

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinikum rechts der Isar

(Direktor: Prof. Dr. Peter Henningsen)

**Wirksamkeit stationärer psychosomatisch
psychotherapeutischer Behandlung.**

Ergebnisse und Prädiktoren einer Prä-Post-Evaluationsstudie

Miriam Elisa Janika Haas

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Prof. Dr. Peter Henningsen

2. apl. Prof. Dr. Martin Sack

Die Dissertation wurde am 08.02.2016 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 07.12.2016 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
2 EINLEITUNG	6
2.1 Allgemeine Einführung	6
2.2 Theoretischer Hintergrund stationärer Psychosomatik und Psychotherapie	8
2.2.1 Historische Entwicklung in Deutschland	8
2.2.2 Indikation und Charakteristika stationärer Psychotherapie	10
2.2.3 Bedeutung des Strukturkonzepts.....	12
2.2.4 Strukturbezogene Behandlungssettings am Klinikum rechts der Isar	13
2.3 Stand der Psychotherapieforschung	19
2.3.1 Effekte in Bezug auf symptomatische Veränderungen	19
2.3.2 Effekte im Bereich gesundheitsbezogener Lebensqualität.....	22
2.3.3 Effekte hinsichtlich struktureller Beeinträchtigung.....	24
2.4 Fragestellungen	26
2.4.1 Haupteffekte.....	26
2.4.2 Patienten- und krankheitsbezogene Prädiktoren des Behandlungserfolges	27
3 METHODIK	28
3.1 Studiendesign und Einschlusskriterien	28
3.2 Therapeutische Intervention am Klinikum rechts der Isar	28
3.2.1 Integratives Konzept mit psychodynamischer Grundhaltung	28
3.2.2 Therapieangebot	29
3.3 Datenquelle und Messinstrumente	31
3.3.1 Basisdokumentation	31
3.3.2 Standardisierte Fragebögen	31
3.3.2.1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D).....	31
3.3.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)	34
3.3.2.3 Hannover Selbstregulationsinventar (HSRI).....	35

3.4 Statistik	37
3.4.1 Effektstärken	37
3.4.2 Statistische Signifikanz.....	37
3.4.3 Statistisches Vorgehen.....	38
4 ERGEBNISSE	39
4.1 Stichprobe	39
4.1.1 Soziodemographische Daten	39
4.1.2 Zuordnung der Stichprobe zu den Settings.....	41
4.1.3 Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnosen.....	41
4.1.4 Behandlungsdauer	42
4.1.5 Psychische Komorbidität	42
4.2 Behandlungseffekte	45
4.2.1 Veränderung der Symptombelastung v. Angst, Depressivität u. Somatisierung... 45	45
4.2.2 Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	46
4.2.3 Veränderung der strukturellen Beeinträchtigung.....	47
4.2.4 Störungsorientierte Veränderungen in Diagnosegruppen	48
4.3 Prädiktoren des Therapieerfolges	50
4.3.1 Soziodemographische Faktoren: Alter und Geschlecht	50
4.3.2 Psychische Komorbidität und Symptombelastung.....	52
5 DISKUSSION	57
5.1 Haupteffekte in der Gesamtstichprobe	57
5.2 Veränderung der strukturellen Fähigkeiten	59
5.3 Störungsbezogene Therapieergebnisse	60
5.4 Prädiktoren des Therapieerfolges	62
5.5 Methodik und Einschränkungen der Studie	65
6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	69
7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	71
8 TABELLENVERZEICHNIS	72

9 LITERATURVERZEICHNIS	73
10 DANKSAGUNG	82
11 ANHANG.....	83

1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANOVA	Einfaktorielle Varianzanalyse
BDI	Beck Depressions Inventar
BLP	Berliner Quality of Life Profile
CGI	Global Impression
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMC	Enhanced medical care
ES	Effektstärke
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder
GSI	Global Severity Index
HD	Hauptdiagnose
HSCS	Heidelberg Structural Change Scale
HSRI	Hannover Self Regulation Inventar
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IIP-D	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
M	Mittelwert
MBT	Mentalization-Based treatment
MCS	Mental (Health) Component Summary (Score)
ND	Nebendiagnose
NHP	Nottingham Health Profile
OPD-2	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PCS	Physical (Health) Component Summary (Score)
PHQ-D	Patient Health Questionnaire, deutsche Übersetzung und Validierung
PIT	Psychodynamic Interpersonal Therapy
PISO	Psychosomatic Intervention for Patients with Multi-Somatoform Disorders
PSKB-Sc-R	Der Psychische und Sozialkommunikative Befund, Selbsteinschätzung
SCL-90-R	Symptom Checklist-90 Revised
SD	Standardabweichung
SF-36	Short-Form-36 Health Survey, deutsche Übersetzung und Validierung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STAI	State-Trait-Angst-Inventar
TFP	Transference-Focused-Psychotherapy
VEV-K	Kurzform des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens
WHO	World Health Organisation

2 EINLEITUNG

2.1 Allgemeine Einführung

„Sind wir heute anders krank?“¹ – das Schwerpunktthema des DAK-Gesundheitsreports 2013 spiegelt die Relevanz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen im öffentlichen Diskurs wider. Die Ergebnisse und Zahlen aktueller epidemiologischer Studien und Analysen zu diesem Thema sprechen eine eindeutige Sprache: Längst ist in diesem Zusammenhang die Rede von „Volkskrankheiten“, die uns vor enorme gesellschaftliche und ökonomische Herausforderungen stellen (Beutel et al. 2013).

Seit Mitte der 1990er Jahre verzeichnen die Krankenkassen einen Zuwachs an psychischen Diagnosen sowie einen Anstieg an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen. In Deutschland liegt die Zahl der Betroffenen unter Erwachsenen im Alter von 18-65 Jahren mittlerweile bei 15 Millionen (Jacobi & Kessler-Scheil 2013, DAK Gesundheitsreport 2013). Laut einer aktuellen bundesweit durchgeführten Quer- und Längsschnittstudie des Robert Koch-Instituts zur psychischen Gesundheit Erwachsener in Deutschland (*„German Health Interview and Examination Survey for Adults, Mental Health Module“*, DEGS1-MH; Jacobi et al. 2014), erhielt etwa jede dritte Frau und jeder vierte bis fünfte Mann mindestens eine aktuelle (12-Monats-) Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen. Insgesamt betrug die geschätzte 12-Monats-Prävalenz für die 18-79-jährigen Erwachsenen in Deutschland 27,7% und das Lebenszeitrisiko zumindest einmal im Leben von einer psychischen Störung betroffen zu sein wird auf ca. 50% geschätzt (Jacobi et al. 2014, Kessler et al. 2005).

Die zum Teil enormen Einschränkungen der psychischen und körperlichen Lebensqualität sowie die monetäre Belastung, welche mit psychischen Leiden einhergehen zeigen auf, wie wichtig die Evaluation und Weiterentwicklung effektiver und qualitativ hochwertiger Behandlungsmöglichkeiten im psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich sind.

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen einer retrospektiven Studie an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München, die Ergebnisse und Effekte psychodynamisch ausgerichteter stationärer psychosomatischer Therapie zu berichten und mögliche Prädiktoren des Therapieerfolges zu identifizieren. Damit soll ein Beitrag zur Psychotherapie-Outcome-Forschung im Sinne einer Sicherung der Ergebnisqualität im Bereich stationärer psychosomatisch psychotherapeutischer Versorgung geleistet werden.

¹ DAK Gesundheitsreport 2013, S.27. Verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf [Stand: 31.01.2016].

Die folgende Arbeit gibt zunächst einen Überblick über die geschichtliche Entwicklung der stationären Psychotherapie in Deutschland, wobei vor allem auf psychoanalytisch fundierte Konzepte und deren Weiterentwicklungen eingegangen wird. Verschiedene theoretische Modelle werden skizziert und das psychodynamisch ausgerichtete Behandlungskonzept des Klinikums rechts der Isar wird detailliert beschrieben. Die Studie umfasst somit einen statistisch-deskriptiven Teil und einen statistisch-analytischen Abschnitt, in dem verschiedene Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis untersucht werden.

2.2 Theoretischer Hintergrund stationärer Psychosomatik und Psychotherapie

2.2.1 Historische Entwicklung in Deutschland

Ernst Simmel (*1882 †1947), einer der Pioniere stationärer Psychotherapie in Deutschland, errichtete im April 1927 in Berlin Tegel die erste psychotherapeutische Klinik mit 74 Betten, das „Sanatorium Schloss Tegel“ (Simmel 1928, zitiert nach Zaudig 2004, Kruse et al. 2013, Schultz & Hermanns 1987). Er verfolgte das Ziel, Patienten mit Neurosen, Süchten, schweren Persönlichkeitsstörungen und Psychosen in psychoanalytischen Einzelsitzungen zu behandeln. Simmel wusste schon damals die Bedeutung des therapeutischen Teams innerhalb eines stationären Settings zu schätzen (Janssen et al. 1998). Aufgrund der damaligen Wirtschaftskrise und der politischen Veränderungen musste die Klinik 1931 geschlossen werden (Zaudig 2004). Nach Simmels Emigration wurde sein Konzept allerdings wenige Jahre später erfolgreich in der Menninger Klinik in Amerika aufgegriffen und weiterentwickelt (Janssen et al. 1998).

Als weitere Quelle heutiger stationärer Psychosomatik entstanden in den 1920er Jahren im Bereich der Inneren Medizin unter der Leitung von Viktor von Weizsäcker in Heidelberg stationäre Behandlungsmöglichkeiten im Sinne einer anthropologischen Medizin. Anspruch dieser holistisch-integrativen Tradition war, den seelischen Aspekten körperlicher Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken bzw. alle bio-psycho-sozialen Ätiologien des Krankseins und der Genesung zu erfassen und zu behandeln (Herzog et al. 2013a).

Nach einer Phase des Stillstands in der Zeit des Nationalsozialismus kam es nach dem zweiten Weltkrieg zur Einrichtung psychosomatischer Behandlungsmöglichkeiten im universitären als auch im nichtuniversitären Bereich. Zu nennen wäre beispielsweise Alexander Mitscherlich, der 1950 die erste psychosomatische Universitätsklinik in Heidelberg gründete. Charakteristisch für diese als psychogenetisch bezeichnete Strömung war der Anspruch, „die Reichweite der Psychoanalyse in der Medizin“ (Mitscherlich 1966/67) zu bestimmen, wodurch psychosomatisches Denken eng mit der Psychoanalyse verwoben war (Herzog et al. 2013a, Uexküll 2011).

Die erste verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Abteilung wurde 1964 am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München eröffnet (Zaudig 2004). In den siebziger Jahren gewannen verhaltenstherapeutische Grundannahmen neben tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Paradigmen an Bedeutung, was 1976 zur Gründung des ersten verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Krankenhauses im bayerischen Windach am Ammersee führte.

Die nach dem Zweiten Weltkrieg entstandene Zweiteilung in eine einerseits psychiatrische und eine andererseits psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung wurde durch den Psychiatrie-Enquete-Bericht der Bundesregierung 1975 festgeschrieben und hat sich in Deutschland bis heute durchgesetzt (Janssen et al. 1998, Zaudig 2004).

Im internationalen Vergleich stellt die Entwicklung der psychosomatischen Medizin als eigenständiges Fach mit der Einführung des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland eine Besonderheit und ein einzigartiges Erfolgsmodell dar. In anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise England und Frankreich, zeigen sich bislang lediglich Ansätze einer selbstständigen Psychosomatik, wohingegen sie in den USA als Teil der psychiatrischen Einrichtungen integriert sind (Janssen et al. 1998). Diese Erfolgsgeschichte spiegelt sich im enormen Ausmaß der Behandlungskapazitäten in Deutschland wieder. Im Jahr 2014 gab es laut statistischem Bundesamt 233 Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie mit insgesamt 10.162 Betten².

Im Folgenden soll die Entwicklung einiger stationär psychotherapeutischer Modelle aufgezeigt werden, um das Verständnis heutiger Konzepte zu ermöglichen. Hierbei wird vor allem auf psychoanalytisch begründete Modelle Bezug genommen, da sich die Anwendung psychoanalytischer Methoden als Grundlage für die weitere Konzeptentwicklung stationärer Psychotherapieformen als sehr fruchtbar erwiesen hat (Janssen et al. 1998).

Main (1946) postulierte in seinem an der Menninger-Klinik durchgeführten Konzept der „therapeutischen Gemeinschaft“, dass die gesamte Klinik als institutionelle Organisationsform wie eine therapeutische „Familie“ verstanden werden müsste. Die Idee entstand gegen Ende des Zweiten Weltkriegs in Großbritannien vor dem Hintergrund der Notwendigkeit, eine große Zahl traumatisierter und psychisch erkrankter Soldaten behandeln zu müssen. Strenge Hierarchien im Krankenhaus wurden durch demokratische Strukturen ersetzt und ein reger Austausch über Informationen und Gefühle galt als förderlich. Die Fokussierung auf die Entwicklung eines Gemeinschaftssinnes und das gesteigerte Interesse für Gruppenpsychotherapie beeinflusste die Entwicklung stationärer Psychotherapie vor allem in den 1970er Jahren stark (Rudolf 2005, Janssen et al. 1998).

Neu war der Versuch, nicht bloß Psychotherapie im stationären Rahmen zu ermöglichen, sondern dem Setting selbst therapeutisches Potenzial zu verleihen. Im Zuge dieser Entwicklung entstanden verschiedene psychodynamisch orientierte Modelle, wovon hier zwei herausgegriffen und näher beleuchtet werden sollen:

² Statistisches Bundesamt: Krankenhäuser nach Fachabteilungen. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2014. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html>: [Stand: 10.11.2015].

1. *Bipolare Konzepte* mit einer Trennung von „Therapieraum“ und „Realraum“ (Enke 1965).
2. *Integrative Konzepte* mit Schwerpunkt auf ein vielfältiges Beziehungsnetzwerk zwischen Patienten- und Therapeutengruppe (Janssen et al. 1998, 2012).

Zunächst soll nun das Prinzip des Dualismus von Therapie- und Realraum erläutert werden. Der Gedanke der Bipolarität fordert vom Krankenhauspersonal ein realitätsorientiertes Verhalten auf der Station (Realraum), wohingegen im Therapieraum psychodynamische Einzel- und Gruppentherapien stattfinden. Es besteht somit eine klare Trennung zwischen der Realität der Station und der Arbeit mit Übertragungen und Gegenübertragungen, die im therapeutischen Raum zentriert werden (Enke 1965, Janssen et al. 1998, 2012, Schauenburg 2007).

Im Gegensatz dazu legt das integrative Konzept seinen Schwerpunkt auf das multipersonale Beziehungserleben in der Gruppensituation im Krankenhaus, welches als mehrdimensionaler therapeutischer Raum verstanden wird. Als Besonderheit wird hier das gesamte Spektrum unbewusster Beziehungskonstellationen auch außerhalb der im engeren Sinn als therapeutisch definierten Settinganteile in die therapeutische Bearbeitung miteinbezogen. Ziel des integrativen Modells ist unter anderem, die sich in den Beziehungsmustern enthaltenden, häufig voneinander abgespaltenen kindlichen Objektbeziehungen und Übertragungen zu verstehen und zu einem „integrierten Ganzen“ (Skogstad & Hinshelwood 1998, S.289, Janssen et al. 1998, 2012, Tress & Hartkamp 2000).

In Deutschland haben sich im stationären Bereich vor allem integrative Modelle durchgesetzt und etabliert.

2.2.2 Indikation und Charakteristika stationärer Psychotherapie

Die Indikation zur stationären psychosomatischen Behandlung ist dann gegeben, wenn ambulante Behandlung noch nicht oder nicht mehr möglich ist. Letzteres ist zum Beispiel der Fall, wenn Patienten ihren Lebensalltag nicht mehr bewältigen können, in einem extrem konflikthaften sozialen Umfeld leben, Störungen chronifiziert sind, dysfunktionale und selbstschädigende Verhaltensweisen überhand nehmen oder es zu einer krisenhaften Zuspitzung der Symptomatik kommt (Rudolf 2005, Schauenburg 2007). Als typische störungsbezogene Hauptindikation stationärer Psychotherapie gelten affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, chronifizierte Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und traumabezogene Störungen (Rudolf et al. 2004). Wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten bei diesen Erkrankungen an ihre Grenzen stoßen, stellen stationäre

psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsoptionen einen struktur- und schutzbietenden Rahmen mit professionellen Ansprechpartnern zur Verfügung, was ebenso wie die gewonnene Distanz zum Alltag oftmals schon zu einer Entlastung der Patienten beiträgt (Zeeck et al. 2003). Auch Patienten mit komplexer psychischer und somatischer Komorbidität, die ärztliche Maßnahmen benötigen oder deren Behandlung eine Kooperation mit anderen Fächern in Diagnostik und Therapie erfordern, profitieren von der Therapie im stationären Rahmen. Im Gegensatz zur ambulanten Therapie steht dem Patienten im stationären psychodynamisch ausgerichteten Setting ein interdisziplinäres therapeutisches Team und ein multimodales Therapieangebot zur Verfügung, wodurch sich die Behandlung immer als Gruppen- und Teambehandlung versteht (Janssen et al. 1998, 2012). In der Gemeinschaft der Mitpatienten können neu erlernte Verhaltensweisen erprobt und umgesetzt werden, wobei die Mitpatienten auch potentielle Modellfunktion übernehmen.

Der britische Psychoanalytiker Skogstad umschrieb die vielfältigen Möglichkeiten intensiver Übertragung im multipersonalen Beziehungsgefüge des Krankenhauses mit folgenden Worten:

„So findet der Patient im Krankenhaus und in den Menschen darin einen Schauplatz, auf den er seine gesamte innere Welt projizieren und eine Bühne, auf der er sie inszenieren kann. Er schafft sich ein Krankenhaus in seiner Phantasie, das seine innere Welt widerspiegelt“ (Skogstad & Hinshelwood 1998, S.289).

Methodisch lässt sich zusammenfassen, dass die stationäre Psychosomatik ihre Wurzeln hauptsächlich in der Psychoanalyse hat, aus denen sich im Laufe der letzten Jahrzehnte ein psychodynamisches und ein verhaltenstherapeutisches integriertes Vorgehen herausbildete. Heutige stationäre integrierte Konzepte vertreten häufig eine holistische Sicht des Menschen und lassen sich zum einen als multimodal und zum anderen als multimethodal beschreiben. Unter Multimodalität ist die Anwendung verschiedenster Therapien wie Einzel- und Gruppentherapie sowie je nach Indikation Kunst-, Musik-, Körper- und Bewegungstherapie zu verstehen. Multimethodalität beschreibt dagegen die Kombination und Integration unterschiedlicher schulenspezifischer Therapieansätze, die sich gleichberechtigt ergänzen und aufeinander bezogen werden (Streeck et al. 2002, Zaudig 2004). Grundlage des multimethodalen Ansatzes ist die Annahme, dass die meisten Therapeuten trotz ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen theoretischen Therapieschulen vergleichbare problemadäquate und klinisch bewährte Behandlungsstrategien verfolgen (Zaudig 2004).

2.2.3 Bedeutung des Strukturkonzepts

Im Folgenden soll das Konzept der psychischen „Struktur“ und die „strukturbezogene Psychotherapie“ (Rudolf 2006) näher beleuchtet werden, da es in der Behandlung der hier untersuchten Patientenstichprobe in zentralen Aspekten therapeutischer Zielsetzungen und therapeutischer Beziehungsgestaltung Anwendung fand. Zudem ist das Strukturkonzept für das Verständnis der Einteilung in die verschiedenen Behandlungssettings von grundlegender Bedeutung.

Struktur im psychologischen Sinne beschreibt die *„Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu den inneren und äußeren Objekten“* (Arbeitskreis OPD 2006, S.255) und umfasst *„alles, was im Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft, repetitiv abläuft (bewusst oder bewusstseinsfern)“* (Shapiro 1965, zitiert nach Arbeitskreis OPD 2006, S.114). Gute strukturelle Fähigkeiten gehen mit einem flexiblen Verfügen über die jeweiligen Funktionen einher, wodurch das eigene intrapsychische sowie interpersonelle Gleichgewicht reguliert und adaptiert wird (Arbeitskreis OPD 2006). Unter basalen strukturellen Fähigkeiten wird zum Beispiel die Fähigkeit zur Selbst- und Objektwahrnehmung, zur Affekt- und Impulskontrolle, zur Symbolisierung oder zur Realitätsprüfung verstanden.

Das strukturelle Integrationsniveau bildet sich im Laufe eines lebenslangen Entwicklungsprozesses zu einem relativ stabilen persönlichen Stil aus, darf allerdings nicht als starr verstanden werden und unterliegt insbesondere in psychosozialen Belastungssituationen mehr oder weniger dynamischen Veränderungen (Arbeitskreis OPD 2006). Es wird davon ausgegangen, dass die psychische Struktur aus unterschiedlichen Dimensionen im Sinne von Ich-Funktionen besteht, auf welche beziehungsabhängig zurückgegriffen werden kann.

Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (2006) ist eine methodische Variante der psychodynamischen Psychotherapie. In der heutigen psychodynamischen Therapie lassen sich hinsichtlich des Störungsverständnisses im Wesentlichen zwei ätiopathogenetische Aspekte unterscheiden, die entweder zu überwiegend konfliktbedingten oder strukturbedingten Störungen führen (Rudolf 2012). In der strukturbezogenen Psychotherapie richtet sich der Fokus nicht primär auf die Aufdeckung und Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Konflikte, sie beschäftigt sich vielmehr mit *„dem psychodynamischen Verständnis und der Bewältigung struktureller Einschränkungen sowie der Entwicklungsförderung struktureller Funktionen“* (Rudolf 2012, S.359).

Die therapeutische Haltung ist in der strukturbezogenen Psychotherapie deutlich aktiver, unterstützender und insbesondere strukturierender als in der klassisch psychoanalytischen Therapie.

Hintergrund der Entwicklung einer strukturbezogenen Psychotherapie ist die Annahme, dass die in den psychoanalytisch begründeten Verfahren verwendeten Methoden weitgehend strukturelle Stabilität voraussetzen und strukturell beeinträchtigte Patienten mit diesen Methoden therapeutisch kaum erreicht werden können. Zentrale Interventionen wie Deutungen in Bezug auf Übertragungsphänomene überfordern den Patienten in seinen eingeschränkten selbstreflexiven Funktionen und können Gefühle der Ohnmacht und Beschämung sowie des verzweifelten Ausgeliefertseins an die Macht eines Anderen verstärken (Rudolf 2006). Strukturbezogene Psychotherapie richtet ihr Augenmerk besonders auf die beobachtbare gemeinsame Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Wahrgenommene Beziehungskonflikte werden vielmehr durch die Mentalisierung der Interaktion als durch kognitiv und emotional überfordernde Deutungen bearbeitet. Gemeinsam mit dem Patienten können somit dessen Erlebensmuster herausgearbeitet werden und ihm sein Anteil an schwierigen Interaktionen und Eigenerfahrungen aufgezeigt werden (Rudolf 2012).

Entwicklungspsychologisch werden strukturelle Störungen als biographisch früh erworbene Störungen der Persönlichkeitsentwicklung verstanden. Dieses Entwicklungsdefizit (z.B. der Affektregulierung) *„versetzt den Patienten situativ in hilflose Verzweiflung, die er ähnlich einem außer sich geratenen Kleinkind nicht allein bewältigen kann“* (Rudolf 2012, S.361). Hier ist es die Aufgabe des Therapeuten, sich für den Patienten aktiv zu engagieren, vorübergehende Hilfs-Ich-Funktion zu übernehmen und somit für ihn mentalisierend, regulierend und reflektierend zu wirken, um dann gemeinsam nach alternativen Verhaltensmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien zu suchen.

Ziel der strukturbezogenen Psychotherapie ist zum einen die Wahrnehmung des Patienten für eigene dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster zu schärfen und diese in ihren Kontexten verständlich zu machen. Zum anderen wird der Patient darin unterstützt, reparative Beziehungserfahrungen zu machen und somit Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz und neue strukturelle Fähigkeiten zu entwickeln (Rudolf 2007).

2.2.4 Strukturbezogene Behandlungssettings am Klinikum rechts der Isar

Um auf die individuellen Bedürfnisse und strukturellen Fähigkeiten der Patienten eingehen zu können entstand ein Konzept mit drei verschiedenen Behandlungssettings A, B und C, in denen jeweils acht oder neun Patienten behandelt werden. Die drei Settings unterscheiden sich sowohl in ihrer Zielsetzung als auch in der therapeutischen Haltung und insgesamt im Behandlungsangebot. In Setting A erfolgt eine eher körperorientierte Behandlung, in Setting B wird vor allem strukturorientiert und ressourcenfördernd gearbeitet und Setting C zeichnet sich durch ein konfliktorientiertes Behandlungsprogramm aus.

Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Settings jedoch meist fließend und werden an die Notwendigkeiten der Patienten angepasst.

Hinsichtlich des Strukturniveaus stützt sich die Zuordnung zu den verschiedenen Therapiegruppen in erster Linie auf die Strukturachse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD-2; Arbeitskreis OPD 2006), in der vier Graduierungen strukturellen Niveaus unterschieden werden: Gutes, mäßiges und geringes Integrationsniveau, bis hin zu einem desintegrierten Strukturniveau.

Als weitere theoretische Grundlage ist das Modell der Persönlichkeitsorganisationen von Otto F. Kernberg (1977) zu nennen, in welchem anhand der strukturellen Kriterien „Realitätsprüfung“, „Identitätsintegration“ und „Abwehrmechanismen“ zwischen neurotischer, Borderline- und psychotischer Persönlichkeitsorganisation differenziert wird.

Die differentielle Zuweisung zu einer der drei Behandlungssettings geschieht zunächst anhand einer ersten Einschätzung der psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten der Poliklinik, welche die Erstgespräche mit den Patienten führen. Anschließend wird das Behandlungssetting im Rahmen der Indikationskonferenz der Klinik festgelegt. Grundsätzlich wird eine strukturelle Einschätzung auch im Laufe der stationären Behandlung weiter vorgenommen, sodass es unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist, einen Wechsel des Settings zu planen.

Setting A

Dieses Setting ist konzipiert für Patienten, die eher über einen körperpsychotherapeutischen Zugang erreicht werden können bzw. bei denen die körperliche Symptomatik im eigenen Erleben im Vordergrund steht. Gerade Patienten, die an somatoformen Störungen oder funktionellen Syndromen leiden, neigen häufig zu organischen Erklärungsmodellen, welche es zunächst in Richtung eines psychosomatischen Verständnisses zu erweitern gilt. Wichtig ist hierbei, den Patienten in seinen körperlichen Symptomklagen ernst zu nehmen und eine akzeptierende und authentisch interessierte Haltung einzunehmen. Psychologisierende und konfliktaufdeckende Methoden werden vor allem zu Beginn vermieden. Stattdessen werden im Sinne einer tangentialen Gesprächsführung behutsam Informationen über psychosomatische Zusammenhänge und Methoden der Stressbewältigung gegeben. Ziel ist es, das Interesse und die Aufmerksamkeit des Patienten weg von Körpervorgängen und hin zu anderen Lebensthemen zu lenken (Rudolf & Henningsen 2003).

