psychodynamischen Psychotherapie. Diese entspringt wiederum dem Formkreis der Psychoanalyse: Psychodynamik als meist unbewusster Prozess, der durch psychische Kräfte verursacht wird. Die Methodik der Tiefenpsychologie weist einige deutliche Abweichungen auf (niedrigerer Behandlungsfrequenz, oberflächlicherer Umgang mit Übertragung, vorrangige Inhaltsdeutung, schwächere therapeutische Handhabung des Abstinenzprinzips, u.a.).

Der therapeutische Rahmen im stationären/teilstationären Setting wird durch eine kontinuierliche ärztliche Betreuung weiter abgesichert. In der Regel beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer 12 Wochen. Die durch die stationäre Aufnahme gewährleistete intensive und multimethodal durchgeführte Psychotherapie stellt einen wesentlichen Unterschied, eventuell auch einen Vorteil, gegenüber einer ambulanten Behandlung dar. Als Kriterien für ein Anraten eines stationären Aufenthaltes sind im LVR-Klinikum folgende Punkte ausschlag gebend: Schwere und Komplexität der Erkrankung, chronifizierte Störung, Notwendigkeit einer kontinuierlich ärztlich-

psychotherapeutischen Betreuung (z.B. rezidivierende Krisen, somatische Morbidität), psychosoziale Krisensituation, psychische Komorbidität, fehlende ambulante Compliance, Erfordernis der Trennung von der belastenden Umgebung.

Dem im letzten Punkt erwähnten Umstand kommt ein nicht zu unterschätzender Einfluss zu. So schreiben von Wietersheim et al. (2008) in ihrer Arbeit zur Standortbestimmung von Settings und Verfahren in der Psychotherapie:

„Schon ein bloßer Wechsel der Umgebung stellt – auch wenn dies selten erörtert wird – in sich schon einen (psycho-)therapeutischen Faktor dar, was jedermann ohne Weiteres zugänglich ist, der sich regelhaft Auszeiten gönnt (...).“ (Vgl. von Wietersheim et al., 2008, S. 425)

Übergehend zu einer exakten Untersuchung zur Indikationsstellung einer ambulanten vs. stationären Psychotherapie durch Huber, Brandl, Henrich und Klug (2002) sind die genannten Indikationskriterien wieder zu finden. Das primäre Indikationskriterium wird hier von der Schwere der vorliegenden Störung gebildet. Kennzeichnend für die Empfehlung einer stationären Therapie sind somit die soziale wie psychische Symptomatikschwere, das niedrige allgemeine Funktionsniveau und weniger gut integrierte Persönlichkeitsstrukturen (Vgl. S. 20).

Dass es bei Patienten, die unter oben genannten Voraussetzungen eine stationäre Therapie beginnen, zu Besserungen der jeweiligen Symptomatiken kommt, gilt als gesichert. In den Untersuchungen von Liebherz und Rabung (2013), Huber, Albrecht, Hautum, Henrich und Klug (2009); Liedtke und Geiser (2001) erweisen sich die erreichten Reduktionen unterschiedlicher Beschwerdebereiche auch in katamnestischen Erhebungen als stabil. Es kommt demnach zu nachhaltigen Veränderungen von vorherrschenden Störungsstrukturen. Ähnliche Ergebnisse sind für Veränderungen der Lebensqualität zu verzeichnen (Fliege, Rose, Bronner & Klapp, 2002).

Stationäre Psychotherapie scheint in seiner Spezifität und Abgrenzung gegenüber ambulanter Behandlungen großes therapeutisches Potenzial für die eingangs beschriebenen Indikationen zu besitzen. Inwiefern sie im Hinblick auf

die Veränderungen interpersonalen Probleme von Vorteil ist, soll in der vorliegenden Arbeit erörtert werden.

Teilstationäre Psychotherapie

Die ins Zwischenfeld von ambulanter und stationärer Versorgung fallende teilstationäre psychotherapeutische, oder auch tagesklinische Behandlung, zeichnet sich durch ihr spezielles Setting aus:

„Das Setting bringt eine enge Verzahnung eines intensiven Therapieangebotes mit der Alltags- bzw. familiären Situation mit sich und damit die Chance einer verstärkten Einbeziehung sozialer und familiärer Aspekte in die Therapie. Die Patienten sind täglich gefordert, Erfahrungen aus der Therapie im Alltag zu überprüfen und Zeiten ohne professionellen Ansprechpartner zu überbrücken sowie jeden Tag aus eigenem Antrieb in die Tagesklinik zu kommen.“ (Vgl. Zeeck et al., 2002, S. 493)

An diesem Punkt wendet sich die Betrachtung erneut der Düsseldorfer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu. Die Tagesklinik des LVR-Klinikums stellt insgesamt 20 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die hier stattfindende therapeutische Arbeit erfolgt von Montags bis Freitag und beträgt täglich 6 bis 8 Stunden (Vgl. auch Heigl-Evers, 1986). Die Dauer der teilstationären Behandlung beträgt im Durchschnitt ca. 12 Wochen. Das an das vollstationäre angelehnte multimethodale und integrative Therapieangebot ist nahezu identisch mit dem des stationären Settings.

Die Entscheidung, Patienten nach einer Vorstellung in der Institutsambulanz zu einer teilstationären Therapie zu raten, fällt nach folgenden Kriterien: Patienten, die ein hohes malignes Regressionspotenzial aufweisen, deren soziale Kontakte durch eine vollstationäre Aufnahme gefährdet sind, deren häusliche Situation keinen vollstationären Aufenthalt zulässt (Pflege von Angehörigen, Versorgung von Kindern, etc.) und die über ein hohes soziales Funktionsniveau verfügen, jedoch obengenannte Therapieindikationen besitzen, wird eine tagesklinische Behandlung empfohlen. Das Kriterium einer beruflichen Selbstständigkeit ist ebenfalls gehäuft anzutreffen. Als

Kontraindikationen gegen eine teilstationäre und somit als Indikationen für eine vollstationäre Aufnahme gelten Patientenmerkmale, die eine somatische oder psychosoziale Krisensituation bedeuten. Für Patienten, bei denen die Notwendigkeit einer Trennung von dem sie umgebenden Umfeld besteht, sowie bei geringer Therapiemotivation und fehlender Krankheitseinsicht wird ebenfalls zu einer vollstationären Behandlung geraten. Die im LVR-Klinikum Düsseldorf praktizierten Indikationskriterien werden von Zeeck et al. (2009), Zeeck, Scheidt, Hartmann und Wirsching (2003) in Arbeiten zur Indikationsfindung bestätigt.

In dem noch relativ jungen Therapiebereich der teilstationären Versorgung - die ersten psychotherapeutischen Tageskliniken Deutschlands entstanden 1982 in Düsseldorf und Bielefeld - liegen bisher wenig aktuelle empirische Daten vor. Somit sucht man hierzulande *Randomisierte kontrollierte Studien* - kurz *RCT* - (Chambless & Hollon, 1998) für das teilstationäre Setting vergebens. Eine englischsprachige Metaanalyse, die *RCT* zum Settingvergleich auf dem Gebiet der Psychiatrie betrachtet, kommt zu dem Ergebnis, dass Tageskliniken eine gelungene Alternative zu vollstationären Verfahren mit gleichem Behandlungserfolg darstellen (Marshall et al., 2001). Zu den aktuellen deutschsprachigen Studien auf diesem Gebiet gehört u.a. eine Arbeit von Wunner, Reichhart, Strauss und Söllner (2014). Sie zeigt signifikante Veränderungen in Depressions- und somatoformen Symptomatikscores psychosomatischer Tagesklinikpatienten an. Die Forscher haben hierbei das besondere Klientel älterer Patienten untersucht. Die therapeutisch erreichten Ergebnisse zeigen sich im Follow-Up als stabil. Zeeck et al. (2002) untersuchen ebenfalls das tagesklinische Setting und weisen mittelstarke Effektstärken der teilstationären Psychotherapie für die Symptomreduktion nach. Agarwalla und Küchenhoff (2004) zeigen durch teilstationäre Psychotherapie erreichbare hoch signifikante Veränderungen in den Symptomatiken und Interaktionsmustern der Patienten auf, die sich über einen katamnestischen Zeitraum von 3 Monaten stabil zeigen. In einem zweiten Schritt vergleichen die Forscher ihre Ergebnisse mit denen vollstationärer Studiendaten und es zeigt sich eine starke Vergleichbarkeit beider Settingformen (Vgl. S. 270). Zu

ähnlichen Ergebnissen, wenn auch ohne eine katamnestische Betrachtung, kommen Zeeck et al. (2003) in ihrer gegenüberstellenden Studie zu teil- und vollstationärer Psychotherapie. Hierbei zeigen die Patientenkollektive beider Settingformen, bis auf geringe Ausnahmen, keine signifikanten Unterschiede. Des Weiteren kommt es durch beide Behandlungsformen zu hoch signifikanten Veränderungen der Symptome. Im Rahmen der erwähnten Datenlage ist es somit vertretbar, Patienten mit entsprechenden Indikationen und fehlenden Kontraindikationen für beide Therapieformen sowohl in einem voll- als auch in einem teilstationären Setting zu betreuen.

Die Spezifität einer teilstationären Therapie besteht demnach zusammenfassend in ihrem zum einen intensiven, multimodalem Therapieangebot, welches dem stationären Setting entspricht und zum anderen in der beibehaltenden Einbettung des Patienten in sein gewohntes soziales Umfeld. Die starke therapeutische Einbeziehung des Patientenalltags stellt eine Besonderheit für die Arbeit an den vorhandenen Konflikten dar. Der im Vergleich zum vollstationären Aufenthalt geringere strukturgebende Rahmen setzt eine hohe Autonomie und Selbstdisziplin des Patienten voraus, er kann diese aber auch weitergehend fördern.

Welches Therapiesetting für den jeweiligen Patienten die angemessene Behandlungsform darstellt, ist demnach nur in einer mehrfaktoriellen Betrachtung der Punkte Störungsausmaß, Behandlungsbedarf, umgebende soziale Faktoren und Patientenwunsch zu beantworten.

Herleitung der Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung soll es in einem ersten Schritt zu einer genaueren Betrachtung des Inanspruchnahmeverhaltens psychotherapeutischer Patienten, die sich in einer Universitätsklinikambulanz vorstellen und dort eine erste therapeutische Einschätzung erhalten, kommen:

- *Weisen die Patienten settingspezifische Unterschiede in ihren interpersonalen Problemen auf?* Wie oben beschrieben, wird das primäre Indikationskriterium für eine ambulante oder stationäre/teilstationäre Behandlung von der Störungsschwere gebildet. Eine stationäre Therapieindikation erhalten Patienten, die „(...) durch ihre psychogenen Beschwerden psychisch wie sozial stärker beeinträchtigt (...)“ sind (Huber et al., 2002, S. 20). Im vorliegenden Fall soll die interpersonale Problembelastung der einzelnen Stichproben untersucht und verglichen werden. Hier gilt es, die Hypothese einer stärkeren interpersonalen Belastung stationärer/teilstationärer Patienten zu überprüfen.
- *Inwiefern wirken sich soziodemografische Daten auf die Settingwahl aus?* Es wird angenommen, dass sich die deskriptiven Personalien, welche die Indikationsstellung mitgestalten, in den jeweiligen Stichproben wiederfinden lassen. So sind beispielsweise laut Huber et al. (2002) bei Patienten mit einer stationären Therapieindikation (im Vergleich zu Patienten mit einer ambulanten) weniger feste Partnerschaften und eine niedrigere Schulbildung zu finden. In der vorliegenden Untersuchung sollen die Settingkollektive hinsichtlich bestimmter soziodemografischer Angaben (Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Partnerschaft) verglichen werden.
- *Existieren Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Angaben und interpersonalen Problembereichen?* Bisherige Erkenntnisse sprechen gegen die Vermutung, dass es zu einem Effekt soziodemografischer Merkmale auf die interpersonale Problembelastung kommt. Hierbei werden vor allem Alter und Geschlecht betrachtet (Brähler et al., 1999;

Gurtman & Lee, 2009). Dennoch legt das Manual nahe, in jeder Untersuchung mit dem IIP eine erneute Überprüfung durchzuführen (Vgl. Horowitz, 2000, S. 16). Demnach kommt es standardmäßig in der vorliegenden Arbeit zur Überprüfung der Hypothese, dass soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht, beruflicher und partnerschaftlicher Status) keinen bzw. keinen großen Effekt auf die IIP-Werte ausüben.

- *Welche interpersonalen Problemfokusse gibt es in der Uniklinikambulanz der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin vorstelliges Patientenkollektiv an bzw. existieren Differenzen zur Lokalisation der Normstichprobe im interpersonalen Raum?* Dass sich Psychotherapiepatienten vermehrt mit Problemen des *freundlich-unterwürfigen* Quadranten konfrontiert sehen berichten u.a. Salzer, Streeck, et al. (2010). Bereits die Normstichprobe weist bei der bloßen Betrachtung der Problemverteilung im interpersonalen Raum eine Verschiebung in diese Richtung, jedoch mit einer geringeren Ausprägung, auf (Horowitz, 2000). So wird eine Gegenüberstellung der angegebenen Probleme der zu untersuchenden Stichprobe mit denen der Normstichprobe im interpersonalen Circumplex durchgeführt.

Die oben formulierten Fragestellungen werden anhand von anamnestischer Angaben beantwortet. Sodass in einem zweiten Schritt, im Rahmen einer katamnestischen Erhebung, Folgendes geklärt werden soll:

- *Haben sich interpersonale Probleme mehrere Jahre nach Erstkontakt und stattgefundenen Psychotherapie verändert?* Hier kommt die eingangs erwähnte Besonderheit interpersonaler Probleme hinsichtlich ihres meist posttherapeutischen Änderungsverhaltens zum Tragen (Brockmann et al., 2002; Franke et al., 2005; Haase et al., 2008). Die bisherigen Ergebnisse sprechen für eine diffizile Abänderbarkeit interpersonaler Probleme, sodass ein Vergleich der ermittelten Effektstärken mit denen aus der eingangs erwähnten Literatur durchgeführt wird.

- *Wie sieht diese Veränderung aus: Sprechen die IIP-Subskalen unterschiedlich auf Psychotherapie an?* Die existenten Studien zur katamnestischen Betrachtung interpersonaler Problementwicklungen benennen differente Skalen, die sich posttherapeutisch signifikant von ihren Ausgangswerten unterscheiden (Brockmann et al., 2002; Franke et al., 2005; Haase et al., 2008; Liedtke & Geiser, 2001). Wohingegen Huber et al. (2009) beim IIP_{gesamt} und seinen Subskalen durchgängig signifikante Mittelwertsveränderungen zwischen Therapiebeginn und Katamnese verzeichnen (Vgl. S. 193). Grundsätzlich verweist bereits der Entwickler des IIPs auf die Beobachtung, dass sich Probleme mit feindseliger Dominanz weniger stark als Probleme mit freundlicher Unterwürfigkeit durch - in dieser Untersuchung - dynamische Kurzzeittherapie verändern lassen (Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993). Inwiefern sich gemachte Beobachtungen in der vorliegenden Stichprobe bestätigen lassen muss anhand ungerichteter Hypothesen überprüft werden.
- *Sind die Veränderungen interpersonaler Probleme settingabhängig?* Aus den vorangegangenen Fragestellungen schließt sich die zentrale Betrachtung der Studie an. Die Erkenntnisse über settingspezifische Veränderungen des IIP_{ges} und/oder der Skalen, soll genutzt werden, um Hypothesen zu generieren, welche die Wirksamkeit ambulanter und teil-/stationärer Psychotherapie betreffen. Zu diesem Aspekt scheint die Studienlage relativ dünn. So weisen Puschner, Haug und Kordy (2004) auf eine vergleichbare Effektivität ambulanter und stationärer Behandlung bei der Reduzierung psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen hin (S. 190), die innerhalb der stationären Therapie eine deutlich höhere Änderungsgeschwindigkeit aufweist. Allerdings fällt der Katamnesezeitraum hier deutlich kürzer aus und es wird keine Aussage über die Entwicklung interpersonaler Probleme, das Hauptziel der vorliegenden Studie, getätigt. Keller und Schneider (1993) weisen in ihrer Untersuchung eine Reduktion von interpersonalen Problemen sowohl durch ambulante als auch durch stationäre Gruppentherapie

nach. Hier ist der Katamnesezeitraum erneut sehr kurz gefasst und die Spezifität der Therapieform - Gruppentherapie - ist für eine naturalistische Untersuchung des stationären Settings wenig zielführend. Zusammenfassend existiert demnach ein Forschungsbedarf bezüglich eines Settingvergleichs hinsichtlich der Reduktion interpersonaler Probleme mit Hilfe des *IIP*. Vor allem die längerfristige Entwicklung interpersonaler Beschwerden sollte untersucht werden. Den formulierten Fragestellungen wird in den folgenden Abschnitten nachgegangen.

