



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Katamneseerhebung

zur Evaluierung des Behandlungskonzepts am
Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik
(SMZ Baumgartner Höhe - Otto-Wagner-Spital)“

verfasst von

Johanna Lackner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Psychologie

Betreut von:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

DANKSAGUNG

Ich möchte mich hier bei all jenen Personen herzlich bedanken, die mich im Laufe meines Studiums und vor allem in der Phase der Diplomarbeit unterstützt haben:

Zunächst möchte ich meinem Diplomarbeitbetreuer Herrn Mag. Dr. Reinhold Jagsch danken, der mich durch seine ruhige, aufmerksame und geduldige Art, als auch fachlich sehr kompetent betreut hat.

Weiters möchte ich dem Team des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik, aber vor allem Frau Dr. Isabella Kalusch-Klug für die mir entgegengebrachte Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit danken. Durch die gute Zusammenarbeit wurde mir die Arbeit sehr erleichtert.

Vielen Dank auch an alle ehemaligen Patienten, die bereit dazu waren die Studie abzuschließen.

Ein riesengroßes Dankeschön gebührt meiner Mama, die einfach immer für mich da ist und mich während des Studiums als auch in der intensiven Diplomarbeitszeit bedingungslos mental und finanziell unterstützt und mich immer ermutigt hat, meinen Weg zu gehen. Danke Mama!

Meinem Papa, Alex und Herta möchte ich ganz besonders für deren finanzielle Unterstützung danken, ohne der, mein Studium noch länger gedauert hätte.

Danke an meine Freunde. Besonders an Jakob, Laura, Anna und Carole.

Ronja, meiner Tochter, die mich durch mein gesamtes Studium begleitet hat und auch die stressigen Zeiten mit mir erlebt hat, danke ich von ganzem Herzen für die Rücksichtnahme und die vielen schönen Momente.

Abschließend möchte ich meinem Freund Daniel mein größtes Dankeschön aussprechen, denn er hat mich stets aufgefangen und jede Krise hautnah mit mir durchgestanden, mich beruhigt, beraten, angespornt und mir außerdem ein Gefühl der Geborgenheit und Zuversicht vermittelt.

INHALTSVERZEICHNIS

Theoretischer Teil	11
Einleitung	11
1 Qualitätssicherung.....	13
1.1 Definition von psychologischer Qualität.....	13
1.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.....	14
1.3 Dimensionen von Qualität	17
1.4 Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie	19
1.4.1 Basisdokumentation	21
2 Evaluation	22
2.1 Definition und Begriffsbestimmung.....	22
2.2 Anwendungsgebiete psychologischer Evaluation	23
2.3 Evaluationsarten	23
2.4 Funktionen und Standards von Evaluation.....	25
3 Psychotherapieforschung.....	26
3.1 Definition und Begriffsbestimmung.....	26
3.2 Notwendigkeit der Psychotherapieforschung	27
3.3 Geschichtliche Entwicklung der Psychotherapieforschung	28
3.4 Herangehensweisen an Themen und Strategien der Psychotherapieforschung	32
3.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Qualitätssicherung, Evaluation und Psychotherapieforschung.....	34
4 Katamneseforschung	35
4.1 Begriffsbestimmung und Definition.....	35
4.1.1 Verhaltensänderung	36
4.2 Geschichtliche Entwicklung der Katamneseforschung	38
4.3 Ziele der Katamneseforschung	39
4.4 Kritische Aspekte im Rahmen katamnestischer Untersuchungen.....	40
4.4.1 Datenerhebung.....	40
4.4.2 Zeitraum	42
4.4.3 Studiendesign	43
4.4.4 Frage nach dem Erfolgskriterium	45
4.4.5 Patientenkooperation.....	46
4.4.6 Kritische Lebensereignisse.....	47

4.5	Qualitätsstandards der Katamneseforschung.....	48
4.6	Katamneseforschung im stationären Setting.....	49
4.6.1	Stationäre Psychotherapie.....	49
4.6.2	Therapieevaluation von Persönlichkeitsstörungen	52
4.6.3	Therapieevaluation von affektiven Störungen	54
Empirischer Teil		58
5	Methoden.....	58
5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	58
5.2	Untersuchungsziel und Studiendesign.....	58
5.3	Untersuchungsdurchführung.....	59
5.4	Beschreibung der Institution.....	60
5.4.1	Therapeutisches Angebot	61
5.4.2	Voraussetzung für eine Behandlung	63
5.5	Beschreibung der Verfahren	63
5.5.1	Soziodemografischer Fragebogen	65
5.5.2	Short-Form Health Survey (SF-36)	65
5.5.3	20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20).....	66
5.5.4	Beck Depressions-Inventar-II (BDI-II).....	68
5.5.5	Brief Symptom Inventory (BSI)	69
5.6	Fragestellung und Hypothesen	70
5.7	Statistische Verfahren.....	71
6	Ergebnisse	73
6.1	Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der soziodemografischen Variablen.....	73
6.2	Beantwortung der Fragestellung und Hypothesenprüfung.....	75
6.2.1	Completeranalyse	75
6.2.2	Depressive Symptomatik (BDI-II)	77
6.2.3	Alexithyme Merkmale (TAS-20).....	77
6.2.4	Allgemeine psychische Belastung (BSI).....	81
6.2.5	Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36).....	90
6.2.6	Geschlechterunterschiede	99
7	Diskussion.....	99
8	Kritik und Ausblick	107
9	Zusammenfassung	110
10	Literaturverzeichnis	112
10	Tabellenverzeichnis.....	128
11	Abbildungsverzeichnis.....	130

12	Anhang	132
12.1	Tabellen	132
12.2	Abbildungen.....	134
12.2	Fragebogenbatterie	140
12.3	Lebenslauf.....	163

Für Penja

THEORETISCHER TEIL

Einleitung

An der Psychotherapiestation und auch an der Tagesklinik des Otto-Wagner-Spitals hat sich die Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungsangebots ergeben. Diese wurde dem Fachbereich der Klinischen Psychologie des Instituts für Psychologie in Wien übertragen. Die Evaluation, die daraus entstand, bestand aus zwei Teilen. Im Zuge der Diplomarbeit von Mag. Manuela Fitz (2013) wurde bereits die Wirksamkeit des multimodalen Behandlungsangebots überprüft, wobei die Versuchspersonen zu den Symptomen ihrer Störung sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität befragt wurden. Die klinische Patientenstichprobe bestand aus einer Versuchsgruppe sowie einer Kontrollgruppe. Den Patienten wurde eine Fragebogenbatterie sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung aus der Behandlung vorgelegt. Die Kontrollgruppe bestand aus Personen auf der Warteliste, die ihre übliche Behandlung weiterhin bekamen, also meist in Behandlung bei einem Arzt waren, der ihnen Medikamente verschrieb. Ihnen wurden die Fragebögen mit der Post zugesandt. Verglichen wurden die beiden Zeitpunkte, um einen Effekt der Behandlung zu überprüfen. Die damalige Stichprobe bestand aus 88 Patienten, wovon sich 60 in Behandlung an entweder der Station Pavillion 2 oder der Tagesklinik des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik befanden. Die Auswertung der Ergebnisse ergab eine deutliche Verbesserung der Versuchspersonen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, ebenso der depressiven Symptomatik, der Borderline-Symptomatik und dissoziativen Symptomatik über den Behandlungszeitraum hinweg. Bei den alexithymen Merkmalen zeigte sich keine Veränderung. Von der Alexithymie betroffene Personen haben eine eingeschränkte Fähigkeit hinsichtlich der Darstellung und Beschreibung emotionaler Erfahrungen (Taylor & Bagby, 2004). Dieses Defizit ist früh angelegt, überdauernd, kann mittels Behandlung nicht viel verändert werden und wird somit als stabile

Persönlichkeitseigenschaft verstanden (Sifneos, 1973). Somit erwies sich das Angebot als geeignet für die Patienten des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik.

Der zweite Teil der Evaluation ist eine Katamnesestudie, die ein Jahr nach der Entlassung der Patienten die langzeitige Wirksamkeit des Behandlungsangebots der Klinik überprüfen sollte. Um das zu verwirklichen, wurden die ehemaligen Studienteilnehmer erneut mit der selben Fragebogenbatterie befragt und ihre Antworten mit den vorangegangenen verglichen, um Hinweise auf eine Veränderung der Symptomatik zu bekommen. Eine Therapie erfüllt nach Frohburg (2004) ihr Anliegen nur dann, wenn die erreichten Veränderungen auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleiben.

Der theoretische Teil dieser Arbeit soll einen Überblick über das Thema der Qualitätssicherung in der Psychotherapie geben. Weiters werden Psychotherapieforschung und Evaluation zusammenfassend behandelt. Im Fokus dieser Arbeit steht die Katamneseforschung, deren Wichtigkeit im Bereich der Klinischen Psychologie hervorgehoben wird. Denn nach Kazdin und Kendall (1998) würden Behandlungen möglicherweise nicht als so wirksam eingeschätzt werden, wenn es Follow-up-Daten gäbe, da viele Studien einen Effekt unmittelbar nach Anwendung der Maßnahme aufzeigen, aber nicht untersucht und dokumentiert wird, wie sich dieser Effekt über längere Zeit hinweg entwickelt. Hierbei lässt sich durch Follow-up-Untersuchungen die zeitliche Stabilität von Effekten einer Intervention untersuchen. Zuletzt wird ein kurzer Überblick über Katamnesestudien im stationären Setting und beispielhaft in Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie mit affektiven Störungen gegeben.

Der empirische Teil umfasst die Beschreibung der Stichprobe, des Studiendesigns, der Durchführung, der Institution, der verwendeten Verfahren sowie die Fragestellung inklusive der Hypothesen und einer Erklärung, welche statistischen Verfahren für die Auswertung verwendet wurden. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse dargelegt, die dann anschließend in der Diskussion näher beschrieben werden und mit der Literatur in Verbindung gebracht werden. Am Ende sollen ergänzend Kritikpunkte und Einschränkungen der Arbeit diskutiert werden.

Um eine einfachere Lesbarkeit zu ermöglichen, wird auf die Verwendung femininer und maskuliner Formen bei den Begriffen „Patient“, „Therapeut“, „Mitarbeiter“ etc. verzichtet. Selbstverständlich beziehen sich diese Formulierungen immer auf beide Geschlechter.

1 Qualitätssicherung

1.1 Definition von psychologischer Qualität

Grundsätzlich lässt sich über die zahlreichen Definitionen von Qualität sagen, dass es sich um eine Differenz zwischen dem, was erreicht werden soll, und dem, was erreicht worden ist, handelt, also ein Soll-Ist-Vergleich stattfindet. Maß (1997, zitiert nach Härter, Linster & Stieglitz, 2003a, S. 23) definierte Qualität als „die optimale Versorgung (psychisch) kranker Menschen nach dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit“ (S. 23). Im Gegensatz zur Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, die Qualität als „den unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom jeweiligen medizinischen Versorgungssystem erreichten Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“ (JCAHO, 1996, zitiert nach Härter et al., 2003a, S. 23) versteht, somit nur das Behandlungsergebnis thematisiert und der Behandlungsprozess außer Acht gelassen wird. Folglich ist es ein Konstrukt, das aus mehreren Ebenen besteht, als latent betrachtet wird und durch unterschiedliche Indikatoren operationalisiert und schließlich gemessen werden kann (Nübling & Schmidt, 1998). Jedoch lässt sich Qualität nicht absolut formulieren, denn sie steht immer in Verbindung mit einer Zielvorgabe und wird nach unterschiedlichen Qualitätsbegriffen und –erwartungen unterschiedlich bewertet (Härter et al., 2003a).

Qualität im psychologischen Kontext lässt sich nicht, wie beispielsweise in der Industrie in Form eines Qualitätsindex erfassen, da sie ein komplexeres System umfasst. Qualität in der Psychotherapie kann nicht materiell bestimmt werden, da es nicht nur

um (technologisch) optimale medizinische Versorgung geht, sondern die Patientenzufriedenheit ebenfalls eine große Rolle spielt. Der Prozess läuft nicht nur unidirektional ab, denn es wird hier dem Patienten selbst eine aktive Rolle zur Erlangung qualitativ guter Ergebnisse zugeteilt (Härter, Linster & Stieglitz, 2003b). Darüber hinaus kann gute Qualität nur durch ein komplexes Zusammenspiel von mehreren unterschiedlichen Faktoren entstehen (Ohmann, 1997). Somit lässt sich Qualität nicht anhand eines einfachen Qualitätsindex erfassen (Kaltenbach, 1993).

1.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung (QS) und Qualitätsmanagement (QM) sind verschiedene Ansätze und Maßnahmen umfassende Sammelbegriffe. Als zentrales Ziel der Gesundheitsversorgung gilt es, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Patienten und Klienten zu verbessern, mit idealerweise der am höchsten verfügbaren Qualität und möglichst kostengünstigen Form (Härter et al., 2003a). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sollen helfen, Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen, unter anderem auch in der Psychotherapie, transparent zu machen, um sie dadurch kritisch zu reflektieren und kontinuierlich verbessern zu können. Durch strukturierte Maßnahmen und stetige Rückmeldungen zum Behandlungs- und Beratungsprozess soll Qualitätsmanagement explizit Transparenz und Ausrichtung auf Merkmale fördern, die für die Qualität der Dienstleistung relevant sind (Härter et al., 2003a). Es besteht zunehmendes Bewusstsein der Leistungsbringer, dass eine Vielzahl der Maßnahmen, die von ihnen angeboten werden, noch nicht ausreichend belegt sind. Das Bedürfnis nach größerer Transparenz und optimaler Kosten-Nutzen-Relation gesundheitsbezogener Dienstleistungen sind Gründe für die stetig stärker werdende Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen. Ergänzend führen Härter und Kollegen (2003b) folgende Faktoren an, die qualitätssichernde Maßnahmen im Gesundheitswesen bestimmen:

- zunehmendes Bedürfnis der Patienten und der Öffentlichkeit nach Transparenz in der Gesundheitsversorgung
- befürchtete Minderung der Versorgungsqualität bei knappen finanziellen Ressourcen

- Bewusstsein, dass Wirksamkeit und Effizienz zahlreicher Diagnostik-, Behandlungs- und Beratungsmethoden nicht ausreichend empirisch belegt sind
- Wettbewerb im Gesundheitswesen zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern
- kommerzielle Interessen Dritter

Die Sicherung der Qualität erfolgt in einem fortlaufenden Prozess, in dem verschiedene Stufen durchlaufen werden. Am Beginn steht die kontinuierliche Beobachtung und die Erfassung der erbrachten Leistung, damit diese mit erarbeiteten SOLL-Werten verglichen werden kann. Dazu werden einerseits die Verfügbarkeit empirisch begründeter bzw. konsensorientierter diagnostischer/therapeutischer Maßnahmen vorausgesetzt, aber auch qualitätsbestimmende Kriterien bzw. Standards, anhand derer Qualität vergleichbar wird. Außerdem stellen Erhebung, Aufbereitung und Bewertung der Daten eine notwendige Bedingung dar, ohne die Sicherung der Qualität nicht durchführbar wäre (Härter et al., 2003b). Bezüglich der Ausrichtung und Durchführung kann zwischen *interner* und *externer* Qualitätssicherung unterschieden werden. Bei internen Maßnahmen wird nach sachorientierten und differenzierten Ansatzpunkten für die Qualitätsverbesserung gesucht und hauptsächlich in Eigenregie der Einrichtungen durchgeführt. Im Gegensatz dazu wird die externe Qualitätssicherung eher von äußeren Faktoren bestimmt. Außerdem stellt der Vergleich von Prozessen und Ergebnissen zwischen zwei oder mehreren Institutionen eine weitere Möglichkeit dar. Obwohl einige Maßnahmen Mischformen der beiden Ansätze enthalten, werden laut Kordy (1992) vor allem im psychosozialen Bereich interne Maßnahmen bezüglich ihrer Effektivität und Akzeptanz favorisiert. Abhängig ist die Effektivität der verwendeten Strategie jedoch von unterschiedlichen Faktoren, wie z.B. dem Einsatzbereich oder den Zielen und Aufgaben des Qualitätssicherungssystems (Laireiter, 1998). Qualitätssicherung soll somit die optimale Behandlung des Patienten nach dem neuesten Stand der Forschung gewährleisten. Sie ist weder als Selbstzweck noch als Kontroll- und Disziplinierungsinstrument erschaffen worden, sondern dient dem Patienten (Heuft & Senf, 1998). Qualität wird immer im Hinblick auf die angestrebten Behandlungsziele des einzelnen Patienten definiert (Hoffmann, 1998). Allerdings erweisen sich laut Laireiter (1998) die Maßnahmen der Qualitätssicherung

als zu statisch und werden der Notwendigkeit einer aktiven Gestaltung sowie Planung von Qualität und -standards zu wenig gerecht. Daher hat sich nach und nach ein übergreifendes Konzept des Qualitätsmanagements etabliert. Qualitätsmanagement schließt nach den DIN EN ISO Normen 9000ff „alle Tätigkeiten, mit denen die Qualitätsphilosophie, diverse Qualitätsziele und Verantwortungen festgelegt sowie diese durch Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätsverbesserung verwirklicht werden“ (Selbmann, 1995, S. 5) ein.

Qualitätsmanagement ist berufsgruppen- und hierarchieübergreifend und bezieht alle Aspekte der Qualität der Patienten, der Leistungserbringer und des Managements mit ein. Obwohl es der Qualitätskontrolle dient, verfolgt es einen kontinuierlichen Prozess, um sich an den Zustand optimaler Qualität anzunähern und diesen prospektiv zu erreichen. Somit wird die hauptsächlich ergebnisorientierte Qualitätssicherung um das prozessorientierte Vorgehen des Qualitätsmanagements erweitert (Rückert & Linster, 1998).

Herausforderungen und Rahmenbedingungen für die Qualitätsmanagemententwicklung der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen sind folgende (Härter et al., 2003b):

- Notwendigkeit multiprofessioneller Teams und Anwendung komplexer und störungsspezifisch ausgerichteter Behandlungskonzepte
- Teamansatz erfordert Konsens über diagnostisches und therapeutisches Vorgehen
- Entwicklung systematischer Leitlinien steht erst am Anfang
- hohes Chronifizierungsrisiko psychischer Störungen, Behandlungsziele eher auf Befindensbesserung, weniger auf Heilung ausgerichtet
- häufig Notwendigkeit längerer stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlungen
- Schwierigkeit, klinische Aktivitäten wie Psychotherapie, Psychoedukation und Beratung zu quantifizieren und zu messen

- Weiterverfolgen der Klienten ist erschwert, da verschiedene Dienstleistungstypen (z.B. Psychotherapie, Beratung und hausärztliche Betreuung) in Anspruch genommen werden
- Strategien des Informationsmanagements wenig entwickelt, so dass Beziehungen zwischen Versorgung, Effekten und Kosten schwer hergestellt werden können

Auf den Bereich der Psychotherapie bezogen gilt es bezüglich des Qualitätsmanagements zwischen zwei Qualitäten zu unterscheiden. Einerseits gibt es eine fachlich begründete Form der Qualität, die nur einen Teilaspekt repräsentiert und schon immer ein zentrales Ziel der Psychotherapie abgebildet hat. Andererseits bezieht man sich auf eine am Versorgungssystem orientierte Qualität, in der Therapie stattfindet (Härter et al., 2003b).

1.3 Dimensionen von Qualität

Als Grundlagen und Prinzipien der Qualitätssicherung lassen sich folgende Komponenten unterscheiden, die von Donabedian (1966, 1980, zitiert nach Härter et al., 2003a, S. 24), dem führenden Theoretiker der Qualitätssicherung in den 1960er Jahren, in drei Ebenen unterteilt wurden:

Die **Strukturqualität** bezieht sich auf die Personalausstattung bzw. Qualifikation des medizinischen und paramedizinischen Personals, die Gestaltung des Versorgungsangebots (Setting), die materielle Ausstattung und Gestaltung (z.B. geeignete Räume und Materialien für die speziellen Therapien) und ist somit das qualitative und quantitative Gesamt an Ressourcen (z.B. Gaebel, 1997). Diese Voraussetzungen werden durch das Weiterbildungsrecht bzw. Aus- und Fortbildungscurricula und durch Möglichkeit zur Supervision geregelt (Heuft & Senf, 1998). Sie bezieht sich demnach auf die quantitative und qualitative Gesamtheit der gesundheitspolitischen, organisatorischen, finanziellen, baulich-räumlichen, apparativen und personellen Ressourcen (Gaebel, 1997).

Die **Prozessqualität** richtet sich auf die sachgerechte Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Sie beinhaltet alle Maßnahmen, unabhängig davon ob sie vom Patienten im Laufe der Behandlung aufgenommen oder auch nicht aufgenommen werden. Entscheidende Punkte der Prozessqualität sind die Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und Therapeut, aber auch die Einführung und Weiterentwicklung operationaler Diagnosesysteme, die außerdem zur Verbesserung der Prozessqualität beitragen können (Härter et al., 2003a). Als grundlegende Mittel zur Kontrolle der Prozessqualität können hier die Basisdokumentation, Diagnose- und Klassifikationsschemata und die Erfassung der Behandlungsdosis gesehen werden (Heuft & Senf, 1998).

Durch Feststellung der **Ergebnisqualität** werden unter anderem Aspekte der Heilung, Besserung oder Verschlechterung, katamnestisch gesicherte Heilungsdauer, gewonnene Lebensqualität und therapeutische Komplikationen betrachtet (Heuft & Senf, 1998). Sie wird außerdem als eindeutigste Bezugsbasis für qualitative Beurteilung dargestellt. Maßnahmen müssen sich danach beurteilen lassen, ob sie zu Verbesserungen beigetragen haben oder nicht. Die Kongruenz zwischen Behandlungsziel (Soll) und Behandlungsergebnis (Ist) definiert somit das Ausmaß der Ergebnisqualität und kann u.a. subjektive Zufriedenheit mit der Behandlung oder die Verminderung von Risikoverhalten beinhalten (Härter et al., 2003a). Effektivitäts- und Effizienzstudien, Evaluationsstudien, Erfassung therapeutischer Zielsetzungen und Zufriedenheitsangaben der Patienten bilden die Grundlage der Sicherung von Ergebnisqualität (Heuft & Senf, 1998). Ergebnisqualität wird häufig als die eigentliche Zielgröße der Qualitätssicherung gesehen, wobei Struktur- und Prozessqualität wie in *Abbildung 1* als notwendige, aber nicht als hinreichende Voraussetzungen betrachtet werden können (Nübling & Schmidt, 1998). Eine kausale oder lineare Beziehung der drei Dimensionen – wobei eine hohe Strukturqualität zu einer hohen Prozessqualität und damit zu einer hohen Ergebnisqualität führt – konnten empirisch bisher nicht nachgewiesen werden (vgl. Selbmann, 1990, S. 472).

Voraussetzungen für die Versorgung
(z.B. Qualifikation, Ausbildung,
bauliche & technische Ausstattung)

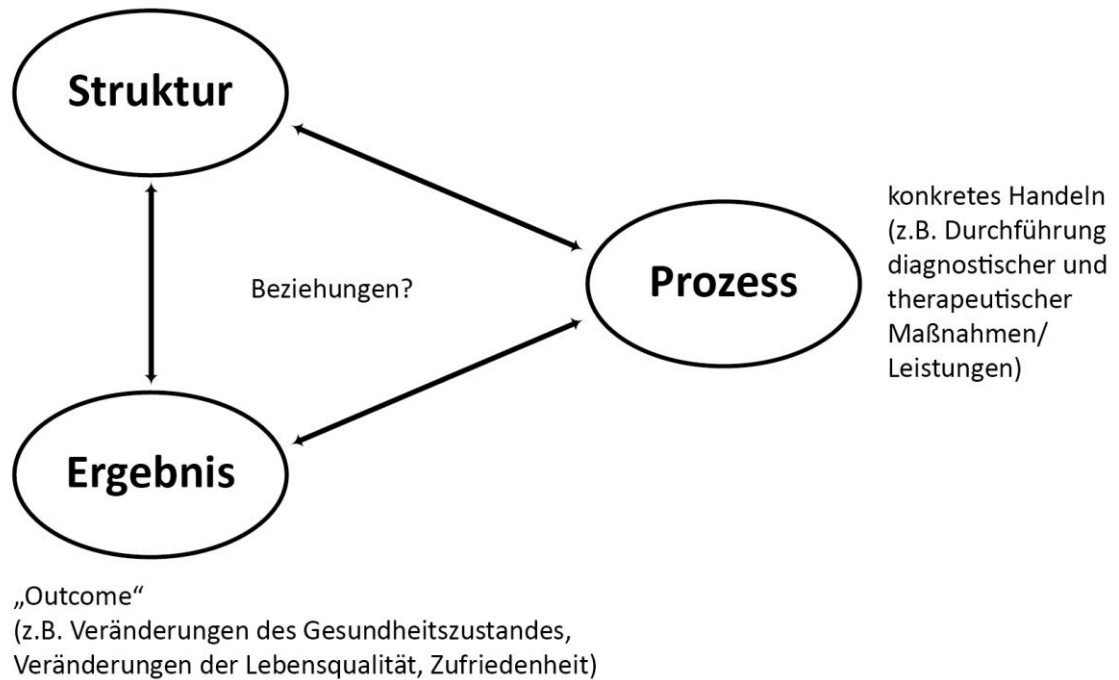


Abbildung 1: Dimensionen von Qualität (nach Donebedian, 1966, in Laireiter, 1998, S. 52)

Spricht man von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, bezieht man sich auf die Struktur- und Prozessqualität. Mögliche Vorgehensweisen für eine bessere Strukturqualität sind Maßnahmen zur Verbesserung räumlich-technischer Ausstattung und der Personalqualifikation. Bei der Prozessqualität stellen Qualitätszirkel, Gruppen- bzw. Projektarbeit und Supervision, aber auch die Anwendung überarbeiteter und verbesserter Therapie- und Beratungskonzepte mögliche Maßnahmen dar (vgl. Frank, 1998; Tausch & Härter, 2003). Um eine Verbesserung der Ergebnisqualität zu erreichen, werden Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität vorgenommen (Optimierung von Handlungsvorgängen und strukturelle Voraussetzungen) (Farin & Bengel, 2003).

1.4 Qualitätssicherung in der stationären Psychotherapie

Psychotherapie ist eine von mehreren Behandlungsmethoden, die im Versorgungsbereich der Psychiatrie zur Anwendung kommt. Um die besten

Behandlungsergebnisse zu erzielen, ist die Überprüfung und Sicherung von Qualität in diesem Feld von großer Relevanz.

In der stationären Psychotherapie bestehen seit einiger Zeit einige nennenswerte Modellprojekte und umgesetzte Qualitätssicherungsprogramme. Als bedeutsam sind hier das „zweigleisige Modell der psychosomatischen Rehabilitationskliniken“ (Schmidt, Nübling & Lamprecht, 1992 zitiert nach Nübling & Schmidt, 1998, S. 63), das „Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger“ („Fünf-Punkte-Programm“) von Schaub und Schliehe (1994, zitiert nach Nübling & Schmidt, 1998, S. 64) und das „Heidelberger Modell der aktiven internen Qualitätssicherung“ (Lutz et al., 1996, zitiert nach Nübling & Schmidt, 1998, S. 63) zu nennen. Multimodalität ist das zentrale Merkmal aller Qualitätssicherungsprogramme im stationären Bereich. Die Programme sind im Normalfall aus mehreren Komponenten zusammengesetzt und haben eine unterschiedliche Zusammenstellung. Neben konkreten Behandlungen erfassen sie auch klinikinterne Abläufe und die Kommunikation zwischen den Abteilungen. Um einen konstanten Überblick über den aktuellen Stand, Abläufe und Ereignisse der Programme zu erhalten, kommt die „Basisdokumentation“ zum Einsatz. Durch diese können strukturelle Randbedingungen, Prozesse und Ergebnisse individueller Therapien aufgezeigt werden (Laireiter & Vogel, 1998). Weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Psychotherapie sind klinikinterne Fortbildungen, Fachsupervisionen, kollegiale Interventionen, Stations- und Behandlungskonferenzen und regelmäßig abgehaltene Qualitätsarbeitsgruppen („Qualitätszirkel“) (Laireiter & Vogel, 1998). Die drei zuvor erwähnten Modelle unterscheiden sich hinsichtlich ihres Ablaufs und ihrer Gliederung eindeutig voneinander. Hauptaugenmerk des „Heidelberger“ und des „zweigleisigen Modells“ ist die interne Qualitätssicherung mit externer Unterstützung, wohingegen das „Fünf-Punkte-Programm“ seinen Schwerpunkt auf externe Maßnahmen setzt (Laireiter & Vogel, 1998). Ergänzt wird die Routinedokumentation der Prozess- und Ergebnisqualität des „zweigleisigen Modells“ durch das externe QS-Element der wiederkehrenden Erfolgsevaluation der Behandlung einzelner Kliniken und deren Vergleich (Selbmann, 1995). Das „Heidelberger“ und das „zweigleisige Modell“ beziehen sich außerdem hauptsächlich auf die Ergebnisqualität, was als weiterer

Unterschied zum „Fünf-Punkte-Programm“ gesehen werden kann. Letzteres setzt außerdem noch einen Schwerpunkt auf die Prozessqualität und bezieht die Strukturqualität mit ein (Laireiter & Vogel, 1998).