Hierbei hat sich der Zugang über körperorientierte Verfahren als fruchtbar erwiesen, weshalb die Patienten in diesem Setting zusätzliche Körperpsychotherapieangebote erhalten. Ziele der nonverbalen gestalterischen und körperorientierten Ansätze sind beispielsweise eine bessere Differenzierung zwischen Körpermissempfindungen und Affekten zu ermög-

lichen, die eigenen Belastungs- und Körpergrenzen wahrzunehmen und Strategien zur Selbstberuhigung zu erlernen (Rudolf & Henningsen 2003).

Dahinter steht die ätiologische Grundannahme, dass es sich bei somatoformen Störungen um lebensgeschichtlich frühe Beziehungsstörungen handelt, die mit struktureller Beeinträchtigung einhergehen. Eine zentrale Rolle spielt hierbei das psychodynamisch-entwicklungspsychologisch fundierte Konzept einer gestörten Entwicklung des Körper-Selbst und des emotionalen Körper-Selbst-Verständnisses (Rudolf 2000) sowie das „Desomatisierungskonzept“ von Max Schur (1955): Beim Kleinkind sind alle Affekte primär stark an den Körper gebunden, d.h. sie werden rein körperlich erlebt. Im Sinne eines Reifungsprozesses kommt es dann schrittweise zur „Desomatisierung“ dieser Affekte, wodurch diese differenziert als Gefühle im Psychischen erlebbar werden (Schur 1955). In unzähligen Interaktionsepisoden des „*Gehört-, Beantwortet- und Verstandenwerdens oder des Beruhigt-, Getröstet- und Befriedigtwerdens*“ (Rudolf & Henningsen 2003, S.12) lernt das Kind, sich mit Hilfe der Anderen zu verstehen und selbst zu beruhigen sowie das Erlebte in Worte zu fassen. Fehlt jedoch eine angemessen handelnde Antwort einer mentalisierungsfähigen Betreuungsperson auf emotional-körperliche Erfahrungen wie Hunger, Schmerz, Unlust, Müdigkeit etc. und kommt es zu emotionaler Vernachlässigung oder Zurückweisung des Kindes, kann die Integration der Körperrepräsentanzen bzw. eine normale Affekt-Körper-Trennung nicht ausreichend stattfinden. Im Erwachsenenalter kann sich solch eine mangelhafte „Desomatisierung“ dann beispielsweise in körperlichen Missempfindungen oder Schmerzen bis hin zu dissoziativen Symptomen manifestieren. Auch seelische Belastungen im späteren Leben können dazu führen, dass eine bereits erworbene Differenzierung von Affekten und körperlichen Empfindungen wieder verloren geht („Resomatisierung“). Anstelle von affektiven neurotischen Symptomen wird auf frühkindliche somatische Bewältigungsmechanismen zurückgegriffen und nur noch die körperlichen Begleitreaktionen wie beispielsweise Herzstolpern, Schwindel oder Bauchschmerzen erlebt (Arbeitskreis PISO 2012, Rudolf & Henningsen 2003, Schur 1955).

Die bei psychosomatisch erkrankten Patienten häufig beobachtete mangelnde Affekt-wahrnehmung wurde erstmalig 1958 von Pierre Marty unter dem Begriff der „*Pensée opératoire*“ als „*automatistisches mechanistisches Denken*“ (Arbeitskreis PISO 2012, S.18) beschrieben. Im Konzept der Alexithymie wurde dieser Gedanke von Sifneos (1973) aufgegriffen und weiterentwickelt (Arbeitskreis PISO 2012). Von besonderer Bedeutung sind die strukturellen Schwierigkeiten, emotionale Reaktionen differenziert als solche wahrzunehmen, zu benennen und von körperlichen Begleitreaktionen zu unterscheiden. In Abgrenzung zur Verdrängung eines seelischen Konflikts mit anschließender Symptombildung findet überhaupt keine seelische Verarbeitung inner- und intrapsychischer Konflikte statt (Gündel et al. 2000). Die Aufmerksamkeit bleibt stattdessen an den körperlichen Re-

aktionsanteilen haften, welche aufgrund der fehlenden emotionalen Verbindung nicht verstanden und im Sinne ängstlich-katastrophisierender Überlegungen als somatische Krankheit gedeutet werden (Rudolf & Henningsen 2003, 2012).

Der Therapeut hat in diesem Setting eine beziehungskorrigierende, mentalisierende und haltende Funktion und hilft durch Symbolisierung die blockierte Desomatisierung zu fördern. Kognitiv ist dies für Patienten oftmals nur teilweise nachvollziehbar, so dass es aus der Perspektive der Patienten motivational häufig um einen verbesserten Umgang mit den Beschwerden und um das Erreichen einer bestmöglichen Lebensqualität geht (Rudolf & Henningsen 2003, 2012).

Setting B

In diesem strukturorientierten und ressourcenfördernden Setting werden strukturell beeinträchtigte Patienten mit ausgeprägtem Frühstörungsanteil (z.B. Patienten mit Borderline-Störungen oder komplexen Traumafolgestörungen) behandelt. Die Verfügbarkeit struktureller Funktionen ist bei diesen Patienten charakteristischerweise entweder dauerhaft reduziert (im Sinne eines Entwicklungsdefizits) oder vor allem in Belastungssituationen nur eingeschränkt vorhanden (im Sinne einer strukturellen Vulnerabilität bzw. einer regressiven Entwicklung). In diesem Zusammenhang wird von mäßig bis geringem Integrationsniveau oder Borderline-Strukturturniveau gesprochen (Rudolf et al. 1995, Arbeitskreis OPD 2006, Kernberg 1977). Es wird davon ausgegangen, dass bei gering integriertem Strukturturniveau das Erleben eines verbal fassbaren, reflektierbaren psychischen Binnenraums mit differenzierten Affekten, Absichten und Phantasien nur beschränkt zugänglich ist und die Regulierung eigener Affekte und Impulse misslingt. Nicht selten wird eine fehlende psychische Integration von Ambivalenzen beobachtet, was sich z.B. in einer Neigung zu dichotomem „Schwarz-Weiß-Denken“ und einem Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung im Sinne einer primitiven Abwehr mit rigider Spaltung in ausschließlich „gut“ oder ausschließlich „böse“ zeigen kann (Kernberg 1992). Beziehungen zu anderen sind häufig durch Misstrauen, Empathiemangel und kommunikative Missverständnisse geprägt. Letztendlich kann der Mangel an positiven Beziehungserfahrungen zu sozialem Rückzug, enormer Bedürftigkeit, leichter Kränkbarkeit oder agierendem, selbstschädigendem Verhalten führen (Rudolf 2007).

Anstelle regressionsfördernder oder konfliktaufdeckender Methoden, die bei strukturell beeinträchtigten Patienten die Gefahr von Therapiekrisen und –abbrüchen beinhalten, wird versucht, durch strukturelle Stabilisierung die Selbstkompetenz der Patienten zu stärken und deren Wahrnehmung für eigene dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster zu schulen (Rudolf 2007). Dies impliziert, auf Deutungen weitgehend zu verzichten und stattdessen mentalisierungsfördernde, klärende und strukturgebende Interventionen

im Hier und Jetzt in den Vordergrund zu stellen. Hierdurch sollen die Patienten erleben, eigene Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle besser wahrnehmen und ausdrücken zu können und sich selbst somit besser zu verstehen. Es wird angenommen, dass Patienten mit strukturellen Defiziten große Schwierigkeiten haben, Interaktionen günstig zu gestalten, weshalb sie hier direkte Unterstützung brauchen (Rudolf 2006). Daher konzentriert sich das therapeutische Bemühen auf die Einübung einer besseren Affektregulation und Impulssteuerung sowie auf den Ausbau der emotionalen Kommunikationsfähigkeit hin zu einer funktionalen Beziehungsgestaltung. Konkrete Ziele wären beispielsweise, negative Affekte zu identifizieren und auszuhalten und Bedürfnisspannungen in Beziehungen ertragen zu lernen. Je nach Ausmaß der strukturellen Beeinträchtigung ist es erforderlich, den Patienten Strukturen von außen zur Verfügung zu stellen, wobei der Therapeut im Sinne einer reparativen, „beelternden“ Haltung Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt (Arbeitskreis OPD 2006). Insgesamt gestaltet sich die therapeutische Haltung aktiver, unterstützender und haltgebender als in den beiden anderen Settings, wobei der Schwerpunkt auf mentalisierungsförderndem Arbeiten liegt. Die Idee dahinter ist, den häufig weniger konfliktfähigen Patienten genügend Sicherheit und Struktur zu geben, damit sie im Sinne einer ich-strukturellen Nachreifung ihre Mentalisierungsfähigkeit und Selbstreflexion verbessern können.

Therapieziel ist also nicht die Aufdeckung und Durcharbeitung von Konflikten, sondern die Förderung struktureller Fähigkeiten, insbesondere im Hinblick auf emotionale ich-psychologische Fähigkeiten. Aufgrund ihrer strukturellen Defizite fällt es einigen Patienten schwer, sich auf Beziehungen einzulassen und diese funktional zu gestalten, weshalb hier die aktive Unterstützung des Therapeuten gefragt ist. Gerade im Bereich der Beziehungsgestaltung bietet die Gruppentherapie mit ihren vielfältigen Interaktionsmöglichkeiten unter Anleitung des Therapeuten viele Gelegenheiten, neue Verhaltensweisen auszuprobieren sowie positive Beziehungserfahrungen zu internalisieren und im Sinne guter innerer Objektbilder bewahren zu können (Rudolf 2007).

Als speziell auf dieses Setting ausgerichtete Intervention nehmen die Patienten einmal wöchentlich an einer Ressourcengruppe teil und es finden insgesamt mehr Therapieangebote statt, was zusätzlich strukturgebend wirken soll.

Die theoretische Fundierung des B Settings orientiert sich stark an Elementen der strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf (2006) sowie an der mentalisierungsbasierten Therapie, welche von Bateman und Fonagy entwickelt wurde („*Mentalization-Based Treatment*“, MBT; Bateman & Fonagy 2004, Schultz-Venrath 2013). Außerdem kommen Grundzüge der übertragungsfokussierten Therapie („*Transference-Focused Psychotherapy*“, TFP; Clarkin & Buchheim 2001) sowie des Konzepts der „*lower-level-group*“ von Yalom (2005) zur Anwendung.

Setting C

Dieses tiefenpsychologische, psychodynamische und konfliktorientierte Setting richtet sich an höher strukturierte Patienten mit eher neurotisch strukturierten Persönlichkeitsanteilen. Die Arbeit ist psychoanalytisch-interaktionell (Heigl-Evers & Heigl 1987) ausgerichtet mit einem besonderen Fokus auf der Beziehungsgestaltung, wobei sich die Gruppentherapie z.B. am theoretischen Konzept der „*higher-level-group*“ von Yalom (2005) orientiert. Es wird davon ausgegangen, dass Patienten mit strukturell reiferen Störungsbildern prinzipiell und über eine längere Lebensspanne hinweg über regulierende Funktionen und einen strukturierten Binnenraum verfügen. So können sie beispielsweise eigene Gefühle, Phantasien und Erinnerungen differenzierter wahrnehmen und Konflikte besser aushalten und austragen (Rudolf et al. 1995, Arbeitskreis OPD 2006). Auf dieser Annahme basierend, hat der therapeutische Rahmen in diesem Setting keine in erster Linie strukturgebende, begrenzende oder stützende Aufgabe. Das *C-Setting* zeichnet sich durch eine regressionsfördernde Haltung aus, in der sämtliche entstehende Affekte und Konflikte validiert werden sowie Raum für Eigeninitiative und selbstverantwortliches Gestalten der Patienten eröffnet werden soll. Auch besteht die Möglichkeit, oft abgespaltene negative Affekte wie Ärger, Neid oder Aggressionen zu erleben und sich im geschützten Rahmen der Gruppe konflikthafte Rückmeldungen einzuholen sowie korrigierende Beziehungserfahrungen zu machen. Von Seiten des Therapeuten wird weniger Struktur und Steuerung vorgegeben als in den anderen beiden Settings und die therapeutische Haltung kann insgesamt als zurückhaltender und weniger aktiv betrachtet werden. Im Hinblick auf das höhere strukturelle Niveau, welches mit ausreichender Introspektions- und Gruppenfähigkeit einhergeht, werden vom Therapeuten unter Umständen Deutungen des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens angeboten, allerdings nur, wenn sich eine ausreichend hohe Mentalisierungsfähigkeit abzeichnet. Es können zudem unbewusste Konflikte, die sich in der Gruppensituation aktualisieren, zur Entfaltung gebracht und gemeinsam im Hier und Jetzt bearbeitet werden. Ziel der therapeutischen Interventionen ist es, die grundsätzlich vorhandenen, aber beispielsweise durch Kompromissbildung oder Abwehr verdeckten und somit eingeschränkten Möglichkeiten der Patienten herauszufordern und zu fördern. Das Behandlungsangebot dieses Settings umfasst keine speziellen zusätzlichen Therapiebausteine.

2.3 Stand der Psychotherapieforschung

2.3.1 Effekte in Bezug auf symptomatische Veränderungen

Im Zeitalter evidenzbasierter Medizin besteht das Bedürfnis, die Wirksamkeit psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungen im wissenschaftlichen Diskurs zu belegen. Als Goldstandard gelten hierbei randomisierte, kontrollierte Studien, um möglichst störungsorientierte Behandlungen evaluieren zu können (Herzog et al. 2013b).

„Die Befundlage ist eindeutig: Psychotherapie wirkt.“ (Pfammatter & Tschacher 2012, S.67). Das konnte in zahlreichen verfahrensübergreifenden Metaanalysen von Wirksamkeitsstudien nachgewiesen werden:

Smith et al. (1980) führten die erste große Metaanalyse über 475 psychotherapeutische Ergebnisstudien durch, wobei eine durchschnittliche Effektstärke (verschiedene Störungen und Therapieverfahren) von 0,85 im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen angegeben wurde. Patienten, die eine Placebobehandlung erhielten, erreichten eine mittlere Effektstärke von 0,56. Unter Placebobehandlung verstanden Smith und seine Kollegen unter anderem Entspannungs- und Vorstellungsbildungen, Konzentrationsübungen, Gruppendiskussionen und psychoedukative Veranstaltungen (Smith et al. 1980).

Ähnliche Ergebnisse berichteten Shapiro & Shapiro (1982) in einer Metaanalyse von 143 Studien mit einer durchschnittlichen Effektstärke von 0,93. Im Vergleich zu Placebobedingungen fanden sich Effektstärken von 0,42 (Prioleau et al. 1983, zitiert nach Pfammatter & Tschacher 2012) bis 0,58 (Grissom 1996, zitiert nach Pfammatter & Tschacher 2012). Effekte spontaner Remission liegen zwischen 0,10 und 0,20 (Grawe 1995, zitiert nach Pfammatter & Tschacher 2012). Psychotherapie erzielt also eine mindestens vierfach höhere Besserungsrate im Vergleich zu Spontanheilung und einen eineinhalb bis doppelt so großen Effekt wie Placebo (Caspar et al. 2008).

Die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie scheint also hinreichend belegt zu sein. Es fällt aber auf, dass sich deutlich mehr Studien auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Settings beziehen und psychodynamische Verfahren unterrepräsentiert sind (Petermann & Schüßler 2010). Außerdem beziehen sich internationale Studien hauptsächlich auf ambulante Therapien, während stationäre Behandlungskonzepte kaum Beachtung finden (Puschner et al. 2004), weshalb hier in Bezug auf einige wichtige Fragestellungen noch Bedarf an weiterer Forschung besteht.

Schon 1988 betonte Schepank die eminente Bedeutung stationärer Psychotherapie in der Versorgung psychisch Kranker und stellte fest, dass es in Deutschland mehr Betten für stationäre Psychotherapie gäbe als im gesamten Rest der Welt (Schepank 1988).

Psychotherapieergebnisstudien und Übersichtsarbeiten im Bereich stationärer Akutbehandlung von Bassler (1994), Franz et al. (2000), Sack et al. (2003), Tritt et al. (2003),

Rudolf et al. (2004), Beutel et al. (2005), Franke et al. (2005) und Probst et al. (2009) kommen zusammenfassend in Bezug auf verschiedene psychosoziale Variablen zu Ergebnissen im guten bis sehr guten Bereich. In *Tabelle 1* sind die Behandlungsergebnisse dieser und noch weiterer Studien der letzten Jahre übersichtsweise dargestellt. Zur besseren Vergleichbarkeit wurden hauptsächlich Studien herangezogen, welche den *Global Severity Index* (GSI) der SCL-90-R (*Symptom-Checklist-90 Revised*; Derogatis 1977) zur Erfassung der Symptomatik verwendeten. Zusätzlich berücksichtigten einige Studien den Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D; Horowitz et al. 2000), da gerade bei psychodynamisch orientierter Psychotherapie der Fokus nicht nur auf symptomatischen Veränderungen liegt, sondern ebenso positive Veränderungen im strukturellen Bereich angestrebt werden.

Vor dem Hintergrund der immer noch andauernden Kontroverse um die Wirksamkeit psychodynamischer Therapien im Vergleich zu anderen Therapieschulen soll hier auf einige randomisierte kontrollierte Studien hingewiesen werden. Zu nennen sind beispielsweise Abbass et al. (2006), Leichsenring et al. (2004) sowie Leichsenring & Rabung (2008), die mit Effektgrößen zwischen 0,97 (Abbas et al. 2006) und 1,8 (Leichsenring & Rabung 2008) sowohl für psychodynamische Kurzzeit- als auch für Langzeittherapien eine wachsende Evidenz bei spezifischen psychischen Störungen belegen können. Hierzu zählen unter anderem depressive Störungen, Depression im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Leichsenring & Rabung 2013). Die erreichten Effektgrößen sind im Allgemeinen mit denen verhaltenstherapeutischer Settings vergleichbar und es konnte keine signifikante Überlegenheit einer Methode über die andere festgestellt werden (Ermann & Waldvogel 2008).

Besonders bemerkenswert ist jedoch der beständige Trend zu größeren Effektgrößen bei Nachuntersuchungen, was darauf schließen lässt, dass psychodynamische Therapien psychologische Prozesse in Gang setzen, die zu stabilen Veränderungen führen, welche nach Beendigung der Therapie teilweise sogar noch zunehmen (Shedler 2011, Ermann & Waldvogel 2008).

Tabelle 1: Übersicht über Evaluationsstudien stationärer Psychotherapie

Autor	N	Art/Dauer der Therapie	Ergebnis
Bassler (1994)	295	Psychodynamisch, Durchschnitt: 96,6 Tage	56% gut bis sehr gut 12% mäßig gebessert
Junge & Ahrens (1996)	164	Psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch Akutbereich Durchschnitt: 61,2 Tage	<u>POST / KAT (1Jahr)</u> 84% / 74% gebessert 9% / 13% unverändert 7% / 13% verschlechtert GSI ES: 0,89 POST / 0,87 KAT IIP-D ES: 1,53 POST / 1,53 KAT
Franz et al. (2000) 3 Unikliniken	495	Tiefenpsychologisch-psychodynamisch mit verhaltenstherapeutischen Elementen, Akutbereich Durchschnitt: 126,2 Tage	55% deutlich gebessert 22% unverändert 6% verschlechtert GSI ES: 0,84 IIP-D ES: 0,54
Sack et al. (2003)	61	Durchschnitt: 72,7 Tage	<u>KAT (1 Jahr)</u> 42% klinisch signif. gebessert 52% GSI stat. signif. gebessert 78% gebessert GSI ES: 1,22 POST GSI ES: 1,18 KAT
Tritt et al. (2003) 11 stat. psychosom. Einrichtungen	8390 bzw. 6439 (regulär entlassen mit vollst. PRÄ-POST Werten)	Multimodale Therapiekonzepte verschiedener Schulen Akutbereich Durchschnitt: 56,6 Tage	Patienten / Therapeuten 86,2% 90,5% gebessert 6,7% 3,0% unverändert 3,9% 5,4% verschlechtert GSI ES: 0,83
Zeeck (2003) Stationär vs. teilstationär	118 stat. / 104 teilst. Pat. mit vollst. PRÄ-POST Werten	Psychodynamisch Durchschnittlich Stationär: 80,9 Tage Tagesklinik: 75,3 Tage	Stationär / Teilstationär GSI ES: 0,59/ 0,59 Gesamtgruppe GSI ES: 0,75/ 0,68 Affekt. St. GSI ES: 0,59/1,18 Angstst. GSI ES: 0,49/ 0,35 Somatof. St.
Rudolf et al. (2004) störungsbezogen	461 bzw. 312 zur 6-9-Monatskatamnese	Psychodynamisch Durchschnitt: 76 Tage	Therapieeinschätzung durch Pat. Anteil der gebesserten Pat. in % <u>POST / KAT</u> 72% 61% Persönlichkeitsstörungen 56% 58% Somatoforme St. 66% 51% Essstörungen 73% 54% Affektive St. 83% 67% Angst-/Zwangsst. 4 PSKB-Se-R ES: 0,75
Franke et al. (2005)	64	Psychodynamisch Durchschnitt: 53,2 Tage	GSI ES: 1,11 POST GSI ES: 0,85 KAT IIP-D ES: kleine ES POST mit kontinuierlicher Verbesserung zu KAT
Beutel et al. (2005)	237 bzw. 166 zur Einjahreskatamnese	Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie Durchschnitt: 31,5 Tage (KZT) 81,9 Tage (LZT)	Kurzzeittherapie / Langzeitth. GSI ES: 1,14 / 0,86 POST GSI ES: 0,95 / 0,63 KAT
Haase et al. (2008)	156	Psychodynamisch Durchschnitt: 60,5 Tage	Klinisch signifikant gebessert: 45,4% POST 39,7% KAT (1Jahr) GSI ES: 1,16 POST / 0,80 KAT

Probst et al. (2009) 5 psychosomatische Krankenhäuser	2173 bzw. 935 zur Einjahreskatamnese	Multimodale Therapiekon- zepte Durchschnitt: 53,51 Tage	Einschätzung durch Pat. im VEV- K : <u>POST / KAT</u> 70,2% / 54,5% gebessert 21,3% / 29,6% unverändert 8,5% / 15,9% verschlechtert GSI ES: 0,79 POST / 0,56 KAT
Huber et al. (2009)	437 bzw. 338 zur 3- 5-Jahreskatamnese	Psychodynamisch Durchschnitt: Keine An- gaben	GSI ES: 0,81 POST / 0,82 KAT IIP-D ES: 0,40 POST / 0,60 KAT
Herrmann & Huber (2013)	715	Psychodynamisch Durchschnitt: 63 Tage	GSI ES: 0,88 POST IIP-D ES: 0,35 POST
Liebherz & Rabung (2013) Metaanalyse über 103 Studien bzw. 154 Stichpro- ben im deutsch- sprachigen Raum	28302	Aktbereich Psychodynamisch: 48,7% Verhaltensth.: 22,7% Kombiniert: 18,8% sonstige Verfahren: 9,8% Durchschnitt: 82,9 Tage	<u>Prä-Post-ES</u> Körperlicher Bereich: 0,62 Psychische Symptomatik: 0,84 Dysfunkt. kognitive Muster: 0,49 Allgemeinbefinden: 1,35 Gesamt: 0,71

Anmerkungen: GSI = *Global Severity Index* der SCL-90-R ; SCL-90-R = *Symptom-Checklist-90 Revised* nach Derogatis; IIP-D = Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme (Horowitz et al. 2000); 4 PSKB-Se-R: Der Psychische und Sozialkommunikative Befund – Selbsteinschätzung (Rudolf 1991); VEV-K = Kurzform des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (Zielke & Kopf-Mehnert 1978). Die Ergebnisse werden entweder als Effektstärken (ES) oder als prozentuale Veränderung der Mittelwerte (PRÄ/POST bzw. PRÄ/KAT) dargestellt.

2.3.2 Effekte im Bereich gesundheitsbezogener Lebensqualität

Im Zuge der Erweiterung eines biologisch geprägten Modells von Krankheit und Gesundheit hin zu einem biopsychosozialen Verständnis wurde der Begriff „Lebensqualität“ zu Beginn der achtziger Jahre als eigenständiger Terminus in die Medizin eingeführt. Zeitgleich begann die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Konzept der Lebensqualität und es wurde versucht, dieses Konstrukt anhand von Fragebögen erfassbar, messbar und somit operationalisierbar zu machen. Das Bemühen um ein ganzheitliches Verständnis spiegelt sich auch in der seit 1946 gültigen WHO-Definition von Gesundheit wieder, welche neben den körperlichen besonders die psychischen und sozialen Aspekte des Wohlbefindens betont. Ausgangspunkt für diese Entwicklung war die Frage, ob die klassischen medizinischen Kriterien zur Beurteilung des Therapieerfolges wie die Überlebenszeit oder die Symptomreduktion eine ausreichende Basis für die Behandlung sein können. Daraufhin setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass gerade im Bereich chronifizierter, psychischer Erkrankungen die subjektiv erlebte Gesundheit und Funktionsfähigkeit des Patienten eine unabdingbare Größe für die Bewertung von Therapieeffekten ist (Bullinger 2000).

Lenz und Demal (2000) evaluierten an der Universitätsklinik Wien ein kognitiv verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes stationäres Behandlungsprogramm in Bezug auf Veränderungen der Lebensqualität bei 37 Patienten, die an Depressionen oder Angststörungen litten. Gemessen wurden die Veränderungen anhand dem „Berliner Lebensqualitätsprofil“ (Priebe et al. 1995), welches die adaptierte deutsche Version des „Lancashire Quality of Life Profile“ (Oliver 1991) darstellt und subjektive sowie objektive Aspekte der Lebensqualität erfasst. Das Instrument deckt unter anderem folgende Bereiche psychosozialen Wohlbefindens ab: Globale Lebensqualität, psychisches Wohlbefinden, Zufriedenheit mit Beruf oder Ausbildung, Freizeitgestaltung, soziale Beziehungen und Gesundheit. Zu Beginn der Therapie zeigten sich in der Patientenstichprobe erhebliche Einschränkungen in subjektiv erlebter Lebensqualität und Funktionsfähigkeit.

Signifikante Verbesserungen fanden sich von Beginn der Behandlung bis zur Nachfolgeuntersuchung nach drei Monaten im Bereich der globalen Lebensqualität, des psychischen Wohlbefindens sowie der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation und in Aspekten der Freizeitgestaltung.

Hinsichtlich sozialer Beziehungen konnte nur eine geringe subjektiv empfundene Verbesserung festgestellt werden; auch im Bereich allgemeiner Gesundheit zeigte sich bis zur Katamneseerhebung keine signifikante Veränderung (Lenz & Demal 2000).

Die genauen Werte sowie ein Überblick über die symptomatischen Veränderungen dieser und zwei weiterer Studien finden sich in *Tabelle 2*.