Methodenteil

Studiencharakteristika

Bei der vorliegenden Studienform handelt es sich um eine retrospektiv durchgeführte naturalistische Untersuchung, die den längerfristigen Psychotherapieerfolg in Abhängigkeit von der jeweiligen Settingwahl misst. Die abhängige Variable stellen interpersonale Probleme der Patienten dar. Somit wird das durch verschiedene Settings bewirkte Therapieergebnis anhand katamnestisch erhobener Messgrößen evaluiert. In der vorliegenden Arbeit wird die Messgröße von der subjektiven Beschwerdedruckentwicklung der Patienten in Hinblick auf empfundene interpersonale Probleme gebildet.

Eine Prüfung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ergibt keine ethischen oder rechtlichen Bedenken gegen die Studiendurchführung und vergibt die *Studiennummer 3694*.

Messzeitpunkte

Im Rahmen der Katamnese-Studie existieren zwei zentrale Messzeitpunkte (T_0 = Aufnahme und T_1 = Katamnese). Die Aufnahme liegt in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenkontakt zwischen den Jahren 2004 und 2007. Hierbei zum Zeitpunkt T_0 erhaltene Messdaten werden von den IIP-Werten gebildet, die bei ambulanten bzw. teil-/stationäre Erstgesprächen in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LVR-Klinikums in Düsseldorf erhoben werden. Nach einem Katamnesezeitraum von 5 bis 7 Jahren werden 2011 erneut IIP-Werte erfragt. Dies stellt den zweiten Messzeitpunkt T_1 dar.

Ein- und Ausschlusskriterien

Als potentielle Teilnehmer der Katamnese-Studie gelten Patienten, die im angegebenen Zeitraum in der Ambulanz bzw. teil-/stationär vorstellig gewesen sind. Bei diesem Erstkontakt müssen alle, die Studie beinhaltenden Messinstrumente angewendet worden sein und die erhaltenen Daten im krankenhauseigenen EDV-System vorliegen. Dieselben Voraussetzungen gelten

für den Katamnesezeitpunkt. Weitere Einschlusskriterien stellen das Vorliegen von Kontaktdaten, sowie Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme dar, die zu den Zeitpunkten T_0 und T_1 vorliegen müssen. Grundsätzlich müssen die Probanden physisch und psychisch an der Studie teilzunehmen. Aus den formulierten Einschlusskriterien ergeben sich redundant die angewandten Ausschlusskriterien.

Rekrutierung

Der genaue Rekrutierungsablauf der Studienteilnehmer ist Abbildung 2 zu entnehmen. Grundsätzlich findet die Kontaktaufnahme primär auf postalischem Wege statt. Hierbei wird zur Studienteilnahme, die eine Fragebogenbearbeitung sowie eine Interviewteilnahme beinhaltet, eingeladen. Hinzu kommt eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 35 Euro. Bei Vorliegen weiterer Kontaktdaten wird ebenfalls eine Telefonakquise durchgeführt, um die Studienstichprobe möglichst groß zu gestalten. Patienten, die in die Gruppe Drop Outs II fallen, können postalisch nicht erreicht werden ($N= 200$), bzw. werden zwar postalisch erreicht, zeigen allerdings keine Reaktion auf das Anschreiben oder einen nachgeschalteten Anruf ($N= 246$), oder sie lehnen eine Teilnahme ab bzw. erscheinen nicht zum vereinbarten Termin. So bildet sich eine Studienteilnehmerzahl von 112 ab, auf die im Ergebnisteil der Arbeit genauer eingegangen werden soll. Dies ergibt eine Rekrutierungsquote von 17% aus der initial betrachteten Studienstichprobe ($N= 648$) bzw. 55% bei Betrachtung der Kollektivs ($N= 202$), bei dem ein persönlicher Kontakt zustande kommt.

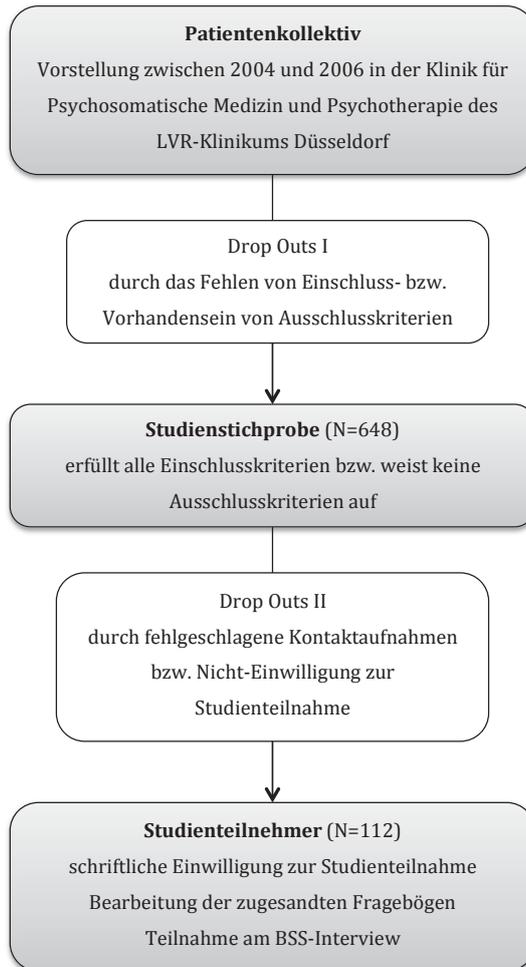


Abb. 2 Ablauf der Studienteilnehmerrekrutierung.

Messinstrumente, Dateneingabe und -auswertung

Die teilnehmenden Patienten beantworten zu den Messzeitpunkten T_0 und T_1 eine festgelegte Fragebogenbatterie und nehmen an einem halbstrukturierten Interview teil. Die Messinstrumente setzen sich aus folgenden Teilbefragungen zusammen:

- Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, kurz *IIP-D* (Horowitz, 2000)
Als Hauptthema der Arbeit wird dieses Messinstrument im weiteren Verlauf ausführlich besprochen.
- Symptom-Checkliste, kurz *SCL-90-R* (Franke, 2002)

Zur Erfassung psychischer Symptome, daraus im speziellen der GSI (Global Severity Index, misst den allgemeinen psychosomatischen Beschwerdedruck als globalen Kennwert)

- Beeinträchtigungs-Schwere-Score, kurz *BSS* (Schepank, 1995)
zum einen als eine Einschätzung aus Therapeutesicht anhand eines teilstandardisierten Interviews, wie schwer ein Mensch durch seine psychogenen Symptomatiken beeinträchtigt ist (in drei Dimensionen *psychisch, körperlich, sozialkommunikativ*). Die Durchführung des Interviews erfolgt durch eine erfahrene Diplom-Psychologin in den Räumlichkeiten des LVR-Klinikums Düsseldorf. Und zum anderen wird der *BSS* als Selbsteinschätzungsinstrument von den Patienten selbst gebildet.
- Giessener Beschwerdebogen, kurz *GBB* (Brähler, 2008)
Fragebogen zur Erfassung subjektiver körperlicher Beschwerden
- Patientenfragebogen
zu soziodemografischen Daten der Teilnehmer

Die erhaltenen Daten werden mit Hilfe des Computerprogramms *Klindo* (Hartkamp, 1994) in das klinikinterne System eingegeben. Die sich daran anschließende Auswertung erfolgt durch das Statistikprogramm *Statistical Package for the Social Sciences* (kurz *SPSS*) (IBM, 2011).

Behandlungssetting

Entsprechend dem vorliegenden naturalistischen Studiendesign wird die Therapiesettingauswahl (ambulante, teil- und/oder stationäre Behandlungen) während des Zeitraums zwischen T_0 und T_1 durch den jeweiligen Patientenwillen und das vorhandene Therapieangebot bestimmt. So können Stichprobenunterteilungen anhand des zur Katamnese berichteten Behandlungssettings erfolgen. Die durchgeführten Therapiemethoden entsprechen den eingangs erwähnten gängigen Behandlungsmöglichkeiten in der niedergelassenen und stationären Praxis. Im konkreten Fall des LVR-Klinikums kommen Therapieformen der tiefenpsychologisch fundierten

Psychotherapie zum Einsatz. So wird die unabhängige Variable der vorliegenden Studie durch die Art des Behandlungssettings gebildet.

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme

Das in der Einleitung bereits erwähnte *IIP-D* (Horowitz, 2000) stellt hier das zentrale Messinstrument dar. Es handelt sich um die deutsche Version des von Horowitz et al. (1988) entwickelten Fragebogens zur Messung subjektiv empfundener, zwischenmenschlicher Probleme. In seiner ursprünglichen Form, der Langform, besteht das IIP aus 127 Items. Horowitz et al. extrahieren diese Items anhand von interpersonalen Problemen, die gehäuft von Psychotherapiepatienten berichtet werden und in eine der folgenden zwei Formulierungskategorien fallen:

1. „Es fällt mir schwer etwas zu tun...“
2. „Ich tue etwas zu sehr...“

Die im heutigen IIP-D vorhandenen Items beginnen mit eben diesen zwei Formulierungen und werden von den Probanden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala beantwortet. Die Abstufungen lauten hierbei wie folgt: 0= nicht zutreffend, 1= wenig zutreffend, 2= mittelmäßig zutreffend, 3= ziemlich zutreffend, 4= sehr zutreffend. Die jeweiligen Items lassen sich einer der acht Zirkumplexskalen (Vgl. Abbildung 1.2) zuordnen. Somit können interpersonale Problembereiche eruiert werden. In Tabelle 2.1 sind die acht Skalen, Beispieltitmes und ihre Bedeutung zusammengefasst.

| Zirkumplexskala | Beispielitem | Bedeutung |
|--|--|--|
| zu autokratisch/dominant (PA) | Es fällt mir schwer, die Ansichten eines anderen zu verstehen. <hr/> Ich versuche zu sehr andere zu ändern. | andere werden nur erschwert akzeptiert, zu sehr kontrollieren oder man streitet zu oft mit anderen; man kann sich nur erschwert unterordnen, betont zu stark die eigene Unabhängigkeit |
| zu streitsüchtig/konkurrierend (BC) | Es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen. <hr/> Ich bin anderen gegenüber zu misstrauisch. | es herrscht ein großes Misstrauen gegenüber anderen; Missgunst, Streitsucht und Rache werden zu stark empfunden |
| zu abweisend/kalt (DE) | Es fällt mir schwer, anderen meine Zuneigung zu zeigen. <hr/> Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz. | Nähe gegenüber anderen aufzubauen bzw. zu demonstrieren bereitet Probleme; andauernde zwischenmenschliche Verpflichtungen können kaum gehalten werden |
| zu introvertiert/sozial vermeidend (FG) | Es fällt mir schwer, mich Gruppen anzuschließen. <hr/> Ich bin vor anderen zu verlegen. | Probleme, Menschen neu kennen zu lernen, sozial aktiv zu werden oder Emotionen vor anderen zu zeigen |
| zu selbstunsicher/unterwürfig (HI) | Es fällt mir schwer, mich gegenüber anderen zu behaupten. | Schwierigkeiten eigene Interessen/Anliegen zu äußern und diese durch zu setzen; Probleme mit anderen offene anzusprechen bereitet Mühe |
| zu ausnutzbar/nachgiebig (JK) | Es fällt mir schwer, mich über andere zu ärgern. | Probleme, andere mit Ärger über sie zu konfrontieren, im |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| | Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden. | Streit mit anderen standhaft zu bleiben |
| zu fürsorglich/freundlich (LM) | Es fällt mir schwer, mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag. <hr/> Ich vertraue anderen zu leicht. | eigene Interessen und Bedürfnisse werden denen anderer untergeordnet Probleme, zu großzügig zu sein, zu empathisch zu sein |
| zu expressiv/aufdringlich (NO) | Es fällt mir schwer, alleine zu sein. <hr/> Ich lege zu viel Wert darauf, beachtet zu werden. | persönliche Dinge werden zu stark nach außen getragen; Zu starkes Verantwortungsgefühl für andere |

Tabelle 2.1 Die acht Zirkumplexskalen des IIP, Beispielitems und deren Bedeutung (nach Horowitz, 2000).

Die zirkumplexe Darstellung, welche die theoretische Grundlage für das Verständnis stattfindender Interaktionen bildet, ist in seiner angewandten Form von Alden et al. (1990) etabliert worden. Die von ihnen durchgeführte Hauptkomponentenanalyse und die errechneten Interkorrelationen der Skalen bestätigen die theoretisch angenommene Anordnung. Somit korrelieren räumlich nah angeordnete Verhaltensmuster höher miteinander, als es zum Beispiel bei den Skalen „zu autokratisch/dominant“ (PA) und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ (HI) der Fall ist. Ihre konträre Lage im Zirkumplex wird hierdurch veranschaulicht.

1987 übersetzen B. Strauß und H. Kordy die anglo-amerikanische Version ins Deutsche und verzichten auf Grund guter Verständlichkeit und theoretischer Einbettung in die interpersonale Theorie auf eine grundsätzliche Neukonstruktion (Horowitz, 2000, S. 13 f.). 1994 führen Brähler et al. (1999) eine Repräsentativerhebung an insgesamt 3047 Probanden zwischen 14 und 92 Jahren durch. Somit liegen in der heutigen 2., überarbeiteten und neunormierten Auflage des deutschen Inventars zur Erfassung interpersonaler

Probleme repräsentative Normwerte für deutsche Stichproben vor. Des Weiteren findet in der heutigen Praxis meist eine Kurzform des IIP mit 64 Items, der sogenannte IIP-64, seine Anwendung.

Psychometrische Eigenschaften

Die Testgütekriterien *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität* sind durch eine Vielzahl an nationalen sowie internationalen Studien für das IIP belegt (Alden et al., 1990; Brähler et al., 1999; Grosse Holtforth et al., 2006; Horowitz et al., 1988; Horowitz, 2000; Huber, Henrich & Klug, 2007; Woodward, Murrell & Bettler, 2005). Eine elementare Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften für die konstruierten IIP-Skalen der anglo-amerikanischen Version wird initial von Alden et al. (1990) durchgeführt. Die Autoren ermitteln Konsistenzkoeffizienten α , die zwischen .72 und .85 liegen. Im Manual für die deutschsprachige Version (Horowitz, 2000) werden hingegen Konsistenzkoeffizienten von .36 bis .64 berichtet. Dies wird zum einen durch die unterlassene Skalenneukonstruktion für die deutsche Version und zum anderen durch die geringe Itemanzahl pro Skala begründet (Vgl. S. 11). Jedoch muss vor allem das zweitgenannte Argument für das Zustandekommen der niedrigen Konsistenzkoeffizienten kritisch betrachtet werden. Die Test-Retest Korrelationskoeffizienten des englischsprachigen Tests werden von Horowitz et al. (1988) getestet und können als akzeptabel ($r = .80$ bis $.90$) bewertet werden. Die Autoren überprüfen ebenfalls die Übereinstimmungsvalidität des IIPs mit anderen Messinstrumenten, die potentiell interpersonale Merkmale erfassen. Folgende Inventare werden dafür hinzugezogen: Die UCLA-Loneliness-Skala (Russell, Peplau & Cutrona, 1980), die Rathus-Selbstsicherheitsskala (Rathus, 1973) und das Interpersonal Dependency Inventory (Hirschfeld et al., 1977). Es zeigt sich, dass die interpersonalen Merkmal *Einsamkeit*, *Abhängigkeit*, sowie *Selbstsicherheit* mit den entsprechenden Subskalen wie erwartet korrelieren (Vgl. Horowitz et al., 1988, S. 888).