1.4.1 Basisdokumentation

Zu verstehen ist Basisdokumentation als eine kontinuierliche und strukturierte Erhebung von Merkmalen der Patienten, Behandlung und Ergebnissen, die nach einem einheitlichen Schema abläuft (Nübling & Schmid, 1998). Ziel ist es, die wesentliche Grundinformation über Interventionen festzuhalten und psychotherapeutische Versorgung transparenter zu machen (Nübling, Schmidt & Puttendörfer, 1995, zitiert nach Nübling & Schmidt, 1998, S. 61). In den 1980er Jahren wurde besonders im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation damit begonnen, eine Verbundlösung für mehrere Einrichtungen zu entwickeln. Hintergrund dafür war die Entwicklung gemeinsamer und vergleichender Dokumentationssysteme, die praktikabler und auf das Wesentliche reduziert waren. Aus verschiedensten Entwicklungen in diesem Feld wurde der Versuch gestartet, eine gemeinsame Basisdokumentation für psychotherapeutische Medizin zu entwickeln (siehe die Modellprojekte im vorigen Kapitel). Beispielhaft kann hierzu ein Basisdokumentationssystem genannt werden, das durch die Zusammenarbeit von in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen Fachgesellschaften und leitenden Ärzten psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland entwickelt wurde. Die sogenannte Psy-BaDo ist ein praktikables, zeitökonomisches, therapieschulenübergreifendes, gleichermaßen für die ärztliche und psychologische Psychotherapie geeignetes, für den ambulanten und stationären Bereich nutzbares, nach Fortgang der Diagnostik und des Therapieprozess gestuft einsetzbares und bei speziellen Fragestellungen modular ergänzbares Instrument der QS (Heuft & Senf, 1998). Sie stellt somit das erste gemeinsame Instrument dar, das in allen relevanten Fachgesellschaften einsetzbar ist (Broda, 1998).

Obwohl eine große Zahl an Studien zur Qualität von Behandlung existieren, sind Katamnesestudien trotzdem eine notwendige Voraussetzung, um ein umfassendes Bild

von Qualität zu erheben, da sich die Stabilität der Qualität erst im weiteren Verlauf zeigt.

2 Evaluation

2.1 Definition und Begriffsbestimmung

„Die Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen ist keineswegs trivial, denn auch die noch so sorgfältige Konstruktion eines Programms stellt keine Gewähr für seine Wirksamkeit dar.“ (Hager, Patry & Brenzing, 2000, S. 1).

Obwohl sich die Unterscheidung der Begriffe Evaluation und Evaluationsforschung nicht durchgesetzt hat, definieren u.a. Moosbrugger und Schweizer (2002) den Begriff Evaluation in der Regel als Bewertungsprozess, der den Wert eines Produkts, einer Maßnahme oder Programms beurteilt. In Abgrenzung dazu definieren die Autoren den Begriff der Evaluationsforschung als die Untersuchung von Fragen zur Wirksamkeit von Interventionen durch wissenschaftliche, datengestützte Verfahren. Ergänzend kann die von Farin und Bengel (2003) definierte Aussage angefügt werden, die Evaluationsforschung als die „systematische Anwendung von sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Forschungsstrategien bei der Bewertung der Konzeption, der Implementierung und des Nutzens von Angeboten oder Programmen im Ausbildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich“ (S. 53) ansieht. Evaluationsforschung wird von Experten nicht als eigenständige Disziplin angesehen, sondern als auf spezifische Fragestellungen angewandte Art von empirischen Forschungsmethoden (Wottawa & Thierau, 1998). Sie fügt sich in der vorliegenden Studie in den Bereich der Psychotherapie- und demnach auch der Katamneseforschung ein.

Evaluationsstudien, die eine wichtige Funktion in der Messung auf der Ergebnisqualitätsebene haben, behelfen sich mit dem wissenschaftlichen Instrumentarium der Psychotherapieforschung, um zentrale Therapie- bzw. Beratungskonzepte von Einrichtungen zu bewerten. Sie kommen dann zur Anwendung, wenn die wissenschaftliche Evidenz der Effektivität des Konzeptes aus der Literatur noch nicht ableitbar ist (Farin & Bengel, 2003). Als potenzieller Gegenstand

von Programmevaluationen können Qualitätssicherungsprogramme gesehen werden, denn je aufwändiger und ressourcenintensiver sich die Gestaltung solcher Programme herausstellt, umso größer ist die Notwendigkeit einer systematischen Evaluation. Allerdings sind entsprechende Studien im deutschsprachigen Raum eher selten (Farin & Bengel, 2003). Evaluation dient als Planungs- und Entscheidungshilfe und ist somit Teil der Bewertung von Handlungsalternativen. Das primäre Ziel ist es, über praktische Maßnahmen zu entscheiden, diese zu überprüfen und zu verbessern. Dabei ist das Vorgehen ziel- und zweckorientiert und an den aktuellen Stand wissenschaftlicher Forschung angepasst (Wottawa & Thierau, 2003).

2.2 Anwendungsgebiete psychologischer Evaluation

Die Anwendungsgebiete sind heterogen, lassen sich aber nach Rost (2000) bezüglich ihrer Gemeinsamkeiten zu folgenden Bereichen zusammenfassen:

- Evaluation sozialer Programme
- Therapieevaluation
- Evaluation von Maßnahmen und Innovationen im Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie
- Evaluation im pädagogischen Bereich

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der Überprüfung von wirksamen und für den Menschen nützlichen psychologisch-therapeutischen Maßnahmen. Für den Bereich der Klinischen Psychologie ist Evaluation ein wichtiges Instrumentarium für wissenschaftlich fundierte Behandlung geworden (Baumann & Perrez, 2006).

2.3 Evaluationsarten

Bei Evaluationsstudien sollte immer vor Durchführung geklärt werden, welche Fragestellungen und Interessen im Vordergrund stehen sollen, um die resultierenden Erkenntnisse umfassend nutzen zu können. Kromrey (2001) schlägt folgende Fragen für die Beantwortung der Interessensfragen vor, woraus in weiterer Folge verschiedene Evaluationsarten unterschieden werden können:

- Was wird evaluiert?
- Wann wird evaluiert?
- Wo ist die Evaluation angesiedelt?

- Wer beurteilt nach welchen Kriterien?

1. Implementations- oder Wirkungsforschung (was?)

Die Differenzierung ist hier auf den Begriff der Evaluation bezogen. Werden die Effekte von Maßnahmen untersucht, handelt es sich um Wirkungsanalysen (impact evaluations), ist der Blick hauptsächlich auf die systematische Untersuchung der Planung, Durchsetzung und des Vollzugs gerichtet, spricht man von Implementationsforschung.

2. Summative oder formative Evaluation (wann?)

Die Unterscheidung dieser beiden Begriffe bezieht sich auf den Zeitpunkt der Evaluation. Begleitende bzw. formative Evaluation zeigt programmgestaltende oder -formende Wirkung und dient als adäquates Mittel in der Qualitätsentwicklung und -sicherung. Bei dieser Form der Evaluation sind weder Anfangs- noch Endpunkte methodisch festgelegt, und sie gestaltet sich sehr „praxisrelevant“. Ein zusammenfassendes Urteil gegen Ende oder nach Abschluss einer Maßnahme gibt die summative Evaluation, die auf projektformende Effekte verzichtet, jedoch den Beginn und das Ende klar definiert.

3. Externe oder interne Evaluation (wo?)

Wird die Evaluationsaufgabe dem eigenen Personal übertragen, handelt es sich um interne Evaluation, die zum Vorteil hat, dass die Personen leichten Zugang zu den notwendigen Informationen haben und ständig vor Ort präsent sein können. Wenn außenstehende Personen/Forschungseinrichtungen mit der Aufgabe betraut werden, spricht man von externer Evaluation, die eine höhere Objektivität aufweisen kann.

4. Instanzen der Evaluierung (wer? wie?)

Die Bewertung der Untersuchung kann entweder durch einen Evaluationsforscher, der nachprüfbar Einschätzungen abgibt, vollzogen

werden, oder die Beurteilung wird an externe Instanzen abgegeben, die für die vorliegende Untersuchung ein Fachgutachten erstellen.

2.4 Funktionen und Standards von Evaluation

Bortz und Döring (2006) differenzieren fünf zentrale Ziele bzw. Funktionen von Evaluation. Die *Erkenntnisfunktion* hat die Aufgabe der Sammlung wissenschaftlicher Erkenntnisse bezüglich Eigenschaften und Wirkungen von Interventionsmaßnahmen. Unter *Optimierungsfunktion* versteht man die Beantwortung von Fragen nach den Stärken von Maßnahmen und deren Ausbaumöglichkeiten sowie nach Schwächen und deren Beseitigung. Die korrekte Umsetzung eines Projektes, die Effizienz und Effektivität der intendierten Wirkungen einer Maßnahme und deren Nebenwirkungen sind Thema der *Kontrollfunktion*. Ob eine Intervention gefördert, umgesetzt, weiterentwickelt etc. wird oder nicht, bzw. welche von mehreren gleichwertigen Maßnahmen umgesetzt wird, ist der Schwerpunkt der *Entscheidungsfunktion*. Und schließlich sollen die Durchführung und Befunde der Evaluationsforschung dazu beitragen, Interventionen zu legitimieren und deren Verwendung öffentlicher Gelder zu rechtfertigen. Diese Aufgabe übernimmt die *Legitimationsfunktion*. Eine Konkretisierung der Merkmale und Aufgaben der zu evaluierenden Maßnahme ist wichtig im Hinblick auf Erreichung dieser Ziele (Bortz & Döring, 2006).

Um wissenschaftliche Qualität und den gesellschaftlichen Nutzen einer Evaluation zu sichern, wurden Evaluationsstandards entwickelt, die als Orientierung für die Planung und Durchführung einer Evaluation dienen (Bortz & Döring, 2006). Zu diesem Zweck wurden von der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) 25 Standards publiziert (DeGEval, 2014), die bei Atria, Reimann und Spiel (2006) in vier Gruppen unterteilt werden. Die *Nützlichkeit* soll eine Ausrichtung an Evaluationszielen und Informationsbedürfnissen der Nutzer gewährleisten, die *Durchführbarkeit* stellt die realistische, durchdachte, diplomatische und kostenbewusste Ausführung einer Evaluation sicher, *Fairness* gewährleistet einen respektvollen und fairen Umgang mit den Teilnehmern, und *Genauigkeit* sorgt für fundierte als auch verwertbare Informationen und Ergebnisse, die zum Gegenstand einer Evaluation gemacht werden, aber auch zu Fragestellungen führen. Die einzelnen Evaluationsstandards stehen zum

Teil in Konkurrenz zueinander und lassen sich daher nicht in jeder Evaluationsstudie realisieren. Sie sollten vor dem Start des jeweiligen Projektes auf die Möglichkeit ihrer Einhaltung und nach Abschluss auf ihre zusammenfassende Bewertung hin analysiert werden (Bortz & Döring, 2006). Obwohl es das Ziel von Klinikern ist, dauerhafte positive Veränderungen im Leben der Klienten zu erreichen, stellt sich eine Evaluation dieser Veränderungen als schwierig heraus (Foxy, 2013; Spiegler & Guevremont, 2010). Ergebnisse über die Effektivität und die Wirksamkeit basieren auf dem Status der Patienten nach der Behandlung, aber bis auf einige Ausnahmen gibt es nur sehr wenige Follow-up-Daten (Kazdin & Kendall, 1998).

3 Psychotherapieforschung

3.1 Definition und Begriffsbestimmung

Psychotherapieforschung kann als „Forschung, die beschreibend und erklärend Psychotherapie zum Gegenstand hat“ beschrieben werden (Margraf & Müller-Spahn, 2009, S. 655) und befasst sich nach Kazdin (1995) mit Untersuchungen von psychotherapeutischen Behandlungsformen, Mechanismen und Prozessen, deren Wirkungsweise und Variablen, die auf adaptives bzw. maladaptives Verhalten moderierend einwirken.

Der Frage nach der Wirksamkeit und Effizienz, nach Kosten-Nutzen-Relationen, nach Versorgungsrelevanz usw. muss sich jede Form ärztlicher Tätigkeit stellen. Für die Psychotherapie beantwortet die evaluative Psychotherapieforschung diese Fragen. Sie beinhaltet alle systematischen Bemühungen zur empirischen Erfassung der Bedingungen einer möglichst optimalen Anwendung und der Modulierung von Psychotherapie. Rudolf (1992) spricht von Versorgungsforschung, die nach „außen“ (Öffentlichkeit, Kostenträger, Patienten), aber auch nach „innen“ (Therapeuten, klinische Institution) gerichtet ist (Kächele & Kordy, 1992). „Evaluativ“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Verwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden, um zu bewerten (Wittmann, 1990). Als bevorzugte Methode werden in der heutigen Psychotherapieforschung randomisierte kontrollierte Psychotherapiestudien (RCT)

angesehen, wobei hier eine Versuchs- und eine Kontrollgruppe miteinander verglichen werden und die Teilnehmer vorab randomisiert zugeteilt wurden. Diese Methode wird allerdings auch, wie z.B. von Orlinsky (2008), dahingehend kritisiert, dass sie der Realität des psychotherapeutischen Prozesses und auch der Individualität von Patient und Therapeut nicht entspricht. Der Autor schlägt deswegen vor, aktuelle Lebenserfahrungen in den Forschungsprozess einzubeziehen. Darüber hinaus gehört nach Schneider (1996) nicht nur das Verständnis der Behandlungsformen, deren Mechanismen und Prozesse, sondern auch das Verstehen der Hintergründe, Ursachen und die Beschaffenheit psychischer Störungen zum Themengebiet der Psychotherapieforschung.

3.2 Notwendigkeit der Psychotherapieforschung

Die Erfordernis zur Messung von Wirksamkeit und Erfolg psychotherapeutischer Interventionen ergibt sich aus verschiedenen Gründen:

Dührssen (1996) betont den ethischen Aspekt, die Patienten in der Behandlung keiner Scharlatanerie auszusetzen. Schließlich stellt eine psychotherapeutische Behandlung einen Eingriff in das Leben von Personen dar, die sich für den Zeitraum der Intervention in ein Abhängigkeitsverhältnis zum behandelnden Therapeuten begeben, und es demzufolge ethisch nicht vertretbar wäre, Patienten mit Methoden zu behandeln, die wissenschaftlich nicht überprüft wurden (vgl. Feilen, 1999). Außerdem soll untersucht werden, ob sich die beobachteten Wirkungen tatsächlich aus den verwendeten Interventionsmethoden ableiten lassen. Daraus ergeben sich immer wieder Diskussionen zum Thema der „richtigen Psychotherapieform“, in denen Themen wie die Befürwortung des Nebeneinanders verschiedener Therapieformen, Versuche der Entwicklung einer Therapieform, die die besten Aspekte einzelner Therapieschulen vereint, oder die Ansicht, nur eine Therapieschule wäre wirksam und wissenschaftlich, zur Sprache kommen (Weinreich, 2005). Neben dem Erkenntnisgewinn gibt es aber auch noch gesellschaftliche, gesundheitspolitische und ökonomische Aspekte, wie die Rechtfertigung von Psychotherapie allgemein, die Durchsetzung politischer Strategien, den Machtzuwachs und die Ziele verschiedener Forschungseinrichtungen und das Streben nach Qualitätssicherung und -management

(Ringler, 2000). Kostenträger und Gesundheitsbehörden fordern immer häufiger Belege der Wirksamkeit eingesetzter Interventionen, um entstandene Kosten zu rechtfertigen und die Verwendung öffentlicher Gelder zu überprüfen. Das erklärt die Forderung nach standardisierten Evaluationen, v.a. von Follow-up-Untersuchungen. Gerade weil sie den langzeitigen Nutzen einer Maßnahme zeigen, sind teurere Behandlungen mit positivem Langzeiteffekt günstigen Varianten, die nur Soforteffekte zeigen, vorzuziehen (vgl. Feilen, 1999). Weil die Katamneseforschung Teil der Psychotherapieforschung ist, sind die Rechtfertigungsgründe der Psychotherapieforschung bei Follow-up-Untersuchungen genauso relevant.

3.3 Geschichtliche Entwicklung der Psychotherapieforschung

Die Entwicklung der Psychotherapieforschung lässt sich in drei Phasen einteilen, deren zeitliche Verankerung allerdings nur als grobe Orientierung betrachtet werden kann, da es auch Überschneidungen der Phasen gibt (z.B. Fischer & Klein, 1997; Kächele, 1992; Meyer, 1990). Am Anfang steht die klassische Phase, die auch als Phase der allgemeinen Ergebnisforschung bezeichnet werden kann. Mit der Veröffentlichung der „Studie über Hysterie“ von Breuer und Freud (1995, Repl. der Erstausg., 1895) begann die Zeit der Einzelfallstudien mit intraindividuellen Vor-Nach-Vergleichen als bevorzugte Methode. Die Phase endete mit der bereits widerlegten Aussage Eysencks (1952), die Effekte von Psychotherapie würden sich nicht wesentlich von einer Spontanremission psychischer Störungen unterscheiden. In Folge dieser Kritik stand die Frage, ob Psychotherapieforschung wirksam ist und zu positiven Effekten führt, jedoch ohne nach verschiedenen Schulen oder Konzepten zu differenzieren, im Mittelpunkt. Dadurch eingeleitet begann die Phase der Rechtfertigung, bei der es seit Mitte der 1950er Jahre sowohl um den Nachweis und die Überzeugung der Wirksamkeit von Psychotherapie anhand von Wartelistenkontrollgruppen/Placebostudien und vergleichenden Untersuchungen verschiedener Psychotherapieformen als auch um die Untersuchung des Zusammenhangs von Prozessmerkmalen und Ergebnisvariablen ging (ca. 1960 bis 1980). Höhepunkt dabei war die Durchführung von Metaanalysen, die die Effektivität von Psychotherapien belegen konnten. Heute kann die Wirksamkeit von

Psychotherapie nicht mehr in Frage gestellt werden (Senf & Rad, 2000), was mittlerweile durch eine große Anzahl an Studien belegt werden konnte (Eckert, Hartmann & Zepf, 2004; Grawe, Donati & Bernauer, 1994).

Seit Mitte der 1970er Jahre trat der globale Ansatz immer mehr in den Hintergrund und wurde durch die Erforschung einzelner Krankheitsbilder, den Vergleich verschiedener Therapieformen oder das Herausarbeiten von Wirk- und Prognosefaktoren einer psychotherapeutischen Maßnahme abgelöst. Diese Phase der Differenzierung beschäftigte sich mit Fragen wie: Welche Behandlungsmaßnahme führt durch wen, bei diesem Individuum, zu welcher Zeit, mit diesem speziellen Problem, unter welchen Bedingungen, zu welchem Ergebnis? (vgl. Feilen, 1999; Kordy & Kächele, 1996).

Jedoch galt dieses Thema eine Zeit lang als sehr umstritten. Die Diskussion um die Wirkung der unterschiedlichen Therapieformen lässt sich im Begriff des Äquivalenzparadoxons wiederfinden. Inhalt dieses Paradoxons ist, dass verschiedene psychotherapeutische Verfahren schlussendlich in der Anwendung zu gleichen Ergebnissen führen, obwohl bedeutsame Unterschiede die theoretische Ausrichtung und Technik betreffend bestehen (Strauß, 2001). Neben den oben erwähnten Metastudien führten laut Strauß (2001) Diskussionen über die Differenzierung therapeutischer Ziele und die sich dadurch ergebenden Effektivitätsunterschiede, die sich auf das Interventionsmodell, das Setting und die Störungsart beziehen, zu weiteren Untersuchungen und somit zu einer Relativierung des Paradoxons. Eine Studie, die zu der Auflösung des Äquivalenzparadoxons beitrug, war die Berner Therapievergleichsstudie von Grawe, Caspar und Ambühl (1990), bei der die Interaktionale Verhaltenstherapie, die Breitspektrum-Verhaltenstherapie und die personenzentrierte Psychotherapie miteinander verglichen wurden. Es konnten differenzielle Unterschiede sowie Unterschiede bezüglich der Areale, in denen positive Veränderungen erreicht wurden, gefunden werden. Auch Späteffekte der personenzentrierten Psychotherapie, die aber erst zwei Jahre nach Therapieende feststellbar waren, traten in Erscheinung.

Auch die Metaanalyse von Grawe et al. (1994), in die 897 Therapieevaluationsstudien einbezogen wurden, konnte zeigen, dass signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Therapieverfahren bestehen und der kognitiv-behavioralen Therapie eine Überlegenheit gegenüber psychoanalytischen und personzentrierten Therapien zugeteilt werden kann. Die Arbeiten von Grawe haben in der Psychotherapieforschung einen besonderen Stellenwert und gemeinsam mit seiner Kritik an Langzeittherapien und den zahlreichen, aufkommenden Diskussionen zu diesem Thema entstand der Grawe-Effekt¹, der die politischen und sozialpsychologischen Auswirkungen widerspiegelt (Fäh, 2006). Die Kritik, die den Studien von Grawe entgegenschlug, bezog sich vor allem auf die methodischen und inhaltlichen Aspekte (z.B. Fäh, 2006; Fäh & Fischer, 1998; Rüger, 1994). Elliot (2002) konnte in einer Metaanalyse anhand von 86 Studien darlegen, dass humanistische Therapien über die Zeit hinweg anhaltende positive Wirkungen zeigen und sie auch im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie äquivalente Ergebnisse bringen. Auch die retrospektive Untersuchung von Stiles, Barkham, Mellor-Clark und Connell (2008) konnte anhand von 5613 Patienten im Vergleich zeigen, dass bei kognitiv-behavioraler, personzentrierter und psychodynamischer Therapie in allen Interventionsgruppen Verbesserungen stattfanden. Auch die Gesprächstherapie gilt laut der katamnestischen Metastudie von Frohburg (2004) als effektiv mit breiter Indikationsbasis. Es konnten langfristige, klinisch relevante positive Veränderungen und bei der Hälfte der untersuchten Studien Späteffekte festgestellt werden. Das bedeutet, dass auch längere Zeit nach Abschluss der Therapie mit positiven Effekten gerechnet werden kann.

Folglich gewannen Katamnesestudien - auch aus gesundheitspolitischer Sicht - immer mehr an Bedeutung. Bereits 1989 empfahl die deutsche Expertenkommission der Bundesregierung (zitiert nach Feilen, 1999, S. 5) zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich die Implementierung von Katamneseforschung. Dies sollte dazu dienen, Entscheidungsfragen mit praktischer und gesundheitswissenschaftlicher Relevanz zu

¹ Wenn einem Forscher seine Thesen, Befunde und Aussagen aus der Hand gerissen werden und die Absichten des Forschers ins Gegenteil verwandelt werden, sprechen Fäh und Fischer (1998) von einem „Grawe-Effekt“.

beantworten, um in weiterer Folge die Psychotherapieforschung im internationalen Bereich zu etablieren. Auch Frohburg (2004) betont die Wichtigkeit der Verpflichtung zum Nachweis der Wirksamkeit einer Psychotherapie und der Erfassung von Langzeiteffekten, die aus ethischen, gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Gründen besteht.

Seit ca. 1980 wird in der differenziellen Psychotherapie-Effizienzforschung die Mikrodynamik genauer betrachtet. Es werden individuelle Gesetzmäßigkeiten unter stärkerer Zuwendung zu realen Praxisbedingungen von Psychotherapie genauer unter die Lupe genommen. Dadurch kam es zu einer stärkeren Nutzung naturalistischer Studiendesigns und einer Relativierung der Wichtigkeit experimenteller Studien, woraus sich ein „methodologischer Pluralismus“ entwickelte (Slife & Gantt, 1999). Es werden Fragen behandelt, die sich auf Interventionen, individuelle Patienten- und Therapeutenvariablen, Störungsbilder, Therapieeffekte und ihre Wechselwirkungen beziehen (Laßhof, 2013). Dabei findet eine Unterscheidung zwischen Input-, Prozess- und Outputvariablen statt. Unter Inputvariablen versteht man alle Ausgangsmerkmale einer Therapie, die auch die Persönlichkeitsmerkmale des Patienten und Therapeuten enthalten. Therapeutische Maßnahmen, die Beziehung zwischen Patient und Therapeut, aber auch formale und zeitliche Therapieaspekte sind Inhalt der Prozessvariablen. Als Outputvariablen gelten schließlich die kurz- und langfristigen Folgen der Therapie (Laßhof, 2013). Untersuchungen der komplexen Wechselwirkungen dauern bis heute an (Senf & Rad, 2000). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Einfluss allgemeiner Wirkfaktoren, aber auch der Vorteil störungsspezifischer Interventionen empirisch gesichert sind. Allgemeine Maßnahmen können einen Einfluss auf spezifische Symptome/Störungen nehmen, aber genauso können auch spezifische Maßnahmen allgemein wirken (Strauß, 2004). Somit fordert Strauß (2004) eine Integration störungsspezifischer und allgemeiner Maßnahmen, die durch stärkere Individualisierung therapeutischer Vorgehensweisen zu einer Auflösung der Teilung spezifischer und allgemeiner Wirkfaktoren führen könnte.

3.4 Herangehensweisen an Themen und Strategien der Psychotherapieforschung

Die hier vorliegende Katamneseerhebung ist Teil folgender unterschiedlicher Herangehensweisen an wesentliche Themen und Strategien der Psychotherapieforschung, die sich über alle Phasen der Psychotherapieentwicklung ziehen und von Farin und Bengel (2003) folgendermaßen beschrieben werden:

Wirksamkeitsforschung: Sie untersucht die Wirksamkeit bestimmter Psychotherapieformen, die oftmals mit einem Prä-Post-Design die Effektivität verschiedener Therapieschulen, wie z.B. der Verhaltenstherapie oder der Psychoanalyse, untersucht.

Variablenforschung: Die Variablenforschung beschäftigt sich mit der Frage, ob definierte abgrenzbare Verhaltensweisen, Eigenschaften oder Merkmale von Patienten oder Therapeuten, wie das Geschlecht, Alter oder die Selbstöffnung, den Therapieerfolg beeinflussen.

Differenzielle Effektivitätsforschung: Diese setzt die Differenzierung der globalen Fragestellung von Wirksamkeit, die mit der Variablenforschung vollzogen wurde, fort. Hier geht es um die Frage, welche Maßnahmen, angewandt von welchem Therapeuten, bei welchen Patienten, mit welchen Problemen, unter welchen Bedingungen, zu welchem Ergebnis führen und wie lange der Prozess dauert.

Prozessforschung: Hier werden die Prozesse, die zu den Ergebnissen führen, in den Mittelpunkt gestellt.