Tabelle 2: Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Autor	N	Art/Dauer der Therapie	Ergebnis
Lenz & Demal (2000)	37	Kognitiv Verhaltenstherapeutisch Durchschnitt: 42 Tage	<p>CGI <u>POST</u> / <u>KAT</u> 54% / 59,4% gut bis sehr gut gebessert 32,4% / 24,3% mäßig gebessert 13,5% / 16,2% unverändert</p> <p>BLP-Werte <u>PRÄ</u> / <u>KAT</u> 2,6 / 4,1 Globale Lebensqualität 3,2 / 4,8 Beruf/Ausbildung 3,2 / 4,1 Freizeitgestaltung 2,1 / 3,6 psychisches Wohlbefinden 4,0 / 4,9 soziale Beziehungen</p>
Nickel & Egle (2005)	138 bzw. 95 zur 1-Jahreskatamnese	Durchschnitt: 80 Tage	<p>SF-36 (KAT) Psychische Lebensqualität ES: 1,21 Körperliche Lebensqualität ES: 0,82</p>

Sattel et al. (2012)	PIT: 107 EMC: 104	12 Std. manualisierte psychodynamisch interpersonelle Therapie vs. Enhanced medical care	SF-36 (PCS) Durchschnittliche Verbesserung in Punkten: POST / KAT PIT: 2,3 / 5,3 EMC: 3,0 / 2,2 Between – group ES: 0,42
-------------------------	----------------------	--	--

Anmerkungen: CGI = *Clinical Global Impression*; BLP = *Berliner Quality of Life Profile*; SF-36 = Fragebogen zum Gesundheitszustand; PCS = *physical health component summary score*; PIT = *Psychodynamic Interpersonal Therapy*; EMC = *enhanced medical care*. Die Ergebnisse werden entweder als Effektstärken (ES) oder als prozentuale Veränderung der Mittelwerte (PRÄ/POST bzw. PRÄ/KAT) dargestellt.

Nickel und Egle (2005) untersuchten neben den langfristigen symptomatischen Veränderungen anhand der SCL-90-R (GSI: ES = 0,81) auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität (anhand dem SF-36; Fragebogen zum Gesundheitszustand; Bullinger et al. 1995) als Erfolgsmaß. Ziel der Studie war die Erforschung von Zusammenhängen zwischen berichtetem sexuellem und physischem Missbrauch in der Kindheit und unreifen Abwehrstilen bei einer 1-Jahreskatamnese von stationärer psychodynamischer Gruppentherapie bei psychosomatisch erkrankten Patienten. Die 95 Patienten zeigten zum Katamnesezeitpunkt eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit Effektstärken zwischen 0,82 und 1,21.

Als weitere Studie, die sich mit therapiebezogenen Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität beschäftigt, ist die PISO Studie (Sattel et al. 2012) zu nennen. Ausgangspunkt der randomisiert kontrollierten Studie war die Frage nach der kurz- und langfristigen Wirksamkeit einer ambulanten 12-stündigen manualisierten psychodynamisch interpersonellen Psychotherapie (PIT) bei 211 Patienten mit einer schmerzbetonten multisomatoformen Störung. Zum Vergleich wurde eine Kontrollgruppe herangezogen, die „*enhanced medical care*“ (EMC), eine leitliniengerechte Therapie erhielt. Untersucht wurde als primärer Ergebnisparameter der Effekt auf die körperliche Lebensqualität, gemessen anhand dem SF-36 (Bullinger et al. 1995), aber auch die psychische Summenskala sowie symptomatische Veränderungsdimensionen wie Somatisierung und Depressivität (erfasst mit dem „*Patient Health Questionnaire*“, PHQ; Spitzer et al. 1999) wurden berücksichtigt.

Zusammenfassend ließ sich zum Ende der Therapie in beiden Gruppen eine Verbesserung der körperlichen Lebensqualität feststellen, obgleich die Ergebnisse in der PIT-Gruppe deutlich höher ausfielen. Vor allem im Langzeitverlauf zeigte sich in der Interventionsgruppe eine weitere Steigerung der körperlichen Lebensqualität, wohingegen die Werte der EMC-Gruppe leicht abnahmen. Im Gruppenvergleich berichteten die Autoren eine kleine bis mittlere Effektstärke von 0,42 (Sattel et al. 2012).

2.3.3 Effekte hinsichtlich struktureller Beeinträchtigung

In einer Studie von Grande, Rudolf, Oberbracht und Jakobsen (2001) wurden in der psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg 49 Patienten ca. 12 Wochen stationär psychotherapeutisch behandelt. Zur Erfassung spezifischer therapeutischer Veränderungen jenseits der Symptomatik kam die Heidelberger Umstrukturierungsskala („*Heidelberg Structural Change Scale*“, HSCS; Rudolf et al. 2000) zum Einsatz. Die Veränderungen hinsichtlich fünf individueller Problemfoki aus den Bereichen Beziehung (Achse II der OPD-II), Konflikt (Achse III) und Struktur (Achse IV) wurden anhand einer siebenstufigen Skala beurteilt. Stufe 1 bedeutet „Abwehr / Nichtwahrnehmung des Fokusproblems“, in Stufe 4 kommt es zur „Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs“ und Stufe 7 entspricht der „Auflösung des Fokus“. 44% der Patienten erreichten bis zum Ende des Aufenthaltes mindestens Stufe 4, 56% der Patienten machten Fortschritte, blieben jedoch unterhalb der 4. Stufe und 16% der Patienten verharrten auf ihrem Ausgangsniveau. Es zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Verbesserung von depressiv-suizidaler Symptomatik und dem Grad der Umstrukturierung zum Ende der Therapie. Laut den Autoren dieser Studie ist das Erreichen der Stufe 4, in welcher die Patienten sich offen und aktiv an der Erkundung der eigenen Schwierigkeiten beteiligen, ein bedeutsames Ziel stationärer Psychotherapie. Eine Umstrukturierung der Persönlichkeit, welche zur Auflösung des Problemfokus (Stufe 5-7) beitragen würde, ist nach Meinung der Autoren erst durch langfristige psychoanalytische Behandlung möglich (Grande et al. 2001).

Tabelle 3: Studien zur strukturellen Beeinträchtigung

Autor	N	Art/Dauer der Therapie	Ergebnis
Grande et al. (2001)	49	Psychodynamisch Durchschnitt: ca. 84 Tage	HSCS (POST) 44% Stufe IV 56% geringe Umstrukturierung 16% unverändert
Schneider et al. (2006)	188	Psychodynamisch Durchschnitt: 70 Tage	HSCS (POST) 70% Verbesserung der strukturellen Fähigkeiten um durchschn. 1 Stufe 27% unverändert

Anmerkungen: HSCS = *Heidelberg Structural Change Scale*. Die Ergebnisse werden als prozentuale Veränderung der Mittelwerte (PRÄ/POST bzw. PRÄ/KAT) dargestellt.

In einer Studie von Schneider, Driesch, Schmitz-Moormann, Bär und Heuft (2006) wurden 188 Patienten, welche in einer psychodynamisch orientierten psychosomatischen Klinik behandelt wurden, untersucht. Anhand der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) wurden pro Patient zwei bis drei klinisch relevante Problemfoki ausgewählt

und mithilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS; Rudolf et al. 2000) zu Beginn und am Ende der Therapie eingeschätzt. Die Behandlungsdauer betrug durchschnittlich 70 Tage. Innerhalb dieser Zeit konnte gemittelt über alle Patienten für die drei Foki eine signifikante Verbesserung der psychischen Struktur auf der HSCS um etwa eine Stufe festgestellt werden. Ungefähr 70% der Patienten verbesserten sich in der Wahrnehmung und Bewältigung der jeweiligen Problemfoki, wobei diese bei ca. 27% der Patienten bis zum Ende der Therapie unverändert blieben. Bei dieser Untersuchung zeigten sich jedoch keine Korrelationen zwischen strukturellen Prä-Post-Veränderungen und symptomatischen Veränderungen (gemessen anhand dem „*Brief Symptom Inventory*“, BSI; Derogatis 1993) (Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme, IIP-D; Horowitz et al. 2000).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in den hier erwähnten Studien geringe strukturelle Veränderungen gefunden werden konnten, wobei diese nur teilweise mit symptomatischen Veränderungen korrelierten.

2.4 Fragestellungen

Ziel der hier vorgelegten Studie ist eine Evaluation des multimodalen Therapieprogramms der psychosomatischen Station im Zeitraum Januar 2011 bis Juni 2012 des Klinikums rechts der Isar im Hinblick auf seine Effektivität.

Zunächst wird untersucht, ob die Behandlung zu einer Verbesserung der Psychopathologie (Angst, Depression, Somatisierung), der Lebensqualität sowie der strukturellen Beeinträchtigung führte. Diese möglichen Veränderungen wurden differenziert anhand von Prä-Post-Vergleichen psychometrischer Fragebögen erfasst.

Ein weiterer Fokus dieser Arbeit liegt auf der Untersuchung möglicher patienten- und krankheitsbezogener Prädiktoren für den Therapieerfolg, um ein Bild davon zu bekommen, welche Patienten am meisten von der Therapie profitierten und diese eventuell als mögliche Zuweisungskriterien für eine stationäre psychosomatische Behandlung bzw. zur Indikationsstellung im prästationären Bereich nutzen zu können.

2.4.1 Haupteffekte

Fragestellung 1: Führt die vollstationäre akutpsychosomatische Behandlung zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Symptomatik, gemessen anhand der PHQ-D Subskalen Somatisierung, Depressivität und Angst?

Fragestellung 2: Führt die vollstationäre akutpsychosomatische Behandlung zu einer signifikanten Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, erfasst durch den SF-36?

Fragestellung 3: Lässt sich zum Zeitpunkt der Entlassung eine signifikante Veränderung der strukturellen Beeinträchtigung der Patienten, bezogen auf Ich-Funktionen und Selbstregulationsfähigkeit, gemessen anhand dem HSRI, feststellen?

Fragestellung 4: Lassen sich störungsorientierte Behandlungseffekte nachweisen?

2.4.2 Patienten- und krankheitsbezogene Prädiktoren des Behandlungserfolges

Fragestellung 5: Gibt es einen prädiktiven Einfluss soziodemographischer Variablen (Geschlecht und Alter) auf die Veränderung der psychischen Symptomatik und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Therapiebeginn und -ende?

Fragestellung 6: Sagt die Schwere einer Erkrankung, gemessen anhand der psychischen Komorbidität und der initialen Symptombelastung, das Behandlungsergebnis hinsichtlich der psychischen Symptomatik und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vorher?

3 METHODIK

3.1 Studiendesign und Einschlusskriterien

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine retrospektive naturalistische Studie ohne Kontrollgruppe, was die Beobachtung und Evaluation von Veränderungsprozessen im klinischen Alltag ermöglicht. Die anfallende Kohorte umfasste insgesamt 80 Patienten, von denen Prä-Post-Datensätze vorliegen und die sich im Zeitraum zwischen Januar 2011 bis Juni 2012 in vollstationärer akutpsychosomatischer Behandlung in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München befanden. Die Datenerhebung fand zu Beginn der Behandlung („Prä“; t₀) sowie am Ende des stationären Aufenthaltes („Post“; t₁) statt. Einschlusskriterium war das Vorliegen von mindestens einer psychischen ICD-10 Diagnose und eine Mindestaufenthaltsdauer von zwei Wochen. Die Diagnosestellung erfolgte anhand der ICD-10 Forschungskriterien durch einen erfahrenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten.

Bei den verwendeten Daten handelte es sich um klinische Routinedaten, die im Laufe der Behandlung den Therapeuten zur Verfügung standen. Die Patienten wurden darauf hingewiesen, dass mit den von ihnen erhobenen Daten eventuell Auswertungsanalysen vorgenommen werden, weshalb es nicht notwendig war, einen Ethikantrag zu stellen.

3.2 Therapeutische Intervention am Klinikum rechts der Isar

3.2.1 Integratives Konzept mit psychodynamischer Grundhaltung

Das Therapieangebot der Station 1/21 stützt sich auf psychodynamische Prinzipien, beinhaltet jedoch eklektisch auch systemische und verhaltenstherapeutische Elemente und ist somit im Sinne eines integrativen Konzepts zu verstehen.

Auf dem Hintergrund dieser Überlegungen und in der Tradition des „integrierten Modells“ (Janssen et al. 1998, 2012) übernimmt das Team als Ganzes therapeutische Funktionen und stellt sich als Aufgabe, die entstehenden Übertragungsgeschehnisse zu reflektieren und in den therapeutischen Prozess zu integrieren. In kontinuierlichen Teamsitzungen der beteiligten Therapeuten findet ein Austausch über Erfahrungen mit Patienten, Gegenübertragungserleben, Verhaltensbeobachtungen und Affekten statt. Die Mitglieder des Teams haben somit im Sinne eines „*Containings*“ haltende und aufnehmende Funktion für die inszenierten und projizierten Konflikte der Patienten (Janssen 2012), wobei ein strukturpsychopathologischer (Rudolf 2006) und mentalisierungsbasierter Ansatz (Bateman & Fonagy 2004, Schultz-Venrath 2013) verfolgt wird.

Ein weiteres Element der Therapie stellt die Mobilisierung von Ressourcen und die Einübung von Problemlöseverhalten sowie sozialer Kompetenzen im geschützten Rahmen der Station dar. Angelehnt an das Salutogenese-Konzept von Antonovsky (1987) liegt der Fokus hierbei auf den „gesunden“ Persönlichkeitsanteilen des Patienten und dem Ausbau der Fähigkeiten, auch unter widrigen Bedingungen gesund zu bleiben bzw. gesund zu werden. Einen dieser salutogenen Faktoren stellt beispielsweise die Orientierung an zuvor vereinbarten Therapiezielen dar.

3.2.2 Therapieangebot

Die akutpsychosomatische Station verfügt über 24 Betten und kann bis zu drei integrierte tagesklinische Patienten behandeln. Das multidisziplinäre Team besteht aus einem Oberarzt, Fachärzten bzw. Assistenzärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie aus psychologischen Psychotherapeuten mit vorwiegend tiefenpsychologisch und/oder psychoanalytischer Ausbildung, Kunst- und Physiotherapeuten, einer Therapeutin für konzentrierte Bewegungstherapie, einer Therapeutin für Körperpsychotherapie, einer Sozialpädagogin und dem Pflegepersonal, welches bezugspflegerische Aufgaben übernimmt. Psychosomatisch-psychotherapeutische, internistische und neurologische Fachkompetenz wird in der Gesamtklinik ebenfalls vorgehalten.

Unter Berücksichtigung der multifaktoriellen Genese psychosomatischer und psychogener Erkrankungen, stellt die Station ein multimodales Therapieangebot zur Verfügung, welches aus verbalen, nonverbalen gestalterischen sowie aus körperpsychotherapeutischen Interventionen besteht:

Das Behandlungsangebot setzt sich aus Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Kunst- und konzentrierter Bewegungstherapie, Physiotherapie (Bewegungserfahrung nach Feldenkrais in der Gruppe und medizinisch funktionelles Training), Qi-Gong und ggf. psychopharmakologischer Therapie zusammen. Außerdem besteht je nach Indikation die Möglichkeit der Teilnahme an einem freien Atelier, einer integrativen Körpertherapie, einer Ressourcengruppe, einer Imaginationsgruppe, sozialem Kompetenztraining und einer Sportgruppe (Nordic Walking). Zusätzlich findet einmal wöchentlich ein Patientenseminar mit psychoedukativen Inhalten statt, an dem alle Patienten verpflichtend teilnehmen.

Unter Anwesenheit eines Großteils des Teams findet einmal wöchentlich eine psychosomatische Visite statt. Jeder Patient wird einer Pflegekraft zugeteilt, mit der im Rahmen wöchentlicher Bezugspflegegespräche die Therapieziele für den stationären Aufenthalt besprochen und erreicht werden sollen; zudem nehmen alle Patienten an regelmäßigen Stationsgruppen teil (in denen vornehmlich organisatorische Anliegen der Patienten ihren

Platz finden). Je nach Indikation besteht außerdem die Möglichkeit, unter Einbezug der Familienangehörigen oder Lebenspartner/-innen Paar- und Familiengespräche zu führen. Zur Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit im Team finden regelmäßig Gruppennachbesprechungen, Intervisionssitzungen sowie fallbasierte und teamdynamische Supervisionen durch einen externen Supervisor statt.

Die Häufigkeit und Dauer der einzelnen Behandlungsbausteine kann *Tabelle 4* entnommen werden.

Tabelle 4: Behandlungskomponenten

Settingübergreifende Therapieangebote	Dauer
Einzelpsychotherapie	2 x 50 Min./ Woche
Gruppenpsychotherapie	2 x 75 Min./ Woche
Kunsttherapie	1 x 100 Min./ Woche
Feldenkrais	1 x 75 Min./ Woche
Qi Gong	1 x 50 Min./ Woche
Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)	1-2 x 100 Min./ Woche
Bezugspflegegespräche	Nach Bedarf
Stationsgruppe	1 x 30 Min./ Woche
Patientenseminar	1 x 50 Min./ Woche
Psychosomatische Visite	1 x 15 Min./ Pat./ Woche (spätestens alle 14 Tage)
Zusätzliche settingspezifische Therapieangebote	
Setting A: Integrative Körpertherapie	1 x 50 Min./ Woche
Setting B: Ressourcengruppe	1 x 75 Min./ Woche
Therapieangebote nach Indikation	
Freies Atelier	1 x 100 Min./Woche
Kompetenzgruppe	1 x 100 Min./ Woche
Nordic Walking	1 x 75 Min./ Woche
Imagination	1 x 25 Min./ Woche
Medizinisch funktionelles Training	1 x 50 Min./ Woche
Physiotherapie (Einzel)	50 Min. nach Absprache
KBT (Einzel)	50 Min. nach Absprache

3.3 Datenquelle und Messinstrumente

3.3.1 Basisdokumentation

Die in der Evaluationsstudie verwendeten Daten wurden mithilfe einer elektronischen Basisdokumentation und einer standardisierten Fragebogenbatterie mittels Selbsteingabe durch die Patienten an einem Tablet Computer erhoben. Dieses Vorgehen dient dazu, eine möglichst ungestörte und unbeobachtete Atmosphäre zu schaffen, um Ausfüllfehler zu vermeiden, Testverfälschungen zum Beispiel im Sinne sozial erwünschter Antworttendenzen zu verringern und wahrheitsgemäße Angaben in den Selbstbeurteilungsfragebögen zu erhalten.

Die hierbei verwendeten Datenquellen und Messinstrumente werden im Folgenden beschrieben.

Es werden zunächst soziodemographische Daten wie das Geschlecht, Geburtsdatum, Familienstand, aktuelle Partner- und Berufssituation sowie der Schulabschluss und die Anzahl der Kinder erhoben.

3.3.2 Standardisierte Fragebögen

Die Patienten werden an zwei Messzeitpunkten, zu Beginn (t0) und am Ende (t1) der stationären Behandlung mit folgenden standardisierten psychometrischen Fragebögen untersucht: PHQ-D („*Patient Health Questionnaire*“ gibt Auskunft über Art und Ausmaß der Beschwerden hinsichtlich Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit), SF-36 („*Short Form 36*“ misst anhand von 36 Items die gesundheitsbezogene Lebensqualität) und HSRI („*Hannover Self Regulation Inventar*“), welcher die strukturelle Beeinträchtigung abbildet.

3.3.2.1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Die validierte deutsche Version des „*Patient Health Questionnaire*“ (Gräfe et al. , Spitzer et al. 1999, deutschsprachige Übersetzung: Löwe et al. 2002) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches zum Screening psychischer Störungen in der Primärmedizin entwickelt wurde (Gräfe et al. 2004). Der PHQ-D basiert auf den Diagnosekriterien des „*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*“ der *American Psychiatric Association* (DSM-IV, 4. Auflage). Die kategoriale Auswertung erfolgt anhand modifizierter Auswertungsalgorithmen des DSM-IV, kann aber auch nach dem in Deutschland gebräuchlicheren Diagnosesystem der ICD-10 ausgewertet werden. Erfasst werden insgesamt acht psychische Störungen, wobei nur für die Major Depression, die Panikstörung und die Bulimia nervosa alle erforderlichen diagnostischen Kriterien nach dem DSM-IV abgefragt

werden. Bei Störungen, deren DSM-IV Kriterien nur unvollständig abgefragt werden, besitzt der PHQ-D eher eine Screening- als eine diagnostische Funktion. Hierzu zählen andere depressive Störungen, andere Angststörungen, somatoforme Störungen, die Binge-Eating Störung und Alkoholabusus (Gräfe et al. 2004).

Für diese Studie wurde nicht die komplette Version des PHQ-D, sondern die Option C mit den Modulen Somatisierung (PHQ-15: somatoforme Störung), Depressivität (PHQ-9: Major Depression und andere depressive Störungen) und Ängstlichkeit (Panikstörung und andere Angststörungen), bestehend aus insgesamt 44 Items, verwendet (Löwe et al. 2002).

Eine Besonderheit dieses Fragebogens stellt die Möglichkeit der dimensionalen Auswertung einiger Module (Somatisierungs- und Depressionsmodul) neben der rein kategorialen Diagnostik dar (Kroenke et al. 2001, 2002). Dimensionale Auswertung bedeutet, dass unterschiedliche Schweregrade der Symptomatik bestimmt werden können, was vor allem für die Verlaufsdagnostik und zur Beurteilung des Therapieeffektes von Bedeutung ist (Gräfe et al. 2004).

Im PHQ-D wird die Dimensionalität durch ein dreistufiges Antwortformat bei den 13 Items des Somatisierungsmoduls und durch ein vierstufiges Antwortschema bei den 9 Items der depressiven Symptomatik (PHQ-9) abgefragt. Zu den 15 rein dichotomen Items des Ängstlichkeitsmoduls kommen mit der deutschen Version des „GAD-7“ (Spitzer et al. 2006) noch 7 dimensional auswertbare Items hinzu. Der Vorteil ist, die Schwere der Ängstlichkeit bei einer generalisierten Angststörung einschätzen zu können, wobei jeweils aus vier Antwortstufen ausgewählt werden kann.

In der ersten Skala zu somatoformen Erkrankungen wird die Beeinträchtigung des Patienten durch körperliche Symptome wie beispielsweise Bauch-, Rücken-, Kopfschmerzen oder Schwindel über einen Zeitraum der letzten vier Wochen auf einer 3 Punkt Skala von 0 („nicht beeinträchtigt“) über 1 („wenig beeinträchtigt“) bis 2 („stark beeinträchtigt“) erfragt. Zusätzlich zu den 13 Items des somatoformen Moduls fließen die beiden Items Schlafstörung und Müdigkeit/Energielosigkeit des Depressionsmoduls mit ein, wobei ihnen die Werte 0 („überhaupt nicht“), 1 („an einzelnen Tagen“) bzw. 2 („an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“) zugewiesen werden. Insgesamt ergibt sich somit ein Summenwert zwischen 0 und 30. Es wird hierbei zwischen mild (5-9), mittelgradig (10-14) und schwer (≥ 15) ausgeprägter Symptomstärke unterschieden (Kroenke et al. 2002).

Die Fragen zur depressiven Symptomatik beziehen sich gemessen an den DSM-IV Kriterien auf den Verlauf der letzten zwei Wochen, wobei die Beeinträchtigung hier zwischen „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ und „beinahe jeden Tag“ einzustufen ist (4 Punkt Skala von 0-3). Der Summenwert liegt zwischen 0 und 27, wobei es sich bei einem Wert kleiner 5 nicht um eine depressive Störung handelt. Ein

Wert zwischen 5 und 10 entspricht einem milden Schweregrad bei einer leichten depressiven Störung. Ab einem Wert größer 10 ist von einer Major Depression auszugehen, wobei es sich um eine mittlere (10-14), ausgeprägte (15-19) und schwerste (≥ 20) Ausprägung handeln kann.

Die 15 Items der Skala Angststörungen sind lediglich mit „ja“ und „nein“ zu beantworten und beziehen sich auf die letzten vier Wochen beziehungsweise konkret auf den letzten „schlimmen Angstanfall“. Es werden leichtere vegetative Symptome wie Schwitzen, Zittern oder Benommenheit bis hin zu Luftnot und der Angst zu sterben abgefragt (Löwe et al. 2002). Der GAD-7 erlaubt im Anschluss eine Beurteilung der Beeinträchtigungsschwere. Bei einem Summenwert zwischen 0 und 21 können vier Ausprägungsgrade differenziert werden: milde (0-4), geringe (5-9), mittelgradige (10-14) sowie schwere (15-21) Ängstlichkeit (Spitzer et al. 2006).

2004 führten Gräfe, Zipfel, Herzog und Löwe die erste Validierungsstudie der deutschen Version des „*Patient Health Questionnaire*“ an 357 internistischen und 171 psychosomatischen Patienten durch. Die Patienten wurden mit dem PHQ-D und dem „Strukturierten Klinischen Interview“ für die DSM-IV Achse I (SKID-1) (Wittchen et al. 1997) untersucht. Als Maß für die Kriteriumsqualität weist der PHQ-D laut den genannten Autoren auf allen Skalen, insbesondere bei der Diagnose der Major Depression, gute Klassifikationseigenschaften auf.

Die Konstruktvalidität wurde anhand des Zusammenhangs von PHQ-D Diagnosen mit dem Inanspruchnahmeverhalten (Anzahl der Ärzte und Arztbesuche in den letzten 3 Monaten), der psychosozialen Beeinträchtigung sowie der Arbeitsfähigkeit überprüft. Hierbei konnte gezeigt werden, dass das Vorliegen einer mittels PHQ-D diagnostizierten psychischen Störung zu signifikant mehr Arztbesuchen, stärkerer psychosozialer Beeinträchtigung sowie häufigerer Arbeitsunfähigkeit führte. Das Instrument besitzt außerdem eine hohe Inhaltsvalidität, da die diagnostischen Kriterien des DSM-IV direkt abgefragt werden. Für die Depressivitätsskala beträgt die interne Konsistenz nach Cronbach's $\alpha = 0,88$ und die der Somatisierungsskala $\alpha = 0,79$ was als sehr gut angesehen werden kann (Gräfe et al. 2004).

Die deutsche Version des GAD-7 wurde 2006 an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung (N=5035) an der Universität Leipzig validiert. Erste Ergebnisse dieser Studie lassen auf eine gute interne Konsistenz $\alpha = 0,89$ und Konstruktvalidität der deutschen Version des GAD-7 schließen (Löwe et al. 2008).

3.3.2.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der „*Short-Form-36 Health Survey*“ (SF-36; Ware Jr & Sherbourne 1992, deutschsprachige Übersetzung: Bullinger et al. 1995) wurde im Rahmen der *Medical Outcome Study* als Selbstbeurteilungsverfahren zur krankheitsübergreifenden Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt. Der Fragebogen bezieht sich auf die wesentlichen Parameter für die psychischen, körperlichen und sozialen Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht des Patienten über einen Zeitraum der letzten vier Wochen.

Der SF-36 Health Survey besteht aus 36 Items und beinhaltet die folgenden 8 Skalen:

- Körperliche Funktionsfähigkeit (PF)
- Körperliche Rollenfunktion (RP)
- Körperliche Schmerzen (BP)
- Allgemeiner Gesundheitszustand (GH)
- Vitalität (VT)
- Soziale Funktionsfähigkeit (SF)
- Emotionale Rollenfunktion (RE)
- Psychisches Wohlbefinden (MH)

Die Antwortkategorien der Items variieren zwischen binären „ja-nein“-Antworten bis hin zu sechsstufigen Antwortskalen, um das subjektive Erleben der Patienten am besten abbilden zu können (Bullinger et al. 1995, Bullinger 2000).