Die oben genannten, niedrig ausfallenden Konsistenzkoeffizienten der deutschen IIP-Version, die ein Maß für die Homogenität eines Testes darstellen

sollen, müssen als geringe Einschränkung eines ansonsten weit verbreiteten und viel erprobten Messinstrumentes angesehen werden.

Auswertung

Die Testauswertung erfolgt, dem Manual entsprechend (Horowitz, 2000), anhand der Skalenwerte. Hierfür werden die Itemrohwerte, die von 0 bis 4 codiert sind, skalenweise aufsummiert. Die hierdurch errechneten Skalenrohwerte werden anschließend durch die Itemanzahl dividiert. Man erhält jeweils den gemittelten Skalenwert.

Der IIP-Gesamtwert, der sogenannte IIP_{ges} , stellt die gemittelte Summe aller Skalenwerte dar und bildet ein Maß für die globale interpersonale Belastung. Die Autoren des IIP empfehlen eine Ipsatierung der jeweiligen Skalenwerte vor (Vgl. Horowitz, 2000, S. 24), um eine Standardisierung der individuellen Skalenwerte zu erreichen. Hierfür wird von den jeweiligen Skalenwerten der IIP_{ges} subtrahiert. Diese Methode wird in der Literatur jedoch intensiv diskutiert (Becker & Mohr, 2005; Vittengl et al., 2003), sodass Horowitz et. al auch die Verwendung der unipsatierten Skalenwerte anerkennen. Die durchgeführten Berechnungen erfolgen im vorliegenden Rahmen anhand unipsatiertes Skalenmittelwerte im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit mit vorhergegangenen Studien.

Als repräsentative Referenz- und Normwerte werden die von Brähler et al. (1999) erhobenen IIP-Daten herangezogen.

Statistische Berechnungen

Neben einer deskriptiven Betrachtung der Stichprobenparameter, werden nach einem nicht signifikant werdenden Kolmogorov-Smirnov-Test ($p > 0.05$), zur Testung auf Normalverteilung, parametrische Testverfahren angewendet. Folgende Berechnungen werden durchgeführt:

- Mittelwertsunterschiede zwischen zwei Gruppen bzw. zwischen zwei Messzeitpunkten werden durch t-Tests für unabhängige bzw. abhängige Stichproben inferenzstatistisch abgesichert.
- Zusammenhänge zwischen nominalskalierten Daten werden anhand des χ^2 -Tests berechnet.
- Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Daten werden durch Berechnungen von Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen überprüft.
- Effektstärken werden nach der folgenden Formel berechnet:
$$ES = (\bar{x}_{\text{Aufn}} - \bar{x}_{\text{Kata}}) / SD$$
 (SD= Standardabweichung der Gesamtgruppe beim Aufnahmezeitpunkt) (Vgl. Cohen, 1988).
- Bei den genannten Tests werden Ergebnisse mit $p < 0.05$ als signifikant erachtet.

Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel führt im ersten Teil die Repräsentativität der rekrutierten Studienteilnehmer für die Gesamtheit aller Patienten inklusive Einschluss- bzw. exklusive Ausschlusskriterien auf. Hierfür werden die Faktoren *Behandlungsempfehlung* und *IIP_{ges}* herangezogen. Neben der Darlegung von Repräsentativität wird eine Unterteilung der Studienteilnehmer anhand der katamnestischen Angaben zu stattgefundenen Psychotherapiesettings vorgenommen.

Hieran schließt sich ein, die soziodemografischen Angaben der Studienteilnehmer betrachtender, Abschnitt an. Inwiefern diese in einem Zusammenhang mit den besuchten psychotherapeutischen Behandlungssettings stehen, wird darauffolgend untersucht.

Dem Hauptaspekt der vorliegenden Untersuchung entsprechend, erfolgt im vierten Abschnitt die Zuwendung zu den interpersonalen Problemen der Studienteilnehmer. Inwieweit bestimmte soziale Faktoren über Einfluss auf interpersonale Probleme verfügen, welche interpersonale Belastung die Teilnehmer im Vergleich zu einer Normstichprobe aufweisen und wie sich diese im anamnestic-katamnestischen Vergleich, sowie in Abhängigkeit vom besuchten Behandlungssetting entwickeln, wird an dieser Stelle untersucht.

Studiengruppen

Die Rekrutierung der finalen Studienteilnehmer ($N= 112$) aus der initialen Studienstichprobe ($N= 648$) stellt die Frage nach Repräsentativität. Inwieweit es durch die Rekrutierungsdynamik im naturalistischen Studiendesign zu Verzerrungen in der Teilnehmerzusammenstellung gekommen ist, soll anhand von Behandlungsempfehlungen und interpersonalen Problemen untersucht werden. Hierfür ist eine Gegenüberstellung der beim Aufnahmegespräch gemachten Behandlungsempfehlungen Abbildung 3.1 zu entnehmen.

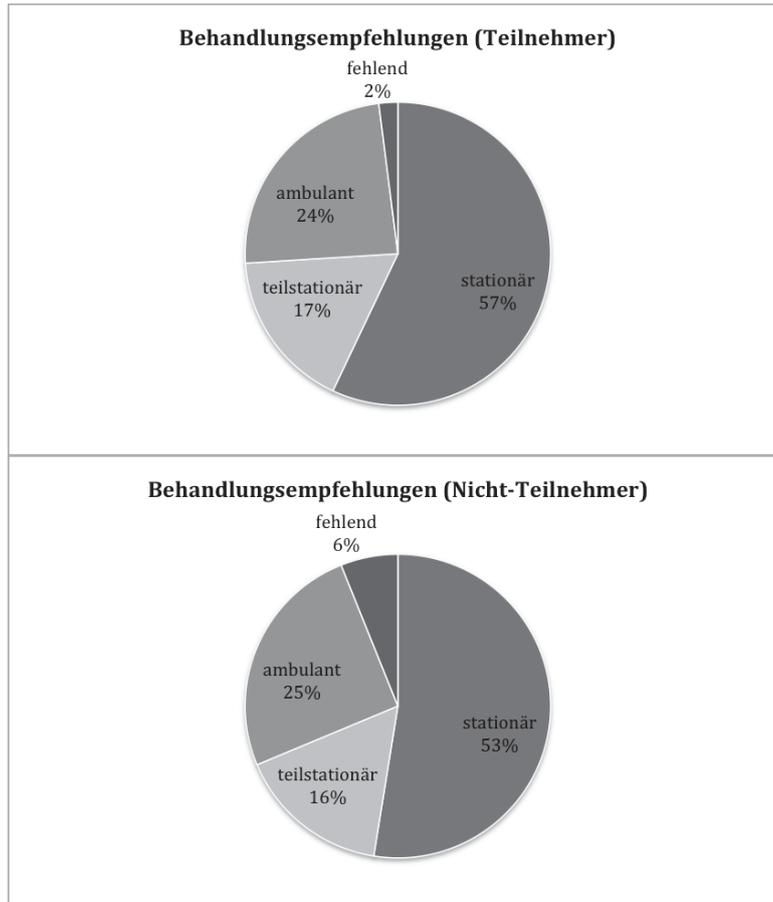


Abb. 3.1 Verteilung der beim Aufnahmegespräch empfohlenen Behandlungssettings für die Nicht-Teilnehmer ($N= 535$) und die Studienteilnehmer ($N= 112$).

Es wird deutlich, dass sich die im naturalistischen Studiendesign ergebene Studienteilnehmerzusammenstellung im Hinblick auf die eingangs empfohlene Behandlung mit den Nicht-Teilnehmern der Studie vergleichen lässt. Die Studienteilnehmer somit in ihrer Verteilung hinsichtlich der Behandlungsempfehlungen als repräsentativ anzusehen sind.

Besonderes Augenmerk soll in der vorliegenden Arbeit auf die interpersonale Problembelastung gelegt werden. Sodass an dieser Stelle Mittelwertsvergleiche der IIP_{ges} -Werte zwischen den finalen Teilnehmern ($N= 106$, $M= 1.66$, $SD= .56$) und den Nicht-Teilnehmern ($N= 231$, $M= 1.59$, $SD= .6$) zum Aufnahmezeitpunkt berichtet werden, $t(335)= -1.01$, $p> .05$, zweiseitig getestet. Es handelt sich demnach bei der teilnehmenden Studiengruppe hinsichtlich ihrer

interpersonalen Gesamtbelastung um eine für das kontaktierte Patientenkollektiv repräsentative Stichprobe.

In welchem Zusammenhang Behandlungsempfehlung und interpersonale Probleme stehen, soll durch einen Vergleich der IIP_{ges} -Werte deutlich werden. Hier ergibt sich bei den Patienten mit einer stationären bzw. teilstationären Behandlungsempfehlung eine interpersonale Gesamtbelastung ($M_{stationär} = 1.7$ bzw. $M_{teilstationär} = 1.89$, $SD_{stationär} = .55$ bzw. $SD_{teilstationär} = .39$), die signifikant über der von Patienten mit einer ambulanten Behandlungsempfehlung liegt ($M = 1.42$, $SD = .62$), $t_{stationär}(86) = 2.08$, $p < .05$ bzw. $t_{teilstationär}(40) = 2.78$, $p < .01$, zweiseitig getestet.

Eine Unterteilung der Studienstichprobe soll anhand der im Katamnesezeitraum gewählten Therapiesettings erfolgen. Bei der retrospektiven Erfassung der seit dem Aufnahmegespräch besuchten Settingformen fällt die in Tabelle 3.1 zusammengestellte Verteilung auf.

| Therapien | N | % |
|---|-----|-----|
| keine Therapie | 6 | 5 |
| ambulante Therapie | 31 | 28 |
| stationäre/teilstationäre Therapie | 7 | 6 |
| stationäre/teilstationäre und ambulante Therapie | 68 | 61 |
| gesamt | 112 | 100 |

Tabelle 3.1 Verteilung der nach dem Aufnahmegespräch im Katamnesezeitraum von den Studienteilnehmern besuchten Behandlungssettings.

Aufgrund des hohen Anteils der kombiniert behandelten Patienten (stationäre/teilstationär und ambulant: $N = 68$) und der minderzahligen ausschließlich stationär/teilstationär ($N = 7$) behandelten Studienteilnehmer, wird im Folgenden eine Stichprobenunterteilung in eine (*rein*) ambulante ($N = 31$) und eine (*kombiniert behandelte*) stationäre Gruppe ($N = 75$) vorgenommen. Somit wird einer ausschließlich ambulant behandelten Teilnehmergruppe eine Gruppe gegenübergestellt, die zusätzlich zu einer stationären/teilstationären psychotherapeutischen Behandlung ambulante Anschlusstherapien erfahren hat. Statistische Berechnungen und Hypothesentestungen werden anhand dieser Stichprobenunterteilung durchgeführt.

Deskription der teilnehmenden Stichprobe

Die durch die Rekrutierungsphase zusammengestellte Gesamtstichprobe mit 112 Studienteilnehmern wird an dieser Stelle hinsichtlich ihrer soziodemografischen Angaben, als eventuelle Einflussgrößen auf die Entwicklung interpersonaler Probleme, näher betrachtet. Das gemittelte Alter der gesamten Stichprobe liegt bei 44.1 ($SD= 11.83$) Jahren zum Zeitpunkt Aufnahme bzw. bei 49.33 ($SD= 11.94$) Jahren zum Zeitpunkt Katamnese. Eine für die Psychosomatik typische Geschlechterverteilung mit 73 Frauen und 39 Männern ist auch in dieser Untersuchung zu beobachten und in Abbildung 3.2 zusammengefasst.

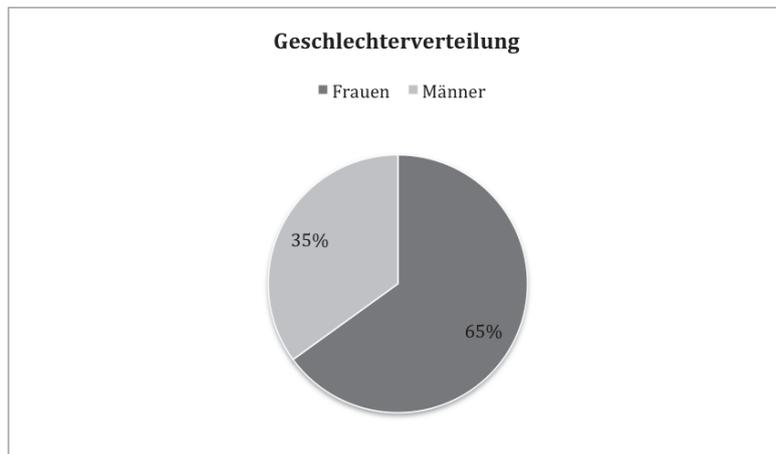


Abb. 3.2 Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe der Studienteilnehmer.

Da im weiteren Verlauf präziser auf die Zusammenhänge von Psychotherapie bzw. interpersonalen Problemen und den soziodemografischen Variablen Geschlecht, Beruflicher Status und Partnerschaft eingegangen werden soll, erfolgt an dieser Stelle eine explizite Zusammenfassung eben dieser Faktoren.

Die Zusammenfassung des beruflichen Status ergibt die in Abbildung 3.3 dargestellte Verteilung von berufstätigen versus nicht berufstätigen Studienteilnehmern zu den Messzeitpunkten Aufnahme und Katamnese. Bei der Einordnung der 112 Teilnehmer in die Partnerschaftsoptionen Partner bzw. kein Partner ist Abbildung 3.4 für die Aufnahme und die Katamnese zu beachten.

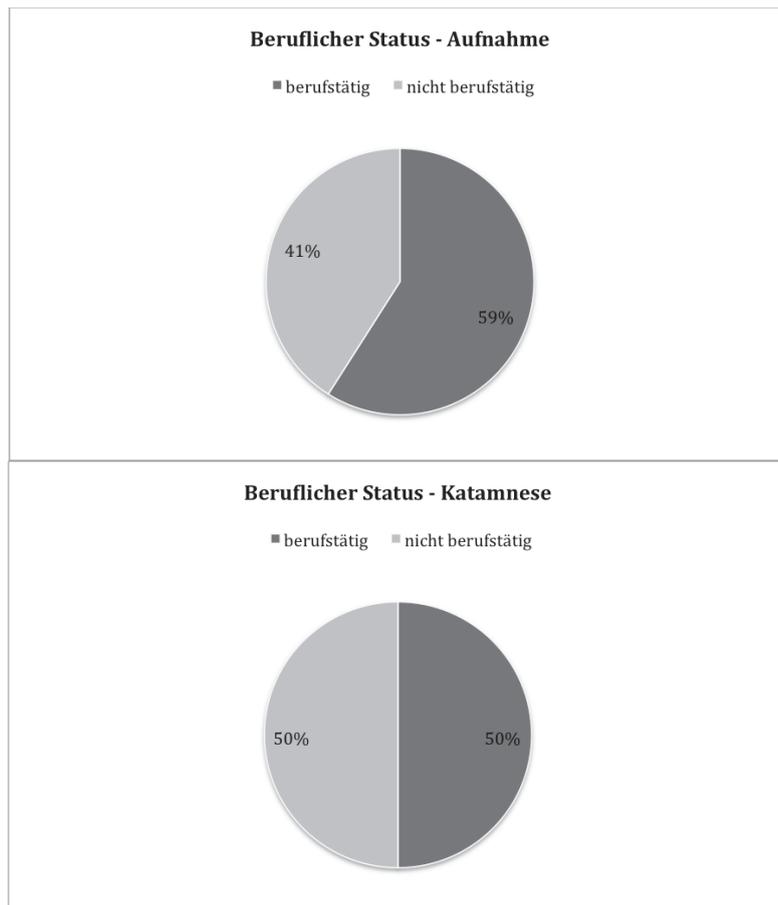


Abb. 3.3 Verteilung der Gesamtstichprobe in die Berufsoptionen *berufstätig* und *nicht-berufstätig* zu den Messzeitpunkten Aufnahme und Katamnese.