Einzelfallforschung: Sie beinhaltet die empirische Analyse von klinischen Einzelfällen im Gegensatz zur nomothetischen Betrachtungsweise, wie sie in der frühen Ergebnisforschung angewandt wurde (Grawe, 1988; Hillard, 1993, zitiert nach Farin & Bengel, 2003, S. 58).

Interaktions- und Episodenforschung: Im Fokus steht hier die detailgetreue Analyse interaktioneller Verhaltensweisen zwischen Therapeut und Patient. Damit sind sogenannte „kritische“ Ereignisse gemeint, die für den Therapieprozess wichtig sind.

Kosten-Nutzen-Analysen und Untersuchung des Dosis-Wirkungs-Verhältnisses von Psychotherapie: Die verstärkte Aufnahme von Kostenparametern in die Betrachtung (Frasch & Neumann, 1999, zitiert nach Farin & Bengel, 2003, S. 58) und die Thematisierung des Verhältnisses von Aufwand und Ergebnis wurde durch die zunehmende Bedeutung gesundheitsökonomischer Analysen im Gesundheitswesen bewirkt.

Versorgungsforschung: Ein wichtiges zukünftiges Forschungsfeld ist die Untersuchung kompletter Versorgungssysteme, die Psychotherapie als bedeutsamen Bestandteil haben.

Metaanalysen und Evidence-based Psychotherapy: Es besteht einerseits der Anspruch, zur Entwicklung von praxisnahen Behandlungsleitlinien beizutragen, und andererseits die Übertragung der Prinzipien evidenzbasierter Medizin unter Verwendung der Methodik von Metaanalysen auf den Bereich der Psychotherapie.

Kazdin und Kendall (1998) haben die oben genannten Aufgaben der Psychotherapieforschung zu einem normativen Modell zusammengefasst, das sie als „blueprint“ des Fortschritts der Psychotherapieforschung bezeichnen. In ihrem Modell unterscheiden sie folgende sieben Phasen:

1. Konzeptualisierung der Dysfunktion
2. Forschung zum Verlauf der Dysfunktion
3. Konzeptualisierung der therapeutischen Behandlung
4. Spezifikation der therapeutischen Behandlung
5. Prüfung der Wirksamkeit der Therapie
6. Erforschung des Therapieprozesses
7. Prüfung des Einflusses von Randbedingungen und Moderatorvariablen

3.5 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Qualitätssicherung, Evaluation und Psychotherapieforschung

Die Fokussierung auf die Bewertung gesundheitsbezogener Dienstleistungen, die interdisziplinäre Ausrichtung mit Bezug auf medizinische, sozialwissenschaftlich-psychologische und wirtschaftswissenschaftliche Perspektiven und die Kernkonzepte des jeweiligen Gesundheitsbereiches sind Gemeinsamkeiten der Qualitätssicherung und der Evaluationsforschung, jedoch gibt es nach Farin und Bengel (2003) auch einige Unterschiede zwischen diesen beiden Bereichen. Die Qualitätssicherung bewertet den Durchführer einer Intervention, also eine Klinik, ein Krankenhaus, ein Team oder den Therapeuten, wohingegen die Evaluationsforschung ihren Fokus eher auf die Bewertung der Intervention an sich bzw. auf das Konzept richtet. Die Datenerhebung erfolgt bei der Qualitätssicherung kontinuierlich oder zyklisch, jedoch einmalig und in einem definierten Zeitfenster bei der Evaluationsforschung. Der Umgang mit Ist-Soll-Abweichungen steht bei der Qualitätssicherung gleichberechtigt neben der Qualitätsmessung, während bei traditionellen Evaluationsstudien die Messung und Bewertung im Vordergrund stehen. Die Forderung nach der Verwendung wissenschaftlicher Methoden ist in der Evaluationsforschung stärker ausgeprägt als in der Qualitätssicherung, bei der Praxisnähe, Routinisierbarkeit und Aufwand stärker berücksichtigt werden. Als letzten Punkt führen die Autoren die größere Spezifität der Analyseeinheit der Evaluationsforschung im Gegensatz zur sehr global ausgerichteten Qualitätssicherung an (Behandlungserfolg eines interdisziplinären Therapiekonzepts bei einer bestimmten Erkrankung vs. genereller Behandlungserfolg). Zusammen mit der Psychotherapieforschung ist den Ansätzen gemeinsam, die Effektivität gesundheitsbezogener Interventionen und die Analyse auf Prozess- vs. Ergebnisebene zu untersuchen.

Einen gemeinsamen Nenner von Psychotherapieforschung und Evaluation bildet die Analyse der Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen, v.a. der psychotherapeutischen Wirksamkeitsforschung, differentiellen Effektivitätsforschung und Variablenforschung. Psychotherapieforschung geht aber zum Teil über die Fragestellungen der Evaluation hinaus. Überschneidungen von Qualitätssicherung und

Psychotherapieforschung finden sich dort, wo die Effektivität der therapeutischer Maßnahmen, die für die Qualität einer Einrichtung relevant sind, untersucht werden (Farin & Bengel, 2003). Die Planungsevaluierung, die in der Phase der Programmentwicklung ansetzt und den Bedarf, das Konzept und die Zielfestlegung analysiert, um zu einer Projektoptimierung beizutragen, entspricht laut Farin und Bengel (2003) weitgehend dem Konzept der Qualitätsdimension (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) des Qualitätsmanagements. Genauso wie die Prozessevaluation, die begleitend die chronologische Abfolge der Komponenten eines Programms, sowie den Kontext, Charakteristika und Zufriedenheit untersucht. Und schließlich auch noch die Ergebnisevaluation, die Effektivität, Effizienz und Nutzen am Ende der Umsetzung untersucht.

4 Katamneseforschung

4.1 Begriffsbestimmung und Definition

Der Begriff Katamnese ist etymologisch gesehen ein griechischer Neologismus, der analog zu dem Wort Anamnese gebildet wurde (Becher, Lindner & Schulze, 1995). Die Anamnese beschreibt die Vorgeschichte einer Erkrankung, wohingegen sich die Katamnese mit der Beschreibung des Verlaufs nach einer abgeschlossenen Therapie befasst. Hutt und Fahrenberg (1986, zitiert nach Morbitzer, 2003, S. 49) verstehen Katamnese als „Bericht über den Verlauf einer Krankheit nach Beendigung der Behandlung als Voraussetzung für Erfolgsbeurteilung und Kritik an der im speziellen Fall durchgeführten Therapie“ (S. 352). Für die Psychotherapie bedeutet das die systematische Dokumentation des Verlaufs eines psychogenen Krankheitsgeschehens über den Abschluss einer Psychotherapie hinaus zum Zweck der Auswertung (Feilen, 1999). Nach Rüger und Senf (1994) zeichnen sich Katamneseuntersuchungen durch eine weit größere klinische Aussagekraft aus als eine einfache Therapieevaluation, weil damit die Stabilität von Psychotherapie-Ergebnissen über eine längere therapiefreie Zeitspanne geprüft wird. Somit ist Katamneseforschung Teil der Ergebnisforschung der Psychotherapie. Wesentliche Forschungselemente sind z.B. Veränderungen der Symptomatik des Erlebens und Verhaltens des Patienten, die erst nach Therapieende

feststellbar werden und stabil geblieben sind. Jedoch lassen sich hier zwei Bereiche unterscheiden, denn es können in der Psychotherapieforschung Effekte der Intervention unmittelbar nach Ende der Maßnahme festgestellt werden, was als Outcome-Studie bezeichnet wird (Feilen, 1999). Jedoch sollte auch überprüft werden, inwieweit nachgewiesene positive Effekte sich über einen gewissen Zeitraum als stabil erweisen. Dieses Vorgehen wird als Katamneseforschung oder aber auch Follow-up-Studie bezeichnet.

4.1.1 Verhaltensänderung

Eine Verhaltensänderung hat nach Baer, Wolf und Risley (1968, zitiert nach Foxx, 2013, S. 728) Allgemeingültigkeit, wenn sie Stabilität über die Zeit hinweg zeigt, wenn sie in einer weiten Variabilität von möglichen Umwelten vorkommt oder wenn sie sich in einer breiten Variabilität von verwandten Verhaltensweisen ausbreitet. Die drei Grundformen von Verhaltensänderung sind Situationsverallgemeinerung, Reaktionsverallgemeinerung und Reaktionserhaltung (Cooper, Heron & Heward, 2007). Situationsverallgemeinerung findet dann statt, wenn der Klient das behandelte Verhalten in einer Situation außerhalb der Behandlung zeigt, und Reaktionsverallgemeinerung ist gegeben, wenn der Klient ein Verhalten zeigt, das funktional gleich zu dem des behandelten Verhaltens ist (Foxx, 2013). Von Reaktionserhaltung spricht man bei Beibehalten der Verhaltensweisen nach der Therapie über einen längeren Zeitraum hinweg. Wenn es um ein gewünschtes Verhalten geht, wäre der Aufrechterhaltungseffekt dann gegeben, wenn das Verhalten über der Basislinie oder dem Level vor der Behandlung ist. Wenn es darum geht, ein Verhalten zu verringern oder ganz auszulöschen, dann wäre eine dauerhafte Verringerung unterhalb der Basislinie oder ein Ausbleiben des Verhaltens der Aufrechterhaltungseffekt (Foxx, 2013). Entscheidend ist hier, ob der Behandlungseffekt aufrecht erhalten wird (Foxx, 2013). Kazdin (1977, zitiert nach Foxx, 2013, S. 729) betont die Wichtigkeit der Aufrechterhaltung einer durch Therapie erlangten Verhaltensänderung, die das Ziel der meisten Programme ist. Nach Johnston (1993) kann eine Maßnahme nicht als effektiv angesehen werden, wenn das Gelernte über die Behandlung hinaus nicht so angewendet wird, wie es notwendig wäre. Damit eine Intervention als erfolgreich angesehen werden kann, muss ein Transfer und ein

Verallgemeinerungsprozess des neu erlernten Verhaltens in den Alltag des Patienten stattfinden, und diese Veränderungen müssen dauerhaft und stabil sein (Foxy, 2013). Wichtig ist eine Follow-up-Untersuchung vor allem auch aus dem Grund, weil Patienten nach einer Therapie schon wieder längere Zeit in ihrem gewohnten Umfeld waren. Das experimentelle Setting ist eigentlich nur eine Nachbildung der natürlichen Umwelt des Patienten, und diese Settings unterscheiden sich in vielen Dimensionen, wie den Mitmenschen, Lebensereignissen, Zeiten und Abfolgen (Foxy, 2013). Das heißt, im stationären Umfeld, auf das sich die eigentliche Effektivitätsmessung der angewandten Therapie bezieht, wirken andere Faktoren auf den Patienten ein als in seiner gewohnten Umgebung, die aber den längerfristigen Erfolg der Therapie beeinflussen können.

Mittelpunkt der Katamneseforschung ist also die Veränderungsmessung, die auf zwei verschiedene Arten erfolgen kann. Einerseits ist es möglich, dass eine außenstehende, beobachtende Person, z.B. der ehemalige Therapeut, einschätzt, wie sich der Zustand des Patienten bezüglich bestimmter Symptome, Erlebens- oder Verhaltensweisen geändert hat. Andererseits ist auch eine unmittelbare Veränderungsmessung mit testpsychologischen Methoden möglich. Bei erstgenanntem gilt als Voraussetzung, dass die beobachtende Person die Entwicklung des Patienten über die Zeit hinweg verfolgt. Eine andere Möglichkeit wäre, dieselben Daten systematisch zu verschiedenen Zeitpunkten für jeden Patienten zu erheben und im Anschluss miteinander zu vergleichen. Dafür werden mindestens zwei Messzeitpunkte benötigt, die am Anfang der psychotherapeutischen Behandlung und zum Zeitpunkt der Katamnese angesetzt werden, wobei ein weiterer Messzeitpunkt am Ende der Behandlung zu empfehlen ist. Katamnestic Erhebungen können auch mehrmals nach einer psychotherapeutischen Intervention stattfinden, um mehr Informationen über den Langzeitverlauf der zu untersuchenden psychogenen Erkrankung zu bekommen. Bei der Zwei- bzw. Mehr-Punkt-Erhebung ist es möglich, dass sich standardisierte Untersuchungsinstrumente auf die Selbsteinschätzung der Patienten oder auf die Fremdbeurteilung Dritter stützen. Der Vergleich mehrerer Messungen auf diese Weise macht das Prozedere ökonomischer, da der Beobachter den Patienten

nicht zu allen Zeitpunkten verfolgen muss. Außerdem ergibt sich dadurch eine höhere Durchführungsobjektivität (vgl. Feilen, 1999).

4.2 Geschichtliche Entwicklung der Katamneseforschung

Die geschichtliche Entwicklung ist der Entwicklung des Gesamtgebiets der Psychotherapieforschung sehr ähnlich und die verschiedenen Phasen entsprechen weitestgehend denen in Kapitel 3.3 dargestellten Abschnitte der Psychotherapieforschung. Verlaufsuntersuchungen standen seit Beginn der Formulierung spezifischer psychiatrischer Krankheitsbilder wie der Schizophrenie durch Kraepelin im Jahr 1913 und E. Bleuler im Jahr 1911 im Mittelpunkt psychiatrischen Forschungsinteresses (Bernsdorff, 1992). Sie waren von besonderer Bedeutung, um Annahmen nosologischer Krankheitseinheiten durch das Nachweisen spezifischer Verlaufsmuster zu belegen, aber auch um die besondere Bedeutung biopsychosozialer Faktoren und Symptomkomplexe aufzuzeigen. Erforscht wurden Behandlungsmethoden eher durch Einzelfälle, was einer kasuistischen Herangehensweise entspricht. Es wurde versucht, Verlaufskarakteristika durch Langzeituntersuchungen mit teils sehr langer Katamnesedauer von bis zu 50 Jahren zu eruieren, um z.B. eine Schizophrenielehre zu entwickeln (Bernsdorff, 1992). Als signifikantes Beispiel für eine kasuistische Langzeitkatamnese kann die von Freud 1918 durchgeführte Fallgeschichte „Wolfsmann“ genannt werden (Freud, 1918). In weiterer Folge kann als bedeutendes Beispiel für eine katamnestiche Nachuntersuchung die Menninger-Studie, die sich beginnend in den späten 1950er Jahren mit der Wirkung analytisch orientierter Psychotherapie befasst, genannt werden. Es handelt sich um eine Langzeitstudie mit einer Dauer von 20 Jahren, die eine Katamneseuntersuchung mit einem zeitlichen Abstand von zwei bis drei Jahren nach Ende der Therapie beinhaltet und zu einer Reihe von Veröffentlichungen führte (z.B. Kernberg et al., 1972; Wallerstein, 1986, 1989, zitiert nach Feilen, 1999). Parallel dazu ist das Forschungsprojekt am Berliner Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen (z.B. Dührssen, 1962) zu nennen. Die Erfolgsbeurteilung der Psychotherapie wurde hierbei hauptsächlich durch eine Fünf-Jahres-Katamnese gestützt. Hierbei wurde der Gesundheitszustand der teilnehmenden Patienten am Anfang mit dem am Ende der

Untersuchung und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in stationärer Therapie innerhalb des Katamnesezeitraums mit der Gesamtheit der Krankenversicherten verglichen. Die Ergebnisse waren ausschlaggebend für die Zulassung psychoanalytischer Psychotherapie in der Krankenversorgung sowie für die Kostenübernahme durch Versicherungsträger. Diese beiden Studien sind Beispiele für die erfolgreiche Untersuchung und Implementierung der Ergebnisse in der Rechtfertigungsphase.

Für die Phase der Differenzierung lassen sich die Untersuchung von Deter, Herzog und Manz (1994) zum Langzeitverlauf der Anorexia nervosa und das Heidelberger-Katamneseprojekt, bei dem psychotherapeutische Wirk- und Prognosefaktoren zumindest teilweise aufgezeigt wurden (Bräutigam, Senf & Kordy, 1990; Kordy, Rad & Senf, 1983; Senf, Kordy, Rad & Bräutigam, 1984, zitiert nach Feilen, 1999, S. 5), nennen. Es haben sich aber auch seit den 1950er und 1960er Jahren neben psychodynamisch und tiefenpsychologisch orientierten Therapieverfahren immer mehr Verfahren etabliert, die behavioral-lerntheoretisch orientiert sind. Bei diesen Therapien standen jedoch weniger die biografischen und strukturellen Hintergründe im Mittelpunkt, sondern eher die „funktionale Verhaltensanalyse“ einer Störung und die unmittelbare Effizienz, die mit Outcome-Evaluationen untersucht wurde (Rüger & Senf, 1994). Um diese Aussage zu untermauern, wurden die von Grawe, Donati und Bernauer. (1995) zu kognitiv-behavioralen Therapieverfahren analysierten Studien auf katamnestiche Nachuntersuchungen hin überprüft. Unter den 452 in die Analyse eingeschlossenen Studien war das Interesse an Katamnesen nicht besonders groß. 59,4% schlossen keine bzw. nur rudimentäre Katamnesen ein, 30,4% setzten Katamnesen von unter 12 Monaten ein, und nur 10,2% führten Katamnesen nach mehr als 12 Monaten durch. Katamnesestudien zeigen sich in Studien zur Psychotherapieforschung nur selten, gewinnen aber zunehmend an Bedeutung.

4.3 Ziele der Katamneseforschung

Als wesentliche Ziele von Katamneseuntersuchungen lassen sich, wie bei Rüger und Senf (1994) angeführt, vier Ansätze zusammenfassen:

1. der Nachweis der Effektivität eines psychotherapeutischen Verfahrens (Erreichen der psychotherapeutischen Effekte und zeitliche Stabilität)
2. der Vergleich verschiedener therapeutischer Verfahren bezüglich ihrer Effektivität anhand zwei vergleichbarer Patientenpopulationen bei entweder zwei verschiedenen Verfahren oder zweier Varianten eines Verfahrens (Welches Verfahren ist bezüglich der Störung effektiver und welches hat die bessere Langzeitwirkung?)
3. der Effektivitätsvergleich eines Verfahrens bei variierenden Patientenpopulationen (Feststellung, ob das Verfahren für bestimmte Populationen effektiver ist als für andere und ob es ein besseres Langzeitergebnis bei bestimmten Populationen gibt)
4. die Untersuchung von Entwicklungsprozessen (der Verlauf von psychogenen Erkrankungen ist von Interesse, bzw. wie sich Personen nach der Therapie weiterentwickeln).

Die Ziele der Punkte 1 bis 3 sind streng genommen nur in experimentellen Studien erreichbar, indes kann Punkt 4 mit naturalistischen Studiendesigns umgesetzt werden (Feilen, 1999).

4.4 Kritische Aspekte im Rahmen katamnestischer Untersuchungen

Allgemeine Veränderungsmessungen, die Wahl des Katamnesezeitraums, Selektionseffekte, die bei der Gewinnung von Stichproben geltend werden, aber auch Einflussfaktoren im Zeitraum der Katamnese können auf die Ergebnisse der Untersuchung wirken und gelten als kritische Aspekte.

4.4.1 Datenerhebung

Es bedarf spezieller Untersuchungsmethoden, um die Entwicklung eines Merkmals untersuchen zu können, und dies zählt zu den Schwierigkeiten der Datenerhebung katamnestischer Untersuchungen. Wie schon Bortz und Döring (1995) anmerken, zählt „die Analyse von Veränderungen ... zu den interessantesten, aber auch schwierigsten Aufgaben der Sozialwissenschaften“ (S. 511). Die *indirekte Verhaltensmessung* ist eine Methode, bei der mithilfe desselben Messinstruments die abhängige Variable

mehrmals gemessen wird. Differenzen von Mittelwerten, die zu den verschiedenen Messzeitpunkten für die Stichprobe ermittelt wurden, bilden dabei Veränderungen ab. Dabei gilt es aber, unterschiedliche methodische Probleme zu berücksichtigen. Besonders Reliabilitätsprobleme und Regressionseffekte, also statistische Artefakte, die durch mangelnde Reliabilität des Messinstruments hervorgerufen werden, stehen dabei, wie bei Bortz und Döring (1995) beschrieben, im Vordergrund. Jedoch kommen die Autoren trotz dieses Nachteils und existierender Korrekturmöglichkeiten zu dem Schluss, dass einfache Differenzen in den erhobenen Messungen sinnvolle Schätzungen für auftretende Veränderungen abbilden können. Datenerhebung kann aber auch durch den Einsatz *direkter Veränderungsmessungen* vollzogen werden, wobei das Befinden der Patienten am Anfang der Therapie mit dem Befinden nach Beendigung der Therapie verglichen und im Anschluss beurteilt wird. Hierbei stellt nach Kastner und Basler (1997) die ökonomische Anwendung einen Vorteil dar, denn die subjektive Bewertung der therapeutischen Effekte und die Zufriedenheit mit der Therapie können im klinischen Alltag direkt rückgemeldet werden. Jedoch sind laut den Autoren direkte Veränderungsmessungen auch durch Nachteile gekennzeichnet. Es wird vielmehr das momentane Befinden des Patienten abgebildet als die Veränderungen selbst, denn die momentane Befindlichkeit wirkt stark auf die Angaben über die Veränderungen durch die Therapie ein (Kastner & Basler, 1997). Nichtsdestotrotz können direkte Veränderungsmessungen als erstrebenswerte Ergänzung zu Messwiederholungen angesehen werden.

Newman (1983, zitiert nach Feilen, 1999, S. 18) betont die Notwendigkeit einer multidimensionalen, multimodalen und multimethodischen Datenerfassung. *Multidimensional* bedeutet die Messung anhand eines breiten Spektrums von Merkmalen für jeden Patienten. Unter *Multimodalität* versteht man das Einschließen verschiedener Urteiler-Perspektiven in die Datenerhebung, wobei zumindest der Patient selbst und ein klinischer Experte die Entwicklung beurteilen sollten. Es besteht aber auch noch die Möglichkeit, den ehemaligen Therapeuten für eine Beurteilung heranzuziehen oder die Angehörigen zu befragen (Feilen, 1999). Die Nutzung verschiedener Datenquellen, wie etwa Selbstbeurteilungen, Fragebögen, Therapieverlaufsangaben oder -ratings, Tonband- und Videoaufzeichnungen, ist Thema

der *Multimethodalität*, die Newman (1983, zitiert nach Feilen, 1999, S. 18) als drittes Kriterium vorschlägt. Vergleichbar stellt Baumann (1982, zitiert nach Feilen, 1999, S. 18) Anforderungen an die Datenerhebungsqualität mit anderer Gewichtung. Er bezieht sich auf Datenebenen (biologische, psychologische, soziologische, ökologische), Datenquellen (Therapeut, Patient, Bezugsperson und testpsychologisches Instrumentarium) und Funktionsbereiche (Einheiten wie Erleben, Verhalten, Leistung), wobei diese Bereiche nicht mit gleicher Genauigkeit erfasst werden, denn der Schwerpunkt einer Untersuchung richtet sich nach den Zielen der Untersuchung.

4.4.2 Zeitraum

Kritisch ist auch die Wahl des Katamnesezeitraums im Rahmen von Katamneseuntersuchungen. Die Entscheidung für den zweckmäßigen Nachuntersuchungszeitraum ist vergleichbar mit der Organ-Medizin und hängt von der Intervention und der Zielsetzung der Behandlung, die überprüft werden soll, ab. Ebenso wie eine Medikation solange wirksam ist, wie sie verabreicht wird, dürfte das auch im Psychotherapiebereich gelten, wie z.B. bei Entspannungsverfahren, die ihre Wirksamkeit verlieren, wenn sie vom Patienten nicht mehr durchgeführt werden (Rüger & Senf, 1994). Genauer betrachtet ist es mit psychotherapeutischen Verfahren aber anders, denn hier besteht ein Anspruch, innere Konflikte, die pathogen und krankheitsrelevant sind, oder „aktuelle Störungsbedingungen“, die für die Symptomatologie verantwortlich sind, zu behandeln. Nachuntersuchungen sind hier umso aussagekräftiger, je länger die Zeitspanne ist, auf die sie sich beziehen. Das Leben selbst stellt sich als Prüfung dar, weil man keine experimentellen Belastungssituationen simulieren kann und die Patienten Krisen selbst meistern müssen (Senf, 1990).

Bei der in vorliegender Arbeit durchgeführten Studie wurde ein Katamnesezeitraum von einem Jahr gewählt, denn Huber, Gross und Schüttler betonten bereits 1979 die Wichtigkeit des ersten Jahres nach der Entlassung aus einer stationären Psychotherapie. In diesem Zeitraum würde sich laut den Autoren entscheiden, ob trotz des Druckes der Rückkehr in das alte Milieu eine Stabilisierung gelingen könne. Wobei die Autoren auch betonen, dass Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung mehrheitlich

nicht symptomfrei sind. Nach Frohburg (2004) dominieren allgemein Katamneseuntersuchungen mit vergleichsweise geringer Dauer. In 90% der Studien zur Wirkung von Gesprächstherapie, die Katamneseuntersuchungen berücksichtigen, finden sich Katamnesezeiträume von bis zu einem Jahr. Ein Nachuntersuchungszeitraum von fünf Jahren, der als sinnvoller Zeitraum betrachtet wird, kann aber nicht immer verwirklicht werden. Somit sollte als Mindestanforderung gelten: „Der nach einer psychotherapeutischen Behandlung vorgesehene therapiefreie Beobachtungszeitraum sollte nicht kürzer als die durchgeführte Therapie selbst sein! Dauer des Wandlungsprozesses eines Menschen und der zeitliche Rahmen, in dem sich das Erreichte einer Bewährung zu stellen hat, müssen in einem sinnvollen Verhältnis stehen“ (Rüger & Senf, 1994, S. 107). Kontrovers dazu finden Bortz und Döring (1995) Nachuntersuchungen im Zeitraum der ersten sechs Monate nach Ende der Therapie sinnvoll, Birkenfeld (2005) hingegen empfiehlt größere Zeiträume, weil sich therapiebedingte positive Entwicklungen oft erst später feststellen lassen. Wiederaufnahme-Quoten erhöhen sich laut Bernsdorff (1992) deutlich, wenn die Zeiträume länger sind, wobei die Aufnahmequote durch jedes weitere Jahr eher abnimmt. Das zeigt, wie unterschiedlich das Kriterium des idealen Katamnesezeitraums in der Literatur diskutiert wird.