Im Rahmen dieser Untersuchung werden allerdings nicht alle Subskalen einzeln interpretiert, sondern zu zwei Dimensionen zusammengefasst. Interpretiert werden einmal der körperliche Gesundheitszustand (*physical component score*, PCS) sowie die Dimension der psychischen Gesundheit (*mental component score*, MCS). Der Summenscore PCS setzt sich aus den Komponenten für körperliche Gesundheit (PF, RP, BP und GH) zusammen und der Summenscore MCS aus den Komponenten des SF-36, welche die psychische Gesundheit abbilden (VT, SF, RE, MH) (Ellert & Kurth 2004).

Die einzelnen Items werden anhand eines computerisierten Auswertungsprogrammes über die Subskalen hinweg addiert, gewichtet und in Skalenwerte zwischen 0 und 100 transformiert. Höhere Werte stehen hierbei für eine größere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Bullinger 2000).

Die psychometrische Prüfung und Validierung des deutschen SF-36 basiert auf insgesamt neun Studiengruppen: Die gesunden Populationen setzen sich aus 375 Medizinstudenten und 350 Eltern von Schulkindern zusammen. Zum Vergleich wurden zwei Gruppen von

Schmerzpatienten, darunter 203 Migränapatienten und eine Rückenschmerzpopulation (N=243) mit dem SF-36 untersucht. Außerdem bezog sich die Studie auf 153 Bluthochdruckpatienten, 308 Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit, 300 Patienten mit Herzklappenfehlern und auf 110 dialysepflichtige Patienten (Bullinger 2000).

Die Ergebnisse dieser langjährigen Analyse (1992-1996) zeigen eine akzeptable Reliabilität in allen Populationen mit einer internen Konsistenz nach Cronbach's $\alpha = 0,70$. Geringe Einschränkungen ergeben sich bei der „Sozialen Funktionsfähigkeit“ und der „Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung“.

Die konvergente Validität, gemessen an der Übereinstimmung des SF-36 mit anderen Skalen wie dem „*Nottingham Health Profile*“ (NHP), ergibt eine hohe Korrelation in einigen Subskalen und die diskriminante Validität stellt sich in allen Populationen als zufriedenstellend heraus (Bullinger 2000).

Die Sensitivität wurde anhand der zeitlichen Veränderung im Rahmen von Therapien untersucht. Der SF-36 zeigt sich in der Erfassung der körperlichen Dimensionen im Vergleich zum NHP als präziser, wohingegen sich der NHP in der Messung der sozialen Dimensionen als sensitiver erwies.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der SF-36 einige exzellente psychometrische Eigenschaften aufweist und zu einem der Instrumente zählt, die weltweit am häufigsten zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität herangezogen werden (Bullinger 2000).

3.3.2.3 Hannover Selbstregulationsinventar (HSRI)

Das Hannover Selbstregulationsinventar („*Hannover Self Regulation Inventar*“, HSRI; Jäger et al. 2012) wurde als ökonomischer Selbstbeurteilungsfragebogen zur Messung von Selbstregulationsfähigkeit und Ich-Funktionen entwickelt.

Das HSRI besitzt 35 Items, die zu den folgenden 5 Skalen mit jeweils 7 Items gruppiert sind:

- Beziehungsstörungen (z.B. „in Beziehungen erlebe ich ein ständiges Hin und Her“)
- Frustrationstoleranz und Impulskontrolle (z.B. „Ich kann vor Wut nicht richtig denken“)
- Identitätsstörungen (z.B. „meine Umgebung kommt mir unwirklich vor“)
- Affektdifferenzierung und Affekttoleranz (z.B. „Ich kann mich nicht beruhigen obwohl ich mir das wünsche“)
- Selbstwertregulation (z.B. „Lob kann ich ganz schwer annehmen“)

Das Antwortformat besitzt 6 Stufen und reicht von 1=nie über 2=selten, 3=manchmal, 4=oft, 5=sehr oft bis 6=immer. Der Gesamtwert wird aus der Summe der Einzelskalen gebildet und variiert so zwischen 0-25. Je höher der Gesamtwert, desto niedriger das Strukturniveau, wobei in der Klassifizierung zwischen einem hohen (0-4), einem mittleren (5-9), einem niedrigen (10-14) und einem sehr niedrigen (>15) Strukturniveau differenziert werden kann.

Laut einer Validitätsstudie von Jäger et al. (2012) differenzieren die Skalen und der Gesamtwert gut zwischen verschiedenen Diagnosegruppen ($F_{ANOVA} = 9,8$; $df = 11$; $p < 0,001$) und auch hinsichtlich der internen Konsistenz erweist sich der Fragebogen als reliabel.

Die internen Konsistenzen berechnet nach Cronbach's alpha liegen zwischen 0,89 (Skalen Beziehungsstörung und Frustrationstoleranz) und 0,92 (Skala Affektdifferenzierung/-toleranz).

Verglichen mit Skalen von konstrukt-nahen und konstrukt-fernten Fragebögen wie dem „Beck Depressions Inventar“ (BDI) und dem „State-Trait-Angst-Inventar“ (STAI) zeigt der HSRI gute Werte bezüglich der konvergenten und diskriminanten Validität.

Zusammengefasst handelt es sich bei diesem Fragebogen um ein valides und reliables Screening Instrument zur ersten Abschätzung ich-struktureller Defizite, wobei die skalare Struktur eine gezielte Auswahl der zu fördernden Bereiche der Selbstregulation erlaubt (Jäger et al. 2012). Anzumerken ist jedoch, dass der Fragebogen nicht an das Konzept der OPD-2 angelehnt ist und möglicherweise nur einen Teil der Struktursystematik abbildet.

3.4 Statistik

3.4.1 Effektstärken

Unter der Effektstärke (*ES*) oder Effektgröße versteht man ein Maß für die Veränderung zweier Messergebnisse zwischen verschiedenen Zeitpunkten. In diesem Fall wurden die Behandlungseffekte für die Mittelwertsunterschiede zwischen dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme (*Prä*; t_0) und der Entlassung (*Post*; t_1) errechnet. Effektstärken sind relativ unabhängig vom eingesetzten Messinstrument und der Stichprobengröße weshalb sie sich gut zum Vergleich unterschiedlicher Studien heranziehen lassen (Bortz & Schuster 2010). Da es sich in dieser Studie um ein Eingruppen-Prä-Post-Design handelt, erfolgte die Berechnung der Effektstärke nach der von Morris & DeShon (2002) empfohlenen Formel: die Mittelwertsdifferenz der Prä- und Postmessung ($M_{Prä} - M_{Post}$) dividiert durch die Standardabweichung der Differenz (SD_{Diff}).

$$ES = \frac{M_{Prä} - M_{Post}}{SD_{Diff}}$$

Zur Klassifikation und Interpretation der Effektstärken wurden die Konventionen von Cohen (1988) herangezogen, gemäß derer ein Wert von $ES \geq 0,2$ und $< 0,5$ als kleiner Effekt, $ES \geq 0,5$ und $< 0,8$ als mittlerer Effekt und $ES > 0,8$ als großer Effekt interpretiert wird. Die Vorzeichen wurden gegebenenfalls so verändert, dass eine positive Effektstärke immer Verbesserung bedeutet.

3.4.2 Statistische Signifikanz

Ein Ergebnis gilt als statistisch signifikant, wenn der gemessene Unterschied mit 95% Wahrscheinlichkeit nicht auf einen Zufall oder einen Messfehler zurückzuführen ist, wobei die statistische Signifikanz von der Größe der Unterschiede sowie von der Streuung der Messwerte und von der Stichprobengröße abhängt. Als Signifikanzniveau wurde entsprechend der wissenschaftlichen Standards in dieser Studie $\alpha = 0,05$ gewählt. Ein signifikantes Ergebnis liegt also bei $p < 0,05$ vor. Wenn $p < 0,01$ beträgt, handelt es sich um ein sehr signifikantes und bei $p < 0,001$ um ein hochsignifikantes Ergebnis (Bortz & Schuster 2010).

3.4.3 Statistisches Vorgehen

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe des Statistikprogramms SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), Version 22. Zur Ermittlung der deskriptiven Statistik wurden folgende statistische Verfahren verwendet: Häufigkeitsauszählung und -verteilung, Berechnung von Mittelwert (M), Median, Minimal- und Maximalwert, Spannweite und Standardabweichung (SD). Die Veränderung von Mittelwerten zwischen den zwei Messzeitpunkten (t_0 ; t_1) wurde mittels t-Test für gepaarte Stichproben auf Signifikanz oder Tendenz überprüft. Außerdem kamen je nach Fragestellung (prädiktive Bedeutung krankheitsbezogener und soziodemographischer Variablen) verschiedene statistische Tests wie regressionsanalytische Verfahren, einfaktorielles Varianzanalysen (ANOVA) und Chi-Quadrat-Tests zur Untersuchung möglicher Einflussfaktoren und von Gruppenunterschieden zum Einsatz. Um eine Aussage über die Signifikanz von Mittelwertunterschieden in verschiedenen Gruppen machen zu können wurden Post-hoc-Tests nach Scheffé durchgeführt.

Die Interpretation der berechneten Korrelationskoeffizienten bei der Untersuchung von Zusammenhängen mithilfe von Pearson-Korrelationen erfolgte nach Cohen (1988), wobei $r = 0,10$ als kleiner, $r = 0,30$ als moderater und $r = 0,50$ als starker Zusammenhang definiert wird.

Zur besseren Anschaulichkeit der Ergebnisse wurden Diagramme und Tabellen eingefügt. Die Erstellung der Graphiken erfolgte mit dem Programm Microsoft Excel 2008, die tabellarische Darstellung mit dem Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word 2008.

4 ERGEBNISSE

4.1 Stichprobe

4.1.1 Soziodemographische Daten

Im Rahmen der Studie wurden die soziodemographischen Daten von 80 Patienten erfasst (Tab. 5).

Geschlecht und Alter

Darunter befanden sich 60 Frauen und 20 Männer im Alter von 19 bis 82 Jahren. Der Anteil der Frauen (75%) war somit dreimal so hoch wie der der Männer (25%). Das Durchschnittsalter betrug zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 46,2 Jahre ($SD = 14,2$).

Familienstand und Partnersituation

Mit jeweils 41,3% ($n=21$) waren ebenso viele Patienten *ledig* wie *verheiratet*, lediglich 7 Patienten waren *geschieden* und 4 Patienten bereits *verwitwet*. Hinsichtlich der Partnersituation gab die Mehrzahl der Patienten ($n=32$) an in einer *festen Partnerschaft zu leben*, 4 Patienten waren zwar in einer *festen Partnerschaft*, lebten jedoch *getrennt* und 24 Patienten gaben an in *keiner festen Partnerschaft* zu sein.

Anzahl der Kinder

Bezüglich der Anzahl der Kinder gaben 29 Patienten an *keine Kinder* zu haben, 6 Patienten gaben an *1 Kind* zu haben, 18 Patienten hatten *2 Kinder* und ein kleiner Teil ($n=8$) hatte *3 Kinder*.

Schulabschluss und Berufsausbildung

Bei der Frage nach der Schulbildung gaben 23 Patienten an über einen *Realschulabschluss* zu verfügen, 23 Patienten konnten einen *Hauptschulabschluss* vorweisen, wovon 19 eine *abgeschlossene Lehre* besaßen. Ein kleiner Anteil von 10 Patienten hatte das (*Fach-*) *Abitur*, wovon 7 Patienten zusätzlich ein *abgeschlossenes Hochschulstudium* besaßen. Bei den Angaben zur Berufssituation gaben 32 Patienten an einem Beruf nachzugehen, wovon 20 in *Vollzeit* und 12 in *Halbzeit* beschäftigt waren. Fünf Patienten gaben an als *Hausfrau* bzw. *-mann* tätig zu sein und 11 Patienten waren zu dem Zeitpunkt *arbeitslos* bzw. *-suchend*. Zwei der Patienten befanden sich noch *in Ausbildung* und 10 Patienten waren schon aus dem Berufsleben ausgeschieden und lebten *in Rente*.

Insgesamt machten 63 Personen Angaben zu ihrem Familienstand, 60 zu ihrer Partnersituation und 61 gaben Auskunft über die Anzahl der Kinder. Zum Schulabschluss und zur beruflichen Situation gaben jeweils 64 Personen Auskunft.

Tabelle 5: Angaben zur Soziodemographie

Soziodemographisches Merkmal	n (gültige Prozent)	N	
Geschlecht		80	
weiblich	60 (75,0)		
männlich	20 (25,0)		
Familienstand		63	
ledig	26 (41,3)		
verheiratet	26 (41,3)		
geschieden	7 (11,1)		
verwitwet	4 (6,3)		
Partnersituation		60	
kein fester Partner	24 (40,0)		
fester Partner getrennt lebend	4 (6,7)		
fester Partner zusammen lebend	32 (53,3)		
Anzahl der Kinder		61	
keine Kinder	29 (47,5)		
1 Kind	6 (9,8)		
2 Kinder	18 (29,5)		
3 Kinder	8 (13,1)		
Schulabschluss		64	
Hauptschulabschluss ohne abgeschlossene Lehre	4 (6,3)		
Hauptschulabschluss mit abgeschlossener Lehre	19 (29,7)		
Realschulabschluss	23 (35,9)		
(Fach-) Hochschulreife	10 (15,6)		
abgeschlossenes Studium	7 (10,9)		
ohne Schulabschluss	1 (1,6)		
Berufssituation		64	
Vollzeit	20 (31,3)		
Teilzeit	12 (18,8)		
arbeitslos/-suchend	11 (17,2)		
Rente	10 (15,6)		
Hausfrau/-mann	5 (7,8)		
in Ausbildung	2 (3,1)		
Sonstiges	4 (6,3)		
	M (SD)	Spannweite	
Alter	46,24 (14,16)	19 J.-82 J.	79

Anmerkungen: *n* bezeichnet die Anzahl der Personen, *gültige Prozent* bezieht sich auf den Prozentsatz innerhalb derer, die Angaben zur jeweiligen Dimension gemacht haben, also der *N*. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung.

4.1.2 Zuordnung der Stichprobe zu den Settings

In der untersuchten Stichprobe ($n=80$) der vorliegenden Studie wurden 29 Patienten (36,25%) im A-Setting, 23 Patienten (28,75%) im B-Setting und 28 Patienten (35%) im C-Setting behandelt.

4.1.3 Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnosen

Die ICD-10-Hauptdiagnosen waren wie folgt verteilt (*Tab. 6, Abb. 1*): 45% somatoforme Störungen, 23,8% affektive Störungen, 12,5% Angststörungen, 8,8% Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, 5% dissoziative Störungen, 2,5% Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, 1,25% Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide und 1,25% sonstige neurotische Störungen.

Tabelle 6: Verteilung von ICD-10 Hauptdiagnosen

Kategorien der ICD-10 Diagnosen	Psychische Diagnosen	n (%)
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	1 (1,25)
Affektive Störungen	F32 Depressive Episode F33 Rezidivierende depressive Episode F34 Sonstige anhaltende affektive Störungen	7 (8,75) 11 (13,75) 1 (1,25)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F40 Phobische Störungen F41 Andere Angststörungen F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F44 Dissoziative Störungen F45 Somatoforme Störungen F48 Sonstige neurotische Störungen	6 (7,5) 4 (5,0) 7 (8,75) 4 (5,0) 36 (45,0) 1 (1,25)
Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren	F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten	2 (2,5)

Anmerkungen: n bezeichnet die Anzahl der Personen, bei denen die jeweilige psychische Störung diagnostiziert wurde. % bezieht sich auf den prozentualen Anteil dieser Diagnosegruppe an allen eingeschlossenen Patienten (N=80).

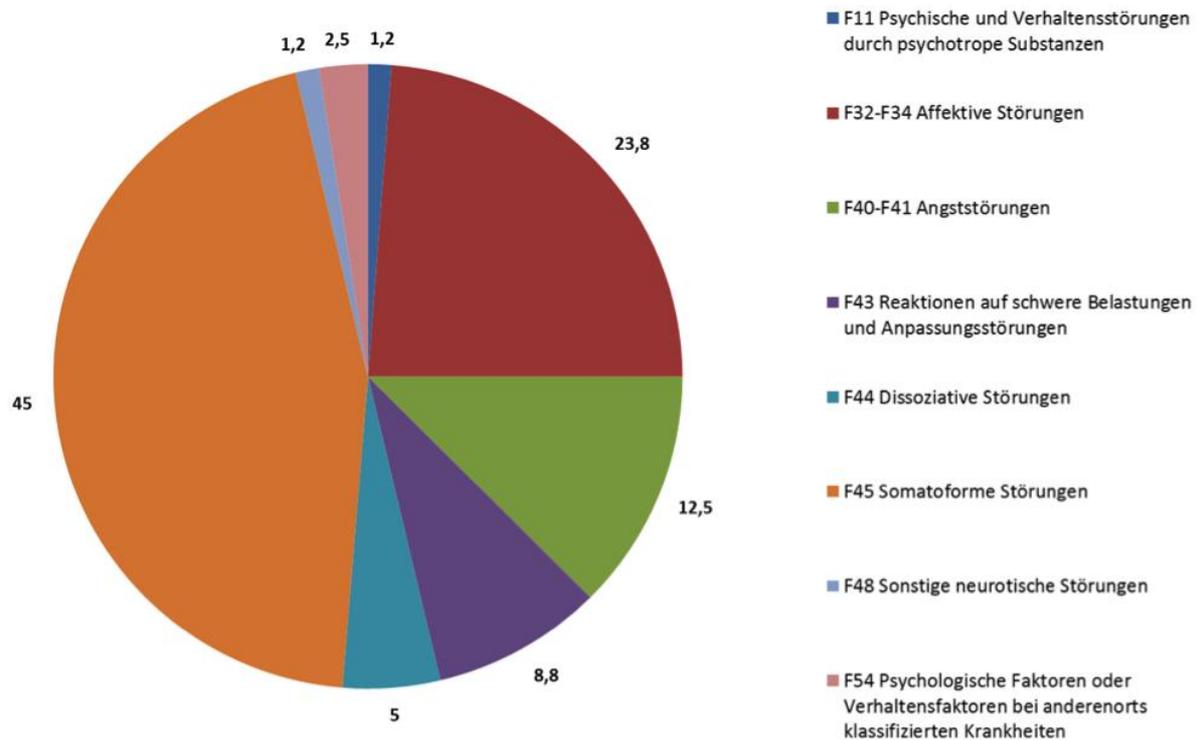


Abbildung 1: Diagnoseverteilung (ICD-10 Erstdiagnosen) innerhalb der Stichprobe zu Therapiebeginn (t0) in Prozent.

4.1.4 Behandlungsdauer

Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der 80 Patienten beträgt 49,6 Tage bzw. 7,1 Wochen mit einer Standardabweichung von 14,1 Tagen. Es ergibt sich eine Spannweite der Behandlungsdauer zwischen einem Minimum von 15 Tagen (Mindestaufenthaltsdauer als Einschlusskriterium zur Studie) und einer maximalen Behandlungsdauer von 92 Tagen.

4.1.5 Psychische Komorbidität

20% (n=16) der Patienten innerhalb der Stichprobe wiesen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme lediglich eine psychische Diagnose anhand des ICD-10 Diagnosekataloges auf. Bei 50% der Patienten (n=40) lag eine weitere psychische Diagnose vor und bei 25% (n=20) wurden zwei zusätzliche Diagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10 diagnostiziert. Lediglich bei 5% (n=4) lagen insgesamt vier psychische Diagnosen vor.

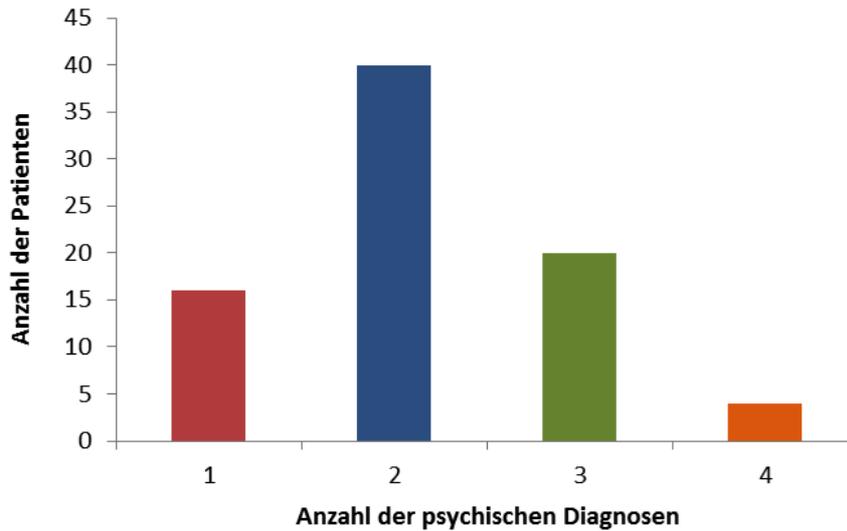


Abbildung 2: Anzahl der psychischen Diagnosen.

Betrachtet man nur die Nebendiagnosen, handelt es sich bei 44 Patienten (35,2%) um psychische Diagnosen im Bereich der *depressiven* oder *dysthymen Störungen* (F32-34). Zu nennen wären beispielsweise 14 Patienten, die zusätzlich zu ihrer Erstdiagnose an einer mittelgradig depressiven Episode (F32.1) erkrankt sind und 22 Patienten, die komorbid unter *rezidivierenden mittelgradigen Depressionen* (F33.1) leiden. 5,6% der Stichprobe (n=7) leidet unter komorbiden *Zwangs- und Angststörungen* (F40-42) und 11 Patienten zeigen *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (F43), wobei hier vor allem die *posttraumatische Belastungsstörung* auftritt (n=8). Da die *somatoforme Störung* (F45) einen Großteil der Hauptdiagnosen ausmacht, liegt sie als komorbide Störung zusätzlich zu einer anderen psychischen Diagnose nur bei 8 Patienten vor.

In *Abbildung 3* sind nur die Komorbiditäten zwischen den drei großen Diagnosegruppen *depressive Störungen* (F32/F33/F34), *somatoforme Störungen* (F45) und *Angst- und Zwangsstörungen* (F40/F41/F42) dargestellt. Diese Zahlen beziehen sich jedoch im Unterschied zu oben (vgl. 4.1.2 *Verteilung der ICD-10 Hauptdiagnosen*) auf Haupt- und Nebendiagnosen. Insgesamt wurde bei 62 Patienten die Diagnose einer depressiven Störung gestellt, 44 Patienten waren an einer somatoformen Störung erkrankt und 15 Patienten litten unter einer Angst- oder Zwangsstörung. Hier fällt vor allem eine große Überschneidung von somatoformen Störungen und Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis auf.

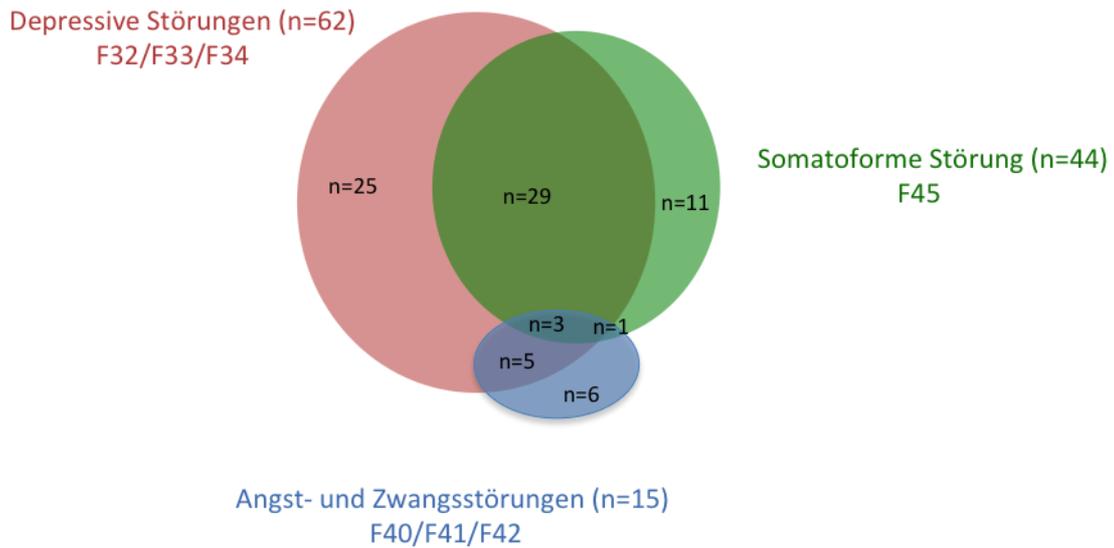


Abbildung 3: Darstellung der Anteile vorkommender Diagnosegruppen (depressive Störungen, somatoforme Störungen, Angst- und Zwangsstörungen) und ihrer Überschneidungsbereiche.

Ergänzend dazu zeigt *Abbildung 4* die Überschneidungen zwischen *Anpassungs- und dissoziativen Störungen* (F43/F44) und *depressiven - bzw. somatoformen Störungen*. Die Diagnose einer Anpassungs- oder dissoziativen Störung wurde bei 24 Patienten gestellt und kommt fast nur in Kombination mit einer der anderen Diagnosegruppen, vor allem der depressiven Störung, vor.

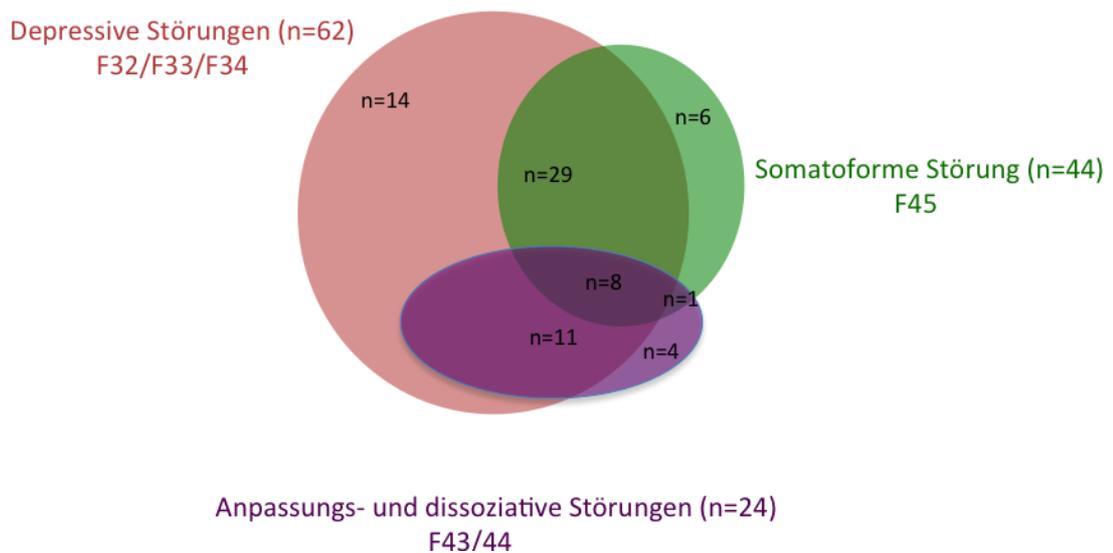


Abbildung 4: Darstellung der Anteile vorkommender Diagnosegruppen (depressive Störungen, somatoforme Störungen, Anpassungs- und dissoziative Störungen) und ihrer Überschneidungsbereiche.