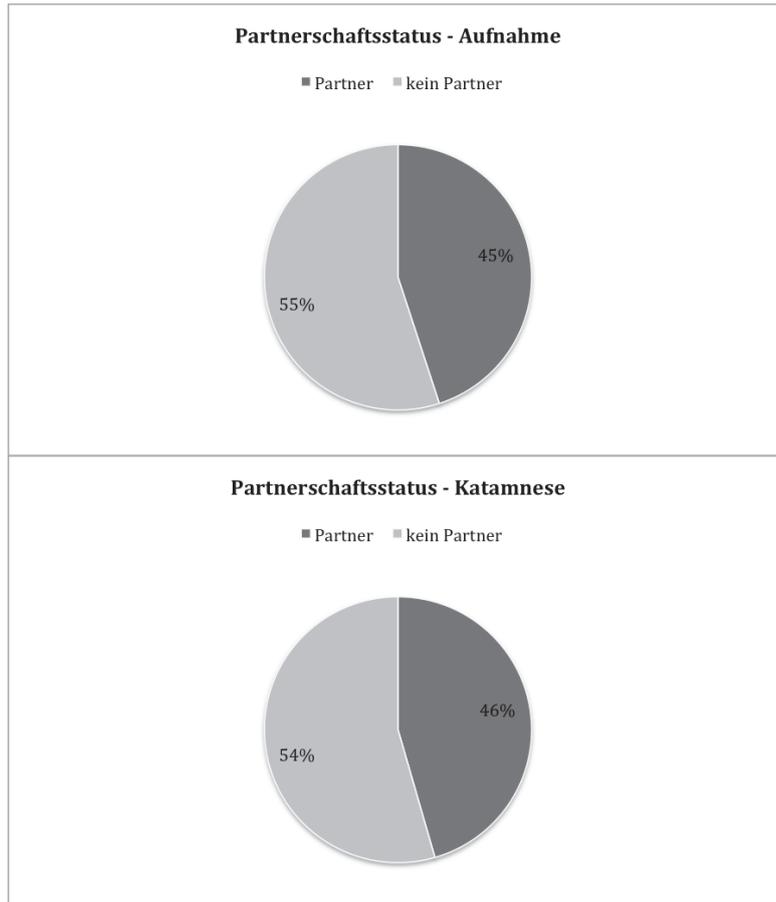


Abb. 3.4 Verteilung der Gesamtstichprobe in die Partnerschaftsoptionen *Partner* und *kein Partner* zu den Messzeitpunkten Aufnahme und Katamnese.

Eine ausführliche Übersicht der soziodemografischen Angaben der zwei Hauptstichgruppen *Ambulant* und *Kombiniert-Stationär*, sowie der gesamten Stichprobe ist Tabelle 3.2 zu entnehmen. Als Hauptdiagnosen werden beim Aufnahmegespräch *Affektive* (42,9%), *Somatoforme* (16,1%), *Angst-* (12,%%), *Anpassungs-* (8%), *Persönlichkeits-* (8%) und *Essstörungen* (2,7%) sowie *weitere* Hauptdiagnosen (9,8%) angegeben.

| | Ambulant | | Stationär | | Gesamte Stichprobe | |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|
| | Aufnahme | Katamnese | Aufnahme | Katamnese | Aufnahme | Katamnese |
| N (Prozent) | 31 (28%) | | 75 (67%) | | 112 (100%) | |
| Familienstand | | | | | | |
| verheiratet | 13 (42%) | 12 (39%) | 23 (31%) | 26 (35%) | 40 (36%) | 40 (36%) |
| feste Partnerschaft (ledig) | 2 (7%) | 2 (7%) | 8 (11%) | 9 (12%) | 10 (9%) | 11 (10%) |
| verwitwet | 2 (7%) | 2 (7%) | 2 (3%) | 2 (3%) | 4 (4%) | 5 (5%) |
| getrennt/ geschieden | 6 (19%) | 8 (26%) | 16 (21%) | 20 (27%) | 22 (20%) | 29 (26%) |
| ledig | 8 (26%) | 7 (23%) | 26 (35%) | 18 (24%) | 36 (32%) | 27 (24%) |
| Kinder | | | | | | |
| keine | 13 (42%) | 13 (42%) | 48 (64%) | 41 (55%) | 62 (55%) | 55 (49%) |
| Kind(er) | 18 (58%) | 18 (58%) | 27 (36%) | 34 (45%) | 50 (45%) | 57 (51%) |
| Wohnsituation | | | | | | |
| alleine | 11 (36%) | 14 (45%) | 26 (35%) | 31 (41%) | 37 (33%) | 47 (42%) |
| mit Partner/ Familie | 19 (61%) | 17 (55%) | 46 (61%) | 41 (55%) | 71 (63%) | 62 (55%) |
| fehlend | 1 (3%) | | 3 (4%) | 3 (4%) | 4 (4%) | 3 (3%) |
| Schulabschluss | | | | | | |
| Hauptschule | 10 (32%) | 8 (26%) | 8 (11%) | 5 (7%) | 20 (18%) | 15 (13%) |
| Realschule/ mittlere Reife | 13 (42%) | 14 (45%) | 19 (25%) | 22 (29%) | 33 (30%) | 37 (33%) |
| Abitur/ Fachabitur | 2 (7%) | 3 (10%) | 25 (33%) | 21 (28%) | 29 (26%) | 26 (23%) |
| Hoch-/ Fachhoch- schulabschluss | 6 (19%) | 6 (19%) | 22 (29%) | 26 (35%) | 29 (26%) | 33 (30%) |
| noch in Schule | | | 1 (1%) | 1 (1%) | 1 (1%) | 1 (1%) |
| Beruf | | | | | | |
| Hausfrau/ -mann | 3 (10%) | 2 (7%) | 5 (7%) | 3 (4%) | 9 (8%) | 5 (5%) |
| Arbeiter/in | 2 (7%) | 2 (7%) | 4 (5%) | 3 (4%) | 6 (5%) | 5 (5%) |
| Angestellte/r | 13 (42%) | 10 (32%) | 32 (43%) | 21 (28%) | 48 (43%) | 33 (30%) |
| Selbstständig | 1 (3%) | 1 (3%) | 5 (7%) | 8 (11%) | 6 (5%) | 9 (8%) |
| Arbeitslos | 5 (16%) | 2 (7%) | 10 (13%) | 7 (9%) | 16 (14%) | 11 (10%) |
| Rentner/in | 5 (16%) | 11 (36%) | 6 (8%) | 24 (32%) | 12 (11%) | 37 (33%) |
| dauerhaft krank- geschrieben | | 2 (7%) | 2 (3%) | 2 (3%) | 2 (2%) | 4 (4%) |
| Schüler/ Student/Azubi | 1 (3%) | | 8 (11%) | 5 (7%) | 9 (8%) | 5 (5%) |
| fehlend | 1 (3%) | 1 (3%) | 3 (4%) | 2 (3%) | 4 (4%) | 3 (3%) |

Tabelle 3.2 Soziodemografische Daten der Stichproben (ambulant, stationär, gesamte Stichprobe) zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese.

Soziodemografie und Behandlungssetting

Eine Überprüfung der Verteilung soziodemografischer Variablen zwischen den eingangs festgelegten Stichprobenunterteilungen (*ambulant* versus *stationär* behandelt) kommt bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, partnerschaftlicher und beruflicher Status zu folgenden Ergebnissen. χ^2 -Testungen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem im Katamnesezeitraum besuchten Behandlungssetting (*ambulant* versus *stationär*) und den anamnestischen bzw. katamnestischen Angaben zum Partnerstatus (*Partner* versus *kein Partner*) sowie zum beruflichen Status (*berufstätig* versus *nicht berufstätig*). Dies ist Tabelle 3.3 zu entnehmen. Auch das Geschlecht ($N_{\text{Frauen}} = 73$, $N_{\text{Männer}} = 39$) bei Aufnahme verfügt über keine signifikanten Zusammenhänge mit dem gewählten Behandlungssetting: $\chi^2(1) = .48$, $p > .05$. Allerdings ist die Gruppe der ausschließlich ambulant behandelten Patienten ($M = 49$, $SD = 12.02$) signifikant älter, als das stationär mittherapierte Patientenklientel ($M = 42$, $SD = 11.08$), $t(104) = 2.58$, $p < .05$, zweiseitig getestet.

| | Aufnahme | | χ^2 (1) | Katamnese | | χ^2 (1) |
|--------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|-----------------|
| | ambulant | stationär | | ambulant | stationär | |
| Partner | 15 (14%) | 31 (29%) | .44 | 14 (13%) | 35 (33%) | .02 |
| kein Partner | 16 (15%) | 44 (42%) | | 17 (16%) | 40 (38%) | |
| berufstätig | 16 (15%) | 41 (39%) | .08 | 13 (12%) | 37 (35%) | .48 |
| nicht berufstätig | 15 (14%) | 34 (32%) | | 18 (17%) | 38 (36%) | |

Tabelle 3.3 Übersicht der nach Settingwahl gruppierten Zuordnungen zu den Variablen Partnerschaft und Berufstätigkeit zu den Messzeitpunkten Aufnahme und Katamnese.
 $p < .05$, $**p < .01$, $***p < .001$

Interpersonale Probleme der Studienteilnehmer

Interpersonale Probleme und Soziodemografie

Die Untersuchung interpersonaler Probleme im Hinblick auf einen Zusammenhang mit soziodemografischer Variablen wird an dieser Stelle anhand der Aspekte Alter, Geschlecht, beruflicher sowie partnerschaftlicher Status durchgeführt.

Berechnungen der Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Patientenalter und den anamnestisch erreichten Skalenwerten ergeben keine signifikanten Zusammenhänge. Wohingegen zur Katamnese signifikante positive Korrelationen des Alters mit den Skalen *zu ausnutzbar/nachgiebig* ($r = .2$, $p < .05$, zweiseitig getestet) und *zu fürsorglich/freundlich* ($r = .27$, $p < .01$, zweiseitig getestet) zustande kommen. Die Gesamtheit der Produkt-Moment-Korrelationen ist in Tabelle 3.4 dargestellt.

| | | PA | BC | DE | FG | HI | JK | LM | NO | IIP _{ges} |
|-------|-----------|------|------|------|------|------|------|-------|-----|--------------------|
| Alter | Aufnahme | -.01 | -.16 | -.13 | -.10 | -.01 | .13 | .11 | .02 | -.03 |
| | Katamnese | .06 | .08 | .09 | .11 | .18 | .20* | .27** | .30 | .16 |

Tabelle 3.4 Pearson-Korrelationen zwischen Alter bei Aufnahme und den anamnestisch sowie katamnestisch erreichten Skalen- und IIP_{ges}-Werten.
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Der Frage des Einflusses von Geschlecht auf die Ausprägung interpersonaler Probleme wird ebenfalls an dieser Stelle nachgegangen. So gibt Tabelle 3.5 einen Überblick über die, getrennt nach Geschlecht, zum Aufnahme- und Katamnese-Zeitpunkt erreichten Skalen-, Gesamt- und Achsenwerte. Hier ist zu erkennen, dass sich weder zum Aufnahme-, noch zum Katamnese-Zeitpunkt signifikante Geschlechterunterschiede abbilden.

| | Aufnahme | | | Katamnese | | |
|--------------------|----------------|---------------|-------------|----------------|---------------|-------------|
| | Männer | Frauen | $t_{(104)}$ | Männer | Frauen | $t_{(108)}$ |
| M (SD) | M (SD) | M (SD) | | M (SD) | M (SD) | |
| PA | 1.13 (.64) | 1.04 (.69) | .60 | .89 (.73) | .79 (.62) | .71 |
| BC | 1.25 (.51) | 1.20 (.77) | .36 | .90 (.78) | .90 (.62) | .00 |
| DE | 1.65 (.77) | 1.32 (.83) | 1.95 | 1.07 (.91) | 1.09 (.80) | -.13 |
| FG | 2.08 (.98) | 1.73 (.91) | 1.81 | 1.19 (1.00) | 1.33 (.93) | -.72 |
| HI | 2.18 (1.00) | 2.17 (.94) | .01 | 1.49 (.99) | 1.64 (.96) | -.77 |
| JK | 2.00 (.76) | 2.02 (.74) | -.16 | 1.42 (.92) | 1.62 (.75) | -1.19 |
| LM | 1.98 (.64) | 2.14 (.77) | -1.05 | 1.43 (.80) | 1.76 (.83) | -1.97 |
| NO | 1.52 (.52) | 1.46 (.74) | .46 | 1.22 (.78) | 1.11 (.74) | .67 |
| IIP _{ges} | 1.72 (.51) | 1.63 (.58) | .75 | 1.20 (.71) | 1.28 (.63) | -.60 |

Tabelle 3.5 Vergleich der von Männern und Frauen erreichten Skalen- und IIP_{ges}-Werte zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese.
 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Ein Einfluss des beruflichen Status (*berufstätig* versus *nicht berufstätig*) auf die Höhe der interpersonalen Schwierigkeiten ist sowohl zum Aufnahme- als auch zum Katamnesezeitpunkt zu beobachten. So weisen Probanden, die zum Aufnahme-Zeitpunkt berufstätig sind, in den Skalen, die im *feindlich-dominanten/unterwürfigen* Sektor liegen, signifikant geringere Werte als Nicht-Berufstätige auf. Grundsätzlich besitzen Berufstätige im Vergleich zu Nicht-Berufstätigen eine signifikant geringere interpersonale Gesamtbelastung. In der katamnestischen Erhebung setzt sich dieser Trend fort und kann für sechs der acht Skalen bestätigt werden. Die IIP-Werte und Mittelwertsunterschiede zum Aufnahme- sowie zum Katamnese-Zeitpunkt sind in Tabelle 3.6 zusammengefasst.

| | Aufnahme | | $t_{(104)}$ | Katamnese | | $t_{(108)}$ |
|--------------------|---------------|-------------------|-------------|---------------|-------------------|-------------|
| | berufstätig | nicht berufstätig | | berufstätig | nicht berufstätig | |
| <i>n</i> | 64 | 42 | | 54 | 56 | |
| | M (SD) | M (SD) | | M (SD) | M (SD) | |
| PA | 1.00 (.64) | 1.16 (.72) | 1.17 | .67 (.62) | .98 (.67) | 2.52* |
| BC | 1.05 (.60) | 1.45 (.80) | 3.00** | .71 (.68) | 1.10 (.61) | 3.14** |
| DE | 1.23 (.81) | 1.71 (.76) | 3.12** | .86 (.82) | 1.32 (.78) | 3.00** |
| FG | 1.60 (.89) | 2.18 (.92) | 3.20** | 1.06 (.88) | 1.53 (.98) | 2.63* |
| HI | 2.06 (.98) | 2.35 (.91) | 1.57 | 1.39 (.90) | 1.79 (1.00) | 2.22* |
| JK | 1.98 (.81) | 2.07 (.64) | .59 | 1.45 (.79) | 1.66 (.83) | 1.37 |
| LM | 2.05 (.72) | 2.15 (.76) | .68 | 1.45 (.78) | 1.87 (.83) | 2.74** |
| NO | 1.39 (.63) | 1.61 (.73) | 1.67 | 1.04 (.70) | 1.26 (.80) | 1.54 |
| IIP _{ges} | 1.55 (.55) | 1.84 (.53) | 2.69** | 1.08 (.63) | 1.44 (.64) | 2.98** |

Tabelle 3.6 Vergleich der gemittelten Skalen- und IIP_{ges}-Werte zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Probanden zum Zeitpunkt Katamnese.
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Der Zusammenhang zwischen Partnerschaften und interpersonalen Problemen wird auch an dieser Stelle anhand von Mittelwertvergleichen berichtet. Es zeigt sich zum Aufnahme-Zeitpunkt ausschließlich in der Skala *zu fürsorglich/freundlich* bei den Probanden in einer Partnerschaft ($M= 1.94, SD= .72$) ein geringerer Werte als bei Probanden ohne Partnerschaft ($M= 2.22, SD= .73$), $t(104)= 2, p< .05$, zweiseitig getestet. Zum Zeitpunkt der katamnesticen Datenerfassung liegen jedoch in fünf der acht Skalen signifikante Mittelwertsunterschiede vor. Grundsätzlich sind die Patienten mit Partner im IIP_{ges} ($M= 1.06, SD= .64$) signifikant geringer belastet, als Patienten ohne Partner ($M= 1.42, SD= .62$), $t(108)= 3, p< .01$, zweiseitig getestet. Eine Quantifizierung der konkreten Unterschiede zum Katamnese-Zeitpunkt ist Tabelle 3.7 zu entnehmen.

| | Partnerschaft | keine Partnerschaft | |
|-------------|---------------|---------------------|-------------|
| <i>n</i> | 50 | 60 | |
| | M (SD) | M (SD) | $t_{(108)}$ |
| PA | .72 (.65) | .91 (.66) | 1.51 |
| BC | .72 (.60) | 1.05 (.69) | 2.59* |
| DE | .81 (.71) | 1.32 (.87) | 3.33** |
| FG | 1.05 (.94) | 1.49 (.93) | 2.40* |
| HI | 1.42 (.95) | 1.73 (.97) | 1.68 |
| JK | 1.31 (.71) | 1.76 (.84) | 3.00** |
| LM | 1.41 (.76) | 1.85 (.84) | 2.85** |
| NO | 1.01 (.72) | 1.26 (.77) | 1.76 |
| IIP_{ges} | 1.06 (.64) | 1.42 (.62) | 3.00** |

Tabelle 3.7 Vergleich der gemittelten Skalen- und IIP_{ges} -Werte der Probanden mit und ohne Partnerschaft zum Zeitpunkt Katamnese.