4.4.3 Studiendesign

Ein innerhalb der Interventionsforschung vielfach diskutiertes Thema ist die Frage, ob ein naturalistisches oder experimentelles Studiendesign gewählt werden soll, denn gerade bei Katamneseuntersuchungen ergeben sich Besonderheiten, die man beachten sollte. Wesentlich für den *experimentellen Ansatz* ist das Vorliegen eines kontrollierten Studiendesigns, wobei erst durch den Entwurf des Experiments die zu untersuchenden Bedingungen geschaffen werden (Feilen, 1999). Die in dieser Variante untersuchten Studien sind Efficacy-Studien, bei denen die Wirksamkeit von Psychotherapie unter Idealbedingungen untersucht wird. Mit dem randomisiert-kontrollierten Studiendesign wird versucht, das Ziel der hohen internen Validität (methodische Richtigkeit) zu erreichen. Bei dieser bevorzugten Standardmethode werden die Untersuchungsobjekte durch Randomisierung den Untersuchungsgruppen zugeteilt (vgl. Bortz & Döring, 2006). Dem gegenüber steht der *naturalistische bzw.*

quasiexperimentelle Ansatz, bei dem es sich um ein unkontrolliertes Design ohne zufällige Zuweisung der Untersuchungsteilnehmer handelt. Die Teilnehmer werden auf eine bereits bestehende, vom Experiment unabhängige Therapieform untersucht. In diesem Fall spricht man von Effectiveness-Studien, bei denen der Psychotherapieerfolg unter Realbedingungen gemessen wird. Die Durchführung dieses Ansatzes geht jedoch auf Kosten der internen, aber nicht der externen Validität (inhaltliche Aussagekraft). Unterschieden wird demnach zwischen einer manipulativ-generalisierenden Forschung, wobei Ergebnisse dadurch gewonnen werden, dass systematisch in ein gegebenes System eingegriffen wird, und einer korrelativ-naturalistischen Forschung, bei der Vorgänge ungestört unter eigenen Bedingungen möglichst genau beobachtet werden (vgl. Feilen, 1999). Wissenschaftlichkeit wird dennoch oft mit experimentellen Studiendesigns gleichgesetzt und von vielen Psychologen und Wissenschaftlern, wie z.B. Grawe, der in die von ihm durchgeführte Metastudie hauptsächlich Studien mit experimentellem Design aufgenommen hat (Grawe et al., 1995), bevorzugt. Es können aber folgende Punkte als Gegenargumente aufgeführt werden:

1. Randomisierte und kontrollierte Experimente sind bei langfristigen Beobachtungszeiträumen, v.a. Katamnesen, praktisch nicht durchführbar.
2. Experimentelle Untersuchungen können nur gerechtfertigt werden, wenn man davon ausgehen kann, dass das „Objekt“, das untersucht werden soll, unter den Bedingungen des Experiments ein ähnliches Verhalten zeigt wie unter natürlichen Bedingungen. Das Verhalten eines Menschen verändert sich durch das Bewusstsein, an einem Experiment teilzunehmen, und dadurch können keine realistischen Ergebnisse erzielt werden.
3. Schon allein die Bedingungen sind künstlich, unter denen eine Person im experimentellen Design untersucht wird, und verschwinden nach Beendigung des Experimentes wieder. Wie schon Rad und Senf (1986, zitiert nach Feilen, 1999, S. 13) betonten, wäre es sinnvoller zu untersuchen, welches Verhalten üblicherweise gezeigt wird, und nicht etwas zu kreieren, um es dann zu untersuchen.
4. Es bestehen ethische Probleme, denn Patienten müssen darüber aufgeklärt sein, dass sie an einem Experiment teilnehmen, und sollten auch nicht über den

Zweck der Untersuchung im Unklaren gelassen werden. Das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut kann dadurch aber gestört werden. Weiters ist die Zuweisung behandlungsbedürftiger Patienten zu Kontrollgruppen ohne Behandlung ethisch nicht vertretbar (Rüger & Senf, 1994).

5. Patienten, die ein experimentelles Design ablehnen, dürfen keine Nachteile erleben und müssen trotz Ausschluss aus der Untersuchungsstichprobe therapiert werden. Darauf bezogen erhebt sich die Frage, ob sich Patienten, die einer experimentellen Untersuchung zustimmen, systematisch von jenen unterscheiden, die sie ablehnen, d.h. es könnte ein Selektions-Bias auftreten (Feilen, 1999).

Es handelt sich hierbei also um ein Spannungsfeld zwischen interner und externer Validität, und keines der beiden Studiendesigns zeigt hohe Werte beider Validitäten. Demnach muss in der Frage des Studiendesigns ein Kompromiss gefunden werden.

4.4.4 Frage nach dem Erfolgskriterium

Eines der schwierigsten Probleme der evaluativen Psychotherapieforschung ist die Einigung und Festlegung von geeigneten Erfolgs-Größen. Vom Krankheitsmodell der Behandlungsmethode und der hiervon abgeleiteten Diagnostik vor einer Behandlung hängt unter anderem die Definition sinnvoller Erfolgs-Prädiktoren ab (Rüger & Senf, 1994). Beschränkt man sich in der evaluativen Psychotherapieforschung auf eine Störungsachse, werden Patienten mit ähnlichem Störungsbild in „einen Topf geworfen“, auch wenn sie völlig unterschiedliche ätiologische, strukturelle oder psychosoziale Hintergründe haben, und es würde die Gefahr bestehen, prognostisch heterogene Patientenpopulationen bezüglich ihres therapeutischen Vorteils miteinander zu vergleichen (Rüger & Senf, 1994). Außerdem sollte der Begriff „Erfolg“ messbar, also operationalisierbar gemacht werden. Erfolg kann auch als das „Erreichen konkreter Zielkriterien“ definiert werden, was jedoch für die Psychotherapie das Problem der Abgrenzung von Zielkriterien aufwirft (Feilen, 1999). Strupp und Hadley (1977, zitiert nach Feilen, 1999, S. 15) beschreiben drei unterschiedliche Perspektiven für die Beurteilung von Psychotherapie: Die Gesellschaft (Öffentlichkeit), den Patienten und den Therapeuten. Durch unterschiedliche Interessenslagen und

Ausgangspositionen können sich unterschiedliche Definitionen von Erfolg ergeben und somit zu konträren Zielkriterien führen. Nachdem unzählige Studien über die Wirksamkeit von Psychotherapien dem Rechtfertigungsdruck entsprochen haben, gesellt sich auch der ökonomische Druck dazu, dem Katamnesestudien Stand halten müssen. Das führt dazu, dass Katamnesestudien nicht nur die Frage nach dem Erfolg aufwerfen, sondern auch nach Veränderungen in Folge von Therapie. Dazu zählen auch Fragen nach den psychischen und sozialen Bedingungen innerhalb des Zeitraums zwischen dem Ende der Therapie und der Katamnese, nach außertherapeutischen Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben (vgl. Feilen, 1999).

4.4.4.1 Definition von Besserung

Im Katamnesezeitraum soll vorab geprüft werden, was als guter, befriedigender oder mäßiger Behandlungserfolg im Fall des jeweiligen behandelten Patienten definiert wurde. Die Festlegung des Cut-off-Points, der u.a. zwischen gutem und mäßigem Behandlungserfolg trennen soll, kann dabei ein Problem darstellen (Rüger & Senf, 1994). Diese individuellen Zielkriterien leiten sich aus den allgemeinen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit ab. Durch die Vorabfestlegung kann darauf geachtet werden, dass keine unrealistischen Behandlungsziele gesetzt werden (Rüger & Senf, 1994). Es herrscht Einigkeit darüber, dass „Behandlungserfolg“ vor allem bei katamnestischen Untersuchungen nur multidimensional erfassbar ist, denn ein symptombezogener Erfolg kann durchaus auch mit einer Verschlechterung in einem anderen Bereich einhergehen (Rüger & Senf, 1994).

4.4.5 Patientenkooperation

Die Aussagekraft einer Katamnese studie hängt teilweise von der Motivation der freiwilligen Teilnahme der Patienten ab. Außerdem sollte untersucht werden, ob es systematische Unterschiede zwischen Personen gibt, die zur wiederholten Messung gekommen sind, und jenen, die der Untersuchung fern blieben (Frohburg, 2004). Dieses Vorgehen wurde in der hier beschriebenen Studie als Completeranalyse vollzogen. Bei Untersuchungen in unizentrischen Kliniken kommt es meist zu einem Anteil von 38,2% bis 86% (Fliege, Rose, Bronner & Klapp, 2002; Franke, Hoffmann & Frommer, 2005; Haase et al., 2008; Sack, Lempa, Lamprecht & Schmid-Ott, 2003) an

Personen, die an einer Katamnese studie teilnehmen. Es ist schwieriger, Patienten zur Teilnahme an einer Katamnese zu motivieren, wenn der Behandlungserfolg eher gering ausgefallen ist. Die Akquirierung von Stichproben stellt somit ein Problem dar. Aus den genannten Gründen kommt es bei einer geringen Rücklaufquote oftmals zu Selektionseffekten. Um die externe Validität therapeutischer Langzeiteffekte zu erhalten, sollte somit auf Vollständigkeit der Patientenpopulation für die Befragungen geachtet werden (Frohburg, 2004). Um qualitativ hochwertige und aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, fordern einige Autoren mindestens 95% als Partizipationsrate (Herzog & Deter, 1994). Die Optimierung der Kooperativität der Patienten gerät jedoch häufig in Konflikt mit anderen Forderungen an eine ideale Katamneseuntersuchung, wie z.B. dass unter anderem die gewünschte breite Datenerfassung mit einer Begrenzung des Aufwandes für Patienten nicht konform geht (Feilen, 1999). Was bleibt, ist ein Kompromiss, der eine Annäherung an eine ideale Lösung zulässt und das Risiko bezüglich der Mitarbeit der Patienten verkleinert.

4.4.6 Kritische Lebensereignisse

Ein langer Beobachtungszeitraum, wie er erstrebenswert wäre, bringt die Schwierigkeit mit sich, dass während und nach der Behandlung unabhängige psychosoziale Einflussfaktoren mit der Zeit stark zunehmen und es schwieriger wird zu untersuchen, ob günstige Lebensveränderungen ein Erfolg der Therapie sind, ob sie als zufällige Ereignisse gesehen werden müssen oder ob die Veränderung durch alte (neurotische) Verhaltensweisen erzeugt wurde (Rüger, 1991). Kritische Lebensereignisse oder auch Live Events spielen bei der Interpretation eine wesentliche Rolle. Es können im Rahmen der Lebensereignisforschung zwei Arten unterschieden werden. *Normative Ereignisse* sind Erfahrungen, die in einem bestimmten Alter die meisten Menschen mit hoher Wahrscheinlichkeit erleben (Schuleintritt, Pubertät, Elternschaft usw.), und *nicht-normative Ereignisse*, die konträr dazu mit geringer Wahrscheinlichkeit auftreten (Scheidung, Tod eines Nahestehenden etc.) (Wrzus, Hänel, Wagner & Neyer, 2013). Kritische Lebensereignisse können aber auch in negative und positive bedeutsame Ereignisse unterteilt werden und gelten nach Margraf und Müller-Spahn (2009) als belastende Ereignisse, die das Leben verändern, eine Gefährdung des psychischen Gleichgewichts bewirken können und somit Anpassungsleistungen voraussetzen.

Kritische Lebensereignisse nehmen im klinisch-psychologischen Bereich eine bedeutende Rolle an, denn es besteht die Vermutung, dass ein wiederholtes Ausgesetztsein und die neuerliche Konfrontation mit einem oder mehreren kritischen Lebensereignissen innerhalb eines bestimmten Zeitraums möglicherweise pathogen, also krankheitsauslösend oder -verursachend, wirkt (Filipp, 1995). Um solche Auswirkungen festhalten zu können, ist es sinnvoll, kritische Lebensereignisse bei einer Katamneseuntersuchung zu erfragen bzw. festzustellen und miteinzubeziehen.

4.5 Qualitätsstandards der Katamneseforschung

Wichtig ist eine eingehende Vorplanung, bei der die Zielsetzung der Katamneseuntersuchung geklärt wird, damit Fehler vermieden werden können (Rüger & Senf, 1994). Ziele könnten der Nachweis der Effektivität einer Behandlung oder die Überprüfung unterschiedlicher Behandlungsverfahren bei vergleichbarer Patientenpopulation sein. Es kann sich aber auch um die Prüfung standardisierter Verfahren mit stabilem Behandlungserfolg bei unterschiedlichen Patientenpopulationen handeln. Weitere Ziele könnten die Überprüfung von Entwicklungsprozessen nach Abschluss einer Therapie oder die Evaluierung eines psychotherapeutischen Versorgungsangebotes für einen Kostenträger sein.

Folgende Punkte sollten nach Rüger und Senf (1994) als Mindestmaß an Qualität („minimal essentials“) für Katamneseuntersuchungen gelten:

- die klare Klassifikation und Beschreibung der behandelten Patientenpopulation
- die klare Definition der durchgeführten Behandlung, insbesondere die Dauer
- die Erfassung der wichtigsten Therapeutenvariablen (Geschlecht, Alter, Ausbildung etc.)
- die klare Festlegung der Therapiezielsetzung und Erfolgsdefinition unter Einschluss einer prognostischen Einschätzung
- die mehrdimensionale Erfassung sowohl des Behandlungsereignisses als auch der Befunde zum Zeitpunkt der Katamnese (mindestens Drei-Punkt-Untersuchungen: Behandlungsbeginn, Behandlungsabschluss, Katamnesezeitpunkt)
- die Katamnesezeitdauer muss ausreichend lang sein

- ein persönliches Katamnese-Gespräch mit einem klinischen Experten

Diese Kriterien sind ein Versuch, sich den methodischen Problemen der Katameseforschung zu stellen und sollten bei Planung und Durchführung von Katamnese-Untersuchungen miteinbezogen werden (Feilen, 1999).

4.6 Katamneseforschung im stationären Setting

In diesem Abschnitt der Arbeit sollen exemplarisch Studien vorgestellt werden, die sich mit der Evaluation und/oder Katamnese der Borderline-Persönlichkeitsstörung, affektiver Störungen, aber auch der Katamnese im stationären Setting auseinandersetzen.

4.6.1 Stationäre Psychotherapie

Lieberz (2000) definiert stationäre Psychotherapie sehr ausführlich als:

„Ein im Einvernehmen zwischen Patient, Therapieinstitution und Bezugsgruppe (Kostenträger, Familie etc.) geplanter Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Dieser findet statt unter Anwendung verschiedenartiger in einem Gesamtbehandlungsplan aufeinander abgestimmter verbaler und sog. non-verbaler psychotherapeutischer Interventionstechniken. Das hierfür erforderliche Krankenhaussetting muss in besonderer Weise organisiert sein. Für die stationäre Psychotherapie gelten spezielle Indikationen. Sie ist notwendig, wenn ambulante oder teilstationäre Behandlung therapeutisch unzweckmäßig ist. Kennzeichen stationärer Psychotherapie sind multimodale Behandlungspläne im Rahmen von theoriegeleiteten Therapiekonzepten mit dem Grundsatz einer je nach Erkrankung medizinisch notwendigen, zweckmäßigen und ausreichenden Intervention. Psychotherapeutische, somatische und je nach Indikationsstellung weitere ergänzende Maßnahmen kommen in einem integrierten Gesamtbehandlungsplan im Sinne individualisierter Therapiepläne zur Anwendung. Der stationäre Ansatz ermöglicht eine zielorientierte, in der Dosis und Intensität variable

Anwendung von Psychotherapie. Die Durchführung stationärer Psychotherapie setzt eine ausreichende Strukturqualität voraus“. (S. 92)

Auch Flatten, Ludwig-Becker und Petzold (1999) geben eine treffende Definition, indem sie stationäre Psychotherapie „als hochspezialisierte klinische Therapieform mit dem Auftrag der Akut-Versorgung in Psychosomatischen und Psychiatrischen Kliniken...“ (S. 366) beschreiben und von der stationären Psychotherapie der Rehabilitation abgrenzen. Grundlage für Geschichte und Theorie stationärer Psychotherapie ist ein ganzheitliches Menschenbild, das pathogenetische und salutogenetische Konzepte beinhaltet und in der Praxis durch den örtlichen/institutionellen Rahmen, die Patienten, das behandelnde Team und das therapeutische Angebot bestimmt wird (Flatten et al., 1999). Stationäre Psychotherapie ist in vielen klinisch-psychosomatischen und psychiatrischen Abteilungen Teil des Behandlungsangebots. Ihre integrativ-orientierte Arbeitsmethode und eine Simultandiagnostik betonen die gleiche Rangreihung somatischer und psychosozialer Faktoren für das Verständnis von Krankheitsverläufen.

Der Wirksamkeitsmessung stationärer Psychotherapie wird zunehmend größeres Interesse geschenkt. In Österreich, Deutschland und der Schweiz sind außerdem die Anbieter und Kostenträger durch gesetzliche Regelungen zur Qualitätssicherung verpflichtet. Vorliegende Untersuchungen zeigen bezüglich der klinischen Symptome zu zwei Drittel bis drei Viertel deutliche Verbesserungen. Jedoch setzt die Heterogenität der stationär behandelten Patientengruppen größere Stichproben voraus, um differenziertere Aussagen machen zu können (Franz et al., 2000).

Weil dies im Akutbereich schwer umsetzbar ist, initiierten Probst et al. (2009) die Umsetzung einer multizentrischen Katamnese studie zur Untersuchung der Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung in der Regelversorgung. Die Stichprobe wurde hierbei bei Aufnahme, Entlassung und bei der postalischen Einjahres-Katamnese mittels des GSI der SCL-90-R für die Messung der grundsätzlichen psychischen Belastung und der VEV-K für Veränderungen des Erlebens und Verhaltens untersucht. Insgesamt nahmen 935 Patienten von insgesamt fünf psychosomatischen Kliniken mit unterschiedlichen theoretischen Ausrichtungen an der Katamnese teil. Es konnten signifikante Verbesserungen der psychischen Belastung (GSI der SCL-R)

zwischen Aufnahme und Entlassung und zwischen Aufnahme und Katamnese festgestellt werden. Außerdem zeigte sich die Effektivität durch positive VEV-K-Veränderungseinschätzungen zum Zeitpunkt der Entlassung und der Katamnese. Unter den Störungen, die in die Studie miteinbezogen wurden, befanden sich organische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, psychotische Störungen, affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Entwicklung in der Kindheit. Es wurde also eine breite Palette an Beeinträchtigungen abgedeckt, was eine gute Aussagekraft über die allgemeine Wirkung von stationärer Psychotherapie zulässt.

Bereits im Jahr 2000 haben Franz et al. die Besserung klinischer Beeinträchtigung durch stationäre Psychotherapie durch eine Multizenterstudie, die drei deutsche psychosomatische Universitätskliniken eingeschlossen hatte, untersucht. Die Ausrichtung dieser Einrichtungen hat ein tiefenpsychologisch-psychodynamisches Therapiekonzept als Grundlage. Somit werden dort Einzel- sowie auch Gruppentherapien, nonverbale und Entspannungsverfahren, aber auch Verhaltenstherapie angewandt. Es konnten deutliche Verbesserungen die psychosoziale Beeinträchtigung betreffend gefunden werden. Die größten Effekten zeigten sich bei Depressivität und Angst. Es gibt zwar eine Reihe an Studien, die krankheitsspezifisch die Behandlung im stationären Setting – auch langfristig – evaluieren, jedoch ist die Zahl an diagnoseübergreifenden multizentrischen Studien zur Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausaufenthalte in der Regelversorgung sehr gering.

Laßhof (2013) beschäftigte sich in einer aktuelleren Studien mit der Evaluation therapeutischer Interventionen in allgemeiner Hinsicht, wobei der Schwerpunkt auf den langfristigen Ergebnissen stationärer Behandlung einer an humanistischen Verfahren orientierten Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik liegt. Bei der Durchführung einer Ein-Jahres-Katamnese konnten langfristige Therapieeffekte unterschiedlicher Symptombereiche mit guten Effektstärken festgestellt werden. Die Behandlungsergebnisse konnten in den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Aggressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung stabil gehalten werden. Therapieeffekte

in den Bereichen der allgemeinen psychischen Symptome, Depressivität, Psychotizismus, paranoides Denken, phobische Angst, Essstörung und Zwanghaftigkeit zeigten jedoch einen neuerlichen Symptomanstieg, jedoch nicht auf Ausgangsniveau. Das Behandlungskonzept der Klinik wurde somit als effektiv angesehen. Als Ziel therapeutischer Evaluation sieht Laßhof (2013) eine stetige Anpassung der therapeutischen Konzepte und Angebote an die Bedürfnisse des Patienten und zeigt mit ihrer Studie auch die Notwendigkeit kontinuierlicher Therapieevaluationen in der Regelversorgung auf.

4.6.2 Therapieevaluation von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen, definiert nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), sind anhaltende Muster von nicht anpassungsfähigen Eigenschaften und Verhaltensweisen, die über die Zeit hinweg stabil sind. Jedoch zeigen Reviews eine mäßige Stabilität von Persönlichkeitsstörungen sowie die Möglichkeit einer Besserung über die Zeit (Grilo & McGlashan, 1999; Grilo, McGlashan & Oldham, 1998; McDavid & Pilkonis, 1996). Ob sich Persönlichkeitsstörungen über die Zeit hinweg verbessern können oder stabil bleiben, ist Diskurs vieler Studien, die zu inkonsistenten Ergebnissen führen (Grilo et al., 2004). Grund dafür könnten methodische Einschränkungen sein, die bei vielen existierenden Studien zu finden sind und die es schwierig machen, klare Aussagen zu treffen (Grilo & McGlashan, 1999; Grilo et al., 1998). Deswegen ist es von großer Bedeutung, nach der Untersuchung des Behandlungserfolges auch eine Katamnese der Evaluation durchzuführen, um zu sehen, inwieweit die Patienten befähigt sind, Gelerntes in ihren eigenen, individuellen Umwelten umzusetzen und ihre Verhaltensänderungen aufrecht zu erhalten.

4.6.2.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Abschließend soll beispielhaft durch den Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch ausgewählte Studien gezeigt werden, dass es positive katamnestiche Veränderungen durch psychotherapeutische Behandlung gibt.

Fiedler (2001) gibt als zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein durchgängiges Muster von besonders auffälliger Instabilität bezogen auf Stimmung

und Affektivität an, das entweder zu einer Identitätsproblematik und Impulskontrollstörungen, aber auch zu schwerwiegenden Schwierigkeiten bzw. Konflikten in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Betroffenen führen kann. Begleitet wird die Störung außerdem noch von einer verzerrten Wahrnehmung des Selbstbildes. Selbstverletzungen, starke Selbstwerteinschränkungen und Suizidversuche verursachen starken Leidensdruck bei den Betroffenen und ihren Angehörigen (Bohus & Schmahl, 2006). Gemeinsam mit dem Vorhandensein starker Stimmungsschwankungen, aggressiver Durchbrüche, Drogenproblemen und Essstörungen kann sich ein klinischer Verdacht auf das Vorhandensein einer Borderline-Persönlichkeitsstörung festigen (Bohus & Schmahl, 2006).

Als besondere Herausforderung für die in einer Klinik arbeitenden Psychotherapeuten gilt die stationäre Behandlung von Patienten, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung haben, da diese Patienten ein starkes Inanspruchnahmeverhalten zeigen (Bohus & Schmahl, 2006; Kühler & Kasper, 2000). Ungefähr 15 Prozent der Gesamtheit der Patienten psychiatrischer oder psychotherapeutischer Kliniken erfüllen zumindest als Sekundärdiagnose die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Das macht diese Störung zu einer der häufigsten Aufnahmediagnosen in psychiatrischen Kliniken. Ungefähr 80% erleben in den zehn Jahren nach der ersten Aufnahme eine jährliche Wiederaufnahme in eine psychiatrische/psychotherapeutische Klinik (Bohus & Schmahl, 2006). Der Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung scheint, wie Studien aus den USA zeigen, besser zu sein, als man bisher vermutet hat. Beispielsweise zeigten Zaranini, Frankenburg, Hennen und Silk (2003) in ihrer Katamnesestudie an 290 Borderline-Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erhielten, eine deutliche Abnahme der Psychopathologie über die Jahre hinweg. Eine weitere, von Grilo et al. (2004) durchgeführte Langzeit-Verlaufsstudie konnte die Ergebnisse von Zaranini et al. (2003) untermauern. Um die Ergebnisse auch hierzulande generalisieren zu können, müssten allerdings weitere Studien zu diesem Thema im deutschsprachigen bzw. europäischen Raum durchgeführt werden. In der Pilot-Studie von Kühler und Kasper (2000) wurden in einer Ein-Jahres-Katamnese für die stationäre Behandlung von Borderline-Patienten mit der störungsspezifischen Therapieform, der Dialektisch

Behavioralen Therapie, die in der deutschen Michael-Balint-Klinik durchgeführt wurde, gegensätzliche Ergebnisse festgestellt. Das Beschwerdebild der kleinen Stichprobe von 16 Personen zeigte zum Zeitpunkt der Entlassung zwar eine signifikante Verbesserung, jedoch ein Jahr danach wieder eine signifikante Verschlechterung. Andere Studien, wie die von Kleindienst et al. (2008), die ebenfalls die Dialektisch Behaviorale Therapie zur Methode der Wahl hat, konnten am Ende der 21-monatigen Katamnese sehr zufriedenstellende Ergebnisse verzeichnen. Die Selbstverletzungsrate verringerte sich von anfänglichen 74% auf 23% zum Katamnesezeitpunkt, und 50% der Patienten zeigten klinische Besserung.

Für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden hauptsächlich psychotherapeutische Verfahren eingesetzt, wobei eine grundlegende Voraussetzung für die Therapie eine auf definierten Kriterien aufbauende Diagnostik darstellt (Bohus & Kröger, 2011). Wichtig sind laut Bohus und Kröger (2011) außerdem eine zeitliche Begrenzung der Therapie und die Festlegung therapeutischer Rahmenbedingungen in einem Therapievertrag. Die Autoren berichten von einem multimodalen Ansatz, bei dem verschiedene therapeutische Methoden wie pharmakologische Therapie, Einzel- oder Gruppentherapie als auch Krisenintervention zum Einsatz kommen. Jedoch besteht noch kein Einvernehmen über die wirkungsvollste Methode der Behandlung dieser Krankheit. Da die Borderline-Persönlichkeitsstörung die am meist verbreitetste Persönlichkeitsstörung ist, meinen Eckert, Dulz und Makowski (2000), dass sich Behandlungseinrichtungen zukünftig stärker damit befassen werden.

4.6.3 Therapieevaluation von affektiven Störungen

Neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung soll der Fokus in diesem Kapitel auf die depressive und die bipolar affektive Störung gelegt werden.

Als Hauptsymptome dieser Störungsgruppe gelten Stimmungsveränderungen oder eine veränderte Affektivität, die in Richtung Depression oder gehobene Stimmung laufen kann. Begleitet werden diese Stimmungswechsel oftmals von einer Veränderung des Aktivitätsniveaus. Gemeinsam mit der Depression können auch Angstsymptome auftreten. Der Beginn der Erkrankung steht oft im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen oder Situationen, wobei sehr häufig Rückfälle stattfinden

können (Dilling, 2010). Als Hauptsymptome der depressiven Episode werden eine gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und der Verlust von Freude und Interessen gesehen. Weitere typische Symptome sind Konzentrationsstörungen, verstärkte Müdigkeit und eine Appetitsveränderung. Des Weiteren geht die Störung mit der Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, Schuldgefühlen und wiederholten Gedanken an Tod bzw. Suizid, aber auch psychomotorischer Agitiertheit und Hemmung einher. Es wird zwischen leichten, mittelgradigen und schweren Episoden unterschieden. Trotz Beeinträchtigung kann der Betroffene bei einer leichten Episode die meisten Aufgaben noch erledigen, die Bewältigung alltäglicher Aufgaben wird bei einer mittelgradigen Episode allerdings schon schwieriger, und im Fall einer schweren depressiven Episode treten Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle, somatische Symptome und ein Selbstwertgefühlverlust in den Vordergrund. Diese Phase geht oft mit Suizidgedanken und auch -handlungen einher. Auch sind psychotische Symptome möglich, die die Bewältigung des Alltags unmöglich machen. Handelt es sich um eine manische Episode, tritt eine situationsunangemessene gehobene Stimmung auf. Überaktivität, vermindertes Schlafbedürfnis und Rededrang werden durch einen gesteigerten Antrieb aktiviert. Es kommt zu übertriebenem Optimismus, Größenideen und zu einem Verlust sozialer Hemmungen. Weiters lässt sich die Aufmerksamkeit manischer Personen nicht mehr fokussieren, und sie werden leicht abgelenkt. Typisches Zeichen einer bipolaren Störung ist der Wechsel zwischen Hypomanie/Manie und Depression (Dilling, 2010). Depressive Störungen zählen zu den am häufigsten vorkommenden psychischen Störungsbildern in der Versorgung (Jacobi et al., 2004; König, Luppá & Riedel-Heller, 2010) und zeigen eine Lebenszeitprävalenz von 20% – 50% bei Erwachsenen (Andrade et al., 2003; Beesdo & Wittchen, 2006; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005; Schaub, Roth & Goldmann, 2006). Bei wenigen erkrankten Personen zeigt sich nur eine Episode. Durchschnittlich kommt es zu vier Depressionsepisoden, die, wenn keine Behandlung stattfindet, vier bis zwölf Monate andauern können (Schaub et al., 2006). Schaub et al. (2006) berichten dennoch von einer Senkung des Rückfallrisikos um ca. 75% bei adäquater Therapie. In der Behandlung dieser Störung handelt es sich hauptsächlich um die Linderung depressiver Symptomatik und die Veränderung aufrechterhaltender psychischer Mechanismen (Klesse et al., 2010). Auf dem Weg zu einer Remission muss die Suizidgefahr reduziert, die berufliche und

zwischenmenschliche Leistungsfähigkeit als auch eine seelische Balance wiederhergestellt werden, um einen Rückfall zu verhindern (Klesse et al., 2010). Stapel (2005) hat in seiner 5-jährigen Katamnesestudie die Bedeutung zweier Grundpfeiler von verhaltensmedizinischer Behandlungskonzepte empirisch gezeigt: „Aufklärung und Information“ und „Praktisches Üben realitätsnaher Fertigkeiten“ kamen vor allem bei Patienten mit ausgeprägten depressiven Störungsbildern gut an und konnten zur langfristigen gesundheitlichen Stabilisierung durch verhaltensmedizinische Behandlung beitragen.