4.2 Behandlungseffekte

4.2.1 Veränderung der Symptombelastung von Angst, Depressivität und Somatisierung

In **Fragestellung 1** wurde geklärt, ob die stationäre, akutpsychosomatische Behandlung zu einer signifikanten Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik führt. Dazu wurden die Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der PHQ-D Skalen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit zum Aufnahmezeitpunkt (t_0) sowie zum Entlassungszeitpunkt (t_1) gemessen. Diese Daten bildeten die Grundlage zur Berechnung der Effektstärken, wobei die Veränderungen der Werte mithilfe eines t-Tests auf Signifikanz überprüft wurden.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme (t_0) lagen die Mittelwerte aller Patienten der Stichprobe bezüglich der Skalen Somatisierung ($M = 12,5$; $SD = 5,8$), Depressivität ($M = 12,1$; $SD = 6,2$) und Ängstlichkeit ($M = 10,0$; $SD = 5,4$) jeweils im Bereich einer mittelgradig ausgeprägten Symptomschwere (vgl. Kapitel 3.3.2.1 *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*).

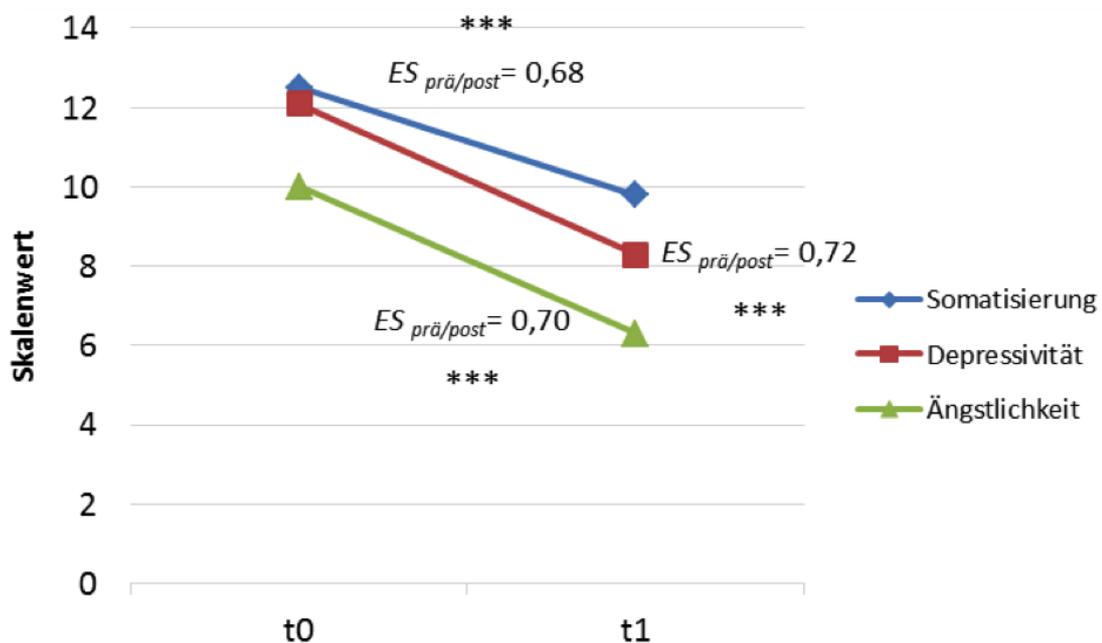


Abbildung 5: Verlauf der Somatisierungs-, Depressivitäts- und Angstsymptomatik nach PHQ-D von der Aufnahme (t_0) bis zur Entlassung (t_1).

Anmerkungen: *** $p < 0,001$; Die maximalen Skalenwerte betragen 30 (Somatisierung), 27 (Depressivität) und 21 (Ängstlichkeit).

Zum Entlassungszeitpunkt (t1) zeigte sich in allen drei Skalen eine statistisch hochsignifikante Verbesserung der Symptombelastung ($p < 0,001$) mit Effektstärken von $ES = 0,70$ (Ängstlichkeit), $ES = 0,68$ (Somatisierung) und $ES = 0,72$ (Depressivität), was moderaten bis starken Behandlungseffekten entspricht (Abb.5, s. Anhang Tab. 11).

Hinsichtlich der Somatisierung befanden sich die Patienten am Ende der Therapie (t1) mit $M = 9,8$ ($SD = 4,9$) nun im Grenzbereich zwischen einer milden und mittelgradig ausgeprägten Symptomschwere. Auf der Skala Depressivität bildete sich zum Entlassungszeitpunkt (t1) bei $M = 8,3$ ($SD = 4,5$) eine milde Ausprägung und bezüglich der Dimension Ängstlichkeit eine geringe Ausprägung ($M = 6,3$; $SD = 4,7$) ab (vgl. Kapitel 3.3.2.1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)).

4.2.2 Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Anschließend stellt sich die Frage, ob die vollstationäre, akutpsychosomatische Behandlung zu einer signifikanten Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt (**Fragestellung 2**).

Der Mittelwert einer Normstichprobe, welche als Referenz für den SF-36 angegeben wird, liegt bezogen auf einen Summenscore von 100 bei $M = 50$ ($SD = 10$) (Ellert & Kurth 2004). Verglichen mit dieser Normpopulation liegt der Ausgangswert der Patienten in etwa ein (PCS: $M = 39,5$) bis ein-dreiviertel (MCS: $M = 32,6$) Standardabweichungen unter diesem Wert, was auf eine wesentlich niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität in der untersuchten Stichprobe schließen lässt. Es ergaben sich, bezogen auf die Gesamtstichprobe, sehr signifikante ($p < 0,01$; PCS) bis hochsignifikante ($p < 0,001$; MCS) Verbesserungen zwischen beiden Messzeitpunkten. In Bezug auf die körperliche Lebensqualität (PCS) zeigte sich zwischen dem Beginn der Behandlung ($M = 39,5$; $SD = 11$) und dem Entlassungszeitpunkt ($M = 41,8$; $SD = 11,9$) ein kleiner Effekt von $ES = 0,31$. Die Effektstärke für die Zunahme der psychischen Lebensqualität (MCS) zwischen Messzeitpunkt t0 ($M = 32,6$; $SD = 11,9$) und t1 ($M = 39,7$; $SD = 12$) beträgt $ES = 0,63$, was einem moderaten Effekt entspricht (Abb. 6, s. Anhang Tab. 12).

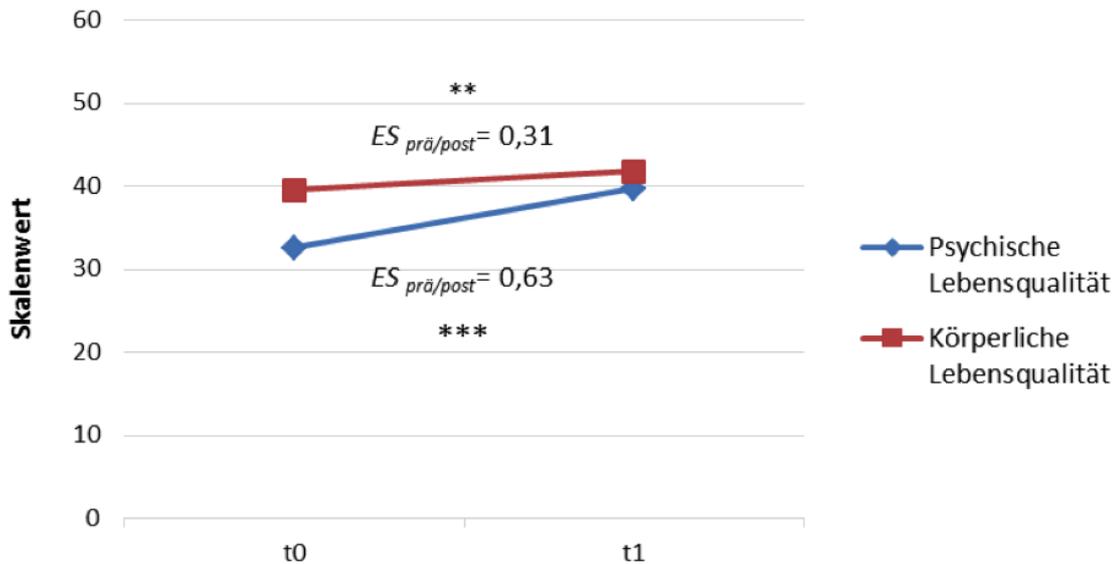


Abbildung 6: Verlauf der psychischen und körperlichen Lebensqualität nach SF-36 über die Messzeitpunkte Aufnahme (t0) und Entlassung (t1).

Anmerkungen: ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; der maximale Skalenwert beträgt jeweils 100.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Patienten an gesundheitsbezogener Lebensqualität gewonnen haben, wobei die Verbesserung der psychischen Lebensqualität von einem geringeren initialen Niveau ausgehend stärker ausgeprägt war. Verglichen mit der Normstichprobe befanden sich die Patienten jedoch auch am Ende der Therapie (t1) noch unterhalb des Referenz-Mittelwerts.

4.2.3 Veränderung der strukturellen Beeinträchtigung

Fragestellung 3 beschäftigt sich mit einer möglichen Veränderung der strukturellen Beeinträchtigung der Patienten bezogen auf Ich-Funktionen und Selbstregulationsfähigkeit, welche anhand des HSRI gemessen wurden.

Zu Beginn der Behandlung (t0) lag die Gesamtstichprobe mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von $M = 7,1$ ($SD = 4,4$) im Bereich eines mittelhohen Strukturniveaus. Auch der mittlere Gesamtwert von $M = 6,3$ ($SD = 4,1$) zum Therapieende lässt auf ein mittleres Strukturniveau schließen (vgl. Kapitel 3.3.2.3 *Hannover Selbstregulationsinventar (HSRI)*). Nichtsdestotrotz zeigten sich bezüglich der psychischen Struktur für die Gesamtstichprobe in drei der Unterskalen und in der Gesamtskala signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme- (t0) und Entlassungszeitpunkt (t1). Wie in *Tabelle 7* dargestellt, ergaben sich im t-Test bei gepaarten Stichproben signifikante Verbesserungen auf den Skalen „Frustrationstoleranz und Impulskontrolle“, „Affektdifferenzierung und Affekttoleranz“, „Selbstwertregulation“ sowie im Gesamtscore (jeweils $p < 0,05$).

Tabelle 7: Prä-Post-Behandlungseffekte bezüglich struktureller Beeinträchtigung

Instrument	Range	n	t0 M (SD)	t1 M (SD)	ES (n=73)	p
HSRI		77				
Beziehungsstörungen	0-5		1,2 (1,0)	1,1 (0,9)	0,14	0,099
Frustrationstoleranz	0-5		1,7 (0,9)	1,5 (0,9)	0,29	0,012
Identitätsstörungen	0-5		0,7 (0,8)	0,6 (0,8)	0,17	0,215
Affektdifferenzierung/-toleranz	0-5		1,8 (1,1)	1,5 (1,0)	0,38	0,010
Selbstwertregulation	0-5		1,7 (1,2)	1,5 (1,0)	0,29	0,002
Gesamtwert	0-25		7,1 (4,4)	6,3 (4,1)	0,26	0,024

Anmerkungen: n = Personenzahl, t0 = Aufnahmezeitpunkt, t1 = Entlassungszeitpunkt, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke (fett, wenn signifikant), p = Signifikanz (zweiseitig). Der maximale Skalenwert beträgt 25 wobei gilt, je höher die Werte, umso niedriger das Strukturniveau.

Die Effektstärken hinsichtlich der Ich-Funktionen und Selbstregulation liegen hierbei mit $ES = 0,26$ bis $ES = 0,38$ im niedrigen Bereich. Auf den Skalen „Beziehungsstörungen“ und „Identitätsstörungen“ konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen gefunden werden.

4.2.4 Störungsorientierte Veränderungen in Diagnosegruppen

Zur Überprüfung der Fragestellung, ob sich störungsorientierte Behandlungseffekte finden lassen (**Fragestellung 4**), wurde die Gesamtstichprobe zunächst anhand der vergebenen ICD-10 Diagnosen in vier Diagnosegruppen unterteilt: Affektive Störungen (n = 59), Angst-/Zwangsstörungen (n = 15), Belastungs-/ dissoziative Störungen (n = 21) sowie somatoforme Störungen (n = 42). Einschlusskriterium für eine dieser Gruppen war, die jeweilige ICD-10 Diagnose entweder als Haupt- oder als Nebendiagnose erhalten zu haben.

Die Mittelwerte zu Beginn der Behandlung (M (t0)) sowie die berechneten Effektstärken (ES) sind *Tabelle 8* zu entnehmen.

Tabelle 8: Anfängliche Ausprägung der Psychopathologie und der Lebensqualität sowie störungsorientierte Behandlungserfolge in Diagnosegruppen

	Behandlungserfolg im PHQ-D						SF-36			
	Depressivität		Ängstlichkeit		Somatisierung		MCS		PCS	
	<i>M (t0)</i>	<i>ES</i>	<i>M(t0)</i>	<i>ES</i>	<i>M (t0)</i>	<i>ES</i>	<i>M(t0)</i>	<i>ES</i>	<i>M(t0)</i>	<i>ES</i>
F32 - F34 Affektive St.										
HD (n=18)	11,4	0,98	7,6	0,84	10,9	0,73	32,6	1,37	40,3	0,03
ND (n=41)	13,1	0,63	11,6	0,73	13,6	0,55	29,9	0,54	38,7	0,31
F40 - F42 Angst-/Zwangsst.										
HD (n=10)	11,6	0,38	11,2	1,39	13,9	1,24	35,6	0,51	38,0	0,72
ND (n=5)	13,6	1,02	11,8	1,23	11,6	0,43	32,3	0,65	41,8	0,46
F43 - F44 Belastungs-/ dissoziative St.										
HD (n=9)	14,5	0,82	10,9	0,59	11,8	0,96	31,5	0,06	44,0	0,68
ND (n=12)	11,5	-0,06	9,2	0,26	12,9	0,18	35,0	0,25	36,2	0,40
F45 Somatoforme Störungen										
HD (n=36)	11,5	0,48	10,4	0,62	13,2	0,51	33,1	0,50	38,4	0,24
ND (n=6)	13,1	2,04	10,6	1,10	12,7	1,25	32,7	0,79	36,6	0,24

Anmerkungen: HD = Hauptdiagnose, ND = Nebendiagnose; *M* = Mittelwert, *ES* = Effektstärke, große Effekte fett ($ES \geq 0,80$), statistisch nicht signifikante Effekte grau ($p > 0,05$); PHQ-D = Patient Health Questionnaire (hohe Werte bedeuten starke psychopathologische Beeinträchtigung), SF-36 = Short form 36 (hohe Werte bedeuten hohe Lebensqualität), MCS = mental health component summary score, PCS = physical health component summary score.

Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem depressiven Formenkreis verbesserten sich in ihrer Psychopathologie am stärksten hinsichtlich ihrer Depressivität ($ES = 0,98$; $p = 0,001$) und zeigten eine gute Reduktion der Ängstlichkeit ($ES = 0,84$; $p = 0,003$). Ebenso gewannen diese Patienten beträchtlich an psychischer Lebensqualität ($ES = 1,37$; $p = 0,000$).

Bei den insgesamt 15 Patienten mit einer Angst- und / oder Zwangsstörung kam es zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik ($ES = 1,23 - 1,39$; $p < 0,05$) sowie der Somatisierung ($ES = 0,43 - 1,24$), wobei sich diese nur bei den 10 Patienten mit einer Hauptdiagnose in dieser Kategorie als statistisch signifikant erwies ($p = 0,003$). Die Verbesserung der mentalen und körperlichen Lebensqualität dieser Patienten lag mit $ES = 0,51 - 0,65$ ($p > 0,05$) bzw. $ES = 0,46 - 0,72$ ($p = 0,049 - 0,355$) im moderaten Bereich. Die 9 Patienten, welche unter einer Belastungs- oder dissoziativen Störung litten, verbesserten sich signifikant in der körperbezogenen Dimension Somatisierung ($ES = 0,96$; $p = 0,039$). In Bezug auf ihre Depressivität erreichten sie mit $ES = 0,82$ ebenfalls hohe Effekte, welche jedoch statistisch nicht signifikant waren ($p = 0,064$). Es zeichnete sich außerdem

eine moderate Verbesserung der körperlichen Lebensqualität ab, welche sich allerdings ebenfalls als statistisch nicht signifikant erwies ($p = 0,121$).

In der Gruppe der somatoformen Störungen ließen sich bei den 36 Patienten über alle Skalen hinweg (PHQ-D und SF-36) geringe bis mittlere Prä-Post-Effekte messen ($ES = 0,24 - 0,62$; $p < 0,05$). Patienten, welche diese Diagnose als Nebendiagnose aufwiesen, erzielten hingegen fast über alle Skalen hinweg sehr hohe Behandlungserfolge mit $ES = 1,10 - 2,04$ ($p < 0,05$).

Das Kriterium der statistischen Signifikanz bezüglich der Mittelwertunterschiede zwischen Behandlungsbeginn und Entlassungszeitpunkt innerhalb einer Diagnosegruppe erfüllte sich hinsichtlich der Psychopathologie für alle Diagnosegruppen, ausgenommen der kleinen Gruppe von Patienten ($n = 9-12$) mit einer Belastungs- oder dissoziativen Störung. Auch der Zuwachs an psychischer Lebensqualität erwies sich in drei der Diagnosegruppen (affektive Störungen, Angst- oder Zwangsstörungen sowie somatoforme Störungen) als statistisch signifikant ($p < 0,05$). Im Hinblick auf die physische Lebensqualität zeigten sich hingegen in keiner der Gruppen bzw. nur bei einer Angst- oder Zwangsstörung als Hauptdiagnose statistisch signifikante Verbesserungen.

4.3 Prädiktoren des Therapieerfolges

4.3.1 Soziodemographische Faktoren: Alter und Geschlecht

Im Folgenden wird zunächst der Einfluss des Geschlechts als soziodemographischer Faktor auf den Behandlungserfolg untersucht. Dabei fällt auf, dass die selbstberichtete Symptombelastung zu Beginn der stationären Therapie über alle PHQ-D Skalen hinweg bei den Männern signifikant geringer ausfiel als bei den Frauen ($p < 0,05$). Auch in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität äußerten die Männer geringere Beeinträchtigungen als die Frauen, wobei sich dieser Mittelwertunterschied nur hinsichtlich der körperlichen Lebensqualität als statistisch signifikant erwies ($p = 0,034$). Die Veränderung der Symptombelastung zwischen den beiden Messzeitpunkten t_0 (Aufnahme) und t_1 (Entlassung) sowie die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigte große Differenzen zwischen den Geschlechtern (*Abb. 7, Abb. 8*). Bezüglich der Psychopathologie fielen die Effektstärken bei den Frauen über alle Skalen hinweg höher aus als bei den Männern (*Abb. 7*). Besonders auffällig ist dies hinsichtlich der depressiven und ängstlichen Symptomatik.

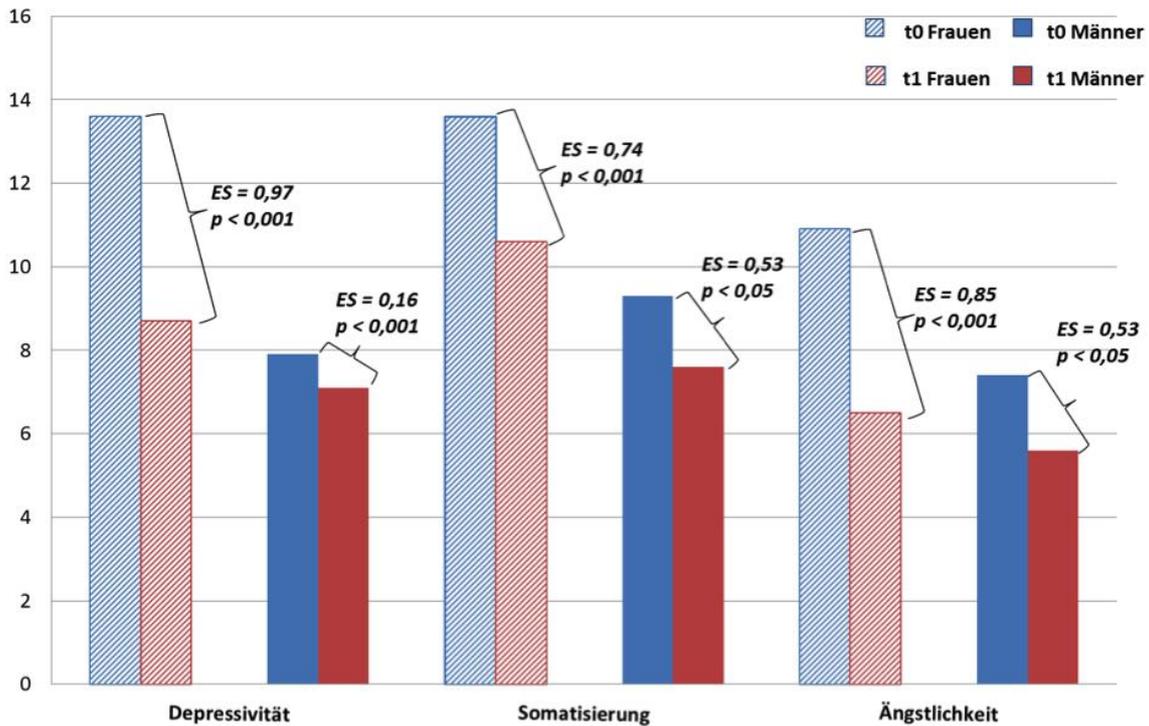


Abbildung 7: Mittelwerte, Effektstärken und Signifikanzen der PHQ-D Skalen für Frauen und Männer zu den Messzeitpunkten t0 (Aufnahme) und t1 (Entlassung).

Anmerkungen: ES = Effektstärke; p = Signifikanz; die maximalen Skalenwerte betragen 30 (Somatisierung), 27 (Depressivität) und 21 (Ängstlichkeit).

Innerhalb dieser Dimensionen zeigten sich bei den Frauen große Behandlungseffekte ($ES = 0,97$ Depressivität; $ES = 0,85$ Ängstlichkeit), wohingegen sich bei den Männern in diesen Subskalen nur kleine Effekte abzeichneten ($ES = 0,16$ Depressivität; $ES = 0,38$ Ängstlichkeit). Lediglich im Bereich der psychischen Lebensqualität zeigte sich bei den Männern mit $ES = 0,83$ eine größere positive Veränderung verglichen zum mittleren Effekt von $ES = 0,53$ bei den Frauen.

Signifikanztests ergaben statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit sowie im Bereich der körperlichen Lebensqualität ($p < 0,05$).

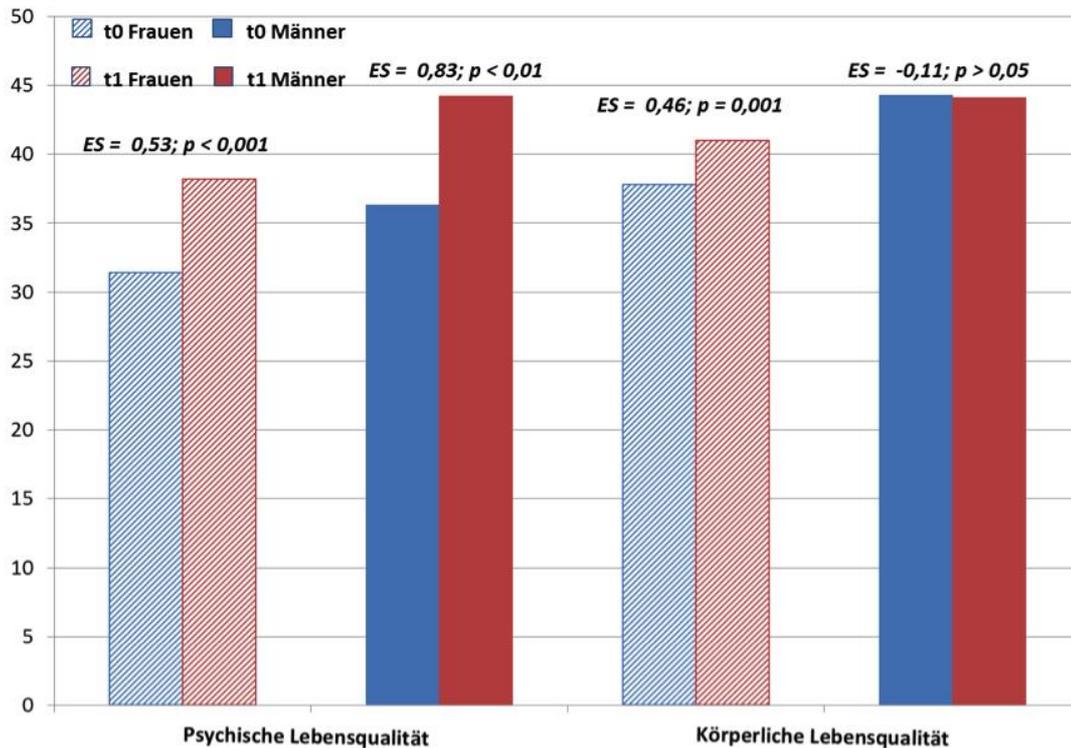


Abbildung 8: Mittelwerte, Effektstärken und Signifikanzen der SF-36 Skalen für Frauen und Männer zu den Messzeitpunkten t0 (Aufnahme) und t1 (Entlassung).

Anmerkungen: ES = Effektstärke; p = Signifikanz; die maximalen Skalenwerte betragen jeweils 100.

Zusammenfassend zeigte sich, dass das weibliche Geschlecht einen signifikanten Faktor für die Veränderung der Depressivität ($r = 0,27$; $p = 0,018$) und der Ängstlichkeit ($r = 0,25$; $p = 0,027$), jedoch nicht für die Somatisierung ($r = 0,10$; $p = 0,403$) darstellte. Zwischen weiblichem Geschlecht und dem Gewinn an körperlicher Lebensqualität zeichnete sich lediglich ein kleiner positiver Zusammenhang ($r = 0,21$) ab, welcher sich jedoch als statistisch nicht signifikant erwies ($p = 0,071$).

Zur Untersuchung des soziodemographischen Faktors Alter wurden mithilfe bivariater Korrelationen Korrelationskoeffizienten (r) berechnet. Bezüglich des Faktors Alter zeigte sich außer im Hinblick auf die Somatisierung ($r = 0,19$; $p = 0,101$) keine Korrelation mit dem Behandlungsergebnis ($r = 0,00 - 0,06$; $p > 0,05$).

4.3.2 Psychische Komorbidität und Symptombelastung

Wie in Kapitel 4.1.4 dargestellt, wiesen die Patienten der Gesamtstichprobe eine unterschiedliche Anzahl psychischer Diagnosen auf; auch die Symptombelastung zu Beginn der Therapie variierte von Patient zu Patient. Es stellt sich die Frage, ob diese Faktoren einen prädiktiven Wert hinsichtlich des Behandlungsergebnisses besitzen (**Fragestellung 6**).