Interpersonale Probleme im Vergleich mit der Normstichprobe

Als Referenz für die von der vorliegenden Studienpopulation erreichten IIP-Werte wird die von Brähler et al. (1999) abgebildete Normstichprobe herangezogen. Im Sinne einer besseren Veranschaulichung wird eine cirkumplexe Darstellung an dieser Stelle für die erreichten Skalenwerte eingeführt. Dadurch ergibt sich der in Abbildung 3.5 aufgeführte Vergleich zwischen der Norm- und der Gesamtstichprobe.

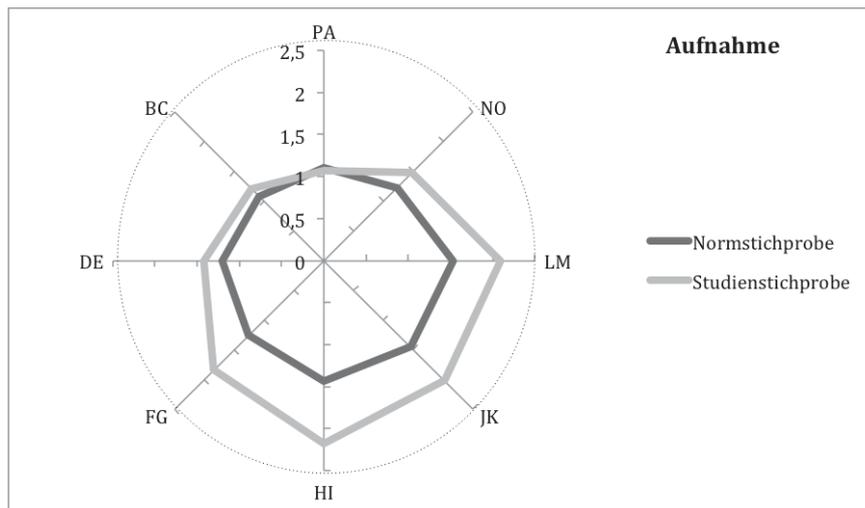


Abb. 3.5 Grafische Darstellung der Skalenwerte der Norm- und der Studienstichprobe im Circumplex zum Zeitpunkt Aufnahme.

So liegen die Studienteilnehmer zum Zeitpunkt der Aufnahme mit sieben von acht Skalenwerten über denen der Normstichprobe. Vor allem die höheren Werte der Skala zu *selbstunsicher/unterwürfig* ($M= 2.17, SD= .96$) imponieren. In der katamnestischen Erhebung weisen die Skalen der Studienteilnehmer hingegen nahezu identische Werte mit denen der Normstichprobe auf. Im dominant-feindseligem Bereich scheinen sie überdies geringer auszufallen, wie in Abbildung 3.6 zu erkennen ist.

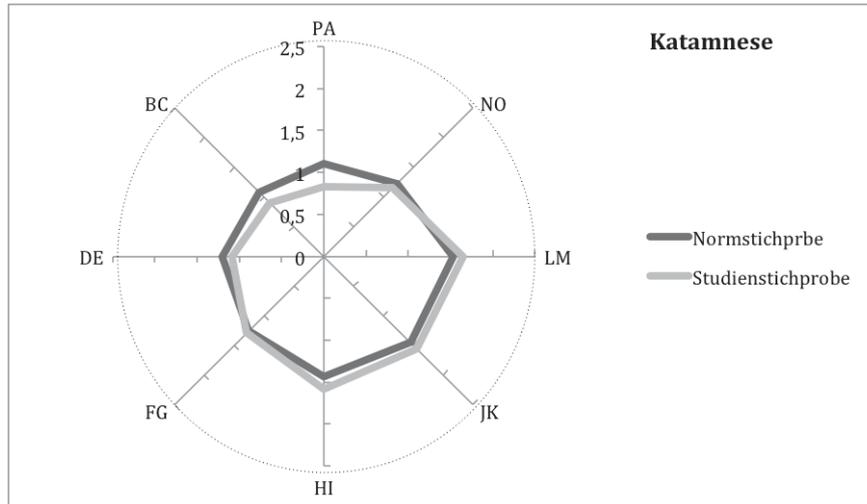


Abb. 3.6 Grafische Darstellung der Skalenwerte der Norm- und der Studienstichprobe im Circumplex zum Zeitpunkt Katamnese.

Interpersonale Probleme im Prä-Post-Vergleich (Aufnahme und Katamnese)

Die zum Aufnahme- und Katamnese-Zeitpunkt von den Studienteilnehmern angegebenen interpersonalen Problembelastungen werden in den Abbildungen 3.7 bis 3.9 für die gesamte, die ambulante und die stationäre Stichprobe zusammengefasst.

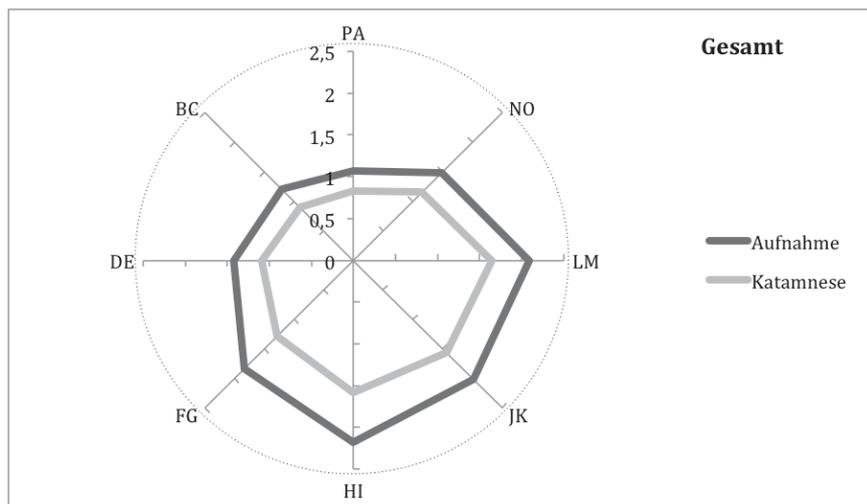


Abb. 3.7 Gemittelte Skalenwerte der Gesamtstichprobe zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese.

Der Schwerpunkt interpersonalen Probleme des Patientenkollektivs liegt im für psychotherapeutische Untersuchungen typischen *freundlich-unterwürfigen* Bereich. Ersichtlich ist ebenfalls, dass im Katamnesezeitraum eine Reduktion aller interpersonalen Problemfokusse stattfand. Welche Effektstärken für die jeweiligen Skalen und den IIP_{ges} zustande kommen, zeigt Tabelle 3.8. So finden in der gesamten Stichprobe ausnahmslos hoch signifikante ($p < .001$) Reduktionen in den IIP-Parametern statt, die kleine bis mittlere Effektstärken aufweisen.

| Gesamt | | | | | |
|-------------|----------------|---------------|-------------|----------|--|
| | Aufnahme | | Katamnese | | |
| <i>n</i> | 104 | | 104 | | |
| | M (SD) | M (SD) | $t_{(103)}$ | <i>d</i> | |
| PA | 1.08 (.67) | .83 (.65) | 4.32*** | .38 | |
| BC | 1.22 (.70) | .91 (.67) | 4.24*** | .45 | |
| DE | 1.42 (.82) | 1.11 (.84) | 4.24*** | .37 | |
| FG | 1.82 (9.30) | 1.33 (.96) | 5.58*** | .52 | |
| HI | 2.17 (.96) | 1.62 (.97) | 6.02*** | .57 | |
| JK | 2.02 (.75) | 1.58 (.80) | 5.66*** | .43 | |
| LM | 2.10 (.74) | 1.69 (.80) | 5.40*** | .53 | |
| NO | 1.48 (.68) | 1.16 (.73) | 5.19*** | .45 | |
| IIP_{ges} | 1.66 (.56) | 1.28 (.64) | 6.54*** | .63 | |

Tabelle 3.8 Darstellung der von der Gesamtstichprobe erreichten gemittelten Skalen- und IIP_{ges} -Werte sowie deren Effektstärken.
 $*p < .05$, $**p < 0.01$, $***p < .001$

Wobei eine Berechnung der sich durch die teilnehmende Stichprobe ergebende Skaleninterkorrelation zu in Tabelle 3.9 aufgeführten Ergebnissen führt.

| | Aufnahme | PA | BC | DE | FG | HI | JK | LM | NO | IIP _{ges} |
|--------------------|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------|
| Katamnese | | | | | | | | | | |
| PA | | | .55*** | .42*** | .27** | -.06 | -.01 | .21* | .48*** | .46*** |
| BC | | .73*** | | .72*** | .56*** | .31** | .25* | .3** | .34*** | .69*** |
| DE | | .59*** | .82*** | | .73*** | .44*** | .36*** | .35*** | .31** | .77*** |
| FG | | .52*** | .74*** | .81*** | | .68*** | .59*** | .51*** | .3** | .84*** |
| HI | | .33** | .56*** | .65*** | .78*** | | .83*** | .64*** | .3** | .76*** |
| JK | | .3** | .47*** | .53*** | .65*** | .86*** | | .8*** | .35*** | .76*** |
| LM | | .44*** | .51*** | .5*** | .6*** | .73*** | .84*** | | .52*** | .76*** |
| NO | | .73*** | .56*** | .45*** | .41*** | .44*** | .49*** | .64*** | | .6*** |
| IIP _{ges} | | .69*** | .82*** | .83*** | .87*** | .85*** | .82*** | .82*** | .71*** | |

Tabelle 3.9 Pearson-Korrelationen r zwischen den gemittelten Skalen- und IIP_{ges}-Werten.
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Wendet man sich nun den Stichproben getrennt nach katamnestic erhobener Settingform zu, sind die für die Gesamtstichprobe geschilderten Entwicklungstendenzen der interpersonalen Belastung wieder zu finden. Dies wird ebenfalls durch circumplexe Darstellungen in Abbildung 3.8 und 3.9 deutlich.

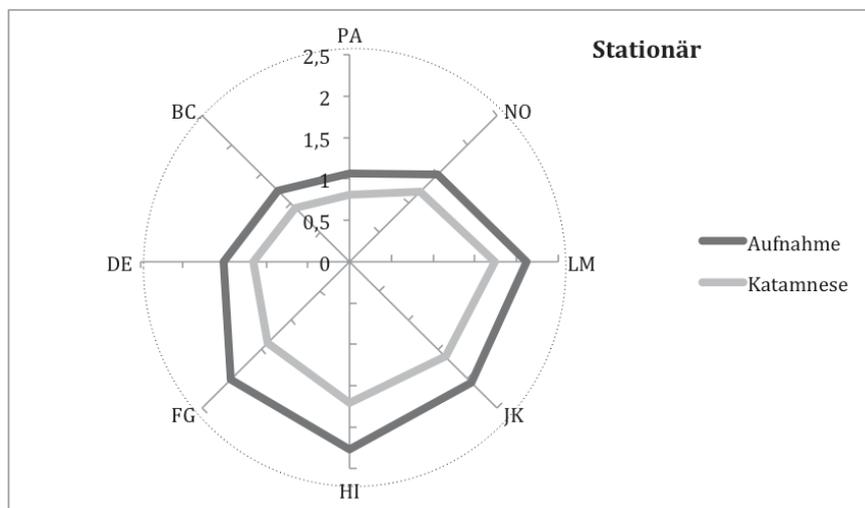


Abb. 3.8 Gemittelte Skalenwerte der stationären Stichprobe zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese.

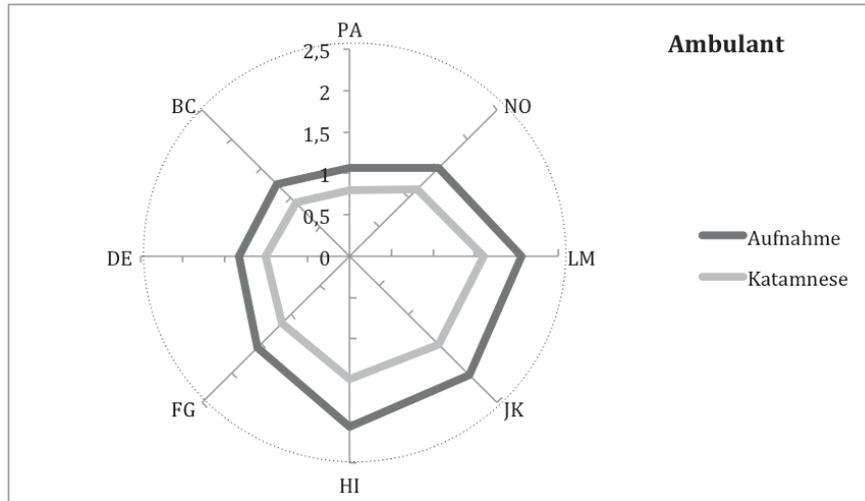


Abb. 3.9 Gemittelte Skalenwerte der ambulanten Stichprobe zu den Zeitpunkten Aufnahme und Katamnese.

Um eine Quantifizierung der Reduktionen interpersonalen Probleme sowohl der *Kombiniert-Stationären* als auch der *Ambulanten* Stichprobe vornehmen zu können, soll eine Übersicht der erreichten Mittelwerte und der errechneten Effektstärken hinzugezogen werden. Diese sind in Tabelle 3.10 und Tabelle 3.11 zusammengefasst. Es zeigen sich durchgängig signifikante Reduktionen der interpersonalen Problemskalen, die kleine bis mittlere Effektstärken aufweisen.

| Stationär | | | | |
|--------------------|---------------|----------------|--------------------------|----------|
| | Aufnahme | Katamnese | | |
| <i>n</i> | 68 | 68 | | |
| | M (SD) | M (SD) | <i>t</i> ₍₆₇₎ | <i>d</i> |
| PA | 1.07 (.69) | .81 (.60) | 3.26** | .40 |
| BC | 1.21 (.71) | .92 (.70) | 3.11** | .41 |
| DE | 1.51 (.86) | 1.15 (.87) | 3.79*** | .42 |
| FG | 2.01 (.94) | 1.39 (1.00) | 5.58*** | .64 |
| HI | 2.27 (.94) | 1.71 (1.00) | 4.77*** | .58 |
| JK | 2.06 (.73) | 1.62 (.81) | 4.32*** | .57 |
| LM | 2.12 (.74) | 1.74 (.81) | 3.99*** | .49 |
| NO | 1.49 (.69) | 1.19 (.72) | 3.92*** | .43 |
| IIP _{ges} | 1.72 (.57) | 1.32 (.66) | 5.27*** | .65 |

Tabelle 3.10 Darstellung der kombiniert-stationär erreichten gemittelten Skalen- und IIP_{ges}-Werte und sowie deren Effektstärken.
 p* < .05, *p* < 0.01, ****p* < .001

| Ambulant | | | | |
|--------------------|---------------|---------------|--------------------------|----------|
| | Aufnahme | Katamnese | | |
| <i>n</i> | 30 | 30 | | |
| | M (SD) | M (SD) | <i>t</i> ₍₂₉₎ | <i>d</i> |
| PA | 1.06 (.61) | .80 (.76) | 2.79** | .38 |
| BC | 1.23 (.59) | .91 (.62) | 2.68* | .52 |
| DE | 1.33 (.71) | 1.01 (.70) | 3.14** | .45 |
| FG | 1.56 (.78) | 1.15 (.84) | 3.03** | .51 |
| HI | 2.07 (.93) | 1.49 (.93) | 3.47** | .62 |
| JK | 2.03 (.71) | 1.51 (.81) | 3.78** | .68 |
| LM | 2.06 (.73) | 1.61 (.84) | 3.01** | .57 |
| NO | 1.50 (.67) | 1.14 (.81) | 2.77* | .48 |
| IIP _{ges} | 1.61 (.53) | 1.20 (.63) | 3.77** | .70 |

Tabelle 3.11 Darstellung der ambulant erreichten gemittelten Skalen- und IIP_{ges}-Werte sowie deren Effektstärken.
 p* < .05, *p* < 0.01, ****p* < .001

Interpersonale Probleme im Vergleich der Behandlungssettings

Inwieweit settingspezifische Unterschiede der IIP-Werte zum Zeitpunkt Aufnahme existieren, zeigt ein Vergleich der IIP-Mittelwerte. Hier unterscheiden sich zum Messzeitpunkt der Aufnahme-Erhebung die gemittelten IIP-Werte der im weiteren Verlauf ausschließlich ambulant und der stationär behandelten Stichprobe in sieben von acht IIP-Skalen nicht signifikant voneinander. Der signifikante Mittelwertsunterschied wird bei der Skala *zu introvertiert/sozial vermeidend* beobachtet. Hier liegt die stationär therapierte Gruppe ($M= 2.03$, $SD= .95$) signifikant über dem von der im ausschließlich ambulanten Setting behandelte Stichprobe ($M= 1.56$, $SD= .78$), $t(98)= -2.36$, $p<.05$, zweiseitig getestet.