Bei den Interventionsansätzen depressiver Störungen kann man grundsätzlich zwischen zwei Formen unterscheiden. Einerseits gibt es pharmakologische Therapien und andererseits psychologische Therapien. Bei 70% – 80% der Patienten, die eine medikamentöse Behandlung erhalten haben, kommt es nach Beesdo und Wittchen (2006) zu einer deutlichen Verbesserung der depressiven Symptome und zu einer Remission bei 40% – 60% der Behandelten. Jedoch zeigten Hollon et al. (2005) in einer Studie, dass die Rückfallrate von 30,8% nach dem Ende einer kognitiven Therapie geringer ausfiel als bei Patienten, die Medikamente bekamen (76,2%). Auch zeigte eine Metastudie von Gloaguen, Cottraux, Cucherat und Blackburn (1998), dass Kognitive Therapie einen Rückfall auf lange Sicht verhindert, wohingegen die Rückfallrate in der Behandlung mit Antidepressiva hoch war. Eine Erklärung dafür wäre, dass psychologische Maßnahmen eine Veränderung des Denkens, Fühlens und Handelns zum Ziel haben, wobei es bei Erreichen dieser Ziele zu langfristigen Veränderungen kommen kann (Butschek, 2006). Das Verbinden beider Ansätze kann sinnvoll sein, denn es können zwar beide Varianten zu einem Rückgang der akuten Symptomatik führen, eine Kombination ist aber effektiver als eine Pharmakotherapie alleine (Cuijpers, Dekker, Hollon & Anderson, 2009). Ein Großteil der Belastung von Depressionen fällt auf Personen mit behandlungsresistenten Depressionen, wobei die Patienten eine unzulängliche oder gar keine Reaktion auf die Behandlung zeigen. Wooderson et al. (2014) konnten jedoch zeigen, dass schwer zu behandelnde Patienten einen langzeitlichen Nutzen aus der multidisziplinären stationären Behandlung ziehen können.

Depressive Störungen weisen hohe Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen auf (Beesdo & Wittchen, 2006; Kessler et al., 2003; Klesse et al., 2010; Paykel, 2006; Pieper, Schulz, Klotsche, Eichler & Wittchen, 2008; Wittchen & Jacobi, 2005). Entweder bedeuten bestehende psychische Störungen ein Risiko für die Erkrankung an einer depressiven Störung, oder sie sind selbst eine Begleiterscheinung einer Depression (Beesdo & Wittchen, 2006). Dadurch ergeben sich oftmals ungünstigere Prognosen bezogen auf den Schweregrad oder einen möglichen Rückfall. In der naturalistischen Outcome-Studie von Sachse (2009) konnte jedoch festgestellt werden, dass die Behandlung mit einer traumazentrierten stationären Psychotherapie bei Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung und Komorbidität (v.a. Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung) mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 157 Tagen u.a auch zu signifikanten Ergebnissen bezüglich der depressiven Symptomatik führte. Diese Ergebnisse konnten auch ein Jahr nach der Entlassung sogar mit Verbesserungen festgestellt werden. Ein Zusammenhang zwischen Depression und Angststörungen konnte in verschiedenen Studien gefunden werden (Andrade et al., 2003; Drost et al., 2012; Jacobi et al., 2004; Paykel, 2006; Pieper et al., 2008; Wittchen & Jacobi, 2005).

Anhand der hier beschriebenen Störungsgruppen, die im Bereich der psychischen Störungen schwerwiegende Krankheiten darstellen und Betroffene mit hohen Rückfallraten belasten, kann man leicht erkennen, welche Relevanz Studien gewinnen, die den langzeitigen Behandlungserfolg untersuchen. Es gibt zwar schon einige Hinweise auf hinreichend geeignete Interventionsformen, allerdings wurde der Katamneseforschung in diesem Bereich bisher noch nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt und sollte in der psychotherapeutischen Forschung einen höheren Stellenwert bekommen.

EMPIRISCHER TEIL

5 Methoden

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Bei den Teilnehmern der Studie handelt es sich um ehemalige Patienten, die ein Jahr vor der Katamnese eine stationäre oder ambulante Behandlung am Otto-Wagner-Spital in Wien abgeschlossen haben. Sie haben an einer dieser Studie vorangehenden Evaluationsstudie (Fitz, 2013) teilgenommen und die Fragebogenbatterie bereits zwei Mal ausgefüllt. Das erste Mal bei der Aufnahme in die Klinik (T_0) und das zweite Mal bei der Entlassung (T_1). Dieselben Patienten wurden erneut kontaktiert und zu einer weiteren Testung ans Otto-Wagner-Spital eingeladen (T_2). Nicht erreichbaren Patienten wurde die Fragebogenbatterie per Post zugesandt.

Bei der Evaluation des Behandlungsprogrammes konnten im ersten Durchgang 60 Personen für die Versuchsgruppe befragt werden, wobei für die Katamnese mit Ausfällen zu rechnen war, da manche Patienten nicht mehr erreichbar waren, nicht mehr teilnehmen wollten oder verstorben sind. Eine Kontrollgruppe, die bei der Evaluation aus 28 Personen, bestanden hatte, war bei der Follow-up-Untersuchung nicht mehr notwendig, weil es lediglich um eine Überprüfung der bereits dokumentierten Wirksamkeit ging. Bei der Kontrollgruppe handelte es sich um Patienten, die sich auf der Warteliste für eine Behandlung befanden.

5.2 Untersuchungsziel und Studiendesign

Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob der Behandlungserfolg des Therapieprogramms des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital in Wien, der bereits in einer vorangehenden Studie an 60 Patienten evaluiert wurde (Fitz, 2013) gleichgeblieben ist oder ob es diesbezüglich Veränderungen gab. Der Schwerpunkt lag auf der Erfassung der depressiven Symptomatik, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, dem psychischen

Wohlbefinden (u.a. Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit) und der alexithymen Symptomatik. Weiters wurden die soziodemografischen Variablen Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Familienstand/Partnerschaft mit erhoben und in die statistische Analyse einbezogen. Es handelt sich um eine Follow-up-Studie bzw. Katamnese studie, bei der dieselben Versuchspersonen ein Jahr nach der Entlassung aus der Therapie erneut mit denselben Verfahren getestet wurden. Die Daten sollten mit denen der anderen Untersuchungszeitpunkte (Aufnahme und Entlassung) auf Veränderungen verglichen werden. Die Behandlung an der Klinik dauerte durchschnittlich drei Monate, somit füllten die Patienten ungefähr drei Monate nach der ersten Befragung ein weiteres Mal die Fragebogenbatterie aus. Die Befragung fand in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital statt. Die Unterzeichnung einer Einverständniserklärung erfolgte bereits im Rahmen der Evaluation und beinhaltete auch die Einwilligung an der Teilnahme an der Katamneseerhebung, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt werden sollte.

5.3 Untersuchungsdurchführung

Die Vorgabe der Fragebögen fand zu vier verschiedenen Zeitpunkten statt (zwei im Oktober 2013 und zwei im Februar 2014). Zwei Termine kamen am Pavillion 2 und zwei Termine auf der Tagesklinik zur Durchführung. Die Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt, die sich aus dem Zeitpunkt der Entlassung ergaben. Im Oktober 2013 wurden diejenigen Patienten getestet, die zu diesem Zeitpunkt vor ca. 12 Monaten entlassen worden waren, und im Februar 2014 diejenigen, die erst vier Monate später ihre Behandlung abgeschlossen hatten.

Die eingeladenen Versuchspersonen hatten die Möglichkeit, ans Otto-Wagner-Spital zu kommen, ehemalige Mitpatienten zu treffen und auch ein Gespräch mit den ehemaligen Bezugsbetreuern zu haben. Die Fragebögen konnten aber auch per Post an die Abteilung zurückgeschickt werden. Hierfür wurden sie telefonisch von den jeweiligen Bezugstherapeuten oder Bezugspflegern über das Vorgehen informiert und eingeladen. Die Fragebogenbatterie wurde als Papier-Bleistift-Verfahren vorgegeben, und es wurde eine Dauer von 20 bis 60 Minuten für die Testung eingeplant, wobei es

möglich war, Pausen einzulegen, wenn dies gewünscht war. Die Anonymität der Patienten wurde sichergestellt, indem jeder einen Zahlencode zugewiesen bekam, worüber die Patienten bereits beim Unterschreiben der Einwilligungserklärung informiert wurden. Die Testungen fanden in den Räumlichkeiten der Tagesklinik oder des Pavillion 2 unter ständiger Anwesenheit der Testleiterin statt. Im Anschluss an die Termine für die persönlichen Testungen wurden telefonisch nicht erreichbare Personen oder diejenigen, die nicht zum vereinbarten Zeitpunkt erschienen waren, über den Postweg angeschrieben. Sie wurden in einem Brief gebeten, die Fragebögen auszufüllen und in einem beigelegten frankierten Kuvert zurückzuschicken. Dieser Vorgang nahm weitere drei bis vier Monate in Anspruch. Bis Juni 2014 wurde auf die Rücksendungen gewartet und die Datenerhebung abgeschlossen.

5.4 Beschreibung der Institution

Die Informationen zur Beschreibung der Institution des Zentrums für Psychotherapie und Psychosomatik stammen von der Homepage der Institution sowie von einem intern angefertigten Jahresbericht.

Die Studie fand am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital, Teil des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartnerhöhe in Wien, statt, das eine Einrichtung der 1. Psychiatrischen Abteilung ist. Die Psychotherapiestation Pavillion 2 und die Tagesklinik (Pavillion 20/3) haben ein Platzkontingent für 44 Patienten und bieten in zwei unterschiedlichen Settings (stationär und teilstationär) ein breites therapeutisches Angebot an.

Ob es zu einer stationären oder teilstationären Aufnahme kommt, ist abhängig von der Art und der Ausprägung der psychischen und/oder somatischen Erkrankung. Allerdings besteht die Möglichkeit, im Laufe der Therapie vom stationären in das teilstationäre Setting zu wechseln. Beide Stationen haben eine durchschnittliche Behandlungsdauer von zwölf Wochen, wobei diese variabel zwischen einer minimalen Dauer von sechs und einer maximalen Dauer von 26 Wochen liegt. Orientiert ist das Angebot der Psychotherapiestation sowie der Tagesklinik an Menschen mit körperlichen Erkrankungen in Kombination mit psychischen Störungen, vor allem somatoformen Störungen, dissoziativen Störungen, Traumafolgestörungen, Borderline- und anderen

Persönlichkeitsstörungen sowie affektiven Störungen und schizophrenen Psychosen. Auf den Stationen wird methodenintegrativ auf einer beziehungsorientierten Basis gearbeitet. Die Methoden und Techniken werden individuell und auf das jeweilige Störungsbild angepasst ausgewählt, um eine möglichst zielgerichtete Behandlung bereitstellen zu können, wobei tiefenpsychologische, systemische, humanistische und verhaltenstherapeutische Ansätze genutzt werden (Otto-Wagner-Spital, 2015).

Das Zentrum versteht unter dem Begriff Psychosomatik das Fachgebiet der Diagnostik und Therapie somatischer Erkrankungen und Symptome, bei denen psychosoziale Faktoren für die Entstehung, Auslösung, Aufrechterhaltung und Salutogenese eine Rolle spielen. Spezialisiert hat sich das Zentrum auf Patienten mit erheblichen psychiatrischen Komorbiditäten. Der Begriff Psychotherapie bedeutet hierbei, einen bewussten und geplanten interaktionalen Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen zu initiieren. Diese werden in Übereinstimmung mit dem Patienten, dessen Umfeld und dem Therapeuten für behandlungsbedürftig erklärt (Otto-Wagner-Spital, 2015).

5.4.1 Therapeutisches Angebot

Das therapeutische Angebot am Pavillion 2 und der Tagesklinik besteht aus einem Basistherapieprogramm, an dem alle Patienten teilnehmen und das sich aus folgenden therapeutischen Maßnahmen zusammensetzt:

- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Ärztlich-medizinische Diagnostik und Therapie inkl. psychopharmakologischer Behandlung
- Bezugspflege oder Bezugsbetreuung
- Sozialarbeit

Aufbauend auf diesem Basistherapieprogramm kann individuell und je nach Indikation eine Reihe weiterer therapeutischer Maßnahmen eingesetzt werden:

- psychoedukative Seminare
- Gesundheitsförderung

- Kunst- und Gestaltungstherapie
- Musiktherapie
- Physiotherapie/Bewegungstherapie
- handlungsorientierte Ergotherapie
- handlungsorientierte Arbeitstherapie
- Unterstützung bei der Organisation der ambulanten Nachbetreuung

Zudem besteht des Weiteren die Möglichkeit, an verschiedenen Skills-Trainingsgruppen teilzunehmen, die auf einem dialektisch-behavioralen Therapieansatz aufbauen. Der Fokus dieser Module liegt vor allem auf der Verringerung emotionaler Vulnerabilität, der Verbesserung des Selbstwertgefühls, aber auch auf einem selbstreflexiven Umgang mit eigenen Gefühlen. Die Module der Achtsamkeit und Stresstoleranz und vor allem auch das Wissen über den Umgang mit Gefühlen stehen hierbei im Mittelpunkt.

Die therapeutischen Ziele der Behandlung können wie folgt beschrieben werden:

Die Therapie soll ein gemeinsamer kreativer Prozess zwischen dem Patienten und dem Therapeuten sein, der zielorientiert und ressourcenorientiert ist und nach individuellen Wegen sucht, bereits bestehende Fähigkeiten und Kompetenzen nutzbar zu machen, damit der Patient mit Problemen oder Krankheit besser umgehen kann. Somit kann die Lebensqualität und Selbstständigkeit verbessert werden. Als notwendige Voraussetzung für das Therapieprogramm wird die aktive Mitarbeit der Patienten vorausgesetzt. Im Folgenden sollen die Ziele noch etwas genauer beschrieben werden:

- 1) Den Anstoß geben zu nachhaltigen Veränderungen:
 - Ein besseres Verständnis der psychischen Erkrankung sowie einen besseren Umgang mit dieser;
 - eine Aktivierung von Ressourcen sowie einer besseren Widerstandsfähigkeit bzw. einer besseren Resilienz;
 - das Erreichen eines Gleichgewichts zwischen Veränderung und Toleranz in Bezug auf die eigene Erkrankung;

- eine Unterstützung bei der gesundheitsfördernden Gestaltung des sozialen Systems;
- einen adäquaten Umgang mit den gestellten Ressourcen des Gesundheitswesens;
- die Entwicklung von Zukunftsplänen (wie etwa in Bezug auf Wohnen, Arbeit etc.)

2) Förderung und Stärkung von Autonomie und Selbstverantwortung:

- Alltagsstrukturierung verbessern;
- Entwicklung von Selbstausdruck;
- Verbesserung der Leistungs- und Handlungsmöglichkeiten

(3) Eine Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung sowie des allgemeinen Zustands und besserer Umgang mit begleitenden Risikofaktoren

5.4.2 Voraussetzung für eine Behandlung

Vor der Aufnahme ist ein Vorstellungsgespräch notwendig, bei dem bereits Ziele, Möglichkeiten und Wünsche für die Therapie besprochen werden. Gemeinsam wird eine Einschätzung getroffen, ob das spezifische Therapieangebot hilfreich sein kann und ob es momentan für den Patienten geeignet ist. Freiwilligkeit, Eigenverantwortung, Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit und eine aufrechte Wohnmöglichkeit sind Voraussetzung für eine Aufnahme. Außerdem sollten somatische Beschwerden bereits abgeklärt sein. Ausgeschlossen werden Personen, die an einer bestehenden Suchterkrankung leiden, eine kognitive Behinderung, akut psychotische Zustandsbilder oder akute Suizidalität aufweisen (Otto-Wagner-Spital, 2015).

5.5 Beschreibung der Verfahren

Die in der Studie verwendeten Verfahren wurden gemeinsam mit den beteiligten Therapeuten und Ärzten der Station Pavillion 2 und der Tagesklinik als auch durch den Evaluationsverantwortlichen ausgewählt und je nach Störungsbild bzw. Störungsbilder

in vier verschiedene Fragebogenbatterien aufgeteilt. Das Short-Form Health Survey (SF-36), die 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20), das Beck-Depressions-Inventar-II (BDI-II) und das Brief Symptom Inventory (BSI) waren Bestandteil jeder Versuchsgruppe. Insgesamt wurden die Patienten je nach Versuchsgruppe mit fünf bis acht Fragebögen befragt. Durch den Wegfall einiger Teilnehmer konnten die Fragebögen zur Erfassung von dissoziativen Phänomenen bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, der aktuellen psychischen Befindlichkeit von Borderline-Patienten, einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung, der Zufriedenheit mit der stationären Behandlung und dem Krankenhaus und der Befindensfragebogen nicht zur Auswertung herangezogen werden. Es haben dafür zu wenige Personen je Störung an der Katamnese teilgenommen. Somit konnten lediglich die Fragestellungen bezüglich der Depressivität, dem psychischen Wohlbefinden, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Alexithymie formuliert und ausgewertet werden. Im Anschluss sind die Fragebögen noch einmal aufgelistet.

Die Versuchspersonen wurden mit folgenden Fragebögen befragt:

- Fragebogen zum Gesundheitszustand (**SF-36**; Bullinger & Kirchberger, 1998) für die subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität;
- Toronto Alexythymie-Skala (**TAS-20**; Bagby, Parker & Taylor, 1994) für die Ausprägung einer Alexythymie;
- Beck Depressions-Inventar Revision (**BDI-II**; Hautzinger, Keller & Kühner, 2009) zur Beurteilung des Schweregrades der depressiven Symptomatik;
- Brief Symptom Inventory (**BSI**; Derogatis & Melisaratos, 1983) für die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Eine genaue Instruktion und eine wiederholte Versicherung der Anonymität befanden sich auf dem Deckblatt der verwendeten Fragebogenbatterie.

5.5.1 Soziodemografischer Fragebogen

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Verfahren wurden zusätzliche soziodemografische Daten der Patienten eingeholt. Hierbei wurden folgende Variablen für die Auswertung herangezogen:

- Geschlecht
- Alter
- Bildungsstand
- Familienstand/Partnerschaft

Erfasst wurde außerdem, welche psychischen Störungen bei der Aufnahme in die Klinik erhoben wurden. Die verwendeten Verfahren sind der Arbeit angehängt. Die Daten aus diesen Fragebögen beruhen auf den subjektiven Einschätzungen der Patienten.

5.5.2 Short-Form Health Survey (SF-36)

Der generische Selbstbeurteilungsfragebogen zum Gesundheitszustand von Bullinger und Kirchberger (1998) erhebt die subjektive Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität hinsichtlich sozialer, psychischer, körperlicher und alltagsnaher Aspekte von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit. Insgesamt sind 36 Items zu bearbeiten, die sich zu acht Skalen, unterteilt in die Dimensionen „körperliche und psychische Gesundheit“, zusammenfassen lassen:

- 1) *Körperliche Funktionsfähigkeit*: Diese Skala zeigt das Beeinträchtigungsausmaß bei körperlichen Aktivitäten (Gehen, Selbstversorgung, Treppen steigen etc.).
- 2) *Körperliche Rollenfunktion*: Hier zeigt sich das Ausmaß der Beeinträchtigung bei der Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten (weniger schaffen als gewöhnlich, Schwierigkeiten bestimmte Tätigkeiten auszuführen etc.).
- 3) *Körperliche Schmerzen*: Das Ausmaß und der Einfluss von Schmerzen auf die alltägliche Arbeit.
- 4) *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*: Misst die persönliche Beurteilung der allgemeinen und der aktuellen Gesundheit sowie der zukünftigen Erwartung und Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten.

- 5) *Vitalität*: Unterscheidet und misst einerseits das Gefühl, energiegeladen und voller Schwung zu sein und andererseits das Gefühl der Müdigkeit und Erschöpfung.
- 6) *Soziale Funktionsfähigkeit*: Befasst sich mit dem Ausmaß der Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit oder emotionaler Probleme auf normale soziale Aktivitäten.
- 7) *Emotionale Rollenfunktion*: Hier geht es um das Ausmaß der Beeinträchtigung von emotionalen Problemen auf die Arbeit oder andere tägliche Aktivitäten (weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie sonst arbeiten etc.).
- 8) *Psychisches Wohlbefinden*: Befasst sich mit der allgemeinen psychischen Gesundheit (inklusive Depression und Angst).

Für die körperliche Gesundheit werden die Unterskalen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung (Dimensionen 1–4) herangezogen. Zur psychischen Gesundheit zählen die Unterskalen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden (Dimensionen 5–8). Das Antwortformat dieses Fragebogens ist nicht einheitlich und wird entweder dichotom oder anhand einer bis zu sechsstufigen Likertskala beantwortet. Für die Auswertung werden die Punktscores addiert und auf den Wertebereich von 0–100 transformiert, wobei gilt, dass der Gesundheitszustand umso besser ist, je höher der Wert ausfällt.

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der einzelnen Dimensionen wird zwischen $\alpha = 0.57$ und $\alpha = 0.94$ angegeben. Es liegen Belege der faktoriellen, diskriminanten und konvergenten Validität für die deutsche Version der SF-36 vor (Bullinger & Kirchberger, 1998).

5.5.3 20-Item-Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20)

Die 20-Item Version der Toronto-Alexithymie-Skala erfasst unterschiedliche Dimensionen des Alexithymiekonstrukts und zählt zu den Selbstbeurteilungsverfahren. Es ist das am häufigsten eingesetzte Messinstrument zur Feststellung von Alexithymie (Bagby, Parker et al., 1994; Bagby, Taylor & Parker, 1994). Zu beantworten sind 20 Fragen anhand einer fünfstufigen Ratingskala (1 = trifft überhaupt nicht zu, 2 = trifft

selten zu, 3 = trifft teilweise zu, 4 = trifft oft zu, 5 = trifft immer zu). Die Items 4, 5, 10, 18 und 19 sind negativ formuliert und müssen für die Vermeidung systematischer Antwortmuster demnach auch umgepolt werden (Bach, Bach, De Zwaan, Serim & Bömer, 1996).

Der Fragebogen enthielt ursprünglich 26 Items und wurde in der revidierten Version auf 20 Items reduziert, die drei Skalen zugeordnet werden können:

(1) Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren (DIF= „difficulty in identifying feelings“)

(2) Schwierigkeiten, Gefühle zu beschreiben (DDF= „difficulty in describing feelings“)

(3) Extern orientierter Denkstil (EOT= „externally oriented thinking“)

Diese Skalen setzen sich nach Parker, Bagby, Taylor, Endler und Schmitz (1993) folgendermaßen zusammen: Summenscore der Items 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14 = DIF, Summenscore der Items 2, 4, 11, 12, 17 = DDF und Summenscore der Items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 = EOT. Der Gesamtscore, den man durch Aufsummieren der 20 Items erlangt, kann zwischen einem Minimalwert von 20 und einem Maximalwert von 100 liegen. Um zu einer Einschätzung der Stärke der Alexithymie zu kommen, können die von Bagby, Parker et al. (1994) vorgeschlagenen Schwellenwerte herangezogen werden:

- Gesamtscore ≤ 51 : keine Alexithymie
- Gesamtscore zwischen 52 und 60: Verdacht auf Alexithymie
- Gesamtscore ≥ 61 : Alexithymie

Die TAS-20 wurde bereits in 17 verschiedene Sprachen übersetzt. Für die Gruppe der psychiatrischen Patienten (N = 101) zeigt die deutsche Version eine gute interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) von $\alpha = 0.78$ (Bach et al., 1996), die Objektivität, Reliabilität und Validität sind relativ hoch (Bach et al., 1996; Bach, de Zwaan, Ackard, Nutzinger & Mitchell, 1994; Franz, Schneider, Schäfer, Schmitz & Zweyer, 2001; Parker, Taylor & Bagby, 2003).

5.5.4 Beck Depressions-Inventar-II (BDI-II)

Um die Schwere der depressiven Symptomatik zu erfassen, wurde den Probanden die revidierte Version des Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996; dt. Version von Hautzinger et al., 2009) vorgelegt, das eines der gängigsten Selbstbeurteilungsinventare zur Erfassung der Schwere einer Depression ist. Es beinhaltet 21 verschiedene Gruppen von Aussagen, die aus für die depressive Symptomatik typischen Sätzen bestehen und zwischen vier bis sieben Sätzen pro Gruppe variieren. Sie sind nach aufsteigender Schwere der depressiven Symptome von Aussage 0 (0 = nicht vorhanden) bis 4 bzw. 3b (4/3b = stark vorhanden) gereiht. Anzukreuzen ist in jeder Gruppe die Aussage, die am besten beschreibt, wie sich der Proband in den vergangenen zwei Wochen inklusive des Testtages gefühlt hat. Wurden mehrere Aussagen in einer Gruppe angekreuzt, ging nur die Aussage mit dem höchsten Wert in den Summenwert ein. Abgefragt werden folgende Symptome: Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühle, Verlust an Freude, Schuldgefühle, Bestrafungsgefühle, Selbstablehnung, Selbstkritik, Suizidgedanken, Weinen, Unruhe, Interessensverlust, Entschlussunfähigkeit, Wertlosigkeit, Energieverlust, Schlafgewohnheiten, Reizbarkeit, Appetitveränderung, Konzentrationsschwierigkeiten, Müdigkeit und Verlust an sexuellen Interessen (Hautzinger et al., 2009). Der Gesamtwert der Depressivität wird aus dem Summenwert aller Items gebildet und kann zwischen 0 und 63 Punkten liegen. Als unauffällig werden Summenwerte unter 14 Punkten (0–8 = keine, 9–13 = minimale Depression) und auf eine leichte Depression hinweisend Werte zwischen 14 und 19 Punkten interpretiert. Werte zwischen 20 und 28 deuten eine mittelschwere Depression an, und Werte von 29 bis 63 gelten als schwere Depression (Hautzinger et al., 2009).

Weil alle relevanten Kriterien aus dem DSM-IV, die eine Depression anzeigen, im BDI-II enthalten sind, ist die inhaltliche Validität bzw. die diagnostische Güte des Verfahren als gegeben anzusehen (Kühner, Bürger, Keller & Hautzinger, 2007). Außerdem gibt es eine hohe Übereinstimmung mit anderen Verfahren zur Selbstbeurteilung von Depression. Durch den Summenwert kann einerseits gut zwischen Personen mit bzw. ohne Depression unterschieden werden, andererseits auch zwischen den Schweregraden einer vorhandenen Depression (Kühner et al., 2007). Als gegeben

können die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität betrachtet werden. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) beträgt bei einer Stichprobe depressiver Patienten $\alpha = 0.92$, und die Retest-Reliabilität für eine nicht-klinische Stichprobe ist $r \geq 0.75$.