Tabelle 9 veranschaulicht, dass der Therapieerfolg, gemessen anhand der Reduktion der Psychopathologie sowie dem Gewinn an Lebensqualität bei den 40 Patienten mit zwei psychischen Diagnosen am Größten ausfiel. Die Ausgangswerte dieser Patientengruppe lagen hinsichtlich der Psychopathologie bei $M = 13,3$ (Depressivität), $M = 13,4$ (Somatisierung) und $M = 10,4$ (Ängstlichkeit) sowie in Bezug auf die Lebensqualität bei $M = 29,7$ (MCS; psychische Lebensqualität) und $M = 39,8$ (PCS; körperliche Lebensqualität). Die 24 Patienten mit drei oder mehr psychischen Diagnosen zeigten insgesamt die geringsten Verbesserungen. Ihre Ausgangswerte lagen bei $M = 12,5$ (Depressivität), $M = 13,5$ (Somatisierung), $M = 11,3$ (Ängstlichkeit), $M = 36,4$ (PCS; physische Lebenszufriedenheit) und $M = 32,1$ (MCS; mentale Lebenszufriedenheit).

Tabelle 9: Vergleich der Prä-Post-Mittelwertdifferenzen je nach Komorbidität sowie Ergebnisse der einfaktoriellen ANOVA

	Behandlungserfolg im PHQ-D (t0-t1)			SF-36 (t0-t1)	
	Depressivität	Somatisierung	Ängstlichkeit	MCS	PCS
Komorbidität:	<i>M (SD)</i>				
1 Diagnose (n=16)	3,4 (5,8)	1,8 (3,7)	4,1 (5,2)	-5,2 (9,7)	-3,6 (7,6)
2 Diagnosen (n=40)	4,8 (5,2)	3,2 (4,1)	4,2 (4,9)	-8,4 (10,9)	-2,6 (8,2)
≥ 3 Diagnosen (n=24)	2,1 (5,1)	2,3 (3,5)	2,3 (4,6)	-4,7 (13,0)	-1,8 (6,4)
ANOVA:					
<i>df</i>	2	2	2	2	2
<i>F</i>	1,81	0,99	1,17	0,91	0,26
<i>p</i>	0,171	0,378	0,317	0,405	0,771

Anmerkungen: *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, PHQ-D = *Patient Health Questionnaire*, SF-36 = *Short form 36*, MCS = *mental health component summary score*, PCS = *physical health component summary score*, ANOVA = einfaktorielle Varianzanalyse

In der varianzanalytischen Auswertung sowie in den Post-hoc-Tests zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (jeweils $p > 0,05$). Die Anzahl der ICD-10 Diagnosen konnte somit den Behandlungserfolg nicht signifikant vorher-sagen. Es bildete sich lediglich eine Tendenz ab, wonach Patienten mit drei oder mehr psychischen Diagnosen am wenigsten von der Therapie profitierten (*Tab.9*).

Die Patienten der Gesamtstichprobe zeigten im PHQ-D in allen drei untersuchten Dimensionen eine mittelgradig ausgeprägte Symptombelastung (vgl. *Kapitel 4.2.1 Veränderung der Symptombelastung von Angst, Depressivität und Somatisierung*).

Im Folgenden wird untersucht, ob die Ausprägung der Symptomatik zu Beginn der Therapie einen signifikanten Faktor für den Behandlungserfolg darstellte. Die Korrelationskoeffizienten, welche anhand bivariater Korrelationen berechnet wurden, sind in *Tabelle 10* zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 10: Korrelationen der PHQ Skalenwerte zum Messzeitpunkt t0 mit dem Behandlungserfolg im PHQ-D und SF-36 (Differenzwerte) zum Zeitpunkt der stationären Entlassung (t1)

	Behandlungserfolg im PHQ-D (t0-t1)			SF-36 (t0-t1)	
	Depressivität	Somatisierung	Ängstlichkeit	MCS	PCS
Depressivität	0,703***	0,341**	0,391***	0,245*	0,256*
Somatisierung	0,430***	0,583***	0,312**	0,118	0,327**
Ängstlichkeit	0,553***	0,302**	0,595***	0,191	0,178

Anmerkungen: PHQ-D = Patient Health Questionnaire ; SF-36 = Short form 36; MCS = mental health component summary score, PCS = physical health component summary score * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ (zweiseitig).

Es zeigten sich hochsignifikante Korrelationen zwischen der initialen Symptombelastung und der Veränderung in der jeweiligen psychopathologischen Dimension.

Wie *Abbildung 9* veranschaulicht, korrelierte eine hohe Ausprägung auf der PHQ-D Skala Somatisierung zu Beginn der Therapie stark mit der Verbesserung dieser Symptomatik zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt ($r = 0,58$; $p = 0,000$). Die initiale Symptombelastung erklärte hier mit $R^2 = 0,32$ ca. ein Drittel des Behandlungserfolges, wobei der Behandlungserfolg in diesem Fall als Reduktion des psychopathologischen Merkmals Somatisierung definiert ist.

Gleichzeitig ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Somatisierung und dem Gewinn an körperlicher Lebensqualität erkennen (PCS: $r = 0,33$; $p = 0,004$).

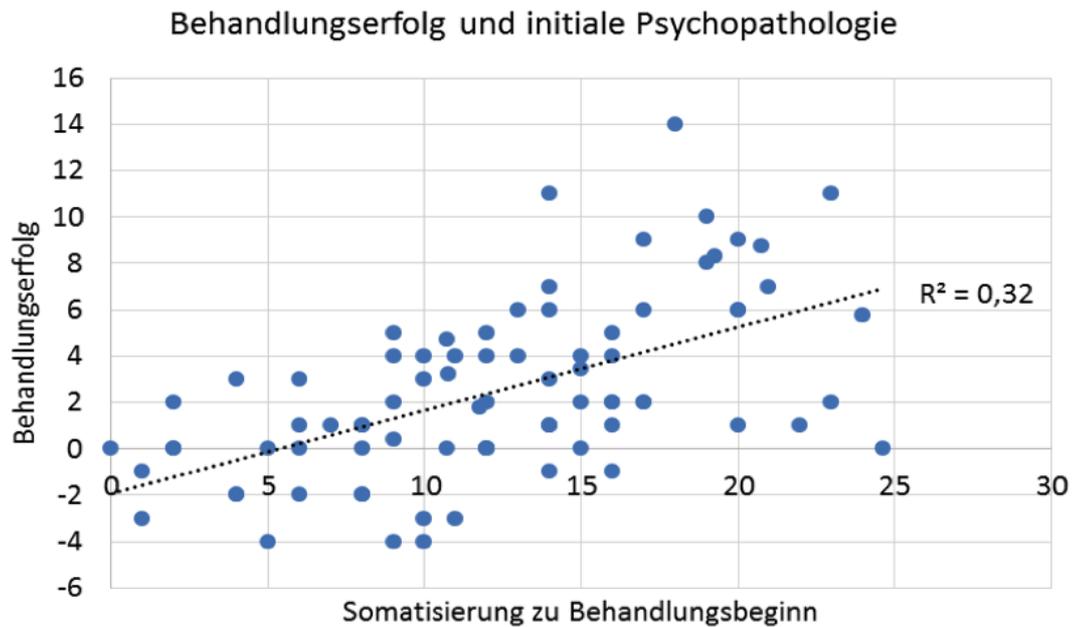


Abbildung 9: Korrelation der initialen Somatisierung mit dem Behandlungserfolg.

Anmerkungen: Behandlungserfolg = Reduktion der Somatisierung, R^2 = erklärte Varianz.

Das folgende Streudiagramm (Abb. 10) visualisiert den starken Zusammenhang zwischen der Ausprägung der Ängstlichkeit zu Beginn der Therapie und der Verbesserung dieser Symptomatik im Laufe der Behandlung ($r = 0,60$; $p = 0,000$).

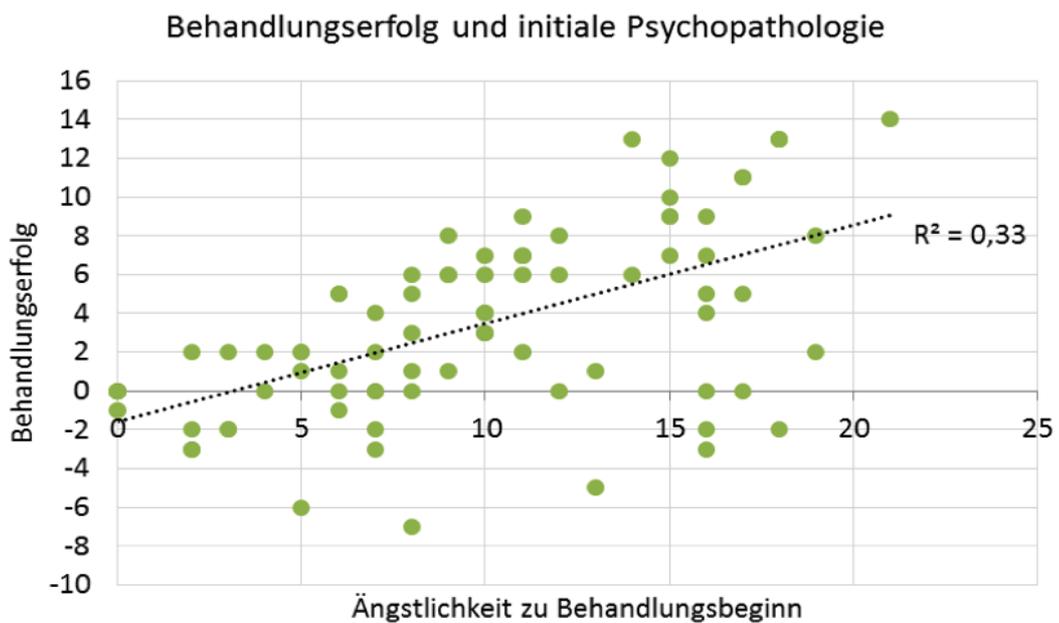


Abbildung 10: Korrelation der initialen Ängstlichkeit mit dem Behandlungserfolg.

Anmerkungen: Behandlungserfolg = Reduktion der Ängstlichkeit, R^2 = erklärte Varianz.

Mit $R^2 = 0,33$ erklärte die Angstsymptomatik zu Beginn der Therapie ein Drittel des Behandlungserfolges, wobei der Behandlungserfolg in diesem Fall als Verbesserung der ängstlichen Symptomatik definiert ist.

Der größte Zusammenhang ließ sich zwischen dem Grad der Depressivität zum Aufnahmezeitpunkt und dem Behandlungserfolg feststellen ($r = 0,70$; $p = 0,000$), wobei die Schwere der depressiven Symptomatik zu Beginn fast die Hälfte des Behandlungserfolges erklärte ($R^2 = 0,47$). Behandlungserfolg ist hier im Sinne einer Reduktion der Depressivität zu verstehen (Abb. 11).

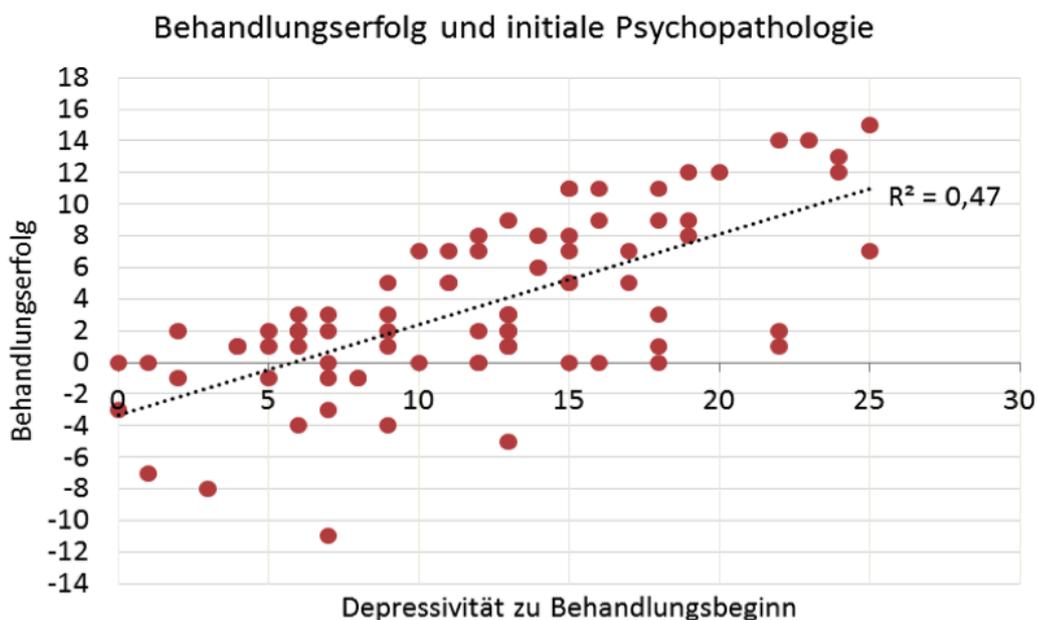


Abbildung 11: Korrelation der initialen Depressivität mit dem Behandlungserfolg.

Anmerkungen: Behandlungserfolg = Reduktion der Depressivität, R^2 = erklärte Varianz.

Zusätzlich korrelierte die Schwere der Depressivität zu Beginn des Aufenthaltes geringfügig mit dem Behandlungserfolg im Sinne einer Zunahme von psychischer (MCS: $r = 0,25$; $p = 0,033$) sowie körperlicher Lebenszufriedenheit (PCS: $r = 0,26$; $p = 0,026$).

5 DISKUSSION

5.1 Haupteffekte in der Gesamtstichprobe

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die untersuchte stationäre, psychodynamisch ausgerichtete Therapie auf mehreren Ebenen zu einem Behandlungserfolg führte. Es kam zu einer bedeutsamen Reduktion allgemein psychopathologischer Beschwerden und einem Gewinn an gesundheitsbezogener Lebensqualität. Hinsichtlich der strukturellen Beeinträchtigung blieben einige strukturelle Fähigkeiten zwischen stationärer Aufnahme und Entlassungszeitpunkt stabil, andere nahmen hingegen signifikant zu.

Im symptomatischen Bereich konnten bis zum Ende der Therapie in Bezug auf die Depressivität sowie auf die Angst- und Somatisierungssymptomatik signifikante Verbesserungen erreicht werden. Die Effekte liegen mit $ES = 0,72$ (Depressivität), $ES = 0,70$ (Ängstlichkeit) und $ES = 0,68$ (Somatisierung) nach Cohen (1988) im moderaten Bereich (vgl. Abb.5). Die größte Verbesserung bezüglich der drei untersuchten Skalen zeigte sich in Übereinstimmung mit anderen Studien auf den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit (Franz et al. 2000, Franke et al. 2005, Huber et al. 2009, Sack et al. 2003).

Die depressive Symptombelastung konnte von der „mittleren“ Ausprägung einer Major Depression ($M = 12,1$) zu Beginn der Behandlung auf einen „milden“ Schweregrad einer leichten depressiven Störung ($M = 8,3$) zum Ende der Therapie gesenkt werden. Im Vergleich mit den Behandlungseffekten anderer Prä-Post-Evaluationsstudien liegt die hier ermittelte Effektstärke bezüglich Depressivität teilweise vergleichbar hoch (Haase et al. 2008: $ES = 0,73$) und teilweise unterhalb der dort berichteten Effekte (Sack et al. 2003: $ES = 1,13$, Huber et al. 2009: $ES = 0,91$, Franz et al. 2000: $ES = 0,90$, Franke et al. 2005: $ES = 1,26$). Es lassen sich für die etwas schwächeren Effekte im Vergleich mit den zuletzt genannten Prä-Post-Studien verschiedene mögliche Gründe diskutieren: Zum einen liegt die mittlere stationäre Verweildauer in dieser Studie mit 49,6 Tagen unter der durchschnittlichen Behandlungsdauer einiger der Vergleichsstudien, wie zum Beispiel 126,2 Tage bei Franz et al. (2000) oder 72,7 Tage bei Sack et al. (2003). Zudem könnte die Zusammensetzung der Stichprobe zu den niedrigeren Effektstärken beigetragen haben. In der vorliegenden Studie ist der Anteil an Patienten mit somatoformen Störungen mit 45% der Gesamtstichprobe relativ hoch (vgl. z.B. Sack et al. 2003: 21,3% somatoforme Störungen), wohingegen der Anteil an depressiven Patienten mit 23,8 % vergleichsweise niedrig ist (vgl. z.B. Franke et al. 2005: 40,8% depressive Störungen und „depressiv gefärbte“ Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen). Puschner et al. (2004) konnten zudem zeigen, dass eine stärkere initiale Symptombelastung in der Regel mit größeren Behandlungserfolgen einhergeht. Betrachtet man den Stichprobenmittelwert zu Beginn der Behandlung liegt dieser mit $M = 12,1$ ($SD = 6,2$) zwar im Bereich einer Major De-

pression, allerdings wird erst ab einem Wert von 15 von einem „ausgeprägten“ Ausmaß der Störung ausgegangen. Es wäre denkbar, dass der Behandlungseffekt aufgrund eher schwächerer Symptomausprägung zu Beginn der Therapie etwas niedriger ausfällt. Zu beachten ist grundsätzlich auch die eingeschränkte Vergleichbarkeit dieser Untersuchung mit den erwähnten Studien, da in diesen die SCL-90-R Skala und nicht wie hier der PHQ-D zur Erhebung der Depressivität eingesetzt wurde.

Bezüglich der Angstsymptomatik fällt der hier gefundene mittlere Therapieeffekt ($ES = 0,70$) ähnlich hoch bis tendenziell eher höher als in vergleichbaren Studien aus (Franz et al. 2000: $ES = 0,73$, Huber et al. 2009: $ES = 0,64$, Haase et al. 2008: $ES = 0,63$). Franke et al. (2005) und Sack et al. (2003) berichteten auf dieser Skala allerdings mit $ES = 0,90 - 1,10$ größere Effekte. Auch hier könnten die schon erwähnten möglichen Einflussfaktoren, wie zum Beispiel bestimmte Stichprobencharakteristika, eine Rolle spielen.

Die niedrigsten Effekte bezüglich der Psychopathologie zeigten sich auf der Skala Somatisierung, wobei der in der Gesamtstichprobe gefundene moderate Therapieeffekt von $ES = 0,68$ im Vergleich mit anderen Studien erfreulich hoch ist (Franz et al. 2000: $ES = 0,49$, Haase et al. 2008: $ES = 0,43$, Huber et al. 2009: $ES = 0,50$).

Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergaben sich sehr unterschiedliche Ergebnisse in den beiden Dimensionen: In Bezug auf die psychische Lebensqualität zeichneten sich in der Gesamtstichprobe mit $ES = 0,63$ moderate Effekte ab, wohingegen die Patienten kaum an körperlicher Lebensqualität gewannen ($ES = 0,31$). Im Vergleich dazu ließen sich bei Nickel und Egle (2005) mit $ES = 1,21$ (mentale Lebenszufriedenheit) bzw. $0,82$ (physische Lebenszufriedenheit) deutlich höhere Effekte finden, wobei sich diese Ergebnisse auf eine Einjahreskatamnese beziehen und von daher nur bedingt vergleichbar sind. Sattel et al. (2012) evaluierten in ihrer Studie ein ambulantes 12-stündiges manualisiertes, psychodynamisch interpersonelles Therapieprogramm für Patienten mit einer schmerzbetonten multisomatoformen Störung und verwendeten als primäres Erfolgsmaß die Verbesserung der körperlichen Lebensqualität im SF-36 (vgl. *Kapitel 2.2.2 Effekte im Bereich gesundheitsbezogener Lebensqualität*).

Die Patienten des manualisierten Therapieprogramms erzielten auf dieser Skala eine Mittelwertdifferenz von 2,3 Punkten zwischen dem Beginn der Intervention und dem Ende der Therapie (Sattel et al. 2012). Bei der Betrachtung der Mittelwertdifferenzen in der vorliegenden Untersuchung zeigte sich in der Gesamtstichprobe hinsichtlich der körperlichen Dimension ebenfalls ein Mittelwertunterschied von 2,3 Punkten zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt (vgl. *Tab. 12*). Eine mögliche Erklärung für die eher mäßigen Effekte im Hinblick auf die körperliche Lebenszufriedenheit könnte im Konzept der „Alexithymie“ zu finden sein. Es handelt sich hierbei um ein Persönlichkeitskonstrukt, welches unter anderem durch die Unfähigkeit, Gefühle differenziert wahrzunehmen und zu kommuni-

zieren, charakterisiert ist (Sifneos 1973). In mehreren Studien konnte ein durch klinische Beobachtungen schon früh postulierter Zusammenhang zwischen eingeschränkter Introspektionsfähigkeit und Somatisierung bei somatoformen Schmerzstörungen gefunden werden (Cox et al. 1994, Lumley et al. 1997). Zudem zeigte sich in einer Untersuchung von Nuñez et al. (2010), dass der Ausprägungsgrad alexithymer Merkmale bei somatoformen Schmerzpatienten signifikant negativ mit einigen Aspekten gesundheitsbezogener Lebensqualität korreliert. Eine weitere mögliche Ursache könnte sein, dass bei einem erheblichen Anteil der Patienten in stationären psychosomatischen Einrichtungen neben den psychischen Diagnosen zusätzlich somatische Grunderkrankungen vorliegen, welche wiederum zu gewissen körperlichen Einschränkungen im Alltag führen können. Da im SF-36 unter anderem genau nach diesen Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten gefragt wird, liegt ein solcher Zusammenhang nahe. Unter Beachtung dieser Voraussetzungen, insbesondere in Bezug auf den großen Anteil somatoformer Störungen an der Gesamtstichprobe, sind die gefundenen Effekte durchaus als erfreuliches Ergebnis zu werten.

5.2 Veränderung der strukturellen Fähigkeiten

In Ergänzung zu rein symptomatischen bzw. verhaltensnahen Veränderungen wurde zusätzlich die Veränderung struktureller Beeinträchtigung anhand des Hannover-Selbstregulations-Inventar (HSRI) beurteilt. Dieser Fragebogen bezieht sich auf die Messung von Selbstregulationsfähigkeit und Ich-Funktionen, wie beispielsweise die Fähigkeit zur Affektwahrnehmung und -regulierung oder Frustrationstoleranz. Zwischen dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme und dem Ende der Behandlung verbesserten sich die strukturellen Fähigkeiten innerhalb der Gesamtstichprobe signifikant, wobei sich für den Gesamtscore ein mäßiger Effekt von $ES = 0,26$ zeigte. Die positivste Veränderung zeigte sich im Bereich „Affektdifferenzierung und Affekttoleranz“ mit $ES = 0,38$. Auf den Skalen „Beziehungsstörungen“ und „Identitätsstörungen“ konnten jedoch keine signifikanten Verbesserungen gefunden werden (vgl. Tab.7). Bei den beiden zuletzt genannten Dimensionen handelt es sich um zeitlich sehr stabile Strukturen, deren Veränderung einen langsamen Prozess („*slow-change-Modell*“; Arbeitskreis OPD 2006, S.114) darstellt und von daher möglicherweise erst in einer an die stationäre Therapie anschließenden ambulanten Langzeitbehandlung erreicht werden kann.

Das Ergebnis spiegelt in etwa die Befunde anderer Studien zu struktureller Beeinträchtigung und Umstrukturierung wider, in denen ebenfalls eine strukturelle Veränderung zwischen Therapiebeginn und dem Ende des stationären Aufenthaltes gefunden wurde. Al-

lerdings lassen sich diese Studien wie z.B. von Grande et al. (2001) oder Schneider et al. (2006) nur bedingt mit den hier gefundenen Effekten vergleichen. „Strukturelle Veränderung“ wurde in diesen Studien anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) erfasst, womit ein an die Strukturachse der OPD-II angelehntes viel umfassenderes Instrument zur Erfassung des sehr komplexen Konstrukts psychischer Struktur angewandt wurde. Einige wichtige strukturelle Fähigkeiten, wie beispielsweise die Fähigkeit zur ganzheitlichen Objektwahrnehmung oder die Fähigkeit zur Kommunikation, werden im HSRI konzeptionell bedingt nicht berücksichtigt. Zusätzlich wird die Vergleichbarkeit dadurch eingeschränkt, dass es sich bei dem HSRI um ein reines Selbstbeurteilungsinstrument handelt, wohingegen die HSCS ein Fremdbeurteilungsinstrument darstellt. Obwohl keine settingspezifische Analyse der Ergebnisse vorgenommen wurde, scheint das gefundene Ergebnis insgesamt ein Beleg für die Wirksamkeit des hier angewandten strukturpathologisch orientierten Therapieprogramms zu sein.

5.3 Störungsbezogene Therapieergebnisse

In der Analyse der störungsorientierten Behandlungseffekte in Diagnosegruppen zeigten sich bei den Patienten mit einer somatoformen Störung als Hauptdiagnose die geringsten Behandlungseffekte hinsichtlich der Skala Somatisierung ($ES = 0,51$; $p = 0,001$). Auch bezüglich der anderen untersuchten PHQ-D Skalen konnten in dieser Patientengruppe lediglich schwache bis mittlere Effekte erzielt werden ($ES = 0,48-0,62$; $p < 0,01$) (vgl. Tab.8).

Dieses Ergebnis deckt sich mit den klinischen Beobachtungen anderer Studien (Rudolf et al. 2004, Huber et al. 2009, Herrmann & Huber 2013). In einer störungsbezogenen Untersuchung von Rudolf et al. (2004) an 461 stationär psychotherapeutisch behandelten Patienten fielen die Effektstärken für Symptombesserung ebenfalls bei den somatoformen Störungen mit $ES = 0,52$ am Geringsten aus. Insgesamt wiesen nur 56% der Patienten mit somatoformen Störungen ein positives Ergebnis auf, während bei 37% keine Symptombesserung eintrat. Allerdings zeigte sich in einer anschließenden Nachuntersuchung 6-9 Monate nach Behandlungsende in dieser Diagnosegruppe bei 16% eine nachträgliche Besserung (Rudolf et al. 2004). Dies spricht eventuell dafür, dass psychodynamisch orientierte Therapie positive Veränderungsprozesse in Gang setzt, welche sich erst zum Kata-mnesezeitpunkt in höheren Effekten abbilden. Da im Rahmen der vorliegenden Untersuchung keine Follow-up-Daten erhoben wurden, sondern andernorts veröffentlicht werden, bleibt die Frage nach einer möglichen nachträglichen Besserung hier unbeantwortet. Die tendenziell eher niedrigen Effekte in dieser Diagnosegruppe könnten mit bestimmten Charakteristika des Störungsbildes zusammenhängen, wonach die Patienten häufig hartnä-

ckig auf einem organischen Erklärungsmodell beharren, was in der Folge zu ausgeprägten Interaktionsschwierigkeiten zwischen Behandlern und Patienten führen kann (Rudolf & Henningsen 2003). Vor allem die erste Therapiephase besteht in einer vorsichtigen Erweiterung des somatischen Krankheitsverständnisses um psychosomatische Aspekte. Darauf aufbauend können dann weitere therapeutische Ziele verfolgt werden, wie z.B. die Schulung der Wahrnehmung und Differenzierung von Körperbeschwerden und Affekten (Arbeitskreis PISO 2012). Möglicherweise nahm die erste Phase der Erweiterung des Symptomverständnisses einen Großteil der zeitlich begrenzten stationären Therapie ein, sodass sich zum Zeitpunkt der Entlassung in dieser Patientengruppe eher schwache Effekte zeigten.