Zur katamnestischen Erhebung weisen die *ambulante* und die *stationäre* Gruppe keine signifikanten Unterschiede bezüglich ihrer erreichten Skalen- und IIP_{ges} -Werte auf. Exemplarisch wird der Mittelwertsvergleich des IIP_{ges} berichtet: $M_{ambulant}= 1.17$, $SD_{ambulant}= .65$, $M_{stationär}= 1.30$, $SD_{stationär}= .67$, $p>.05$, zweiseitig getestet.

Diskussion

An dieser Stelle soll zunächst auf die Quintessenz der durchgeführten Katamnese studie, mit Beantwortung der einleitend formulierten Fragestellungen, eingegangen werden. Die Ergebnisse werden kritisch, unter sich ergebener Vor- sowie Nachteilen diskutiert. Darauf folgt ein kurzer Ausblick auf weiterführende Forschungsaspekte.

Zentrales Ergebnis

Dass zwischenmenschliche Beziehungen einen wichtigen Therapieinitiator und Outcomeparameter darstellen, wurde eingangs besprochen und führte zur Entwicklung des *IIP* (Horowitz, 1979). So liegt auch in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf den von Psychotherapiepatienten angegebenen interpersonalen Problemen. Als spezieller Forschungsgegenstand wurde hier eine katamnestic Erhebung der interpersonalen Beschwerdeentwicklung mit folgendem Ergebnis durchgeführt:

Es zeigt sich, unabhängig vom vorrangigen Behandlungssetting (*ambulant* versus *stationär*), eine langfristige Verbesserung der von Patienten angegebenen interpersonalen Probleme durch Psychotherapie.

Interpersonale Probleme, Therapieempfehlung und -inanspruchnahme
Trotz der grundsätzlich nicht signifikanten *IIP*-Differenzen zwischen den gebildeten Setting-Untergruppen, ist eine interessante Beobachtung hinsichtlich der Behandlungsempfehlungen nach der initialen Vorstellung in der Klinikambulanz zu berichten. So korrelieren die beim Aufnahmegespräch gemachte Behandlungsempfehlung und die Höhe der eingangs von den Patienten angegebenen *IIP*-Werte miteinander. Die Schwere der interpersonalen Belastung spiegelt sich demnach in der therapeutischen Einschätzung der indizierten Settingform wider.

Dies gibt einen ersten Hinweis auf die Zusammenhänge zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumenten, auf die später eingegangen werden soll.

Dass die Patienten bei verschiedenen Behandlungsempfehlungen zu Beginn im weiteren Verlauf unterschiedliche Psychotherapiesettings in Anspruch genommen haben bzw. es bei fast allen Patienten zu einer anschließenden ambulanten Psychotherapie gekommen ist, kann als Erfolg des eingeschlagenen therapeutischen Weges gesehen werden. Eine initiale stationäre Psychotherapie soll als akute Behandlungsmaßnahme in Krisensituationen dienen und zur ambulanten Weiterbehandlung führen.

Diese Beobachtung bestärkt zudem die Wahl eines naturalistischen Studiendesigns. Ähnlich verhält es sich mit dem Patientenkollektiv, welches Beutel, Hoflich, Kurth und Reimer (2005) untersuchen. Hier nehmen fast alle Studienteilnehmer innerhalb der Follow-Up Zeit zusätzliche ambulante Psychotherapie in Anspruch.

Soziodemografie und Behandlungssetting

Mit Ausnahme des Alters, weisen soziodemografische Faktoren (Geschlecht, Partnerschaft, Berufstätigkeit) keinen signifikanten Zusammenhang mit dem besuchten Behandlungssetting auf. Die grundsätzliche Tendenz - den geringen bis nicht vorhandenen Einfluss soziodemografischer Angaben auf die Wahl des Behandlungssettings - wird ebenfalls von Zeeck et al. (2003) und Zeeck et al. (2009) festgestellt.

Einzig bezüglich des Faktors *Alter* ist in der vorliegenden Untersuchung zu beobachten, dass jüngere Patienten vermehrt im stationären Setting wiederzufinden sind. Die könnte u.a. dadurch bedingt sein, dass jüngere Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit für noch vorhandene kindliche Störungen aufweisen, die im gesellschaftlichen Findungs-Prozess zum Ausbruch kommen. Des Weiteren könnte dieses Patienten Klientel vermehrt (noch) keine Familie zu versorgen haben und/oder über geringere soziale Verpflichtungen verfügen.

Soziodemografie und Interpersonale Probleme

Die Betrachtung der Zusammenhänge von soziodemografischen Daten und interpersonalen Problemangaben im *IIP* erfolgte in der Vergangenheit vor allem für die Aspekte *Alter* und *Geschlecht*. Das Manual sieht eine

standardgemäße Überprüfung dieser Faktoren vor, schreibt ihnen allerdings eine eher geringe Rolle zu (Vgl. Horowitz, 2000, S. 16).

Ähnlich dem Manual kommt es auch bei der untersuchten Stichprobe zu keinen interpersonalen Problemunterschieden im Hinblick auf das vorliegende Geschlecht. Auf der anderen Seite erscheint diese geschlechtliche Homogenität im Bezug auf interpersonale Probleme für die in der Gesellschaft vorherrschenden Rollenbilder untypisch. So könnten zwischenmenschliche Konflikte bei Männern, weit verbreiteten Klischees entsprechend, am ehesten in den Quadranten *Dominanz* und *Abweisung* anzutreffen sein. Wohingegen weibliche Problematiken vornehmlich den Quadranten *Unterwürfigkeit* und *Zuneigung* zuzuordnen wären. Dementsprechend weist das *freundlich-unterwürfige* Segment in der Arbeit von Salzer, Streeck, et al. (2010) einen besonders hohen Frauenanteil auf (Vgl. S. 200). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen Hennig und Walker (2008). Die augenscheinliche Varianz im aktuellen Forschungsstand bezüglich des geschlechtlichen Einflusses unterstreicht die Empfehlung des Manuals, eine grundsätzliche Überprüfung des Geschlechterfaktors bei Untersuchungen mit dem *IIP* vorzunehmen.

Was den Einfluss des Patientenalters betrifft, zeigt sich zum Aufnahmezeitpunkt keine, zum Katamnesezeitpunkt eine partielle signifikante Korrelation. Demnach berichten ältere Patienten zur Katamnese über ausgeprägtere Problematiken in den Skalen *zu ausnutzbar/nachgiebig* und *zu fürsorglich/freundlich*. Die Unterschiede schlagen sich allerdings nicht in der interpersonalen Gesamtbelastung nieder. Somit lässt sich am ehesten die Hypothese einer verstärkten posttherapeutischen Reflexion über die typischen Thematiken älterer Patienten – *Verausgabung für andere* – formulieren. Jedoch scheint der Einfluss des Alters auf die interpersonale Gesamtproblemausprägung im Allgemeinen vernachlässigbar zu sein. Hierfür sprechen ebenfalls bisherige Erkenntnisse der Entwickler des *IIP*-Manuals (Horowitz, 2000) und der Verfasser der deutschen Normwerte (Brähler et al., 1999). Hinzukommend berichten Gunzelmann, Schumacher, Straus und Brähler (2000) in ihrer Untersuchung zur Anwendung des *IIP* bei älteren Menschen, dass der Alterseffekt bei über 60jährigen außer Acht zu lassen sei (Vgl. S. 157).

Zusätzlich zu den genannten Variablen wird in der vorliegenden Untersuchung der Einfluss des partnerschaftlichen und beruflichen Status überprüft. Bezüglich des Faktors Berufstätigkeit liegen momentan kaum Angaben zu Effekten auf *IIP*-Werte vor. Dass Arbeitslosigkeit grundsätzlich einen negativen Einfluss auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen besitzt, wird aus unterschiedlichen Blickwinkeln in der Literatur beleuchtet (Berth, Förster & Brähler, 2003; Möller-Leimkühler, 1999). Über den qualitativen Aspekt der ausgeübten Tätigkeit berichten Butterworth, Leach, McManus und Stansfeld (2012): Wenig anspruchsvolle Arbeit gilt als vergleichbarer Risikofaktor für eine eingeschränkte psychische Gesundheit, wie es für den Status *Arbeitslosigkeit* der Fall ist. Die Wechselwirksamkeit von Arbeitslosigkeit und psychischen Störungen benennen Burnett-Zeigler et al. (2012). So wird einmal mehr die Kausalität dieser beiden Aspekte zur Diskussion gestellt, welche bekannt, allerdings weitergehender zu erforschen ist.

Die Zuwendung zur Kohärenz von Arbeitslosigkeit und interpersonalen Probleme, als konkreter Bereich der Psyche, zeigt für die betrachtete Stichprobe: Berufstätige sind grundsätzlich mit weniger interpersonalen Problemen belastet als Nicht-Berufstätige. Dieses Ergebnis könnte sich durch die vermehrte Konfrontation mit sozialen Kontakten im Berufsleben erklären lassen. Hier ist eine gewisse Kompatibilität mit gegebenen Interaktionspartnern von Nöten bzw. sie wird im Berufsfeld trainiert. Verfolgt man diese Hypothese weiter, könnten Maßnahmen wie Frühberentungen kritisch betrachtet werden. Durch die Wegnahme des Konfrontations-/Bewältigungsfeldes *Arbeitsplatz* könnten sich interpersonale Problematiken eventuell sogar verstärken. Auf der anderen Seite ist eine Frühberentung aufgrund psychischer Erkrankungen ein anerkanntes, in vielen Fällen unumgängliches und weit verbreitetes Verfahren (Deutsche Rentenversicherung, 2012).

Ähnlich überschaubar stellt sich die Forschungslage in der Überprüfung von Zusammenhängen von interpersonalen Problemen mit angegebenen Beziehungsstatus dar. Zum einen könnten die Selbstangaben im *IIP* die grundsätzliche Beziehungsfähigkeit widerspiegeln und somit eine Betrachtung

des Faktors *Partnerschaft* überflüssig machen. Zum anderen wäre eine konkrete Benennung von einem beispielsweise gehäuften Vorkommen hoher *IIP_{ges}*-Werte bei Personen ohne Partnerschaft im Rahmen einer Grundlagensicherung wünschenswert.

So bleibt einzig und allein die Möglichkeit auf den bekannten Zusammenhang von Beziehungsschwierigkeiten und psychischen Störungen zu verweisen, wie es bereits einleitend in dieser Arbeit geschehen ist (Barrett & Barber, 2007; McLeod, 1994; Salzer, Leibing, et al., 2010; Vittengl et al., 2003; Whisman et al., 2000). In einer Übersichtsarbeit von Möller-Leimkühler (1999) zu Zusammenhängen von sozialen Faktoren und psychiatrischen Erkrankungen wird die elementare Bedeutung von Partner und Familie als Ressource sozialen Rückhalts genannt (Vgl. S. 977). So dass ein Einfluss des partnerschaftlichen Statuts auf die interpersonale Problemhöhe zu erwarten ist.

Zum Aufnahmezeitpunkt führt eine Überprüfung der *IIP*-Werte in Abhängigkeit vom partnerschaftlichen Status in der vorliegende Untersuchung jedoch zu keinen signifikanten Unterschieden. Einzig die Werte der Skala *zu fürsorglich/freundlich* fallen bei Patienten ohne Partner höher aus. Dies wird im vorliegenden Fall als statistischer Ausreißer gewertet.

Dass zwischen partnerschaftlichem Status und zwischenmenschlichen Problemangaben keine signifikanten Zusammenhänge nachweisbar sind, könnte unter der angenommenen Bedeutung des *IIP* als Maßstab für vorhandene interpersonale Schwierigkeiten verwirrend erscheinen. So schließt sich folgende Deutungsmöglichkeit an:

Das untersuchte Patientenkollektiv ist im untersuchten interpersonalen Bereich per se überdurchschnittlich stark belastet (s. Abbildung 3.5).

Ihre psychischen Beeinträchtigungen, in Form von interpersonalen Problemen, äußern sich zur Aufnahme unabhängig davon, ob sich die Patienten in einer Beziehung befinden oder nicht.

Zur Katamnese hingegen weisen Patienten mit Partner – mit Ausnahme der Skala *zu autokratisch/dominant* – signifikant geringere Werte auf. Hier könnten verschiedene Faktoren einflussgebend gewesen sein: Eine grundsätzliche Thematisierung von Partnerschaft in den durchgeführten Psychotherapien und

somit Befähigung zur Nutzung der Partnerschaft als soziale Ressource erscheint möglich. Ebenso kann es zum Partnerwechsel/zur Partnerfindung innerhalb des Katamnesezeitraums gekommen sein, was ebenfalls eine positive interpersonale Problemveränderung bewirkt haben könnte.

Prinzipiell ist auf den modulierenden Einfluss von Psychotherapie, welche *Partnerschaft* meist als ein zentrales Thema behandelt, auf die beobachtete Entwicklung zu verweisen.

Interpersonale Probleme der Stichprobe im Vergleich mit denen der Normstichprobe und settingabhängige Unterschiede

Die vergleichende Betrachtung der initialen interpersonalen Problembelastung ergibt für die gesamte Stichprobe, dass sie deutlich über den *IIP*-Werten der Normstichprobe (Horowitz, 2000) liegt. Eine Vorstellung in der Ambulanz der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Düsseldorf demnach u.a. mit einer gesteigerten interpersonalen Problembelastung in Zusammenhang stehen könnte.

Ein Vergleich der Stichprobenunterteilung (*ambulant* versus *stationär*) lässt jedoch keinen signifikanten Unterschied in den angegebenen interpersonalen Problemen erkennen. Psychotherapiepatienten sind demnach settingunabhängig überdurchschnittlich stark im zwischenmenschlichen Bereich belastet. Einzig die Skala zu *introvertiert/sozial vermeidend* ist bei der stationär behandelten Stichprobe signifikant gegenüber der *ambulant* Gruppe erhöht. Dies könnte durch die These erklärt werden, dass eine ausgeprägte Introvertiertheit Patienten verstärkt daran hindert, eine ambulante Psychotherapie zu beginnen. Da im ambulanten Setting vermehrt Hürden in Form von Wartelisten, Therapeutenmangel, sozialer Initiative, Stigmatisierung usw. zu nehmen sind. Hier könnte die stationäre/teilstationäre Psychotherapie als eine Art *Auffangnetz* für alle bis dahin vermiedenen bzw. nicht erfolgten ambulanten Therapieoptionen fungieren.

Ergebniseinordnung der Katamnese-Studie

Als zentrales Ergebnis der vorliegenden Katamnese-Studie wird für die Gesamtstichprobe eine Reduktion der initial angegebenen interpersonalen Probleme beobachtet. Sodass sich die Stichprobe zum Untersuchungsende annähernd vergleichbar mit den im Manual dargestellten Normwerten im interpersonalen Raum abbildet (Vgl. Abbildung 3.6).