5.5.5 Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI ist ein Selbstbeurteilungsinventar zur Erfassung der subjektiven Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome der letzten sieben Tage und bildet mit 53 Fragen die Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1975). Gefragt wird nach der individuellen psychischen Belastung, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark angegeben werden kann. Das BSI liefert Informationen über psychische Belastung bezogen auf neun Skalen:

- 1) *Somatisierung*: Erhebt die durch die Wahrnehmung von körperlichen Dysfunktionen entstehende psychische Belastung.
- 2) *Zwanghaftigkeit*: Beinhaltet Gedanken, Impulse und Handlungen, die von der befragenden Person als konstant vorhanden, unveränderbar und als ich-fremd erlebt werden.
- 3) *Unsicherheit im Sozialkontakt*: Besteht aus Fragen von leichter sozialer Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- 4) *Depressivität*: Beinhaltet Fragen zu Traurigkeit bis zu schweren Depressionen.
- 5) *Ängstlichkeit*: Umfasst Fragen von körperlich spürbarer Nervosität bis zu tiefer Angst.
- 6) *Aggressivität/Feindseligkeit*: Beinhaltet Items betreffend Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu Aggressivität.
- 7) *Phobische Angst*: Umfasst Fragen bezüglich eines leichten Gefühls von Bedrohung bis zu massiven phobischen Ängsten.

- 8) *Paranoides Denken*: Befragt bezüglich Misstrauen und Gefühlen der Minderwertigkeit bis hin zu starkem paranoiden Denken.
- 9) *Psychotizismus*: Beinhaltet Fragen bezüglich des milden Gefühls von Isolation und Entfremdung bis hin zu Psychosen.

Zusätzlich zu den einzelnen Skalen gibt es die Möglichkeit, einen Globalwert (GSI) zu errechnen, um die grundsätzliche psychische Belastung zu messen (Derogatis, 1993).

Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) zeigt für alle neun Skalen gute Werte, variiert aber zwischen $\alpha = 0.71$ (Psychotizismus) und $\alpha = 0.85$ (Depression). Die Werte der Resttest-Reliabilität der einzelnen Dimensionen bewegen sich zwischen $r = 0.68$ (Somatisierung) und $r = 0.91$ (Phobische Angst) und ist für den GSI $r = 0.90$ (Derogatis, 1993).

5.6 Fragestellung und Hypothesen

Untersucht wurde der Behandlungserfolg bzw. die langzeitige Wirksamkeit des Behandlungsangebotes am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik des Otto-Wagner-Spitals. Hierfür wurden die Ergebnisse, die zum Zeitpunkt der Katamnese erhoben wurden, mit jenen, die zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Therapie erfasst wurden, verglichen. Für die Durchführung der Studie ergab sich folgende Fragestellung:

Hat sich die symptomatische Belastung über die Zeit hinweg verändert, gibt es einen Geschlechterunterschied in der Veränderung bzw. der Symptombelastung und gibt es eine Wechselwirkung von Zeit und Geschlecht?

Allgemein formuliert ergeben sich daraus die Hypothesen:

$H_{0,1}$: Es gibt keine Veränderung über die drei Zeitpunkte hinweg.

$H_{1,1}$: Es gibt eine Veränderung über die drei Zeitpunkte hinweg.

$H_{0,2}$: Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen.

$H_{1,2}$: Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen.

$H_{0,3}$: Es gibt keine Wechselwirkung zwischen Zeit und Geschlecht.

$H_{1,3}$: Es gibt eine Wechselwirkung zwischen Zeit und Geschlecht.

Analog dazu beziehen sich die Hypothesen auf

- 1) die gesundheitsbezogene Lebensqualität,
- 2) die depressive Symptomatik,
- 3) alexithyme Merkmale,
- 4) die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.

5.7 Statistische Verfahren

Die statistische Auswertung wurde mit der Statistiksoftware SPSS 16.0 für Windows durchgeführt. Die für die Interpretation der inferenzstatistisch errechneten statistischen Kennwerte verwendeten Signifikanzniveaus können in Tabelle 1 abgelesen werden. Bei einer genügend großen Stichprobe – von mehr als 30 Personen – kann laut zentralem Grenzwertsatz² die Normalverteilung der Daten angenommen werden, selbst wenn das Merkmal in der Population keine Normalverteilung aufweist (Eid, Gollwitzer & Schmitt, 2010). Aufgrund der vorliegenden kleinen Stichprobe ($N = 31$) wurde die Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest, getrennt für Männer und Frauen, überprüft. Zur weiteren Überprüfung der Voraussetzungen kamen für die Homogenität der Varianzen der Levene-Test und für die Überprüfung der Kovarianzmatrix der Box-Test zur Anwendung. Waren die Voraussetzungen nicht gegeben, erfolgte die Hypothesenprüfung mittels nichtparametrischer Verfahren.

Das allgemeine lineare Modell (ALM) für Messwiederholungen wurde angewandt, um mögliche Zeiteffekte, Gruppenunterschiede bezüglich des Geschlechts oder Wechselwirkungen zu erkennen. Bei einem signifikanten Effekt über die Zeit wurden infolge post-hoc-Tests mittels t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt, um zu

² Die Stichprobenkennwertverteilung der Stichprobenmittelwerten von Stichproben mit Größe n nähern sich mit zunehmender Anzahl n einer Normalverteilung an, egal, welche Verteilung das Merkmal in der Population aufweist (Eid et al., 2010).

überprüfen, zu welchen Zeitpunkten es zu dem Effekt kam. Gab es zusätzlich einen signifikanten Gruppenunterschied, wurden die post-hoc-Untersuchungen getrennt für Männer und Frauen durchgeführt. Bei ausbleibender Erfüllung der Voraussetzungen wurde für die Überprüfung des Zeiteffekts der Friedman-Test und für den Gruppeneffekt der Mann-Whitney-U-Test angewendet. Wechselwirkungen konnten in diesem Fall nicht überprüft werden. Als post-hoc-Test diente bei fehlenden Voraussetzungen der Wilcoxon-Test. Für die Interpretation der post-hoc-Tests wurde eine Alphafehlerkorrektur durchgeführt, um einer Erhöhung der Alphafehler-Wahrscheinlichkeit entgegenzuwirken. Dadurch hat sich das Signifikanzniveau, wie in *Tabelle 1* ersichtlich, verringert.

Tabelle 1: Signifikanzniveaus mit und ohne α -Fehler Korrektur

ohne Korrektur	mit Korrektur	Signifikanz
$p < .010$	$p < .005$	hoch signifikant (**)
$p < .050$	$p < .025$	signifikant (*)
$.050 \leq p < .100$	$.025 \leq p < .050$	tendenziell signifikant (†)
$p \geq .100$	$p \geq .050$	nicht signifikant

Zur Überprüfung von Gruppenunterschieden im Rahmen der Completeranalyse wurden, je nach Skalenniveau, Kreuztabellen erstellt und χ^2 -Tests gerechnet oder der t-Test für unabhängige Stichproben bzw. der U-Test bei nicht erfüllten Voraussetzungen herangezogen. Für die Überprüfung möglicher Geschlechtsunterschiede bezüglich der soziodemografischen Daten wie Partnerschaft, Bildung und Station/Tagesklinik wurden Kreuztabellen erstellt und t-Tests für unabhängige Stichproben für die Überprüfung von Unterschieden bezüglich des Alters und der Komorbiditätenanzahl gerechnet.

Neben der Angabe der statistischen Signifikanz wurden auch Effektstärken berechnet. Effektstärken sind von der Stichprobengröße unabhängige „deskriptiv-statistische Maße zur Beschreibung der Größe und Richtung von Effekten oder Zusammenhängen zwischen Variablen“ (Stulz, 2012, S. 288). Somit kann durch die Effektstärke gezeigt werden, ob statistisch signifikante Effekte klinisch bzw. inhaltlich relevant sind, im Gegensatz zur Signifikanz, die bei einer genügend großen Stichproben auch kleine und klinisch unbedeutende Effekte anzeigt. Für die Berechnungen mit dem ALM wurde

das partielle η^2 und für die Berechnungen der t-Tests Cohen's d als Effektstärke herangezogen und wie in *Tabelle 2* beschrieben, interpretiert.

Tabelle 2: Effektstärken

	Cohen's d	Partielles η^2 (erklärte Varianz)
klein	0.20	.01 (1%)
mittel	0.50	.06 (6%)
groß	0.80	.14 (14%)

6 Ergebnisse

6.1 Beschreibung der Stichprobe hinsichtlich der soziodemografischen Variablen

Insgesamt konnten 31 Studienteilnehmer aus der Versuchsgruppe der ehemals 60 für die Follow-up-Untersuchung erreicht werden. Somit zählen 11 Personen (35.5%) des Pavillion 2 und 20 Personen (64.5%) der Tagesklinik zur Gruppe der Completer. Der größere Anteil davon waren Frauen (21 = 67.7%) und 10 waren Männer (32.3%). Der Altersdurchschnitt lag bei 35.93 (SD = 11.4) Jahren, wobei die weiblichen Teilnehmer ein Durchschnittsalter von 37.05 (SD = 11.95) und die Männer von 33.56 (SD = 10.39) Jahren hatten. Der jüngste Teilnehmer wies ein Alter von 20 Jahren auf, und der älteste war 55 Jahre alt. 23.3% gaben an, in einer Partnerschaft zu leben, wohingegen 76.7% zum Zeitpunkt der Katamnese keinen Partner hatten. Sieben Patienten (23.3%) hatten einen Hauptschulabschluss, weitere sieben Personen (23.3%) einen Lehrabschluss, sieben Personen (23.3%) die Matura, drei (10.0%) einen Hochschulabschluss und sechs Personen (20.0%) irgendeine andere Art von abgeschlossener Ausbildung. Von den 31 Teilnehmern litten 14 an einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F6), neun an einer Affektiven Störung (F3), sechs an Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung (F2), eine Person an einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Störung (F4), und bei einer Person

war die Hauptdiagnose eine körperliche Störung mit einer affektiven Störung als Nebendiagnose. Die Aufteilung der Störungen ist auch in *Abbildung 2* ersichtlich.

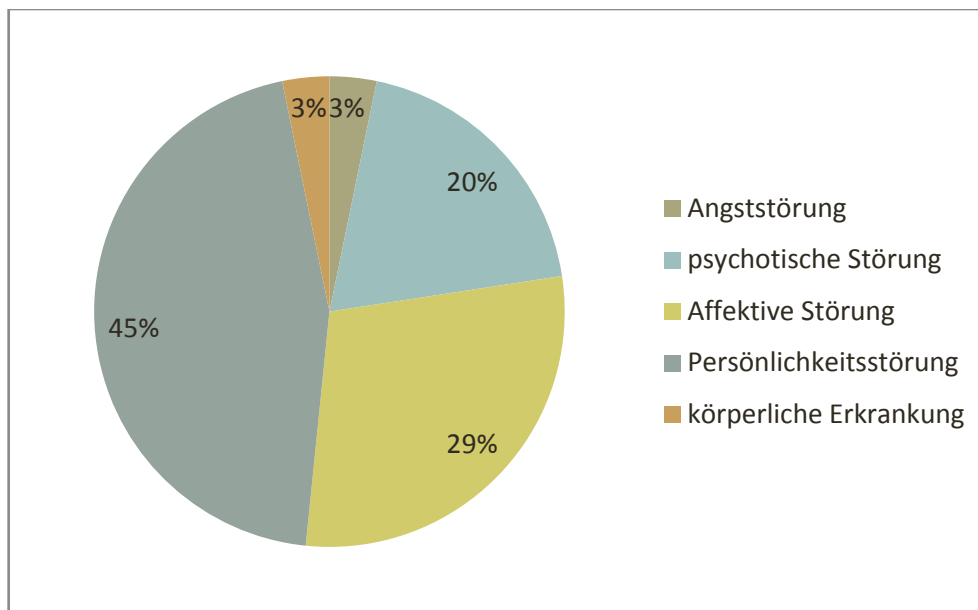


Abbildung 2. Verteilung der Hauptdiagnosen in der Untersuchungspopulation.

Tabelle 3: Ergebnisse der Verteilung der psychischen Störungen

Hauptdiagnosen	Prozent (n)		
	gesamt	Männlich	weiblich
Psychotische Störung	19.4 (6)	40.0 (4)	9.5 (2)
Affektive Störung	29.0 (9)	30.0 (3)	28.6 (6)
Angststörung	3.2 (1)	0	4.8 (1)
Persönlichkeitsstörung	45.2 (14)	30.0 (3)	52.4 (11)
Körperliche Erkrankung	3.2 (1)	0	4.8 (1)

Betrachtet man die Aufteilung der Störungen bezogen auf die Störungen mit dem häufigsten Vorkommen im Detail, waren neun Personen wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, vier wegen einer paranoiden Schizophrenie, fünf wegen einer depressiven Störung und vier wegen einer bipolaren Störung in Behandlung. Diese Diagnosen wurden neben weiteren Nebendiagnosen zum Zeitpunkt der Aufnahme von den Psychologen gestellt, die das Erstgespräch mit den Patienten abhielten. Mögliche Änderungen der Hauptdiagnosen im Laufe der Behandlung waren möglich, konnten für

die Studie jedoch nicht eingesehen werden. In *Tabelle 3* ist die Verteilung der Störungen, getrennt nach Geschlecht, noch einmal aufgelistet.

6.2 Beantwortung der Fragestellung und Hypothesenprüfung

6.2.1 Completeranalyse

Voraussetzung der Hypothesenprüfung ist eine Dropout-Analyse (Non-Responder-Analyse), um die Repräsentativität der Completer-Stichprobe³ zu überprüfen. Dafür wurden die Daten der beiden vorangehenden Testzeitpunkte verglichen und überprüft, ob es einen Unterschied zwischen Personen gibt, die am dritten Testzeitpunkt teilgenommen haben, und jenen, die aus der Stichprobe ausgeschieden sind. Würde man fälschlicherweise annehmen, die Ergebnisse gelten für die gesamte Stichprobe, könnte es zu Verzerrungen und Überschätzungen kommen. Gibt es zwischen den beiden Patientengruppen keine Unterschiede, können die Ergebnisse auf die gesamte Stichprobe verallgemeinert werden.

Wie in *Tabelle 4* angeführt, gibt es bezüglich der depressiven Symptomatik, gemessen mit dem BDI-II, zum Zeitpunkt der Aufnahme keinen Unterschied zwischen Completern und Drop-outs ($p = .948$). Zum Zeitpunkt der Entlassung jedoch zeigen sich die Gruppen nicht mehr von gleichem Niveau ($p = .010$, $d = 0.698$), wobei die Completer einen Mittelwert von 21.83 ($SD = 14.03$) und die Drop-outs einen Mittelwert von 13.35 ($SD = 9.83$) aufweisen. Der Unterschied zwischen den Completern ($MW = 69.39$, $SD = 12.17$) und den Drop-outs ($MW = 62.24$, $SD = 15.31$) in der psychischen Belastung (BSI) zeigt sich tendenziell signifikant ($p = .051$, $d = 0.519$). Betrachtet man die Stärke der alexithymen Symptome, zeigt sich ebenfalls ein tendenzieller Unterschied ($p = .080$, $d = 0.468$) zum Zeitpunkt der Entlassung, wobei die Completer im Mittel mit einem Wert von 56.76 ($SD = 12.88$) höher liegen als die Drop-outs ($MW = 51.04$, $SD = 11.49$). Keinen Unterschied zeigten die beiden Gruppen in der physischen Skala der subjektiven Lebensqualität ($p_0 = .686$, $p_1 = .433$). In der psychischen Skala der SF-36 konnte jedoch ein tendenzieller Unterschied zum Zeitpunkt der Aufnahme ($p = .070$, d

³ „Completer“ werden jene Personen genannt, die zu allen drei Zeitpunkten an der Untersuchung teilgenommen haben. Personen, die die Fragebögen nur zu den ersten beiden Zeitpunkten ausgefüllt haben, werden hier „Drop-outs“ genannt.

= -0.519) festgestellt werden, wobei hier die Completer mit 34.70 ($SD = 25.19$) im Durchschnitt eine höhere subjektive Lebensqualität angaben als die Drop-outs mit 25.88 ($SD = 15.46$). Die Ergebnisse sind in *Tabelle 4* dargestellt.

Tabelle 4: Unterschiede zwischen Completern und Drop-outs bezüglich der einzelnen Fragebögen

Fragebögen	Completer	Drop-outs	df	t/U	p	Cohen's d
	MW (SD)	MW (SD)				
BDI-II T ₀	29.07 (15.49)	28.83 (12.11)	58	-0.066	.948	-0.017
BDI-II T ₁	21.83 (14.03)	13.35 (9.83)	57	-2.68	.010*	-0.698
SF-36 phy T ₀	53.80 (25.69)	51.18 (20.21)	48.33	-0.40	.686	-0.118
SF-36 phy T ₁	60.70 (25.19)	65.85 (22.58)	52	0.79	.433	0.215
SF-36 psy T ₀	34.70 (18.32)	25.88 (15.46)	49	-1.86	.070 ⁺	-0.519
SF-36 psy T ₁	44.05 (22.02)	52.78 (21.14)	54	1.51	.136	0.404
TAS T ₀	56.23 (10.60)	55.28 (10.46)	58	-0.35	.728	-0.090
TAS T ₁	56.76 (12.88)	51.04 (11.49)	56.47	-1.79	.080 ⁺	-0.469
BSI T ₀	72.90 (9.43)	74.32 (7.16)		412.5	.728	0.168
BSI T ₁	69.39 (12.17)	62.24 (15.31)		319.0	.051 ⁺	-0.519

Anmerkung: MW= Mittelwert; SD = Standardabweichung; T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung; Die Werte t/U beziehen sich bei allen Fragebögen, bis auf BSI, auf errechnete t-Werte. p < .05 signifikant*, p < .10 tendenziell signifikant⁺

Hinsichtlich der Bildung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Completern und Drop-outs ($\chi^2(1) = 0.009, p = .925$). Hinsichtlich des Alters konnte ein signifikanter Unterschied ($t(44.97) = -2.117, p = .040, d = 0.600$) festgestellt werden, wobei die Completer mit einem Alter von 34.93 Jahren ($SD = 11.40$) durchschnittlich älter waren als die Drop-outs mit 29.11 Jahren ($SD = 7.46$). Ebenfalls signifikant war der Unterschied bezüglich Partnerschaft ($\chi^2(1) = 8.927, p = .003$). 12.9% der Completer und 48.3% der Drop-outs waren zum Zeitpunkt der Katamnese in einer Partnerschaft und 87.1% der Completer und 51.7% der Drop-outs hatten keinen Partner.

6.2.2 Depressive Symptomatik (BDI-II)

Bei der Berechnung der zeitlichen Veränderung der depressiven Symptomatik kam es zu einem signifikanten Unterschied ($F(2, 54) = 4.857, p = .011, \eta^2 = .152$). Bezüglich des Gesamtscores ergab sich post hoc ein hochsignifikanter Unterschied zwischen Aufnahme (T_0) und Entlassung (T_1) ($t(28) = 3.770, p = .001, d = 0.461$) und Entlassung und Katamnese ($t(28) = -3.039, p = .005, d = 0.311$) und kein Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(28) = -0.587, p = .562$). Die post-hoc-Berechnungen haben außerdem gezeigt, dass bei den Frauen die Unterschiede zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme und dem der Entlassung hochsignifikant ($t(18) = 3.368, p = .003, d = 0.543$) und tendenziell signifikant zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung und dem der Katamnese waren ($t(18) = -2.336, p = .031, d = 0.328$). Ein Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese konnte nicht gefunden werden ($t(18) = 0.693, p = .497$). Bei den Männern hingegen zeigte sich kein signifikanter Unterschied, weder zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung ($t(9) = 1.700, p = .123, d = -0.382$), der Aufnahme und der Katamnese ($t(9) = 0.000, p = 1.000$) noch zwischen der Entlassung und der Katamnese ($t(9) = -2.074, p = .068, d = 0.347$). Diese Ergebnisse können in *Tabelle 5* nachgelesen werden. Die Analyse eines möglichen Geschlechterunterschieds zeigte einen tendenziellen Unterschied der Geschlechter ($F(1, 27) = 4.137, p = .052, \eta^2 = .133$), wobei hier die Frauen höhere Werte ($MW = 29.26, SE = 3.18$) zeigten als die Männer ($MW = 18.23, SE = 4.39$). Eine Wechselwirkung konnte nicht festgestellt werden ($F(2, 54) = 0.304, p = .739$). Die Mittelwerte sind in *Tabelle 5* ablesbar. Eine grafische Darstellung dazu findet sich in *Abbildung 3*. Der Cut-off des BDI-II liegt bei 19, was bedeutet, dass Werte darüber im klinischen Bereich liegen. Somit lagen die männlichen Teilnehmer zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Katamnese durchschnittlich im klinischen Bereich und die weiblichen Teilnehmer zu allen drei Zeitpunkten.

6.2.3 Alexithyme Merkmale (TAS-20)

Der Vergleich der Testzeitpunkte der Alexithymieskala zeigte in der Gesamtskala keine Veränderung über die Zeit ($F(2, 52) = 0.776, p = .466$), keine Wechselwirkung ($F(2, 52) = 0.007, p = .993$) und keinen Gruppeneffekt ($F(1, 26) = 1.264, p = .271$). Die

Mittelwerte lagen zum Zeitpunkt der Aufnahme bei 55.54 ($SD = 10.67$), bei der Entlassung bei 56.54 ($SD = 13.06$) und zum Zeitpunkt der Katamnese bei 54.21 ($SD = 12.49$). *Tabelle 6* bietet einen Überblick über die jeweiligen Mittelwerte.

Tabelle 5: Ergebnisse der post-hoc-Berechnungen und Mittelwerte der Männer, der Frauen und der Gesamtstichprobe bezüglich depressiver Symptomatik

	gesamt			männlich			weiblich		
	MW (SD)	p	d	MW (SD)	p	d	MW (SD)	p	d
T0	28.24 (15.58)	.001**	-0.465	19.80 (13.10)	.123	-0.382	32.68 (15.21)	.003**	-0.544
T1	21.35 (14.01)			15.10 (11.48)			24.63 (14.37)		
T0	28.24 (15.58)	.562		19.80 (13.10)	1.000		32.68 (15.21)	.497	
T2	26.79 (18.05)			19.80 (15.32)			30.47 (18.66)		
T1	21.35 (14.01)	.005*	0.337	15.10 (11.48)	.068	0.347	24.63 (14.37)	.031 ⁺	0.351
T2	26.79 (18.05)			19.80 (15.32)			30.47 (18.66)		

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;

p < .005 hoch signifikant **, p < .025 signifikant*, p < .05 tendenziell signifikant ⁺

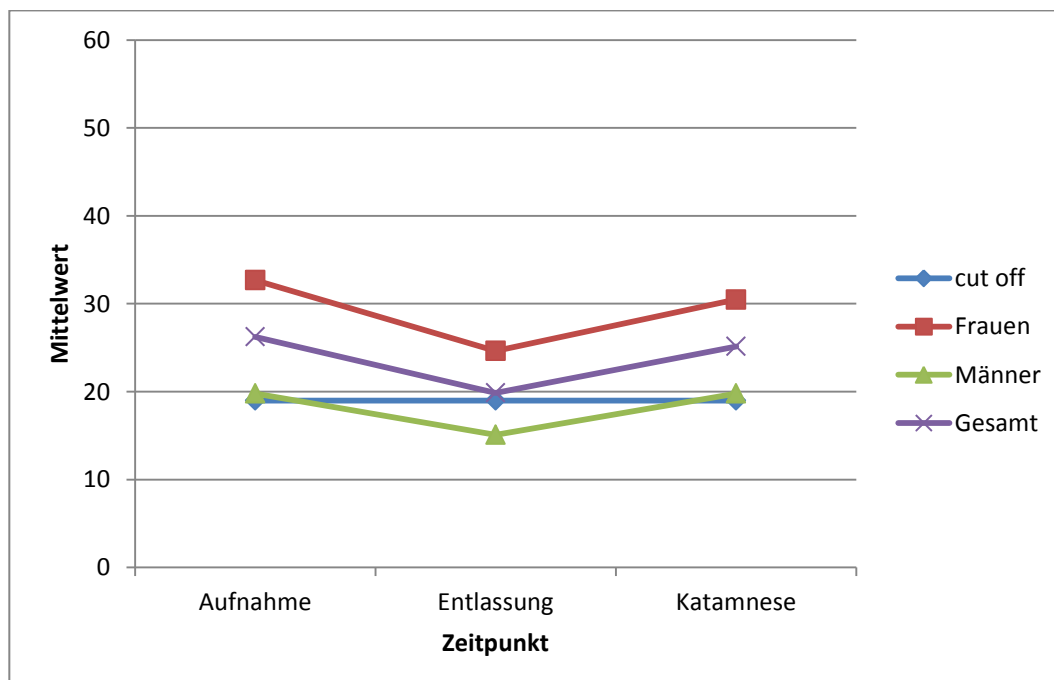


Abbildung 3. Verlauf der depressiven Symptomatik (BDI-II) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Der Cut-off-Wert für eine klinisch relevante Ausprägung des Alexithymiekonstruktes wurde bei einem Gesamtscore von 61 festgelegt. Somit lagen die Männer ($MW = 52.37$, $SE = 3.40$) als auch die Frauen ($MW = 57.13$, $SE = 2.53$) nicht im klinischen Bereich. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse findet sich in *Abbildung 4*.

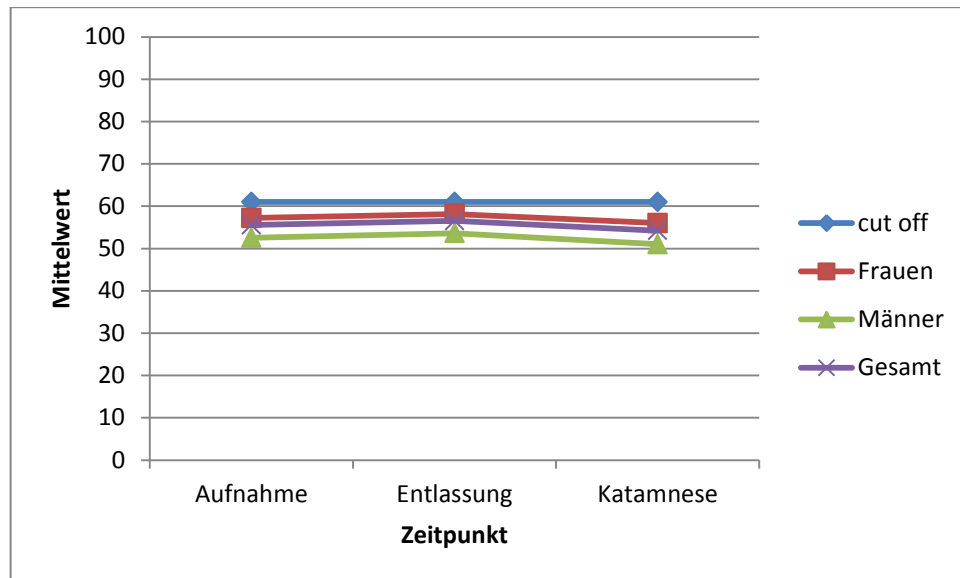


Abbildung 4. Verlauf der gesamten Alexithymieskala des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

In der Subskala *Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen und Diskriminierung von körperlichen Sensationen* (DIF) zeigte sich weder ein Zeiteffekt ($F(2, 54) = 0.239$, $p = .788$) noch eine Wechselwirkung ($F(2, 54) = 0.001$, $p = .999$). Hingegen zeigte sich ein tendenzieller Geschlechterunterschied ($F(1, 27) = 3.137$, $p = .088$, $\eta^2 = .104$), wobei die weiblichen Versuchspersonen ($MW = 20.65$, $SE = 1.07$) höhere Werte aufwiesen als die Männer ($MW = 17.43$, $SE = 1.47$). Die Mittelwerte können in *Tabelle 6* nachgelesen werden. Eine grafische Darstellung befindet sich im Anhang (*Abbildung 19*).

Die Ergebnisse der Subskala *Schwierigkeit bei der Beschreibung von Gefühlen* (DDF) zeigte keinen Zeiteffekt ($F(2, 52) = 1.245$, $p = .296$) und mit einem Mittelwert von 14.03 ($SE = 1.29$) bei den Männern und 15.22 ($SE = 0.96$) bei den Frauen auch keinen Geschlechtereffekt ($F(1, 26) = 0.543$, $p = .468$). Zudem ergab die statistische Analyse keine Wechselwirkung zwischen den Variablen ($F(2, 52) = 0.399$, $p = .673$). Die

Mittelwerte finden sich in *Tabelle 6* wieder. Eine grafische Darstellung befindet sich im Anhang (*Abbildung 20*).