Etwas überraschend waren die für die Verbesserung der Psychopathologie sehr hohen erzielten Effektstärken ($ES = 1,10 - 2,04$) in der kleinen Gruppe der Patienten ($n = 6$) mit einer somatoformen Störung als Nebendiagnose. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass das Störungsbild, solange es nicht im Fokus der psychischen Beeinträchtigung steht, weniger zur Chronifizierung neigt und somit mehr Raum für therapeutische Veränderungen bleibt.

In Bezug auf die körperliche Lebensqualität liegt der Effekt mit $ES = 0,24$ noch unter dem Wert der Gesamtstichprobe und ebenfalls im kleinen Bereich. Ein gewisser Zuwachs an psychischer Lebenszufriedenheit zeigte sich bei den Patienten, welche eine somatoforme Störung als Haupt- oder Nebendiagnose aufwiesen mit Effektstärken im mittleren bis hohen Bereich ($ES = 0,50 - 0,79$). Statistisch signifikant war diese Verbesserung jedoch nur, wenn eine somatoforme Störung als Hauptdiagnose vorlag und auch nur innerhalb der psychischen Dimension von Lebenszufriedenheit ($p = 0,009$) (vgl. *Tab.8*). Die gewonnenen Ergebnisse im Bereich gesundheitsbezogener Lebensqualität lassen sich möglicherweise mit den bereits beschriebenen alexithymen Persönlichkeitsmerkmalen dieser Patientengruppe erklären (vgl. *Kapitel 5.2 Haupteffekte in der Gesamtstichprobe*). Nicht zu vernachlässigen ist außerdem die häufig hohe Komorbiditätsrate somatoformer Störungen bei stationären psychosomatischen Patienten. Laut einer Multicenter-Studie von Pieh et al. (2011) hatten ca. 92% der insgesamt 18.492 untersuchten Patienten mit einer somatoformen Störung zumindest eine, durchschnittlich jedoch 2,8 weitere psychische Diagnosen nach ICD-10. Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen hierbei Depressionen und Angststörungen. Im Rahmen des deutschen Bundesgesundheitsurvey zeigte sich, dass 30% der Patienten mit einer somatoformen Schmerzstörung zusätzlich unter einer Angststörung litten und 37% der Frauen sowie 33% der Männer komorbid eine affektive Störung aufwiesen (Fröhlich et al. 2006). In der untersuchten Stichprobe der vorliegenden Studie wiesen ca. 60% ($n = 29$) der Patienten dieser Diagnosegruppe eine komorbide depressive Störung auf.

Eine spanische Fall-Kontroll-Studie von Garcia-Campayo und Kollegen (2007) weist zusätzlich darauf hin, dass Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung häufiger vorkommen als bei anderen psychischen Erkrankungen: Unter den Patienten mit einer Somatisierungsstörung litten 63% komorbid unter einer Persönlichkeitsstörung, wohingegen es in der Kontrollgruppe nur 28% waren (Garcia-Campayo et al. 2007). Diese hohe Rate komorbider psychischer Störungen könnte somit ebenfalls eine nicht zu vernachlässigende Rolle bei der Veränderungsresistenz der Lebenszufriedenheit dieser Patientengruppe spielen.

In der Patientengruppe der affektiven Störungen sowie bei den Patienten mit einer Angst- oder Zwangsstörung ließen sich signifikante störungsspezifische Behandlungseffekte nachweisen: Die achtzehn Patienten mit einer affektiven Störung als Hauptdiagnose verbesserten sich hinsichtlich ihrer psychopathologischen Symptomatik am stärksten in ihrer Depressivität ($ES = 0,98$), was auf eine gute differentielle Wirksamkeit stationärer psychodynamischer Psychotherapie hinweist. Ebenso erzielten die fünfzehn Patienten mit einer Angst- oder Zwangsstörung als Haupt- oder Nebendiagnose die größten Behandlungserfolge in Bezug auf ihre ängstliche Symptomatik ($ES = 1,23 - 1,39$) (vgl. Tab.8). Zum psychopathologischen Merkmal der Zwanghaftigkeit bzw. dessen Veränderbarkeit konnte anhand des verwendeten PHQ-D Fragebogens methodologisch bedingt keine Aussage gemacht werden. Insgesamt profitierten Patienten mit einer Störung aus dem depressiven Formenkreis sowohl hinsichtlich einer Reduktion der Symptomlast als auch im Sinne einer besseren psychischen Lebensqualität besonders gut von der Behandlung. Dieses Ergebnis bestätigt die Daten vergleichbarer Studien, in welchen die Patienten mit einer affektiven Störung im Vergleich zu anderen Störungen bessere Ergebnisse erzielten (Franz et al. 2000, Rudolf et al. 2004, Huber et al. 2009). Dies mag zum einen in der Natur der Störung selbst liegen, zum anderen scheint es plausibel, dass sich das therapeutische Angebot mit einem festen Tagesablauf und vielseitigen Aktivitäten besonders günstig auf die depressive Symptomatik auswirkt (Herrmann & Huber 2013).

Die Behandlungsergebnisse der neun Patienten mit der Diagnose einer Belastungs- oder dissoziativen Störung liegen mit $ES = 0,59 - 0,96$ im guten bis sehr guten Bereich (vgl. Tab.8). Da die Effektstärken jedoch vermutlich aufgrund der kleinen Stichprobenzahl statistisch nicht signifikant waren, wird auf eine Interpretation dieser Ergebnisse verzichtet.

5.4 Prädiktoren des Therapieerfolges

Mit einem Anteil von 75% befanden sich in der vorliegenden Studie deutlich mehr Frauen als Männer in stationär psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Tab.5). Dieses Geschlechterverhältnis gilt als typisch für die Klientel stationärer psychosomatischer Einrich-

tungen und deckt sich in etwa mit den in der Literatur beschriebenen soziodemographischen Daten anderer Evaluationsstudien: Frauenanteil von 78% (Beutel et al. 2005), 72% (Sack et al. 2003), 73% (Herrmann & Huber 2013) und 75% (Huber et al. 2009).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung leiden Frauen signifikant häufiger unter Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und körperbezogenen bzw. somatoformen Störungen als Männer, wohingegen substanzgebundene Störungen wie Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie dissoziales Verhalten bei Männern überwiegt. Diese unterschiedlich hohen Prävalenzen lassen sich durch biologische, psychosoziale und kulturelle Differenzen, meist jedoch interaktionell und multifaktoriell erklären (Riecher-Rössler & Rohde 2001).

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass die Frauen eine durchschnittlich höhere psychopathologische Symptombelastung zu Beginn der Behandlung aufwiesen und sich in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität stärker beeinträchtigt fühlten. Im Verlauf der Behandlung konnten die weiblichen Patientinnen zudem hinsichtlich der Psychopathologie sowie im Bereich der körperlichen Lebenszufriedenheit stärker von der Therapie profitieren. Lediglich im Hinblick auf die psychische Lebensqualität erzielten die Männer größere Behandlungseffekte (vgl. *Kapitel 4.3.1 Soziodemographie*).

Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen Huber et al. (2009) in ihrer Studie zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie. Geschlechtsspezifisch ausgewertet betrug die Prä-Post-Effektstärke bezogen auf die Veränderung der psychischen Symptomatik im GSI (Global-Severity-Index) der SCL-90-R bei den Frauen 0,90 und bei den Männern 0,60. Andere Daten vergleichbarer Studien deuteten jedoch daraufhin, dass das Geschlecht kein eindeutiger Prädiktor des Therapieerfolges ist (Franz et al. 2000, Beutel et al. 2005, Herrmann & Huber 2013).

Zu bedenken ist, dass die Fallzahl von 20 Männern eine eher kleine Teilstichprobe darstellt, weshalb Aussagen zu geschlechtsspezifischen Effekten nur unter Vorbehalt getroffen werden können. Die folgenden Erklärungs- und Interpretationsversuche sind somit eher im Sinne von Tendenzen zu verstehen:

Mögliche Ursachen der beschriebenen Geschlechtsunterschiede könnten zum Teil in den unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepten von Männern und Frauen wurzeln. Hiernach unterscheiden sich die Geschlechter in ihrer Wahrnehmung und Bewertung von Beschwerden und Symptomen, was mit einer höheren Symptomaufmerksamkeit und einem bewussteren Körpererleben bei Frauen einhergeht. Frauen fühlen sich demnach in ihrer gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit stärker eingeschränkt als Männer und begeben sich früher und häufiger in ärztliche Behandlung (Riecher-Rössler & Rohde 2001, Möller-Leimkühler 2005). Außerdem scheinen sich beide Geschlechter in ihrer Bereitschaft, über psychische Beschwerden zu sprechen, zu unterscheiden, was

unter anderem mit geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen zusammenhängt, wonach das Eingeständnis von Beschwerden beispielsweise nur schwer mit einem traditionell „maskulinen“ Selbstkonzept vereinbar ist. Des Weiteren gilt es zu bedenken, dass einige Fragebögen zur Beurteilung von Depressivität oder Ängstlichkeit überwiegend Items beinhalten, welche typisch „weibliche“ Symptome und Copingstrategien erfassen (z.B. depressive Verstimmung, Müdigkeit, Grübeln und Schuldgefühle). Eher als „männlich“ geltende, externalisierende Abwehr- und Bewältigungsversuche von Angst und Depression, wie z.B. Aggressivität, Feindseligkeit oder ein erhöhter Alkoholkonsum, finden in den klassischen Erhebungsinstrumenten weniger Berücksichtigung (Möller-Leimkühler 2005, 2010).

Die größeren Behandlungseffekte auf Seiten des weiblichen Geschlechts könnten möglicherweise mit einem verstärkten Hilfesuche- und Inanspruchnahmeverhalten von Frauen in Verbindung stehen. Demnach fällt es Frauen eventuell leichter, psychotherapeutische Angebote wahrzunehmen, eine günstige Therapiemotivation aufzubauen und sich für Veränderungsprozesse zu öffnen.

Die Männer der Stichprobe erreichten bei gleichzeitig unverändertem Befinden hinsichtlich ihrer körperlichen Lebenszufriedenheit einen sehr großen Behandlungserfolg im Bereich der psychischen Lebensqualität. Es ist denkbar, dass sie mithilfe der therapeutischen Angebote bei weiterhin bestehenden körperlichen Funktionseinschränkungen und Beschwerden eine adaptivere Art und Weise gefunden haben mit diesen umzugehen.

In der vorliegenden Studie zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und dem Behandlungserfolg. Das Alter leistete somit keinen Vorhersagebeitrag und ältere Menschen profitierten in gleicher Weise von der stationären psychosomatischen Therapie wie Jüngere. Dieser Befund reiht sich in die Ergebnisse anderer Studien ein, in denen das soziodemographische Merkmal Alter als Prädiktor untersucht wurde (Franz et al. 2000, Fliege et al. 2002, Beutel et al. 2005).

Die quantitativ erfasste Komorbidität, definiert als die Anzahl der psychischen Diagnosen eines Patienten, besaß ebenfalls keinen signifikanten Vorhersagewert. Es zeichnete sich jedoch eine Tendenz ab, wonach die Patienten mit drei oder mehr psychischen Diagnosen die geringsten Verbesserungen bezüglich der Psychopathologie und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigten (vgl. Tab.9). Diese Ergebnisse scheinen plausibel, da eine ausgeprägte Komorbidität meist mit einer höheren Komplexität und stärkeren Chronifizierung sowie dadurch bedingten Sekundärkomplikationen einhergeht.

Die Ergebnisse bezüglich eines möglichen Zusammenhangs zwischen initialer Symptombelastung und Verbesserung der Symptomatik zeigten in dieser Studie hochsignifikante Korrelationen. Im Hinblick auf die anfängliche Depressivität und deren Verbesserung im

Verlauf der Therapie zeigte sich ein stark positiver Zusammenhang von $r = 0,70$ gefolgt von $r = 0,60$, was die initiale Ängstlichkeit betraf und $r = 0,59$ in Bezug auf die Somatisierung zu Beginn der Behandlung (vgl. *Tab. 10*). Gemittelt auf die Gesamtstichprobe bedeutet dies, analog zum Ausgangswertgesetz von Wilder (1931), dass sich die Patienten umso stärker in ihrer psychopathologischen Symptomatik verbesserten, je höher die Ausprägung in diesem Merkmal war. Bestand zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme beispielsweise eine starke depressive Belastung, waren bei größerem Veränderungsspielraum folglich auch größere Fortschritte im Sinne einer Reduktion depressiver Symptome möglich. Dieser gefundene Zusammenhang bestätigt die Ergebnisse von Puschner et al. (2004), in dessen Studie sich die initiale psychische Beeinträchtigung sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting als statistisch signifikanter Prädiktor des Behandlungserfolges herausstellte. Patienten, welche zu Beginn der Therapie psychisch stärker beeinträchtigt waren, erzielten wesentlich schneller positive Veränderungen als weniger oder gar nicht beeinträchtigte Patienten (Puschner et al. 2004).

Interessant ist auch der Zusammenhang zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Hier zeigte sich eine moderate positive Korrelation von $r = 0,33$ zwischen dem Grad der Somatisierung und dem Gewinn an körperlicher Lebensqualität (vgl. *Tab. 10*). Dieses Ergebnis scheint erst einmal zu überraschen, wenn man es mit den geringen Verbesserungen der physischen Lebensqualität in der Gruppe der somatoformen Störungen vergleicht (vgl. *Tab. 8*). Allerdings wurde in der Korrelationsanalyse die gesamte Stichprobe berücksichtigt. Somatisierung scheint demnach, genauso wie Depressivität, ein recht unspezifisches Merkmal zu sein, welches sich bei vielen psychosomatischen Patienten zeigt, ohne unbedingt einen direkten Krankheitswert im Sinne einer somatoformen Störung zu haben. Steht die Somatisierungssymptomatik also nicht im Fokus des psychischen Beschwerdekompleses, sind durchaus positive Veränderungen der Lebensqualität zu erreichen.

5.5 Methodik und Einschränkungen der Studie

Die vorliegende Studie zeichnet sich durch ein naturalistisches Studiendesign aus, woraus sich einige Einschränkungen ergeben, welche bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Da in diesem Fall keine Kontrollgruppe vorlag, lässt sich schwer beurteilen, ob die gefundenen Behandlungseffekte kausal auf die Therapie zurückgehen. Die Frage, welche Rolle beispielsweise Spontanremissionen, Therapeutenvariablen oder andere nicht kontrollierte Einflussgrößen spielten, bleibt somit unbeantwortet. Zudem setzte sich die multimodale Therapie aus vielen Behandlungselementen zusammen, wodurch es sich nur schwer beurteilen lässt, inwieweit die beobachteten Therapieer-

folge konkret auf die psychotherapeutische Behandlung zurückzuführen sind (Liebherz & Rabung 2013). Daraus ergibt sich eine eingeschränkte interne Validität.

Das naturalistische Studiendesign besitzt jedoch durchaus auch seine Stärken, vor allem hinsichtlich einer sehr hohen externen Validität: Die Stichprobe kam unter klinischen Routinebedingung ohne Vorselektion zustande, wobei das Personal mit regulärer Arbeitsbelastung im stationären Alltag arbeitete, ohne sich bewusst zu sein, dass die Effektivität der Therapie im Rahmen einer Wirksamkeitsstudie untersucht wird.

Ein weiterer Kritikpunkt stellt der Einsatz des PHQ-D als einziges Messinstrument bezüglich symptomatischer Veränderungen dar. Die Skalen Depressivität und Somatisierung konnten kategorial sowie dimensional ausgewertet werden. Die Skala Ängstlichkeit liefert jedoch keine intervallskalierten Daten und lässt somit eine rein kategoriale Auswertung zu. Dieses Problem konnte jedoch durch die zusätzliche Verwendung des GAD-7 umgangen werden, wodurch auch für diese Skala Prä-Post-Effektstärken berechnet werden konnten und eine Aussage über die Symptomschwere möglich war.

Um eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Wirksamkeitsstudien gewährleisten zu können, wäre der Einsatz anderer, in der klinischen Praxis relevanter Instrumente, wie zum Beispiel der SCL-90-R, von Vorteil gewesen.

Mit dem Ziel, Therapieerfolg nicht nur anhand symptomatischer Veränderungen abzubilden, wurde in dieser Untersuchung auch die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit als Endpunkt einbezogen. Da die Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen neben der symptombezogenen Psychopathologie häufig auch über erhebliche Probleme im interpersonalen Bereich klagen, wäre die Verwendung eines darauf ausgerichteten Messinstruments, wie beispielsweise der IIP-D, wünschenswert gewesen. Eine weitere methodische Einschränkung liegt im ausschließlichen Gebrauch von Selbsteinschätzungsverfahren, wodurch der Behandlungserfolg nur aus der Patientenperspektive beurteilt wurde. In mehreren Studien zeigten sich bei den Bewertungen von Therapieergebnissen auf Patienten- und Therapeutenseite teilweise große Diskrepanzen. Aus diesem Grund sei nach Weiss et al. (1996) ein multiperspektivischer Ansatz, in welchem sich Fremd- und Selbstbeurteilung ergänzen, immer anzustreben. Die fehlende Fremdeinschätzung aus Sicht des Therapeuten, eines neutralen Dritten oder wichtigen Familienangehörigen erschwert in dieser Studie somit eine umfassende Beurteilung des Behandlungserfolges.

Die Verwendung von Prä-Post-Effektstärken hat sich in der Psychotherapieforschung als Standard durchgesetzt, wobei das Ausmaß der Veränderung durch Differenzbildung von gemessenen Mittelwerten vor und nach einer Intervention bestimmt wird (Michalak et al. 2003). Bereiter (1963) definierte diese Methode als indirekte Veränderungsmessung und stellte diesem Ansatz die direkte Veränderungsmessung gegenüber. Hierbei erfolgt eine

direkte globale Erfolgsbeurteilung am Ende der Behandlung im Sinne eines retrospektiven Erfolgsmaßes.

Laut Michalak et al. (2003) sollten beide Erfolgsmaße zur Evaluation des Therapieerfolges herangezogen werden, da in mehreren Studien gezeigt werden konnte, dass beide Verfahren nur geringfügig bis gar nicht miteinander korrelieren (Baumann et al. 1980, Michalak et al. 2003). In Bezug auf diese Beobachtungen stellt die ausschließliche Verwendung indirekter Erfolgsmaße eine kleine Schwachstelle der vorliegenden Studie dar.

Zur statistischen Auswertung ist anzumerken, dass in dieser Arbeit Veränderungen von Mittelwerten jeweils nur auf deren statistische Signifikanz überprüft wurden. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 0,05$ festgelegt. Es wurde keine α -Fehler-Korrektur nach Bonferroni angewandt. Durch diese fehlende Adjustierung kommt es eventuell zu einem Anstieg des α -Fehlers; gleichzeitig wird jedoch das Auftreten von β -Fehlern reduziert.

Bei der alleinigen Betrachtung der statistischen Signifikanz ergibt sich eine nicht zu vernachlässigende Problematik: Es lässt sich keine Aussage darüber machen, ob die Patienten trotz statistisch signifikanter Symptomreduktion weiterhin im pathologischen Bereich liegen oder ob es sich um eine klinisch bedeutsame Verbesserung handelt. Die Berechnung der hierfür nötigen klinischen Signifikanz könnte also wichtige Ergebnisse bezüglich der Relevanz der beobachteten Behandlungserfolge liefern. Aufgrund fehlender Grenzwerte der hier verwendeten Fragebögen wurde hierauf jedoch verzichtet.

Außerdem ist anzumerken, dass einige Autoren der hier gegenübergestellten Studien keine genauen Angaben über die verwendete Formel zur Berechnung der Effektstärken machen, was einen statistisch exakten Vergleich der Ergebnisse unmöglich macht.

Zur Nachhaltigkeit und Entwicklung der berichteten Effekte lässt sich leider keine Aussage machen, da im Rahmen dieser Studie nur der kurzfristige Therapieerfolg untersucht wurde und anschließend keine katamnestische Untersuchung erfolgte.

Es stellt sich zudem die Frage nach der Repräsentativität der durchgeführten Studie sowie nach der Generalisierbarkeit der gefundenen Ergebnisse: Das Geschlechterverhältnis der Stichprobe ist vergleichbar mit dem anderer stationär psychosomatischer Einrichtungen. Hinsichtlich der Diagnosen handelt es sich um eine heterogen zusammengesetzte Stichprobe, wobei jedoch ein vergleichsweise hoher Anteil somatoformer Störungen vertreten ist, wodurch sich nur bedingt Schlussfolgerungen für andere psychosomatische Kliniken ableiten lassen. Da es sich beim Klinikums rechts der Isar um ein universitäres Krankenhaus der Akutversorgung handelt, in dem schwer beeinträchtigte Patienten behandelt werden, lassen sich die Ergebnisse wahrscheinlich nur bedingt auf den rehabilitativen und den ambulanten Sektor übertragen. Zuletzt ist die relative Besonderheit des deutschen Versorgungssystems im Bereich stationärer psychosomatischer Medizin her-

vorzuheben, wodurch eine Generalisierung der Ergebnisse im internationalen Bereich nur sehr sorgfältig vorgenommen werden sollte.

6 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Effektivität der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar untersucht. Es wurden die Daten von 80 Patienten ausgewertet, welche sich im Zeitraum von Januar 2011 – Juni 2012 in vollstationär akut-psychosomatischer Behandlung befanden. Die Stichprobe kam unter typischen im Klinikalltag herrschenden Bedingungen im Sinne eines naturalistischen Studiendesigns zustande. Eingeschlossen wurden alle Patienten unabhängig von Alter, Geschlecht und Diagnose mit prä- und posttherapeutisch verwertbaren Daten, die mindestens vierzehn Tage stationär behandelt wurden.

Das integrative Konzept dieser Klinik zeichnet sich durch eine psychodynamische Grundhaltung mit strukturpsychopathologischer Orientierung aus, beinhaltet jedoch eklektisch auch systemische und verhaltenstherapeutische Elemente.

Die berechneten Effektstärken bezogen sich zum einen auf die Gesamtstichprobe und wurden zusätzlich unter störungsorientierten und geschlechtsspezifischen Aspekten analysiert.

Die Ergebnisse bestätigten die Wirksamkeit stationärer psychodynamisch orientierter Psychotherapie. Zum Zeitpunkt der Entlassung zeigte sich in der Gesamtstichprobe eine deutliche Reduktion von depressiven, Angst- und Somatisierungssymptomen sowie ein beträchtlicher Gewinn an psychischer Lebensqualität. Es wurden mittlere Effektstärken von $ES = 0,72$ für die Depressivität, $ES = 0,70$ für die Ängstlichkeit sowie $ES = 0,68$ für die Somatisierungssymptomatik erreicht. Die psychische Lebensqualität verbesserte sich mit $ES = 0,63$ ebenfalls im moderaten Bereich. Ein weiterer Beleg für den Erfolg psychodynamischer Psychotherapie jenseits der Symptomatik spiegelt sich in der Veränderung struktureller Beeinträchtigung im Sinne einer gewissen Verbesserung von Ich-Funktionen und Selbstregulationsfähigkeit wider. Im Gesamtscore konnte ein mäßiger Effekt von $ES = 0,26$ verzeichnet werden. Da strukturelle Veränderung ein nur langsam modifizierbares Konstrukt darstellt, ist davon auszugehen, dass sie im Rahmen der durchschnittlich siebenwöchigen strukturpsychopathologisch orientierten Therapie nur angestoßen wurde. Im Laufe einer an den stationären Aufenthalt anschließenden ambulanten Therapie, die von vielen Patienten in Anspruch genommen wird, sollte, wenn nötig, weiterführend an der Förderung struktureller Fähigkeiten gearbeitet werden. Der Zuwachs an psychischer Lebensqualität bei gleichzeitig eher mäßiger Verbesserung der körperlichen Lebensqualität deutet darauf hin, dass die Patienten trotz eventuell weiterhin bestehenden körperlichen Einschränkungen einen besseren Umgang mit diesen erlernt haben. Ein positiveres Ergebnis bezüglich der physischen Lebensqualität lässt sich vermutlich erst durch eine längerfristige Behandlung erreichen, da diese vor allem bei Patienten mit somatischen Grun-

derkrankungen stark durch körperliche Beschwerden wie Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Alltag beeinträchtigt ist. Hier bedarf es gegebenenfalls konstanter physio- sowie schmerztherapeutischer Behandlungen, um eine Milderung der körperlichen Beschwerden und ein zufriedenstellendes körperliches Funktionsniveau zu erreichen.

Die Erfassung der Therapieerfolge in den verschiedenen Diagnosegruppen zeigte auf, dass Patienten mit einer affektiven Störung sowie Patienten mit einer Angst- oder Zwangsstörung höhere Effekte als Patienten mit einer somatoformen Störung erzielten.

In der Analyse soziodemographischer und krankheitsbezogener Prädiktoren zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und Therapieerfolg sowie zwischen initialer Symptomausprägung und Therapieerfolg. Frauen profitierten bei initial höherer Beeinträchtigung stärker von der stationären Therapie als Männer, was sich in größeren Behandlungseffekten bezüglich der Psychopathologie sowie im Bereich der körperlichen Lebenszufriedenheit widerspiegelt. Weder das Alter der Patienten noch die Anzahl der Diagnosen besaßen einen prädiktiven Wert in Bezug auf das Behandlungsergebnis.

Da die vorliegende Studie keine Aussage über die Stabilität bzw. Nachhaltigkeit der Ergebnisse macht, ist an eine katamnestische Untersuchung des Patientenkollektivs im Abstand von ein bis fünf Jahren nach dem stationären Aufenthalt zu denken. Zusätzlich werfen die gefundenen Tendenzen z.B. hinsichtlich der störungsorientierten sowie der geschlechtsspezifischen Ergebnisse Fragen auf, die es in Zukunft weiter zu beleuchten gilt.