Diese Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die durchgeführten Psychotherapien in Hinblick auf die Entwicklung interpersonalen Probleme, v.a. nach mehreren Jahren, als zielführend zu werten sind. Die für Psychotherapie typische Befassung mit patienteneigenen sozialen Kontakten, Coping-Prozessen und der Reflexion über u.a. interpersonale Vorgänge scheinen langfristig andauernde Veränderungen in der Wahrnehmung zwischenmenschlicher Kontakte angestoßen zu haben. Die gemachten Beobachtungen korrelieren mit vorhergegangenen Untersuchungen zur grundsätzlichen Veränderbarkeit interpersonalen Probleme durch Psychotherapie (Franz et al., 2000; Grosse Holtforth et al., 2006; Jakobsen et al., 2007; Keller & Schneider, 1993; Liedtke & Geiser, 2001; B. Puschner et al., 2004) und erweitern diese um eine weitere therapieformunabhängige, naturalistische Katamnesestudie.

Vor dem Hintergrund aktueller Ergebnisse z.B. einer Meta-Analyse von Koelen et al. (2014), welche besagt, dass weder eine stationäre, noch eine hochfrequente psychotherapeutische Behandlung effektiver erscheint, sind die hier getätigten Beobachtungen einzuordnen:

Eine settingabhängige Prüfung der Patientenangaben im *IIP* zeigt zum Katamnesezeitpunkt, das *ambulante* mit dem *stationären* Kollektiv vergleichend, keine signifikante Differenz der angezeigten interpersonalen Problematiken.

Hier ist demnach vor allem die Tatsache, dass eine Psychotherapie durchgeführt wurde, entscheidend. Denn in beiden Stichproben finden durchgängig signifikante Reduktionen der *IIP*-Werte mit kleinen bis mittleren Effektstärken statt.

Die bis dato durchgeführten katamnestischen Studien mit dem *IIP* als Messinstrument zeigen vergleichbare Effekte auf. Eine Metaanalyse von

Liebherz und Rabung (2014) berichtet von signifikanten Reduzierungen interpersonaler Probleme mit kleinen Effektstärken nach stationärer Psychotherapie, die nach einem Katamnesezeitraum sogar weiter angestiegen sind. Wobei Veränderungen der Skala des dominant-abweisenden Bereichs die geringste Effektstärke aufweisen (Vgl. S. 12). Den ambulanten Bereich in Form von psychoanalytischer Psychotherapie betrachtend, nennen Leichsenring et al. (2005) signifikante Abänderungen in sieben der acht Skalen mit ebenfalls kleinen bis mittleren Effektstärken. Erneut kommt es hier zu keiner signifikanten Veränderung der Skala *zu autokratisch/dominant* aus dem feindlich-dominanten Bereich.

Die somit gehäuft auftretenden Beobachtungen einer erschwerten Abänderbarkeit interpersonaler Probleme des *dominant-abweisenden* Bereiches wird bereits von Horowitz et al. (1988) im Rahmen der Entwicklung des *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* benannt.

Diese Beobachtungen können in der untersuchten Stichprobe allerdings nicht repliziert werden. Hier treten bei allen Skalen durchgängig signifikante Veränderungen in Erscheinung. Möglicherweise ist hierbei dem relativ langen katamnesticen Zeitraum und den im weiteren Verlauf erfolgten Therapien ein gewisser Einfluss zu zuschreiben.

Somit weist die grundsätzliche Beobachtung, der katamnestic erhobenen Veränderungen interpersonaler Probleme, auf eine erfolgreiche und langfristige therapeutische Abänderbarkeit der Empfindung zwischenmenschlicher Problemfokusse im Rahmen von Psychotherapie hin.

Begrenzende Aspekte und Forschungs-Ausblicke

Anschließend an die Diskussion der Studienergebnisse erfolgt an dieser Stelle eine Betrachtung studienlimitierender Faktoren.

Die Wahl eines naturalistischen Studiendesigns ist eine häufig angewendetes, jedoch kontrovers diskutiertes Forschungssetting (Leichsenring, 2004), wobei als Goldstandard zum Wirksamkeitsnachweis von Therapien (Chambless & Hollon, 1998) das u.a. von der *American Psychological Association* vorgesehene Studiendesign einer randomisierten kontrollierten Studie gilt. Diese Ansicht wird jedoch immer wieder diskutiert und hinterfragt (Albani et al., 2011; Buchkremer & Klingberg, 2001; Leichsenring, 2004; Seligman, 1995; Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000). Eine häufig genannte Kritik an RCT ist die erschwerte Übertragbarkeit von Erkenntnissen der *evidence-based medicine* in den klinischen Alltag (vgl. z.B. Leichsenring, 2004, S. 142). Patienten der klinischen Praxis weisen nicht selten - wie eingangs erwähnt - multimorbide, komplexe und zur Chronifizierung neigende Krankheitsgeschichten auf. Diese können unter den Vorgaben einer randomisierten kontrollierten Studie nicht in ihrem vollem Ausmaß erfasst und eingeschlossen werden. Als Beispiel für die Behandlungsrealität der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist auch in der vorliegenden Arbeit ein naturalistisches Studiendesign gewählt worden. Es soll demnach zu keinem Wirksamkeitsnachweis von Psychotherapie im Sinne einer RCT kommen, sondern ein möglichst naturgetreues Abbild der Beschwerdeentwicklung von Psychotherapiepatienten geben werden.

Ein weiterer Punkt, der einer kritischen Betrachtung bedarf, wird durch das Messinstrument selbst gebildet. Das *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme* ist seit den 1980er Jahren in der Psychotherapieforschung und dem klinischen Alltag weit verbreitet und somit ein erprobtes Messinstrument. Nichts desto trotz wird an dieser Stelle auf metrischen Besonderheiten des *IIP* eingegangen.

So kann das *IIP* als Selbstauskunftsinstrument Anlass zur Diskussion geben. Beispielsweise sehen einige Autoren (Clifton, Turkheimer & Oltmanns, 2005; Hill, Zrull & McIntire, 1998; Leising & Müller-Plath, 2009; Leising, Rehbein &

Sporberg, 2007) deutliche Unterschiede interpersonalen Problemeinschätzung in Abhängigkeit vom jeweiligen Beobachter (Selbst versus Fremd). Es werden Argumente wie soziale Erwünschtheit und eine erschwerte Beobachtbarkeit bestimmter Interpersonalia (Vgl. z.B. Hill et al., 1998, S. 82), verzerrte Eigenwahrnehmungen im speziellen Kollektiv psychotherapeutischer Patienten (Vgl. z.B. Leising & Müller-Plath, 2009, S. 224) oder Abwehrmechanismen, z.B. im Sinne einer Verleugnung (Vgl. Leising et al., 2007, S. 123) als mögliche Ursachen für Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung herausgearbeitet. Wohingegen u.a. Foltz, Morse und Barber (1999) sowie Ready und Clark (2002) von überwiegend signifikanten Korrelationen der Fremd- und Selbstbeurteilung interpersonalen Verhaltens berichten. Dass Therapeuten als Fremdbeurteiler und Patienten durch das *IIP* als Selbstauskunftsinstrument zu ähnlichen interpersonalen Problemprofilen gelangen würden, davon berichten Pedersen, Hagtvet und Karterud (2011). Die vergleichbare interpersonale Tendenz wird hier allerdings mit signifikanten Differenzen innerhalb der Problemskalen gesehen.

So ist fest zu halten, dass die Ergebnisse des Selbstauskunftsinstrumentes *IIP* vor dem Hintergrund genannter Biasmöglichkeiten zu sehen sind, sie in ihrer Wertigkeit jedoch nicht unterschätzt werden dürfen. Für die hier durchgeführte Untersuchung ist demnach deskriptiv zu nennen, dass signifikanten Veränderungen innerhalb der Selbstwahrnehmung psychosomatischer Patienten stattgefunden haben.

Wie aus Tabelle 3.9 ersichtlich, korrelieren die Skalen des *IIP* der untersuchten Stichprobe hoch und durchgängig signifikant miteinander. Dies Skaleninterkorrelation könnte darauf hindeuten, dass die Beantwortung der Items durch die vorhandene Stichprobe zu einer geringen diskriminativen Validität führt. Kritisch betrachtet somit eher die Gesamtbelastung im interpersonalen Bereich, der *IIP_{ges}*, als alleinige Messgröße zu sehen ist. Ebenso könnte die Entscheidung für eine Beibehaltung der Skalenwerte als Quersummen ohne Ipsatierung als Erklärung herangezogen werden. Dieser Hypothese entgegengestellt halten Wolf, Gallas und Kordy (2005) fest, dass nicht ipsatierte Werte im *IIP* eine höhere diskriminative Validität zur

Unterscheidung von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörung aufweisen, als es bei ipsatierten Werten der Fall ist. Vor diesem Hintergrund ist eine Entscheidung gegen eine Ipsatierung und für Skalenwerte, welche einen *generellen Klagsamkeitsfaktor* enthalten einzuordnen und zweifelsohne diskutabel.

Auch die Studienpopulation betreffend sind weitere limitierende Faktoren zu nennen. Dass der Großteil aller Probanden keine Angaben zu der mit ihnen durchgeführten Therapieform und der Anzahl absolvierter Sitzungen machen konnte, ist während der Datenerhebung auffällig geworden und machte somit eine weitere Diskrimination diesbezüglich unmöglich.

Dies könnte zum Einen auf eine eher indifferenten Einstellung der Patienten gegenüber theoretischer Hintergründe (Setting, Therapieform...) ihrer eigenen Behandlung hindeuten. Zum anderen könnte auch der jeweilige Zeitraum zwischen erster Therapiesitzung und Datenerfassung sowie die Art der Erfragung den Patienten Schwierigkeiten bereitet haben. Das naturalistische Studiendesign zeigt sich in diesem Falle für die Untersuchung von Therapiedosis und -form als Nachteil. Und ist als begrenzender Umstand zu nennen.

Die soziodemografischen Variablen *keine Partnerschaft, Kinderlosigkeit, nicht berufstätig* so wie *Berentung* (Vgl Tabelle 3.2) sind unter den Probanden überdurchschnittlich stark vertreten. So kommt es zu keiner repräsentativen Streuung eben dieser Faktoren. Dies könnte zum Einen als Einschränkung der Ergebnisse gewertet werden, zum Anderen ist hier auf das gewählte Studiendesigns zu verweisen. Als naturalistische Studie sind eben solche, nicht repräsentative Stichprobenszusammenstellungen häufig und weisen auf das spezielle Klientel einer psychosomatischen Klinik hin.

Alle hier publizierten Ergebnisse der Untersuchung an der LVR-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Düsseldorf sind demnach im Zusammenhang mit dem gewählten Studiendesign, welches eingangs diskutiert wurde, zu verstehen.

Als weiterer limitierender Faktor kann möglicherweise die Eigenheit des Patientenlientels, welches in einer psychosomatischen Ambulanz einer

Universitätsklinik vorstellig wird, gesehen werden. Ein Großteil der Patienten, die zu einem Erstgespräch in der Ambulanz erscheinen, werden von niedergelassenen Psychotherapeuten, Allgemeinmedizinern u.a. überwiesen, bzw. waren bereits in verschiedenen Kliniken in Behandlung. Demnach kann der Vorstellung in der Ambulanz häufig eine Art Vorselektion – Bias – vorangegangen sein (z.B. könnten Teile der Stichprobe aufgrund refraktärer Therapierbarkeit nun final in der Ambulanz der Universitätsklinik vorstellig geworden sein). Auch wenn dies nicht auf das gesamte Patientenkollektiv zutrifft, handelt es sich hierbei doch um einen nennenswerten Aspekt des dargebotenen Settings.

Diese Eigenschaft der Stichprobe berücksichtigend, ist die Hauptaussage der durchgeführten Untersuchung umso mehr hervorzuheben:

Psychotherapie, unabhängig davon, ob ambulant oder stationäre durchgeführt, scheint bei der Bearbeitung zwischenmenschlicher Problemfokuse langfristig hilfreich zu sein. Vor dem Hintergrund der eingangs beschriebenen Bedeutung interpersonaler Konflikte bei einer Therapieinitiierung sind die getätigten Beobachtungen demnach positiv zu werten.

Des Weiteren muss limitierend bemerkt werden, dass es in der durchgeführten Untersuchung zu keiner Berücksichtigung pharmakologischer Behandlungen gekommen ist. Inwiefern hierdurch eine Einflussnahme auf den Verlauf interpersonaler Probleme stattgefunden haben könnte, ist in diesem Rahmen und an dieser Stelle nicht zu eruieren.

Anschließend soll nun ein Ausblick auf zukünftige Forschungsaspekte gegeben werden.

Um eine breitere und belastungsfähige Basis der getätigten Beobachtungen vorliegen zu haben, wären weitere Veröffentlichungen mit vergleichbaren Ansätzen wünschenswert. Außerdem könnten genauere Untersuchungen von Therapiedosen bzw. -formen und deren katamnestiche Entwicklungen von Interesse für weitere Zusammenhänge in der psychotherapeutischen Versorgungsforschung sein. Ähnlich verhält es sich mit einer Analyse der Abänderbarkeit interpersonaler Probleme in Abhängigkeit von durchgeführten Therapieformen und -dosen. Inwiefern interpersonale Probleme mit

psychischen Beeinträchtigungen in Wechselwirkung stehen und sich im Laufe katamnestischer Beobachtungen, mit ähnlich langen Katamnesezeiträumen, verhalten, könnte einen weiteren Forschungsansatz darstellen.

Die Stichprobenunterteilung mit einer ausschließlich ambulant behandelten (*ambulante* Stichprobe) und einer kombiniert behandelten (*stationäre* Stichprobe) Gruppe, welche sich durch das naturalistische Studiendesign ergibt, lässt leider keine explizite Gegenüberstellung eines rein ambulant und eines rein stationär therapierten Patientenkontexts zu, sodass diese Fragestellung durch zukünftige Untersuchungen weiter verfolgt werden sollte.

Literaturverzeichnis

- Agarwalla, P. & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49(4), 261-271.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford: Lawrence Erlbaum.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten - Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut*, 55(6), 503-514.
- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G. & Brähler, E. (2011). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten - Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut*, 56(1), 51-60.
- Alden, L. E. & Phillips, N. (1990). An interpersonal analysis of social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 499-512.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 521-536.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*, 5th edn., Washington, DC
- Barrett, M. S. & Barber, J. P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of clinical psychology*, 63(3), 247-266.
- Becker, P. & Mohr, A. (2005). Psychometrische Argumente für die Verwendung untransformierter Skalenwerte im Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 205-214.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.
- Berth, H., Förster, P. & Brähler, E. (2003). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen. *Gesundheitswesen*, 65(10), 555-560.
- Beutel, M. E., Hoflich, A., Kurth, R. A. & Reimer, C. (2005). Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome. *Psychology and Psychotherapy*, 78(Pt 2), 219-234.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Brähler, E., Hinz A, Scheer JW (2008). *Der Gießener Beschwerdebogen, GBB-24, Manual*. Bern: Huber.
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J. & Strauss, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49(11), 422-431.
- Brockmann, J., Schlueter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer

- Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 47(6), 347-355.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Der Nervenarzt*, 72(1), 20-30.
- Bühning, P. (2006). TOP II: Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen: Zeichen setzen für die ärztliche Psychotherapie. *Dtsch Arztebl International*, 5(6), 255-258.
- Burnett-Zeigler, I., Ilgen, M. A., Bohnert, K., Miller, E., Islam, K. & Zivin, K. (2012). The Impact of Psychiatric Disorders on Employment: Results from a National Survey (NESARC). *Community Ment Health J.*
- Butterworth, P., Leach, L. S., McManus, S. & Stansfeld, S. A. (2012). Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: is a poor job better than no job at all? *Psychol Med*, 22, 1-10.
- Carson, R. C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine Pub. Co.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Clifton, A., Turkheimer, E. & Oltmanns, T. F. (2005). Self- and peer perspectives on pathological personality traits and interpersonal problems. *Psychological assessment*, 17(2), 123-131.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B. & Schmitz, N. (1996). Interpersonal Problems as Predictors of Symptom Related Treatment Outcome in Longterm Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6(3), 164-176.
- de Jong, R., Treiber, R. & Henrich, G. (1986). Effectiveness of two psychological treatments for inpatients with severe and chronic depressions. *Cognitive Therapy and Research*, 10(6), 645-663.
- Dilling, H. (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10, Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E. & Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(02), 47-55.
- Foltz, C., Morse, J. Q. & Barber, J. P. (1999). Self and observer reports of interpersonal problems in couples. *Journal of clinical psychology*, 55(1), 27-37.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual (Vol. 2, vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H., Hoffmann, T. & Frommer, J. (2005). Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? Eine Studie zur stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51(4), 360-372.
- Franz, M., Janssen, P., Lense, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., et al. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie - eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46(3), 242-258.

- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M. C. & Koenig, H.-H. (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiatrische Praxis*, 32(3), 113-121.
- Gallas, C., Kächele, H., Kraft, S., Kordy, H. & Puschner, B. (2008). Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(6), 414-423.
- Gloger-Tippelt, G. (2001). Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter* (pp. 102-120). Bern: Huber.
- Grosse Holtforth, M., Lutz, W. & Grawe, K. (2006). Structure and change of the IIP-D pre- and postpsychotherapy. A replication using a Swiss clinical sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 98-103.
- Gunzelmann, T., Schumacher, J., Straus, B. & Brähler, E. (2000). Interpersonale Probleme älterer Menschen: Vergleichswerte einer nicht-klinischen Stichprobe über 60jähriger zum "Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme" (IIP-C). *Psychotherapeut*, 45(3), 153-164.
- Gurtman, M. B. & Lee, D. L. (2009). Sex differences in interpersonal problems: a circumplex analysis. *Psychological assessment*, 21(4), 515-527.
- Haase, M., Frommer, J., Franke, G.-H., Hoffmann, T., Schulze-Muetzel, J., Jäger, S., et al. (2008). From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18(5), 615-624.
- Hartkamp, N. (1994). Klindo – Dokumentationssystem für stationäre und ambulante Psychotherapien: unveröffentlicht.
- Heigl-Evers, A., Henneberg-Mönch, U., Odag, C., Standke, G. (1986). *Die Vierzigstundenwoche für Patienten*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Hennig, K. H. & Walker, L. J. (2008). The darker side of accommodating others: Examining the interpersonal structure of maladaptive constructs. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 2-21.
- Hill, R. W., Zrull, M. C. & McIntire, K. (1998). Differences between Self and Peer Ratings of Interpersonal Problems. *Psychological assessment*, 5(1), 67-83.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J. & Blagys, M. D. (2001). Evaluating the phase model of change during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11(1), 29-47.
- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Gouch, H. G., Barrett, J., Korchin, S. J. & Chodoff, P. (1977). A Measure of Interpersonal Dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610-618.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(1), 5-15.
- 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 consulting and clinical psychology*, 56(6), 885-892.

- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 549-560.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Kordy, H. (2000). Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme IIP-D. Göttingen Beltz Test GmbH.
- Horowitz, L. M. & Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical psychology review*, 6(5), 443-469.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S. & Martinovich, Z. (1993). A Phase Model of Psychotherapy Outcome: Causal Mediation of Change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61(4), 678-685.
- Huber, D., Albrecht, C., Hautum, A., Henrich, G. & Klug, G. (2009). Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 189-199.
- Huber, D., Brandl, T., Henrich, G. & Klug, G. (2002). Ambulant oder stationär? Eine Feldstudie zur Praxis der Indikationsstellung. *Psychotherapeut*, 47(1), 16-23.
- Huber, D., Henrich, G. & Klug, G. (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research*, 17(4), 474-481.
- IBM. (2011). IBM SPSS Statistics (Version 20).
- Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., et al. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen: Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(2), 87-110.
- Keller, W. & Schneider, W. (1993). Veränderungen interpersoneller Probleme im Verlauf ambulanter oder stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29(3), 308-323.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185-214.
- Koelen, J. A., Houtveen, J. H., Abbass, A., Luyten, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., Van Broeckhuysen-Kloth, S. A., et al. (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 204, 12-19.
- Krüger-Brand, H. E. (2006). Stigmatisierung. *Dtsch Arztebl International*, 5(6), 257.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality; a functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 137-151.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. & Staats, H. (2005). The Göttingen study of psychoanalytic therapy: first results. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(Pt 2), 433-455.
- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2008). Die Göttinger Psychotherapiestudie - Ergebnisse analytischer

- Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum der Psychoanalyse*, 24(2), 193-204.
- Leising, D. & Müller-Plath, G. (2009). Person-situation integration in research on personality problems. *Journal of Research in Personality*, 43(2), 218-227.
- Leising, D., Rehbein, D. & Sporberg, D. (2007). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64) for predicting assertiveness in role-play situations. *J Pers Assess*, 89(2), 116-125.
- Liebherz, S. & Rabung, S. (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. [Effectiveness of Psychotherapeutic Hospital Treatment in German Speaking Countries: A Meta-Analysis]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 63(09/10), 355-364.
- Liebherz, S. & Rabung, S. (2014). Do patients' symptoms and interpersonal problems improve in psychotherapeutic hospital treatment in Germany? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 9(8), e105329.
- Liedtke, R. & Geiser, F. (2001). Veränderungen interpersonalen Probleme während und zwei Jahre nach stationärer Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37(3), 214-228.
- Lueger, R. J. (1995). Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40(5), 267-278.
- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., et al. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess*, 5(21), 1-75.
- Mattke, D., Janssen, P. L. & Strauß, B. (1998). Behandlung und Teamprozesse in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 43(5), 316-327.
- McLeod, J. D. (1994). Anxiety Disorders and Marital Quality. *J Abnorm Psychol*, 103(4), 767-776.
- Meredith, P., Ownsworth, T. & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical psychology review*, 28(3), 407-429.
- Meyer, C., Rumpf, H. J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung Ergebnisse der TACOS-Studie. *Der Nervenarzt*, 71(7), 535-542.
- Möller-Leimkühler, A. M. (1999). Sozialer Status und Geschlecht Zur Aktualität sozialer Ungleichheit bei psychiatrischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 70(11), 970-980.
- Pedersen, G., Hagtvet, K. A. & Karterud, S. (2011). Interpersonal problems: self-therapist agreement and therapist consensus. *Journal of clinical psychology*, 67(3), 308-317.
- Przeworski, A., Newman, M. G., Pincus, A. L., Kasoff, M. B., Yamasaki, A. S., Castonguay, L. G., et al. (2011). Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol*, 120(2), 286-298.

- Puschner, B., Haug, S. & Kordy, H. (2004). Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundheitsverlauf. Stationäre versus ambulante Psychotherapie. Impact of treatment setting on the course of improvement. Inpatient versus outpatient psychotherapy. *Psychotherapeut*, 49(3), 182-192.
- Puschner, B. & Kordy, H. (2010). Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(EFirst), 350-357.
- Puschner, B. & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(4), 268-276.
- Puschner, B., Kraft, S. & Bauer, S. (2004). Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: findings from a long-term longitudinal study in Germany. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 223-234.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398-406.
- Ready, R. E. & Clark, L. A. (2002). Correspondence of Psychiatric Patient and Informant Ratings of Personality Traits, Temperament, and Interpersonal Problems. *Psychological assessment*, 14(1), 39-49.
- Deutsche Rentenversicherung. (2012). Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zahlen 2012, Berlin
- Rüger, U. (2007). Vierzig Jahre Richtlinien-Psychotherapie in Deutschland. *Psychotherapeut*, 52(2), 102-112.
- Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality & Social Psychology* September 1980;39(3):472-480.
- Salzer, S., Leibing, E., Jakobsen, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., et al. (2010). Patterns of interpersonal problems and their improvement in depressive and anxious patients treated with psychoanalytic therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(4), 283-300.
- Salzer, S., Pincus, A. L., Hoyer, J., Kreische, R., Leichsenring, F. & Leibing, E. (2008). Interpersonal subtypes within generalized anxiety disorder. *J Pers Assess*, 90(3), 292-299.
- Salzer, S., Streeck, U., Jaeger, U., Masuhr, O., Warwas, J., Leichsenring, F., et al. (2010). Der Zusammenhang von interpersonalen Subtypen und der Veränderung interpersonaler Probleme am Beispiel stationärer Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 56(2), 191-206.
- Scheidt, C. E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., et al. (1999). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44(2), 83-93.
- Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)- Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Schepank, H. & Tress, W. (1988). *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Berlin: Springer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T., Dirmaier, J., Watzke, B. & Koch, U. (2006). Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin.

- Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(2), 175-187.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst T., Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung - Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41.
- Seligman, M. E. P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 126(4), 512-529.
- Strupp, H. H., Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1980). *Die interpersonale Theorie der Psychiatrie* (Monika Kruttke, Trans.). Frankfurt a.M.: S. Fischer.
- Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P. & Kurth, B. M. (2005). Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 48(3), 296-306.
- Tress, W., Henry, W. P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N. & Scheibe, G. (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut*, 41(4), 215-224.
- Tress, W., Kruse, J., Wöller, W. (2004). Interpersonelle Medizin. In W. Tress, Kruse, J., Ott, J. (Ed.), *Psychosomatische Grundversorgung - Kompendium der interpersonellen Medizin* (Vol. 3, pp. 20-44). Stuttgart: Schattauer.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. & Jarrett, R. B. (2003). Interpersonal problems, personality pathology, and social adjustment after cognitive therapy for depression. *Psychological assessment*, 15(1), 29-40.
- von Wietersheim, J., Oster, J., Munz, D., Epple, N., Rottler, E. & Mörtl, K. (2008). Kombination von Settings und Verfahren in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(6), 424-431.
- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2002). Somatoforme Störungen und Bindungstheorie. *Psychotherapeut*, 47(3), 157-164.
- Waller, E., Scheidt, C. E. & Hartmann, A. (2004). Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200-209.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T. & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *J Abnorm Psychol*, 109(4), 803-808.
- Wiggins, J. S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37(3), 395-412.
- Wiggins, J. S. (1995). *IAS, Interpersonal Adjective Scales: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.

- Wolf, M., Gallas, C. & Kordy, H. (2005). Zur diskriminativen Validität des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). *Interpersonale Probleme von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(4), 233-240.
- Woodward, L. E., Murrell, S. A. & Bettler, R. F. (2005). Stability, reliability, and norms for the inventory of interpersonal problems. *Psychotherapy Research*, 15(3), 272-286.
- Wunner, C., Reichhart, C., Strauss, B. & Söllner, W. (2014). Effectiveness of a psychosomatic day hospital treatment for the elderly: A naturalistic longitudinal study with waiting time before treatment as control condition. *Journal of psychosomatic research*, 76(2), 121-126.
- Zeeck, A., Herzog, T., Kuhn, K., Hartmann, A., Scheidt, C. E. & Wirsching, M. (2002). Teilstationäre Psychotherapie. [Partial Hospitalisation]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(12), 492-499.
- Zeeck, A., Scheidt, C. E., Hartmann, A. & Wirsching, M. (2003). Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie? *Psychotherapeut*, 48(6), 420-425.
- Zeeck, A., von Wietersheim, J., Hartmann, A., Einsele, S., Weiss, H., Sammet, I., et al. (2009). Inpatient or day clinic treatment? Results of a multi-site-study. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 6, Doc03.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53(03/04), 152-162.

Anhang

An dieser Stelle wird aus urheberrechtlichen Gründen ausschließlich der klinikeigene *Patientenfragebogen*, kurz *PAT*, abgedruckt.

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

PAT PATIENTENFRAGEBOGEN

Geschlecht männlich weiblich

Familienstand

ledig

verheiratet seit wann? _____

zum 2. mal verheiratet oder öfter wie oft? _____

unverheiratet, aber in fester Partnerschaft lebend seit wann? _____

getrennt seit wann? _____

geschieden seit wann? _____

verwitwet seit wann? _____

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

Haben Sie Kinder? Wenn ja:

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

Haben Sie Geschwister? Wenn ja:

| | Anzahl | Alter |
|-------------|--------|-------|
| Brüder: | _____ | _____ |
| Schwestern: | _____ | _____ |

Sind Sie ehelich geboren? ja nein

Sind Ihre Eltern geschieden? ja nein
 seit wann? _____

Haben Sie eine Ersatzmutter?
 (Stief-, Adoptivmutter o. ä.) ja nein

Haben Sie einen Ersatzvater?
 (Stief-, Adoptivvater o. ä.) ja nein

Gab es einen Heimaufenthalt
 während der Kindheit oder Jugend? ja nein

Geburtsjahr der Mutter: 19____

Geburtsland der Mutter: _____

Ist sie Ihre
 leibliche Mutter: Stiefmutter: Adoptivmutter:

Erlerner Beruf der Mutter? _____

Zuletzt ausgeübter Beruf der Mutter? _____

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

Geburtsjahr des Vaters: 19____

Geburtsland des Vaters: _____

Ist er Ihr
 leiblicher Vater: Stiefvater: Adoptivvater:

Erlerner Beruf des Vaters: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf des Vaters: _____

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

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

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

Wieviele Personen leben in Ihrem Haushalt?
(also mit Ihnen zusammen; Sie werden mitgezählt): _____ Personen

Ihr höchster Schulabschluß (nur 1 Angabe möglich):

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

Ihr höchster Berufsabschluß (nur 1 Angabe möglich):

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

Erlerner Beruf (genaue Bezeichnung): _____

Ausgeübter Beruf (genaue Bezeichnung): _____

- Vollzeit Teilzeit

Stellung im Beruf (nur 1 Angabe möglich):

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

Trifft nicht zu, da:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (13) Arbeitslos | <input type="checkbox"/> (16) Auszubildende(r)/ Umschüler(in) |
| <input type="checkbox"/> (14) Sozialhilfeempfänger | <input type="checkbox"/> (17) Schüler(in)/Student(in) |
| <input type="checkbox"/> (15) auf Dauer krank geschrieben | <input type="checkbox"/> (18) Rentner(in)/Pensionär(in)/ Vorruhestand |

Erlerner Beruf des Partners (genaue Bezeichnung): _____

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

Vollzeit Teilzeit

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

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

Haupteinkommensquelle (nur 1 Angabe möglich):

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

Beschwerden

Ihre Hauptbeschwerden:

bestehen seit (Monat/Jahr):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Beeinträchtigung

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

Inwieweit fühlen Sie sich durch Ihre Beschwerden beeinträchtigt:

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

Vorbehandlung

Haben Sie schon einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?

ja nein

Von wem wurde Ihnen diese Psychotherapie empfohlen?

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

Welche Therapieform wurde Ihnen empfohlen?

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

Welche Art von Psychotherapie haben Sie gemacht oder machen Sie?

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

ambulant: von: _____ bis: _____

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

Ungefähre Anzahl Sitzungen insgesamt? _____

stationär/teilstationär: von: _____ bis: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

**KATAMNESE-STUDIE EINES PSYCHOSOMATISCHEN PATIENTENKOLLEKTIVS
MIT DEM INVENTAR ZUR ERFASSUNG INTERPERSONALER PROBLEME**

Danksagung

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

Mein besonderer Dank gilt neben Frau Dr. Neumann, für ihre außerordentliche Einweisung in den statistischen Teil meiner Arbeit, sowie ihre Anregungen und stetige Unterstützung auch Herrn Dr. Wulf, der mir vor allem den Einstieg in die Dissertation erleichterte, indem er mir zuverlässig und konstruktiv zur Seite stand.

Ohne Frau Dr. Neumanns und Herrn Dr. Wulfs große Hilfe und hervorragende Betreuung wäre diese Arbeit so nicht möglich gewesen.

Auch bei Frau Dr. Michalek möchte ich mich herzlich bedanken. Ihre langjährigen Erfahrungen und praktischen Ratschläge während der Datenerhebung und -auswertung halfen so manches Problem zu lösen.

Meiner Familie gilt ein außerordentlicher Dank, für ihre verlässliche Unterstützung in jeder Lebenslage und für all das, was sie mir mit auf den Weg gegeben haben.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides statt, dass die Dissertation selbstständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erstellt worden ist und die hier vorgelegte Dissertation nicht von einer anderen medizinischen Fakultät abgelehnt worden ist.