Die Werte der Subskala *extern orientierter Denkstil* (EOT) zeigte über die Zeit hinweg nicht signifikante Ergebnisse ($F(2, 52) = 0.219, p = .804$), es gab auch hier keinen Unterschied der Geschlechter ($F(1, 26) = 0.078, p = .782$) mit einem Mittelwert der Männer von 20.90 ($SE = 1.35$) und 21.37 ($SE = 1.00$) bei den Frauen. Eine Wechselwirkung konnte auch hier nicht festgestellt werden ($F(2, 52) = 0.099, p = .906$). Die Mittelwerte werden in *Tabelle 6* dargestellt. Eine grafische Darstellung findet sich im Anhang (*Abbildung 21*).

Tabelle 6. Mittelwerte der TAS-20 Gesamtskala und Subskalen für Männer, Frauen und Gesamtstichprobe

TAS-20	Zeitpunkt	MW (SD)		
		männlich	weiblich	gesamt
TAS gesamt	T ₀	52.50 (10.05)	57.22 (10.91)	55.54 (10.67)
	T ₁	53.60 (14.07)	58.17 (12.58)	56.54 (13.06)
	T ₂	51.00 (10.90)	56.00 (13.26)	54.21 (12.49)
DIF	T ₀	17.30 (5.17)	20.53 (4.09)	19.41 (4.66)
	T ₁	17.80 (6.36)	21.05 (6.22)	19.93 (6.35)
	T ₂	17.20 (6.46)	20.37 (5.04)	19.28 (5.66)
DDF	T ₀	14.30 (4.42)	15.44 (3.96)	15.04 (4.09)
	T ₁	14.80 (4.37)	15.33 (4.80)	15.14 (4.58)
	T ₂	13.00 (4.32)	14.89 (5.52)	14.21 (5.12)
EOT	T ₀	20.90 (3.48)	21.44 (5.43)	21.25 (4.76)
	T ₁	21.00 (5.70)	21.83 (4.84)	21.54 (5.07)
	T ₂	20.80 (4.16)	20.83 (5.51)	20.82 (4.99)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese

6.2.4 Allgemeine psychische Belastung (BSI)

Für die Ergebnisse der allgemeinen psychischen Belastung lässt sich ein Gesamtwert errechnen, der sich auch in neun Subskalen aufteilen lässt.

Weil hier der Box-Test signifikant ausgefallen ist, war die Berechnung mittels ALM nicht möglich, und es wurde der Zeiteffekt stattdessen getrennt für Männer und Frauen gerechnet. Bei der Analyse des Zeiteffektes zeigte sich eine tendenzielle Änderung für die Gruppe der Männer ($F(2, 9) = 2.687, p = .095$), jedoch kein Zeiteffekt in der Gruppe der Frauen ($\chi^2(2) = 0.318, p = .853$). Um zu bestimmen, zu welchen Zeitpunkten der Zeiteffekt in der Gruppe der Männer stattfand, wurden post-hoc-Tests durchgeführt, die jedoch keine Effekte zwischen den Zeitpunkten feststellen konnten (alle $p \geq .063$). Eine grafische Darstellung der Ergebnisse findet sich in *Abbildung 5*. Die Ergebnisse der Überprüfung des Gesamtwertes bezüglich Unterschiede des Geschlechts zeigten signifikant höhere Werte der Frauen zum Zeitpunkt der Entlassung, im Gegensatz zu den Männern ($U = 50.50, p = .017$) und eine Tendenz für höhere Werte der Frauen zum Zeitpunkt der Katamnese ($U = 61.00, p = .051$), jedoch keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bei der Aufnahme in die Klinik ($U = 78.50, p = .233$). Die Mittelwerte der Männer, der Frauen und der Gesamtstichprobe können in *Tabelle 7* abgelesen werden.

Tabelle 7: Mittelwerte der Männer, Frauen und Gesamtstichprobe zu allen Zeitpunkten der Gesamtskala des BSI

		MW (SD)		
	Zeitpunkt	männlich	weiblich	gesamt
BSI	T ₀	68.90 (12.87)	74.81 (6.86)	72.90 (9.43)
	T ₁	61.80 (14.85)	73.00 (8.96)	69.39 (12.17)
	T ₂	63.80 (16.15)	71.10 (15.54)	68.74 (15.85)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese

Der Cut-off-Wert des BSI liegt für den Gesamtwert bei 63, und in der Grafik der *Abbildung 5* lässt sich erkennen, dass die Gruppe der Frauen deutlich über diesem

Wert lag, die Gruppe der Männer jedoch zum Zeitpunkt der Entlassung etwas unterhalb und zum Zeitpunkt der Katamnese nur knapp innerhalb des klinischen Bereichs.

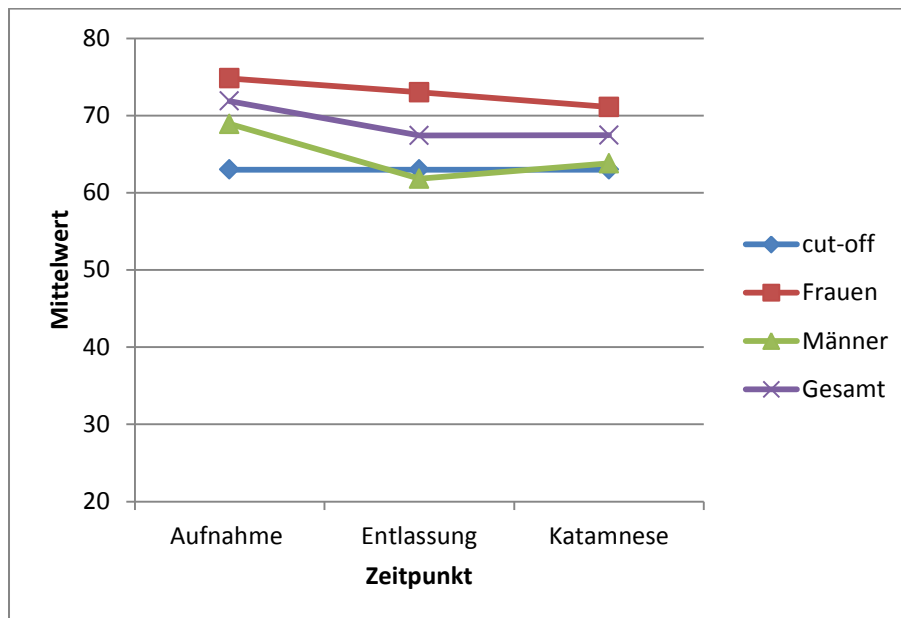


Abbildung 5. Verlauf der allgemeinen psychischen Belastung (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Ergebnisse der Subskalen:

Somatisierung

Bei Betrachtung der Ergebnisse der Skala Somatisierung zeigte sich ein signifikanter Geschlechterunterschied ($F(1, 29) = 5.399, p = .027, \eta^2 = .157$) mit signifikant höheren Werten bei den Frauen ($MW = 65.44, SE = 2.27$) als bei den Männern ($MW = 56.17, SE = 3.29$), ein tendenziell signifikanter Zeiteffekt ($F(2, 58) = 2.919, p = .062, \eta^2 = .091$), jedoch keine Wechselwirkung ($F(2, 58) = 0.827, p = .442, \eta^2 = .028$). Die post-hoc-Berechnungen wurden demnach getrennt für beide Geschlechter durchgeführt. Bei den Männern ergaben sich aber keine signifikanten Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(9) = 1.961, p = .081$) zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(9) = 0.563, p = .587$) und zwischen Entlassung und Katamnese ($t(9) = -1.946, p = .083$). Bei der post-hoc-Analyse der weiblichen Gruppe zeigten sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(20) = 1.406, p = .175$), Aufnahme und Katamnese ($t(20) = 0.763, p = .454$) und zwischen Entlassung und Katamnese ($t(20) = -$

0.326, $p = .748$). Alle Mittelwerte befinden sich zum Nachlesen in *Tabelle 18* im Anhang.

Für die gesamte Stichprobe lässt sich somit nur zwischen Aufnahme und Entlassung ein tendenzieller Unterschied der Symptomausprägung finden ($t(30) = 2.331, p = .027, d = 0.309$). Nicht signifikante Unterschiede gab es zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(30) = 0.897, p = .377$) und zwischen Entlassung und Katamnese ($t(30) = -1.158, p = .256$). Die Werte sind in *Tabelle 8* zur Übersicht abgebildet. Zu allen drei Zeitpunkten befand sich die Gruppe der Männer außerhalb und die Gruppe der Frauen innerhalb des klinischen Bereichs, wie in *Abbildung 6* ersichtlich wird.

Tabelle 8: Post-hoc-Ergebnisse der Skala Somatisierung

Somatisierung	MW (SD)	t	p	d
T ₀	64.26 (11.94)	2.331	.027 ⁺	-0.311
T ₁	60.32 (13.33)			
T ₀	64.26 (11.94)	0.897	.377	
T ₂	62.77 (12.47)			
T ₁	60.32 (13.33)	-1.158	.256	
T ₂	62.77 (12.47)			

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;
 $.025 \leq p \leq .05$ tendenziell signifikant ⁺

Zwanghaftigkeit

Ein hoch signifikanter Geschlechterunterschied zeigte sich in der Skala *Zwanghaftigkeit* ($F(1, 29) = 9.244, p = .005, \eta^2 = .242$) mit einem höheren Mittelwert der Frauen von 70.83 ($SE = 1.98$) gegenüber den Männern ($MW = 60.23, SE = 2.87$), auch ein signifikanter Zeiteffekt ($F(1.647, 47.752) = 3.804, p = .037, \eta^2 = .116$) konnte festgestellt werden. Eine Wechselwirkung blieb hier aus ($F(1.647, 47.752) = 0.216, p = .764$). Die post-hoc-Analysen, auch hier geschlechtergetrennt berechnet, zeigte bei den Männern einen tendenziell signifikanten Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(9) = 2.616, p = .028, d = -0.516$), jedoch keine Unterschiede zwischen

Entlassung und Katamnese ($t(9) = -0.467, p = .651$) sowie zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(9) = 1.507, p = .166$) (Tabelle 9). Bei den Frauen ergab sich ebenfalls ein tendenzieller Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(20) = 2.227, p = .038, d = -0.338$) und nicht signifikante Unterschiede zwischen Entlassung und Katamnese ($t(20) = 0.235, p = .817$) sowie zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(20) = 1.621, p = .121$) (Tabelle 9). Betrachtet man die Daten post hoc für die gesamte Gruppe, so sieht man einen signifikanten Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(30) = 3.322, p = .002, d = -0.355$), einen tendenziellen Unterschied zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(30) = 2.182, p = .037, d = -0.342$) und einen nicht signifikanten Unterschied zwischen Entlassung und Katamnese ($t(30) = -0.019, p = .985$) (Tabelle 9). Wie in *Abbildung 7* ersichtlich, befanden sich die Männer zum Zeitpunkt der Aufnahme nur knapp im klinischen Bereich und zu den anderen beiden Erhebungszeitpunkten unterhalb des Cut-off-Wertes, wohingegen die weiblichen Teilnehmer zu allen drei Zeitpunkten klar im klinischen Bereich lagen. *Tabelle 18* im Anhang liefert einen Überblick über die gesamten Mittelwerte.

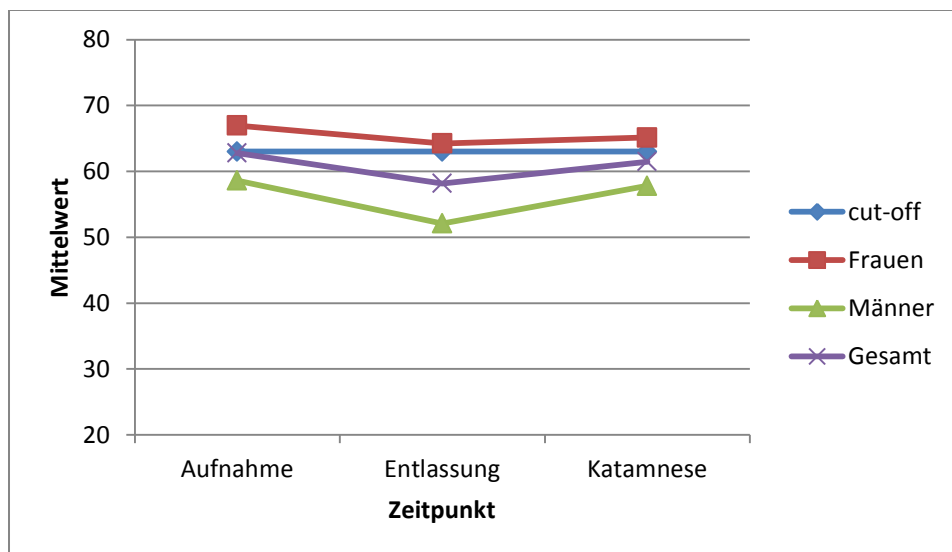


Abbildung 6. Somatisierung (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Unsicherheit im Sozialkontakt

Nicht signifikant waren in der Skala *Unsicherheit im Sozialkontakt* der Zeiteffekt ($F(1.498, 43.431) = 2.122, p = .143$) und die Wechselwirkung ($F(1.498, 43.431) = 0.511, p = .551$), jedoch konnte ein tendenzieller Geschlechterunterschied gefunden werden (F

(1, 29) = 3.796, $p = .061$, $\eta^2 = .116$). Die Frauen hatten auch hier tendenziell höhere Werte ($MW = 68.91$, $SE = 2.19$) als die männlichen Teilnehmer ($MW = 61.40$, $SE = 3.17$). Mittelwerte zu den einzelnen Zeitpunkten können *Tabelle 18* im Anhang entnommen werden. Wie man in *Abbildung 8* erkennen kann, befanden sich zum Zeitpunkt der Entlassung und der Katamnese die Männer außerhalb des klinischen Bereichs, im Gegensatz zu den Frauen.

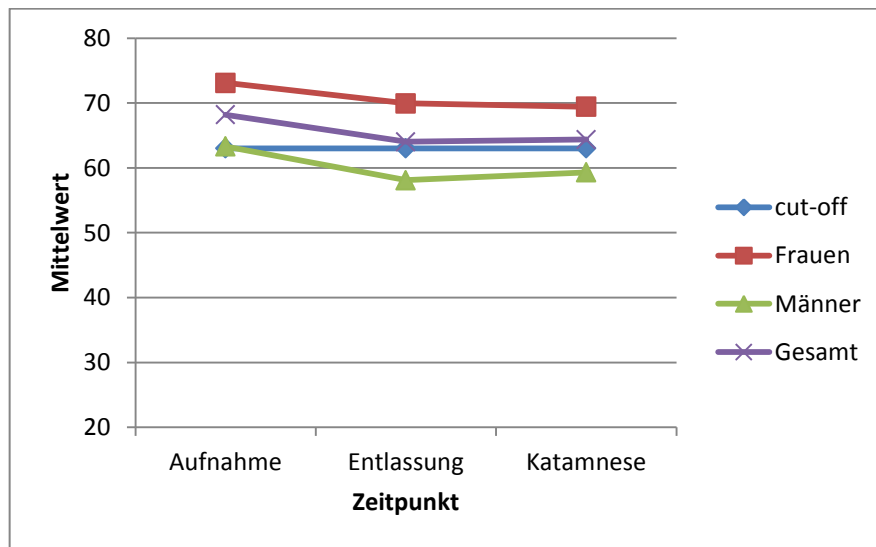


Abbildung 7. Zwanghaftigkeit (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

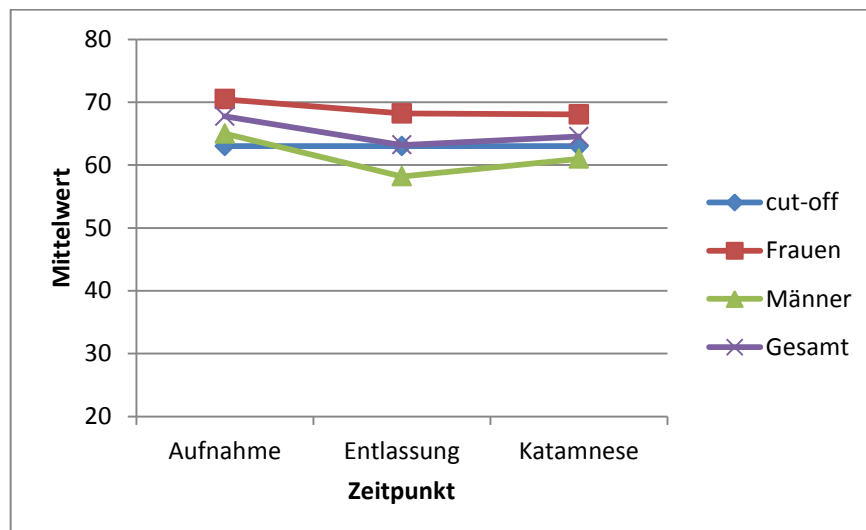


Abbildung 8. Unsicherheit im Sozialkontakt (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Tabelle 9: Post-hoc-Ergebnisse der Skala Zwanghaftigkeit für Gesamtstichprobe, Männer und Frauen

Zwanghaftigkeit	Stichprobe	Zeitpunkt	MW (SD)	t	p	d
T ₀ – T ₁	Gesamt	T ₀	69.94 (9.27)	3.322	.002**	-0.355
		T ₁	66.13 (12.02)			
	Männer	T ₀	63.30 (8.47)	2.616	.028 ⁺	-0.516
		T ₁	58.10 (11.47)			
	Frauen	T ₀	73.10 (8.01)	2.227	.038 ⁺	-0.338
		T ₁	69.95 (10.49)			
T ₀ – T ₂	Gesamt	T ₀	69.94 (9.27)	2.182	.037 ⁺	-0.342
		T ₂	66.16 (12.58)			
	Männer	T ₀	63.30 (8.47)	1.507	.166	-0.451
		T ₂	59.30 (9.25)			
	Frauen	T ₀	73.10 (8.01)	1.621	.121	-0,286
		T ₂	69.43 (12.82)			
T ₁ – T ₂	Gesamt	T ₁	66.13 (12.02)	-0.019	.985	
		T ₂	66.16 (12.58)			
	Männer	T ₁	58.10 (11.47)	-0.467	.651	
		T ₂	59.30 (9.25)			
	Frauen	T ₁	69.95 (10.49)	0.235	.817	
		T ₂	69.43 (12.82)			

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;
p < .005 hoch signifikant**, .025 ≤ p ≤ .05 tendenziell signifikant ⁺

Depressivität

In der *Skala Depressivität* konnte kein Geschlechtsunterschied ($F(1, 29) = 1.758, p = .195$), keine Wechselwirkung ($F(1.646, 47.742) = 0.313, p = .690$), aber ein tendenzieller Zeiteffekt ($F(1.646, 47.742) = 3.119, p = .063, \eta^2 = .097$) festgestellt werden (*Tabelle 10*). Die post-hoc-Berechnung bezüglich der Gesamtstichprobe hat gezeigt, dass es einen tendenziellen Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung gab ($t(30) = 2.163, p = .039, d = 0.376$), jedoch keine Unterschiede zwischen Entlassung und Katamnese ($t(30) = -0.143, p = .887$) bzw. Aufnahme und Katamnese ($t(30) = 1.757, p = .089$). Beide Gruppen lagen zu allen Zeitpunkten im klinischen Bereich,

wobei die Frauen, wie in *Tabelle 18* im Anhang ersichtlich, auch hier höhere Werte hatten. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse befindet sich in *Abbildung 9*.

Tabelle 10: Post-hoc-Analyse: Werte der Gesamtstichprobe bezüglich der Depressivität

Depressivität	MW (SD)	t	p	d
T ₀	71.39 (9.04)	2.163	.039 ⁺	-0.380
T ₁	67.58 (10.94)			
T ₀	71.39 (9.04)	1.757	.089	
T ₂	67.77 (13.73)			
T ₁	67.58 (10.94)	-0.143	.887	
T ₂	67.77 (13.73)			

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;
 $.025 \leq p \leq .05$ tendenziell signifikant ⁺

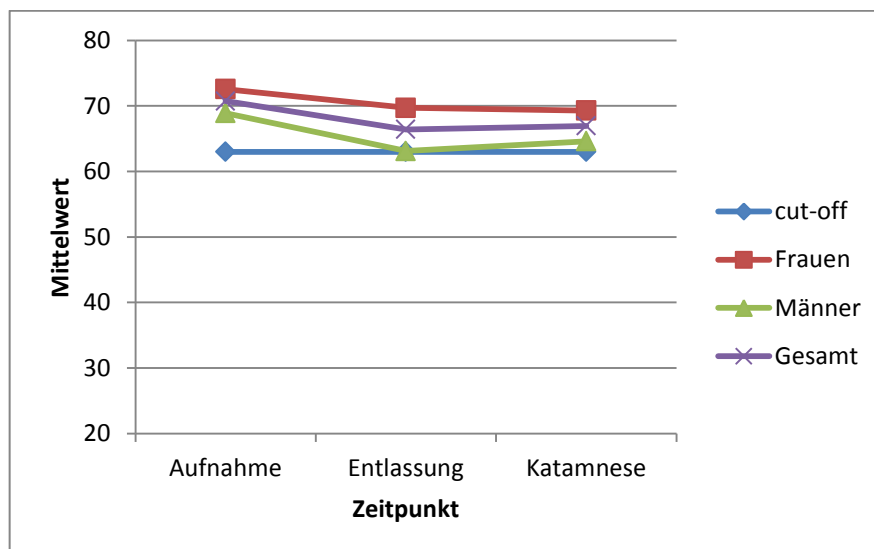


Abbildung 9. Depressivität (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Ängstlichkeit

Die statistische Überprüfung der Skala Ängstlichkeit zeigte einen tendenziell signifikanten Unterschied der Geschlechter zum Zeitpunkt der Katamnese ($U = 65.00$, $p = .087$), jedoch keinen Unterschied zum Zeitpunkt der Aufnahme oder Entlassung (alle $p \geq .182$). Die Berechnungen ergaben einen hoch signifikanten Zeiteffekt in der Gruppe der Frauen ($\chi^2 (2) = 10.265$, $p = .006$), aber ein nicht signifikantes Ergebnis bei den Männern ($F (2, 9) = 1.547$, $p = .240$). Post hoc wurde eine Analyse an der weiblichen Gruppe durchgeführt, um zu erkennen, wo die Effekte lagen. Hier zeigte sich ein

signifikanter Unterschied zwischen Entlassung und Katamnese ($Z = -2.265$, $p = .024$), jedoch keiner zwischen Aufnahme und Entlassung ($Z = -1.324$, $p = .185$) oder Aufnahme und Katamnese ($Z = -0.828$, $p = .408$). Auch in dieser Skala lagen die Frauen ($MW = 68.00$; $SE = 2.21$) im Wertebereich höher als die Männer ($MW = 60.97$, $SE = 3.20$), die sich zu den beiden letzten Zeitpunkten (T_1 und T_2) außerhalb des klinischen Bereiches befanden, wie auch in *Abbildung 10* ersichtlich. Die Mittelwerte befinden sich in *Tabelle 18*. Eine Übersicht über die post-hoc-Ergebnisse befindet sich in *Tabelle 11*.

Tabelle 11: Post-hoc-Ergebnisse der Skala Ängstlichkeit für Gesamtstichprobe und Frauen

Zwanghaftigkeit	Stichprobe	Zeitpunkt	MW (SD)	Z	p	d
$T_0 - T_1$	Gesamt	T_0	66.81 (12.20)	-0.785	.432	
		T_1	64.48 (11.73)			
	Frauen	T_0	67.91 (11.74)	-1.324	.185	
		T_1	67.00 (10.42)			
$T_0 - T_2$	Gesamt	T_0	66.81 (12.20)	-0.877	.381	
		T_2	65.90 (13.55)			
	Frauen	T_0	67.91 (11.74)	-0.828	.408	
		T_2	69.10 (12.53)			
$T_1 - T_2$	Gesamt	T_1	64.48 (11.73)	-1.332	.183	0.112
		T_2	65.90 (13.55)			
	Frauen	T_1	67.00 (10.42)	-2.265	.024*	0.182
		T_2	69.10 (12.53)			

Anmerkung: T_0 = Aufnahme, T_1 = Entlassung, T_2 = Katamnese;
 $p < .025$ signifikant*

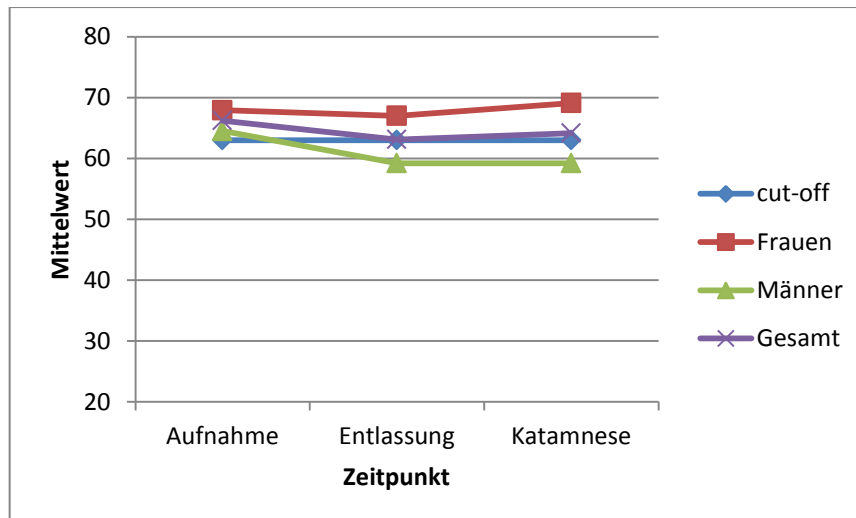


Abbildung 10. Ängstlichkeit (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Aggressivität

Bezüglich der Aggressivität konnte weder ein Zeiteffekt ($F(2, 58) = 1.000, p = .374$) noch ein Gruppeneffekt ($F(1, 29) = 1.516, p = .228$) oder eine Wechselwirkung ($F(2, 58) = 0.016, p = .984$) festgestellt werden. Die Stichprobe befand sich zu allen Zeitpunkten knapp außerhalb des klinischen Bereichs. Die Mittelwerte sind in *Tabelle 19* im Anhang nachlesbar. Die Abbildung zu den Ergebnissen dieser Subskala befindet sich im Anhang (*Abbildung 24*).

Phobische Angst

Hier konnten keine Unterschiede bezüglich des Geschlechts festgestellt werden ($U_0 = 100.50, p_0 = .845, U_1 = 67.50, p_1 = .104, U_2 = 85.00, p_2 = .379$). Auch der Friedman-Test zeigte keinerlei Veränderungen über die Zeit ($\chi^2_m(2) = 1.130, p_m = .568, \chi^2_w(2) = 0.250, p_w = .882$). Die Werte der Gesamtstichprobe lagen zu allen drei Zeitpunkten im klinischen Bereich (*Abbildung 25* im Anhang). In *Tabelle 19* im Anhang sind die Mittelwerte ersichtlich.

Paranoides Denken

In dieser Skala konnten ebenfalls keine signifikanten Zeiteffekte ($F(2, 58) = 0.096, p = .909$), Unterschiede des Geschlechts ($F(1, 29) = 1.150, p = .292$) oder Interaktionen ($F(2, 58) = 0.132, p = .877$) gefunden werden. Die Werte der Gesamtstichprobe

bewegten sich um den Cut-off-Wert von 63. Eine grafische Darstellung (*Abbildung 26*) sowie die Mittelwerte (*Tabelle 19*) befinden sich im Anhang.