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Diagnoseverteilung (ICD-10 Erstdiagnosen) innerhalb der Stichprobe zu Therapiebeginn (t0) in Prozent.....	42
Abbildung 2: Anzahl der psychischen Diagnosen.....	43
Abbildung 3: Darstellung der Anteile vorkommender Diagnosegruppen (depressive Störungen, somatoforme Störungen, Angst- und Zwangsstörungen) und ihrer Überschneidungsbereiche.....	44
Abbildung 4: Darstellung der Anteile vorkommender Diagnosegruppen (depressive Störungen, somatoforme Störungen, Anpassungs- und dissoziative Störungen) und ihrer Überschneidungsbereiche.....	44
Abbildung 5: Verlauf der Somatisierungs-, Depressivitäts- und Angstsymptomatik nach PHQ-D von der Aufnahme (t0) bis zur Entlassung (t1).....	45
Abbildung 6: Verlauf der psychischen und körperlichen Lebensqualität nach SF-36 über die Messzeitpunkte Aufnahme (t0) und Entlassung (t1).....	47
Abbildung 7: Mittelwerte, Effektstärken und Signifikanzen der PHQ-D Skalen für Frauen und Männer zu den Messzeitpunkten t0 (Aufnahme) und t1 (Entlassung).....	51
Abbildung 8: Mittelwerte, Effektstärken und Signifikanzen der SF-36 Skalen für Frauen und Männer zu den Messzeitpunkten t0 (Aufnahme) und t1 (Entlassung).....	52
Abbildung 9: Korrelation der initialen Somatisierung mit dem Behandlungserfolg.....	55
Abbildung 10: Korrelation der initialen Ängstlichkeit mit dem Behandlungserfolg.....	55
Abbildung 11: Korrelation der initialen Depressivität mit dem Behandlungserfolg.....	56

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Übersicht über Evaluationsstudien stationärer Psychotherapie.....	21
Tabelle 2:	Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	23
Tabelle 3:	Studien zur strukturellen Beeinträchtigung.....	25
Tabelle 4:	Behandlungskomponenten.....	30
Tabelle 5:	Angaben zur Soziodemographie.....	40
Tabelle 6:	Verteilung von ICD-10 Hauptdiagnosen.....	41
Tabelle 7:	Prä-Post-Behandlungseffekte bezüglich struktureller Beeinträchtigung.....	48
Tabelle 8:	Anfängliche Ausprägung der Psychopathologie und der Lebensqualität sowie störungsorientierte Behandlungserfolge in Diagnosegruppen.....	49
Tabelle 9:	Vergleich der Prä-Post-Mittelwertdifferenzen je nach Komorbidität sowie Er- gebnisse der einfaktoriellen ANOVA.....	53
Tabelle 10:	Korrelationen der PHQ Skalenwerte zum Messzeitpunkt t0 mit dem Behand- lungserfolg im PHQ-D und SF-36 (Differenzwerte) zum Zeitpunkt der statio- nären Entlassung (t1).....	54
Tabelle 11:	Prä-Post-Behandlungseffekte bezüglich der Psychopathologie.....	82
Tabelle 12:	Prä-Post-Behandlungseffekte bezüglich der Lebensqualität.....	82

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Abbass A., Hancock J., Henderson J., Kisely S. (2006): *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. Cochrane Database Syst Rev. **4**, Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub3.
- Antonovsky A. (1987): *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. University of Michigan: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis OPD (2006): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2*. Bern: Huber.
- Arbeitskreis PISO (2012): *Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bassler M. (1994): *Evaluation der differentiellen Wirkung von psychoanalytisch fundierter stationärer Psychotherapie*. Habilitation: Universität Mainz.
- Bateman A.W., Fonagy P. (2004): *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: University Press.
- Baumann U., Sodemann U., Tobien H. (1980): *Direkte versus indirekte Veränderungsdiagnostik*. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie. **1**(3), 201-16.
- Bereiter C. (1963): Some Persisting Dilemmas in the Measurement of Change. In: Harris C.W. (Hrsg.) *Problems in Measuring Change*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Beutel M., Gündel H., Herzog W., Kruse J., Schneider W. (2013): Herausforderungen der Gesellschaft. In: Herzog W., Beutel, ME, Kruse, J. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer. 1-7.
- Beutel M.E., Höflich A., Kurth R., Brosig B., Gieler U., Leweke F., Milch W.E., Reimer C. (2005): *Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie - Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. **51**(2), 145-62.
- Bortz J., Schuster C. (2010): *Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler*. Berlin Heidelberg : Springer.
- Bullinger M.(2000): *Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey*. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. **43**(3), 190-7.
- Bullinger M., Kirchberger I., Ware J. (1995): *Der deutsche SF-36 Health Survey Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität*. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften = Journal of public health. **3**(1), 21-36.
- Caspar F., Herpertz S., Mundt C. (2008): Was ist Psychotherapie? In: Herpertz S., Caspar F., Mundt C. (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban&Fischer. 33-54.

- Clarkin J.F., Buchheim P. (2001): *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*; mit 17 Tabellen; [Manual zur psychodynamischen Therapie]: Schattauer.
- Cohen J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*: Routledge Academic.
- Cox B.J., Kuch K., Parker J.D., Shulman I.D., Evans R.J. (1994): *Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain*. Journal of Psychosomatic Research. **38**(6), 523-7.
- DAK Gesundheitsreport (2013). Verfügbar unter:
https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf [zuletzt geprüft am: 31.01.2016].
- Derogatis L.R. (1977): *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.
- Derogatis L.R. (1993): *BSI, brief symptom inventory: Administration, scoring & procedures manual*: National Computer Systems.
- Ellert U., Kurth B.M. (2004): *Methodische Betrachtungen zu den Summenscores des SF-36 anhand der erwachsenen bundesdeutschen Bevölkerung*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. **47**(11), 1027-32.
- Enke H. (1965): *Bipolare Gruppenpsychotherapie als Möglichkeit psychoanalytischer Arbeit in der stationären Psychotherapie*. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. **15**(3), 116-22.
- Ermann M., Waldvogel B. (2008): Psychodynamische Psychotherapie-Grundlagen und klinische Anwendungen. In: Möller H., Laux G., Kapfhammer H. (Hrsg.) *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin Heidelberg: Springer. 703-42.
- Fliege H., Rose M., Bronner E., Klapp B.F. (2002): *Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie*. PPmP- Psychotherapie- Psychosomatik- Medizinische Psychologie. **52**(2), 47-55.
- Franke G., Hoffmann T., Frommer J. (2005): *Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese?* Z Psychosom Med Psychother. **51**(4), 360-72.
- Franz M., Janssen P., Lensche H., Schmidtke V., Tetzlaff M., Martin K., Wöller W., Hartkamp N., Schneider G., Heuft G. (2000): *Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie-eine Multizenterstudie*. Z Psychosom Med Psychother. **46**(3): 242-58.
- Fröhlich D.-P.C., Jacobi F., Wittchen H.-U. (2006): *DSM-IV pain disorder in the general population*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. **256**(3), 187-96.
- Garcia-Campayo J., Alda M., Sobradie N., Oliván B., Pascual A. (2007): *Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain*. Journal of psychosomatic research. **62**(6), 675-80.

- Gräfe K., Zipfel S., Herzog W., Löwe B. (2004): *Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)"*. Diagnostica. **50**(4), 171-81.
- Grande T., Rudolf G., Oberbracht C., Jakobsen T. (2001): *Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik: Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala*. Z Psychosom Med Psychother. **47**(3), 213-33.
- Grawe K. (1995): *Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie*. Psychotherapeut. **40**(3), 130-45.
- Grissom R.J.(1996): *The magical number. 7±. 2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. **64**(5), 973.
- Gündel H., Ceballos-Baumann A.O., von Rad M. (2000): *Aktuelle Perspektiven der Alexithymie*. Nervenarzt. **71**(3), 151-63.
- Haase M., Frommer J., Franke G.-H., Hoffmann T., Schulze-Muetzel J., Jäger S., Grabe H.-J., Spitzer C., Schmitz N. (2008): *From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy*. Psychotherapy Research. **18**(5), 615-24.
- Heigl-Evers A., Heigl F. (1987): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie—eine Methode zur Behandlung präödipler Störungen*. In: Rudolf G., Rüger U., Studt H.H. (Hrsg.) *Psychoanalyse der Gegenwart*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 181-97.
- Herrmann A.S., Huber D. (2013): *Was macht stationäre Psychotherapie erfolgreich? Der Einfluss von Patienten- und Behandlungsmerkmalen auf den Therapieerfolg in der stationären Psychotherapie*. Z Psychosom Med Psychother. **59**(3), 273-89.
- Herzog W., Albus C., Beutel M., Burgmer M., de Zwaan M., Eich W., Enck P., Erim Y., Friederich H.C., Fritzsche K., Geiser F., Gündel H., Henningsen P., Herpertz S., Herrmann-Lingen C., Heuft G., Joraschky P., Kersting A., Klapp B., Kruse J., Leichsenring F., Löwe B., Meyer T., Schauenburg H., Senf W., Wild B., Wirsching M., Zipfel S. (2013b): *Forschung*. In: Herzog W., Beutel M.E., Kruse J. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer. 9-31.
- Herzog W., Beutel M.E., Kruse J. (2013a): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer.
- Horowitz L.M., Alden L.E., Kordy H., Strauß B. (2000): *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme: deutsche Version; IIP-D: Beltz-Test*.
- Huber D., Albrecht C., Hautum A., Henrich G., Klug G. (2009): *Langzeit-Katamnese zur Effektivität einer stationären psychodynamischen Psychotherapie*. Z Psychosom Med Psychother. **55**(2), 189-99.
- Jacobi F., Höfler M., Strehle J., Mack S., Gerschler A., Scholl L., Busch M.A., Maske U., Hapke U., Gaebel W., Maier W., Wagner M., Zielasek J., Wittchen H.U. (2014): *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung*. Nervenarzt. **85**(1), 77-87.

- Jacobi F., Kessler-Scheil S. (2013): *Epidemiologie psychischer Störungen. Psychotherapeut.* **58**(2), 191-206.
- Jäger B., Schmid-Ott G., Ernst G., Dölle-Lange E., Sack M. (2012): *Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zu Ich-Funktionen und zur Selbstregulationsfähigkeit (Hannover-Selbstregulations-Inventar, HSRI). Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie.* **80**(6), 336-43.
- Janssen P.L. (2012): *Zur Theorie und Praxis psychoanalytisch begründeter stationärer Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse.* **28**(4), 337-58.
- Janssen P.L., Martin K., Tress W., Zaudig M. (1998): *Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut.* **43**(5), 265-76.
- Kernberg O.F. (1977): The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis P. (Hrsg.) *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient.* University of Michigan: International Universities Press. 87-121.
- Kernberg O.F. (1992): *Schwere Persönlichkeitsstörungen: Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien:* Klett-Cotta.
- Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. (2005): *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry.* **62**(6), 593-602.
- Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. (2001): *The Phq-9. Journal of general internal medicine.* **16**(9), 606-13.
- Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. (2002): *The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. Psychosomatic Medicine.* **64**(2), 258-66.
- Kruse J., Bassler M., Beutel M., Franz M., Gündel H., Herzog W., Hildenbrand G., Janssen P.L., Köllner V., Menzel H., Pfaffinger I., Söllner W., Timmermann J., (2013): Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung. In: Herzog W., Beutel M., Kruse J. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute: Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland.* Stuttgart: Schattauer. 55-81.
- Leichsenring F., Rabung S. (2008): *Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. JAMA: the journal of the American Medical Association.* **300**(13), 1551-65.
- Leichsenring F., Rabung S. (2013): *Zur Kontroverse um die Wirksamkeit psychodynamischer Therapie. Z Psychosom Med Psychother.* **59**(1), 13-32.
- Leichsenring F., Rabung S., Leibing E. (2004): *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Archives of general psychiatry.* **61**(12), 1208.
- Lenz G., Demal U. (2000): *Quality of life in depression and anxiety disorders: an exploratory follow-up study after intensive inpatient cognitive behaviour therapy. Psychopathology.* **33**(6), 297-302.

- Liebherz S., Rabung S. (2013): *Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. PPM-Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie.* **63**(9/10), 355-64.
- Löwe B., Decker O., Müller S., Brähler E., Schellberg D., Herzog W., Herzberg P.Y., (2008): *Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population.* Medical care. **46**(3), 266-74.
- Löwe B., Spitzer R., Zipfel S., Herzog W. (2002): *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen.* Karlsruhe: Pfizer.
- Lumley M.A., Asselin L.A., Norman S. (1997): *Alexithymia in chronic pain patients.* Comprehensive Psychiatry. **38**(3), 160-5.
- Main T.F. (1946): *The hospital as a therapeutic institution.* Bulletin of the Menninger Clinic. **10**(3), 66-70.
- Michalak J., Kosfelder J., Meyer F., Schulte D. (2003): *Messung des Therapieerfolgs.* Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie; Forschung und Praxis. **32**(2), 94-103.
- Mitscherlich A. (1966/67): *Krankheit als Konflikt.* *Studien zur psychosomatischen Medizin.* Frankfurt: Suhrkamp.
- Möller-Leimkühler A. (2010): *DFF: Depression bei Männern: Eine Einführung.* Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. **11**(3), 11-20.
- Möller-Leimkühler A.M. (2005): *Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung.* Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. **6**(3), 29-35.
- Morris S.B., DeShon R.P. (2002): *Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs.* Psychological methods. **7**(1), 105.
- Nickel R., Egle U. (2005): *Influence of childhood adversities and defense styles on the 1-year follow-up of psychosomatic-psychotherapeutic inpatient treatment.* Psychotherapy research. **15**(4), 483-94.
- Núñez D.G., Rufer M., Leenen K., Majohr K.-L., Grabe H., Jenewein J. (2010): *Lebensqualität und alexithyme Merkmale bei Patienten mit somatoformer Schmerzstörung.* Der Schmerz. **24**(1), 62-8.
- Oliver J.P. (1991): *The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill.* Social Work and Social Sciences Review. **3**(1),5-45.
- Petermann F., Schüßler G. (2010): *Zum Status der Psychotherapieforschung im deutschen Sprachraum-Eine bibliometrische Analyse dreier deutschsprachiger Zeitschriften.* Z Psychosom Med Psychother. **56**(3), 297-313.
- Pfammatter M., Tschacher W. (2012): *Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung.* Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. **60**(1), 67-76.

- Pieh C., Lahmann C., von Heymann F., Tritt K., Loew T., Busch V., Probst T. (2011): *Prävalenz und Komorbidität der somatoformen Störung: Eine Multicenter-Studie.* Z Psychosom Med Psychother. **57**(3), 244-50.
- Priebe S., Gruyters T., Heinze M., Hoffmann C., Jakel A. (1995): *Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung: Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis.* Psychiatrische Praxis. **22**(4), 140-4.
- Prioleau L., Murdock M., Brody N. (1983): *An analysis of psychotherapy versus placebo studies.* The Behavioral and Brain Sciences. **6**(2), 275-85.
- Probst T., von Heymann F., Zaudig M., Konermann J., Lahmann C., Loew T., Tritt K. (2009): *Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung-Ergebnisse einer multizentrischen Katamnese studie.* Z Psychosom Med Psychother. **55**(4), 409-20.
- Puschner B., Haug S., Häfner S., Kordy H. (2004): *Einfluss des Behandlungssettings auf den Gesundheitsverlauf.* Psychotherapeut. **49**(3), 182-92.
- Riecher-Rössler A., Rohde A. (2001): *Psychische Erkrankungen bei Frauen: für eine geschlechtersensible Psychiatrie und Psychotherapie:* Karger Medical and Scientific Publishers.
- Rudolf G. (1991): *PSKB-Se-ein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patienten Selbsteinschätzung.* Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. **37**(4), 350-60.
- Rudolf G. (2000): *Psycho-Somatik: Erklärungsmodelle somatoformer Störungen. Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage.* 4. Auflage ed. Stuttgart: Thieme. 285-96.
- Rudolf G. (2005): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage ; 110 Tabellen.* 5., unveränd. Aufl. ed. Stuttgart [u.a.]: Thieme.
- Rudolf G. (2006): *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen.* Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf G. (2007): *Strukturbezogene Psychotherapie - Konzept und Behandlungspraxis.* Ärztliche Psychotherapie. **2**(3), 142-8.
- Rudolf G. (2012): *Strukturbezogene Psychotherapie.* Psychotherapeut. **57**(4), 357-72.
- Rudolf G., Buchheim P., Ehlers W., Küchenhoff J., Muhs A., Pouget-Schors D., Rüger U., Seidler G.H., Schwarz F. (1995): *Struktur und strukturelle Störung.* Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. **41**(3) 197-212.
- Rudolf G., Grande T., Oberbracht C. (2000): *Die Heidelberger Umstrukturierungsskala.* Psychotherapeut. **45**(4), 237-46.
- Rudolf G., Henningsen P. (2003): *Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen.* Z Psychosom Med Psychother. **49**(1), 3-19.
- Rudolf G., Henningsen P. (2012): *Somatoforme Störungen.* In : Reimer C., Rüger U.(Hrsg.) *Psychodynamische Psychotherapien.* Berlin Heidelberg: Springer. 225-33.

- Rudolf G., Jakobsen T., Micka R., Schumann E. (2004): *Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie*. Z Psychosom Med Psychother. **50**(1), 37-52.
- Sack M., Lempa W., Lamprecht F., Schmid-Ott G. (2003): *Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie*. Z Psychosom Med Psychother. **49**(1), 63-73.
- Sattel H., Lahmann C., Gündel H., Guthrie E., Kruse J., Noll-Hussong M., Ohmann C., Ronel J., Sack M., Sauer N., Schneider G., Henningsen P. (2012): *Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial*. The British Journal of Psychiatry. **200**(1), 60-7.
- Schauenburg H. (2007): *Stationäre psychodynamisch-psychoanalytische Psychotherapie. PiD-Psychotherapie im Dialog*. **8**(1), 16-20.
- Schepank H. (1988): Die stationäre Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland: Soziokulturelle Determinanten, Entwicklungsstufen, Ist-Zustand, internationaler Vergleich, Rahmenbedingungen. In: Schepank H., Tress W. (Hrsg.) *Die stationäre Psychotherapie und ihr Rahmen*. Berlin Heidelberg: Springer. 13-38.
- Schneider G., Schmitz-Moormann S., Bär O., Driesch G., Heuft G. (2006): *Psychodynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie-Zusammenhänge zu den Selbstausskunftsskalen und Individuellen Therapiezielen*. Z Psychosom Med Psychother. **52**(3), 259-73.
- Schultz U., Hermanns L.M. (1987): *Das Sanatorium Schloss Tegel Ernst Simmels-Zur Geschichte und Konzeption der ersten Psychoanalytischen Klinik*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. **37**(2), 58-67.
- Schultz-Venrath U. (2013): Mentalisierungsbasierte Gruppentherapie (MBGT). In: Schultz-Venrath U. (Hrsg.) *Lehrbuch Mentalisieren*. Stuttgart: Klett-Cotta. 201-33.
- Schur M. (1955): *Comments on the metapsychology of somatization*. Psychoanal Study Child **10**. 119-64.
- Shapiro D. (1965): *Neurotic Styles*. New York: Basic Books.
- Shapiro D.A., Shapiro D. (1982): Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychological Bulletin. **92**(3), 581.
- Shedler J. (2011): *Die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie*. Psychotherapeut. **56**, 265-77.
- Sifneos P.E. (1973): *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. Psychotherapy and psychosomatics. **22**(2-6), 255-62.
- Simmel E. (1928): *Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik*. Int Z Psychoanal. **40**, 352-70.
- Skogstad W., Hinshelwood R. (1998): *Das Krankenhaus im äußeren Rahmen und im seelischen Erleben*. Psychotherapeut. **43**(5), 288-95.
- Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B. (1999): *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD*. JAMA: the journal of the American Medical Association. **282**(18), 1737-44.
- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., Lowe B. (2006): *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7*. Archives of internal medicine. **166**(10), 1092.
- Statistisches Bundesamt: Krankenhäuser nach Fachabteilungen. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung 2014. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html>: [zuletzt geprüft am: 10.11.2015].
- Streeck U., Ahrens S., Schneider W. (2002): Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie. In: Ahrens S., Schneider W., (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie und psychosomatischen Medizin*. Stuttgart New York: Schattauer. 615-22.
- Tress W., Hartkamp N. (2000): *Differente Perspektiven auf den Prozess in stationärer Psychotherapie*. Z Psychosom Med Psychother. **46**(2), 166-79.
- Tritt K., von Heymann F., Loew T., Benker B., Bleichner F., Buchmüller R., Findeisen P., Galuska J., Kalleder W., Lettner F., Michelitsch B., Stadtmüller G., Zaudig M. (2003): *Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM*. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie. **8**(1), 244-51.
- Uexküll T.v. (2011): *Psychosomatische Medizin theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7., komplett überarb. Aufl. ed. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Ware Jr J.E., Sherbourne C.D. (1992): *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection*. Medical care. **30**(6), 473-83.
- Weiss I., Rabinowitz J., Spiro S. (1996): *Agreement between therapists and clients in evaluating therapy and its outcomes: literature review*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. **23**(6), 493-511.
- Wilder J. (1931): *Das „Ausgangswert-Gesetz“, ein unbeachtetes biologisches Gesetz und seine Bedeutung für Forschung und Praxis*. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. **137**(1), 317-38.
- Wittchen H., Zaudig M., Fydrich T. (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Yalom I.D. (2005): *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. München: btb-Verlag.
- Zaudig M. (2004): *Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung*. Z Psychosom Med Psychother. **50**(4), 355-75.
- Zeeck A., Scheidt C., Hartmann A., Wirsching M. (2003): *Stationäre oder teilstationäre Psychotherapie?* Psychotherapeut. **48**(6), 420-5.

Zielke M., Kopf-Mehnert C. (1978): *VEV-Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Weinheim: Beltz.

10 DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all den Menschen bedanken, die wesentlich zum Gelingen meiner Doktorarbeit beigetragen haben.

Mein erster Dank gilt Univ. Prof. Dr. P. Henningsen, Chefarzt der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München, der mir ermöglichte an seiner Klinik zu promovieren.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei Dr. med. Joram Ronel für die Überlassung des Themas und die engagierte und fachlich sowie persönlich unterstützende Betreuung und Begleitung während der gesamten Zeit dieser Promotionsarbeit. Ich konnte mich mit allen Fragen vertrauensvoll an ihn wenden und wusste sowohl seine konstruktive Kritik wie auch seine herzliche und humorvolle Art sehr zu schätzen. Vielen Dank auch für das mühevoll Korrekturlesen und die hilfreichen Literaturvorschläge.

Heribert Sattel möchte ich herzlich für seine wertvollen inhaltlichen Anregungen, seine unendliche Geduld und kompetente fachliche Unterstützung sowie für seine Hilfe bei der statistischen Auswertung und graphischen Gestaltung danken.

Auch dem Sekretariat der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie und hier besonders Frau Christiane Marek gilt mein Dank für die Unterstützung bei der Datenrecherche.

Meine Freunde verdienen ebenfalls ein ganz besonderes Dankeschön dafür, dass sie bei Problemen und Zweifeln stets ein offenes Ohr hatten, mich motivierten und mir mit stilistischen und inhaltlichen Verbesserungsvorschlägen und Korrekturen zur Seite standen.

Zuletzt möchte ich mich von ganzem Herzen bei meiner Familie - insbesondere bei meinen Eltern - bedanken, die mir in jeder Lebenslage bedingungsloses Vertrauen entgegenbringen, mir Halt geben und mich in allem was ich tue immer wieder bestärken und liebevoll unterstützen.

11 ANHANG

Tabelle 11: Prä-Post-Behandlungseffekte bezüglich der Psychopathologie

Instrument	n	PRÄ M (SD)	n	POST M (SD)	T- Wert	ES	p
PHQ-D	79		77				
Somatisierung		12,5 (5,8)		9,8 (4,9)	6,0	0,68	0,000
Depressivität		12,1 (6,2)		8,3 (4,5)	6,0	0,72	0,000
Ängstlichkeit		10,0 (5,4)		6,3 (4,7)	6,4	0,70	0,000

Anmerkungen: n = Personenzahl, PRÄ = Aufnahmezeitpunkt, POST = Entlasszeitpunkt, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke (fett wenn signifikant), p = Signifikanz

Tabelle 12: Prä-Post-Behandlungseffekte bezüglich der Lebensqualität

Instrument	n	PRÄ M (SD)	n	POST M (SD)	T- Wert	ES	p
SF-36	78		77				
Körperliche Summenskala (PCS)		39,5 (11,8)		41,8 (11,9)	3,0	0,31	0,004
Psychische Summenskala (MCS)		32,6 (11,9)		39,7 (12,0)	5,1	0,63	0,000

Anmerkungen: n = Personenzahl, PRÄ = Aufnahmezeitpunkt, POST = Entlasszeitpunkt, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ES = Effektstärke (fett wenn signifikant), p = Signifikanz

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Fragen zum Thema „Angst“.

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	1	2	3	4	5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben			
3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3a. anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
3b. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
3d. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
3e. einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
3f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3
3g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
3h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
3i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
3j. sich baden oder anziehen	1	2	3

Hatten Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
4b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
4c. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
4d. Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	1	2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten bzw. zu Hause?	Ja	Nein
5a. Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
5b. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
5c. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr Stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	1	2	3	4	5	6

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten z.B. zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9a. ... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
9b. ... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
9c. ... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
9d. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
9e. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
9f. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
9g. ... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
9h. ... glücklich?	1	2	3	4	5	6
9i. ... müde?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
11a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
11b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
11c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
11d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

Bitte geben Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten 4 Wochen auf Sie zutrafen:

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
1. Ich verliere zu schnell die Geduld	1	2	3	4	5	6
2. Ich verstehe meine Gefühle selber nicht	1	2	3	4	5	6
3. Beziehungen werden immer wieder so eng, dass ich sie abbrechen muss	1	2	3	4	5	6
4. Ich komme mir unwirklich vor	1	2	3	4	5	6
5. Meine Gefühle bringen mich ganz durcheinander	1	2	3	4	5	6
6. Ich bin ungeduldig	1	2	3	4	5	6
7. Wenn mir etwas misslingt, zweifle ich sofort an meiner ganzen Person	1	2	3	4	5	6
8. In Beziehungen erlebe ich ein ständiges Hin und Her	1	2	3	4	5	6
9. Ich rege mich schnell über andere auf	1	2	3	4	5	6
10. Ich fühle mich nutzlos	1	2	3	4	5	6
11. Die Nähe anderer Menschen kann ich nur schwer ertragen	1	2	3	4	5	6
12. Ich halte nicht viel von mir	1	2	3	4	5	6
13. In mir spüre ich nur Spannung und weiß gar nicht, wohin damit	1	2	3	4	5	6
14. Ich frage mich, warum mich manche Menschen zu mögen scheinen	1	2	3	4	5	6
15. Ich kann vor Wut nicht richtig denken	1	2	3	4	5	6
16. Lob kann ich ganz schwer annehmen	1	2	3	4	5	6
17. Ich bin von anderen Menschen so enttäuscht, dass ich am liebsten alleine bin	1	2	3	4	5	6
18. Ich tue aus Wut etwas, was ich hinterher bereue	1	2	3	4	5	6
19. Meine Stimmungen wechseln sehr schnell	1	2	3	4	5	6
20. Wenn ich mich mit anderen vergleiche schneide ich schlecht ab	1	2	3	4	5	6
21. Ich habe viele gefühlsmäßige Höhen und Tiefen	1	2	3	4	5	6
22. Auch mir nahestehenden Menschen kann ich nur schwer vertrauen	1	2	3	4	5	6
23. Wenn ich nicht das bekommen, was ich möchte, könnte ich vor Wut platzen	1	2	3	4	5	6
24. Ich bin unsicher, ob ich wirklich da bin	1	2	3	4	5	6
25. Ich kann mich nicht beruhigen, obwohl ich mir das wünschte	1	2	3	4	5	6
26. Ich bin unsicher, ob meine Umgebung wirklich so ist, wie sie scheint	1	2	3	4	5	6
27. Ich erlebe starke Schwankungen in meinen Gefühlen der Abneigung oder Zuneigung zu nahestehenden Menschen	1	2	3	4	5	6
28. Ich verliere den Bezug zur Wirklichkeit	1	2	3	4	5	6
29. Ich habe das Gefühl, neben mir zu stehen	1	2	3	4	5	6
30. Meine Gefühle geraten mir außer Kontrolle	1	2	3	4	5	6
31. Meine Umgebung kommt mir unwirklich vor	1	2	3	4	5	6
32. Ich kann nur schlecht warten	1	2	3	4	5	6
33. Ich lehne Menschen ab, die ich eigentlich mag	1	2	3	4	5	6
34. Es fällt mir schwer, Realität und Phantasie zu unterscheiden	1	2	3	4	5	6
35. Ich zweifle daran, dass ich eine Aufgabe schaffe	1	2	3	4	5	6