Psychotizismus

Ebenso in der Subskala Psychotizismus konnten nach den Berechnungen keine signifikante Veränderung über die Zeit ($\chi^2_m(2) = 2.778, p_m = .249, \chi^2_w(2) = 0.903, p_w = .637$) und auch kein Gruppenunterschied ($U_0 = 82.00, p_0 = .321, U_1 = 86.00, p_1 = .415, U_2 = 79.00, p_2 = .265$) gefunden werden. Die Werte der Gesamtstichprobe lagen hier im klinischen Bereich, wie in *Abbildung 27* im Anhang ersichtlich wird. Die Mittelwerte können in *Tabelle 19* im Anhang nachgelesen werden.

6.2.5 Gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-36)

Um zu einer Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu gelangen, wurde die Short Form-36 vorgelegt, und die Auswertung erfolgte getrennt für physische (phy) und psychische (psy) Gesundheit als auch für die Unterskalen.

Ein signifikanter Zeiteffekt konnte weder für die Gesamtskala der physischen ($F_{phy}(2, 44) = 0.572, p = .568$) noch der psychischen ($F_{psy}(1.570, 32.976) = 0.731, p = .458$) Gesundheit festgestellt werden. Auch ein Unterschied zwischen Männern und Frauen bei der physischen ($F_{phy}(1, 22) = .366, p = .551$) und der psychischen ($F_{psy}(1, 21) = 2.362, p = .139$) Lebensqualität und eine Wechselwirkung fielen aus ($F_{phy}(2, 44) = 0.461, p = .634, F_{psy}(1.570, 32.976) = 0.284, p = .701$). Die Mittelwerte lassen sich in *Tabelle 12* nachlesen. Die grafische Darstellung dazu findet sich in *Abbildung 11* und *Abbildung 12*.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Subskalen dargestellt. Die Skalen *körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung* bilden die Skala der physischen und die Skalen *Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychischen Wohlbefinden* die Skala psychische Lebensqualität.

Körperliche Funktionsfähigkeit

Für die Subskala *körperliche Funktionsfähigkeit* ergab sich kein Geschlechtsunterschied zu allen drei Zeitpunkten ($U_0 = 89.5, p_0 = .981, U_1 = 90.0, p_1 = .522, U_2 = 94.5, p_2 = .655$), keine Veränderung über die Zeit für die Gruppe der Männer ($\chi^2(2) = 2.467, p = .291$), aber eine Tendenz zu einem Unterschied in der Gruppe der Frauen ($\chi^2(2) = 4.698, p = .095$) gab, Hierzu wurde eine post-hoc-Analyse durchgeführt, die zeigte, dass es bei den Frauen keine Veränderungen zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme und dem der Entlassung ($Z = -1.324, p = .185$), keine Veränderung zwischen Aufnahme und Katamnese ($Z = -0.828, p = .408$), aber einen signifikanten Unterschied zwischen Entlassung und Katamnese gab ($Z = -2.265, p = .024$). Die dazugehörigen Werte können in *Tabelle 13* eingesehen werden. Die Ergebnisse werden durch *Abbildung 13* verdeutlicht. Ein Überblick der Mittelwerte der einzelnen Subskalen findet sich in *Tabelle 14*.

Tabelle 12: Mittelwerte der physischen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die Männer, die Frauen und die Gesamtstichprobe zu allen Zeitpunkten

SF-36 gesamt	Zeitpunkt	MW (SD)		
		männlich	weiblich	gesamt
physisch	T ₀	60.67 (21.84)	53.33 (26.29)	56.08 (24.49)
	T ₁	65.50 (28.97)	56.58 (22.48)	59.93 (24.88)
	T ₂	59.58 (27.10)	57.63 (28.43)	58.37 (27.36)
psychisch	T ₀	46.10 (21.79)	29.39 (16.63)	34.48 (19.49)
	T ₁	45.58 (22.69)	35.45 (17.71)	38.53 (19.42)
	T ₂	49.01 (25.55)	37.82 (27.27)	41.23 (26.70)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese

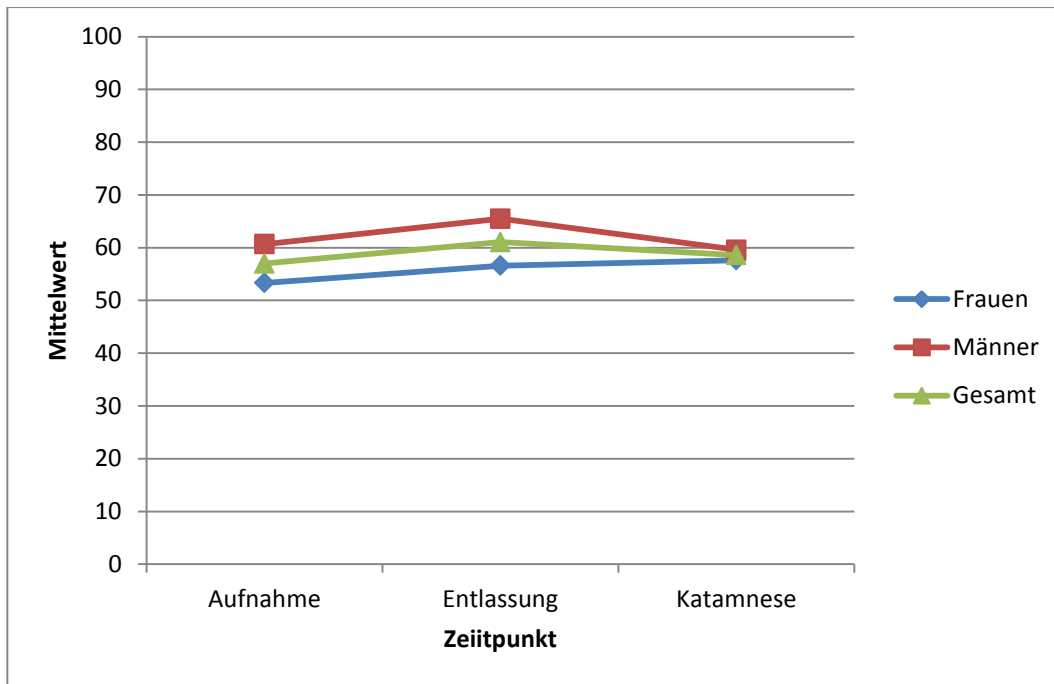


Abbildung 11. Verlauf der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

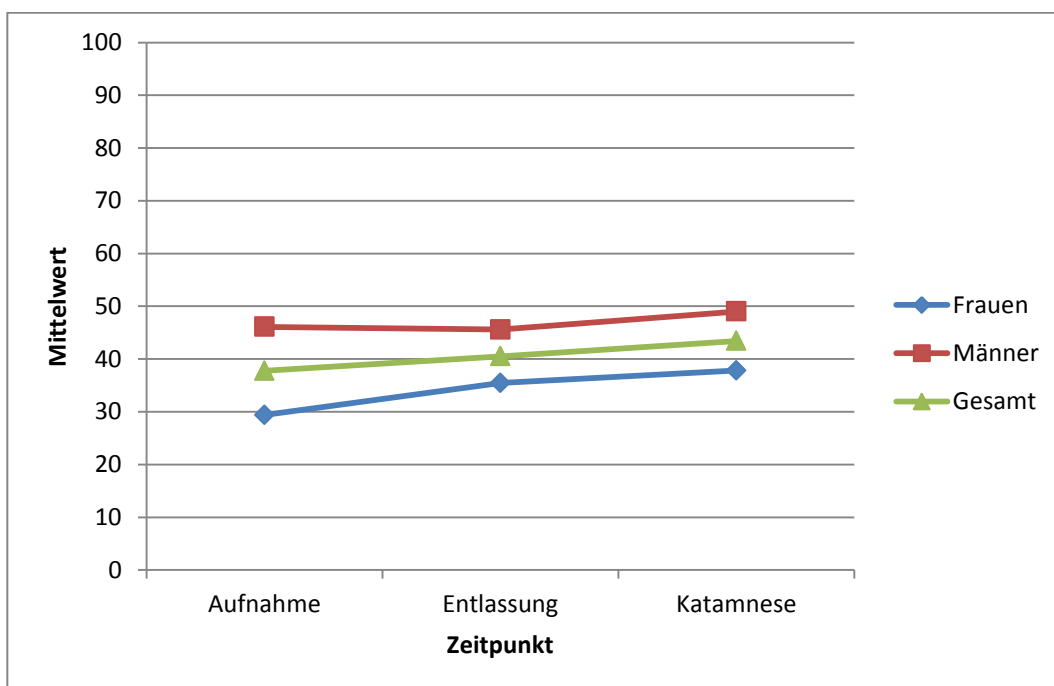


Abbildung 12. Verlauf der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Tabelle 13: Ergebnisse des post-hoc-Tests des Zeiteffekts der Gruppe der weiblichen Teilnehmer in der Skala körperliche Funktionsfähigkeit

	MW (SD)	Z	p
T ₀	71.50 (30.27)	-1.324	.185
T ₁	73.50 (29.29)		
T ₀	71.50 (30.27)	-.828	.408
T ₂	65.50 (32.48)		
T ₁	73.50 (29.29)	-2.265	.024*
T ₂	65.50 (32.48)		

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;
 p < .025 signifikant*, p < .050 tendenziell signifikant⁺

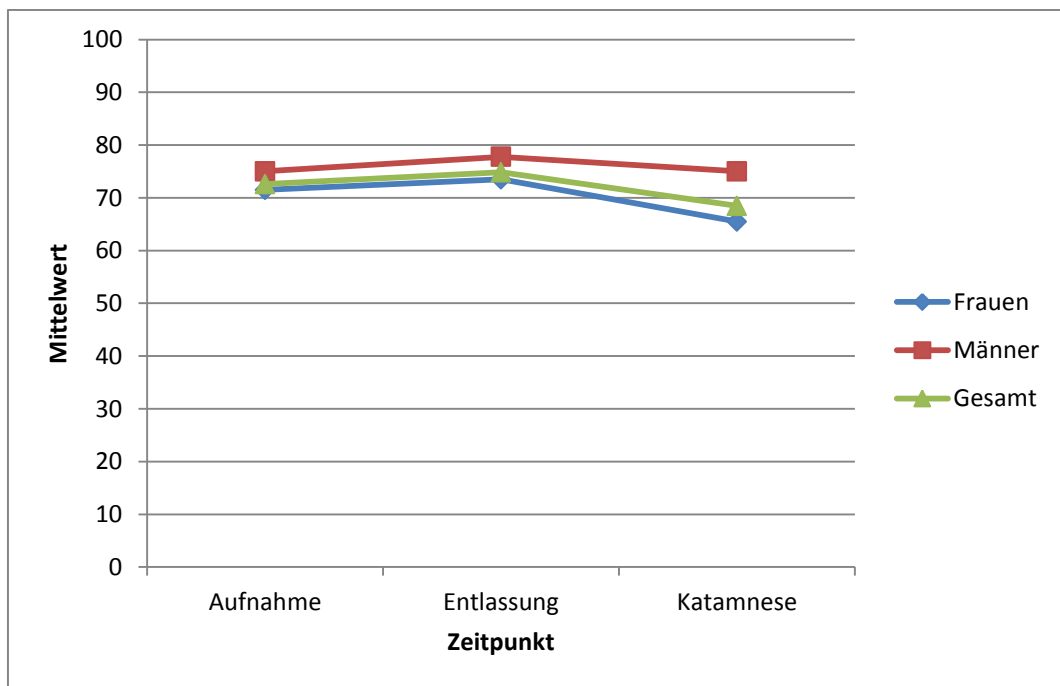


Abbildung 13. Körperliche Funktionsfähigkeit (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Tabelle 14: Mittelwerte der Subskalen der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität

SF-36 Subskalen		MW (SD)		
		männlich	weiblich	gesamt
physisch	Zeitpunkt			
Körperliche Funktionsfähigkeit	T ₀	75.00 (27.16)	71.50 (30.27)	72.59 (28.90)
	T ₁	77.78 (27.51)	73.50 (29.29)	74.83 (28.33)
	T ₂	75.00 (26.58)	65.50 (32.48)	68.45 (30.62)
Körperliche Rollenfunktion	T ₀	58.33 (45.07)	38.24 (42.50)	45.19 (43.60)
	T ₁	63.89 (45.26)	38.24 (34.37)	47.12 (39.58)
	T ₂	52.78 (40.40)	47.06 (44.09)	49.04 (42.12)
Schmerzen	T ₀	64.33 (33.18)	51.50 (33.05)	55.78 (33.03)
	T ₁	69.22 (39.69)	54.06 (32.55)	59.11 (35.08)
	T ₂	56.67 (34.94)	52.44 (41.23)	53.85 (38.62)
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	T ₀	45.00 (16.58)	36.84 (21.68)	39.46 (20.86)
	T ₁	51.11 (17.46)	41.58 (22.05)	44.64 (20.86)
	T ₂	53.89 (21.91)	42.90 (25.94)	46.43 (24.87)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese

Allgemeine Gesundheitswahrnehmung

Die Berechnungen der Skala *allgemeine Gesundheitswahrnehmung* zeigten keinen Geschlechtsunterschied ($F(1, 26) = 1.448, p = .240$) und keine Interaktion zwischen Zeit und Geschlecht ($F(2, 52) = 0.083, p = .921$), aber eine Tendenz zu einem Zeiteffekt ($F(2, 52) = 2.450, p = .096, \eta^2 = .086$). An den Ergebnissen der post-hoc-Analyse (*Tabelle 15*) lässt sich jedoch erkennen, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(27) = -1.776, p = .087$), zwischen Aufnahme und Katamnese ($t(27) = -1.968, p = .059$) oder zwischen Entlassung und Katamnese ($t(27) = -0.572, p = .572$) gab. Die Mittelwerte sind in *Tabelle 15* zusammengefasst, und *Abbildung 14* beinhaltet eine grafische Darstellung der Ergebnisse.

Tabelle 15: Ergebnisse des post-hoc-Tests des Zeiteffekts der Gruppe der weiblichen Teilnehmer der Skala allgemeine Gesundheitswahrnehmung

	MW (SD)	t	p
T ₀	39.46 (20.25)	-1.776	.087
T ₁	44.64 (20.86)		
T ₀	39.46 (20.25)	-1.968	.059
T ₂	46.43 (24.87)		
T ₁	44.64 (20.86)	-0.572	.572
T ₂	46.43 (24.87)		

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;

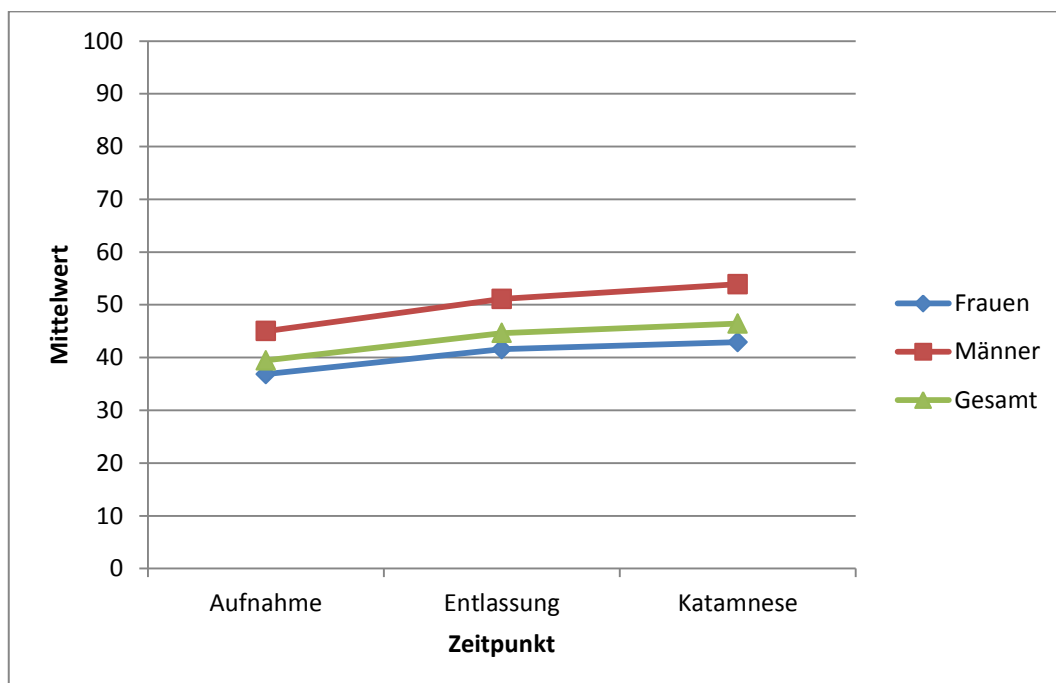


Abbildung 14. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Vitalität

Die Skala *Vitalität* zeigte keine Veränderung über die Zeit ($F(2, 52) = 0.342, p = .712$), keine Wechselwirkung ($F(2, 52) = 0.469, p = .628$), jedoch eine Tendenz zu einem Unterschied zwischen Männern und Frauen ($F(1, 26) = 3.274, p = .082, \eta^2 = .112$), wobei die männlichen Teilnehmer höhere Werte ($MW = 39.14, SE = 4.79$) angaben als

die Teilnehmerinnen ($MW = 28.92, SE = 3.03$). Die Mittelwerte zu den einzelnen Zeitpunkten befinden sich in *Tabelle 16*. Grafisch werden die Ergebnisse in *Abbildung 15* gezeigt.

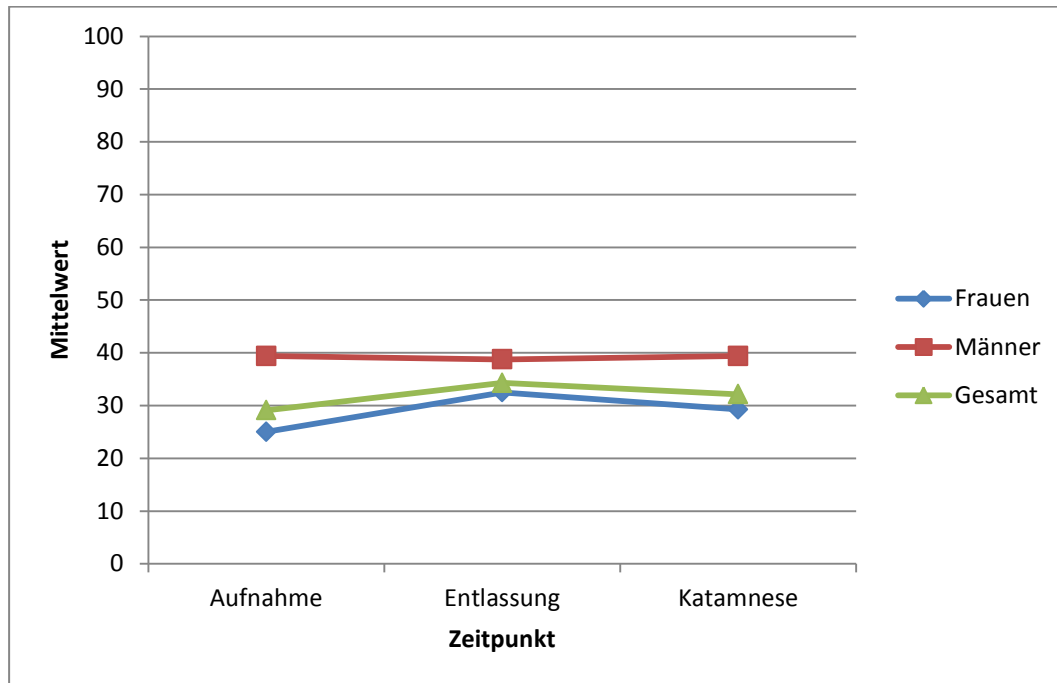


Abbildung 15. Vitalität (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Psychisches Wohlbefinden

Für das *psychische Wohlbefinden* konnte ein signifikanter Zeiteffekt ($F(2, 56) = 3.647, p = .032, \eta^2 = .115$) festgestellt werden, jedoch keine Wechselwirkung ($F(2, 56) = 0.435, p = .649$) und kein Geschlechterunterschied ($F(1, 28) = 2.026, p = .166$). Um zu überprüfen, zu welchen Zeitpunkten sich die Effekte zeigten, wurden post-hoc-Tests gerechnet, die ergaben, dass es signifikante Unterschiede zwischen Aufnahme und Entlassung ($t(29) = -3.234, p = .003$) und Aufnahme und Katamnese ($t(29) = -2.292, p = .029$) gab. Für die Zeitspanne zwischen Entlassung und Katamnese konnte kein Unterschied festgestellt werden ($t(29) = 0.774, p = .445$), wie man in *Tabelle 16* erkennen kann. Mittelwerte können in *Tabelle 17* nachgelesen werden. *Abbildung 16* gibt ein genaueres Bild über die Ergebnisse.

Tabelle 16: Ergebnisse des post-hoc-Tests des Zeiteffekts der Gruppe der weiblichen Teilnehmer der Skala psychisches Wohlbefinden

	MW (SD)	t	p
T ₀	32.53 (19.45)	-3.234	.003*
T ₁	43.07 (16.70)		
T ₀	32.53 (19.45)	-2.292	.029 ⁺
T ₂	40.67 (22.90)		
T ₁	43.07 (16.70)	0.774	.445
T ₂	40.67 (22.90)		

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;
 p < .025 signifikant*, p < .050 tendenziell signifikant⁺

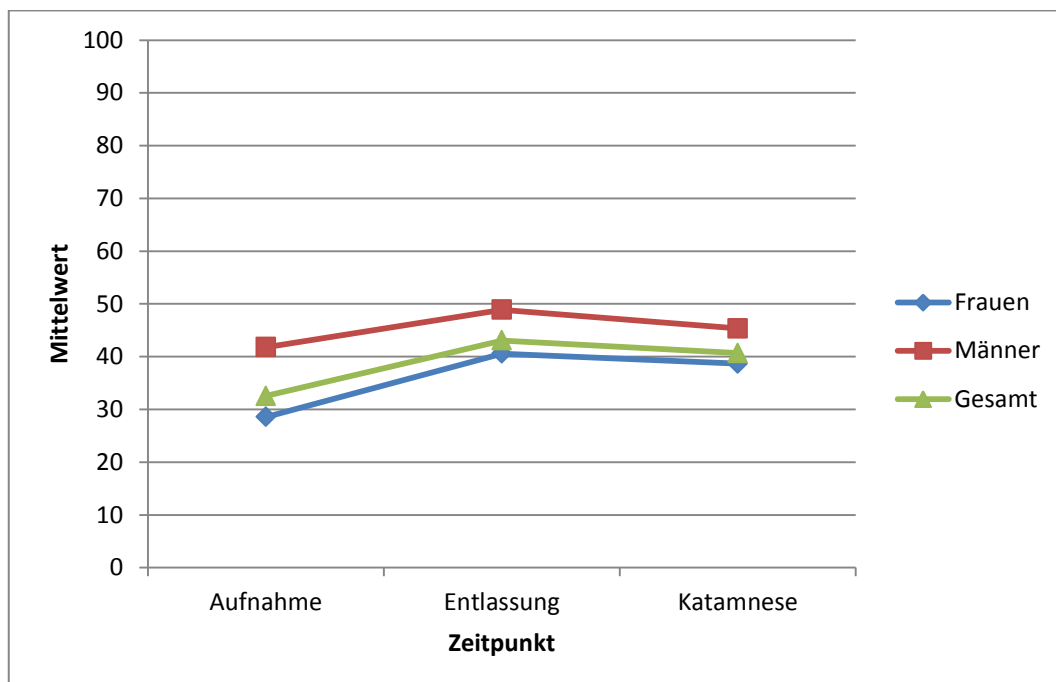


Abbildung 16. Psychisches Wohlbefinden (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

Tabelle 17: Mittelwerte der Subskalen der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität

SF-36 Subskalen	MW (SD)			
	Zeitpunkt	männlich	weiblich	gesamt
psychisch	T ₀	39.38 (21.12)	25.00 (16.54)	29.12 (18.76)
	T ₁	38.75 (13.56)	32.50 (14.19)	34.29 (14.06)
	T ₂	39.38 (18.79)	29.25 (21.60)	32.14 (21.01)
Soziale	T ₀	50.00 (22.54)	42.11 (22.13)	44.64 (22.16)
Funktionsfähigkeit	T ₁	63.89 (32.14)	50.00 (30.33)	54.46 (31.03)
	T ₂	65.28 (21.45)	45.40 (30.39)	51.79 (29.01)
Emotionale	T ₀	41.67 (42.73)	27.45 (37.70)	32.00 (39.06)
Rollenfunktion	T ₁	45.83 (46.93)	27.45 (39.50)	33.33 (41.94)
	T ₂	41.67 (49.60)	39.22 (41.22)	40.00 (43.03)
Psychisches	T ₀	41.78 (18.01)	28.57 (19.70)	32.53 (19.45)
Wohlbefinden	T ₁	48.89 (14.53)	40.57 (17.26)	43.07 (16.70)
	T ₂	45.33 (20.20)	38.67 (24.14)	40.67 (22.90)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese

In den Subskalen *körperliche Rollenfunktion* konnten keine Zeiteffekte ($F(2, 48) = 0.050, p = .951$), Geschlechtsunterschiede ($F(1, 24) = 1.547, p = .226$) oder Wechselwirkungen ($F(2, 48) = 0.680, p = .512$) festgestellt werden. Selbiges trifft für die Subskala *Schmerzen* zu. Auch hier gibt es weder Zeiteffekte ($F(1.377, 34.427) = 0.603, p = .493$) noch Geschlechtsunterschiede ($F(1, 25) = 0.724, p = .403$) oder Wechselwirkungen ($F(1.377, 34.427) = 0.399, p = .598$). Die Subskala *soziale Funktionsfähigkeit* weist ebenfalls keine Unterschiede nach Zeit ($F(2, 52) = 2.196, p = .121$), Geschlecht ($F(1, 26) = 2.417, p = .132$) und Wechselwirkungen ($F(2, 52) = 0.571, p = .569$) auf. Auch die Subskala *emotionale Rollenfunktion* unterscheidet sich nicht bezüglich Zeiteffekten bei den Männern ($F(2) = 0.028, p = .972$) und den Frauen ($\chi^2(2) = 0.667, p = .717$) und Geschlecht weder zum Zeitpunkt der Aufnahme ($U = 81.00, p =$

.504), noch zum Zeitpunkt der Entlassung ($U = 65.00, p = .280$) oder der Katamnese ($U = 84.50, p = .600$). Interaktionen konnten hier nicht überprüft werden, weil aufgrund der fehlenden Voraussetzungen mit nichtparametrischen Tests gerechnet wurde. Die Mittelwerte der Gesamtstichprobe, der Männer und der Frauen befinden sich in Tabelle 16 bzw. Tabelle 19. Die grafischen Darstellungen der Ergebnisse befinden sich im Anhang (*Abbildungen 22–25*).

6.2.6 Geschlechterunterschiede

Im Anschluss an die oben angeführten Berechnungen wurde das Geschlecht noch dahingehend untersucht, ob sich die beiden Gruppen bezüglich des Alters, der Art der Aufnahme (Station vs. Tagesklinik), des Befindens in einer Partnerschaft, der Bildung oder der Anzahl an Komorbiditäten unterscheiden. Dazu wurden die Diagnosen, die bei Aufnahme gestellt wurden, als Berechnungsgrundlage verwendet. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied im Alter ($t(26) = -0.752, p = .459$). Frauen waren durchschnittlich 37.05 ($SD = 11.95$) und Männer 33.56 ($SD = 10.39$) Jahre alt. Auch bezüglich der Aufnahme konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($\chi^2(1) = 1.370, p = .242$). Frauen und Männer hatten keine unterschiedliche Bildung ($\chi^2(4) = 4.393, p = .355$) und zeigten keine Unterschiede darauf bezogen, ob sie in einer Partnerschaft waren oder nicht ($\chi^2(1) = 0.373, p = .542$). Der einzige signifikante Unterschied, der festgestellt werden konnte, bezog sich auf die Anzahl an Komorbiditäten ($t(26) = -2.562, p = .017, d = 1.037$). Männer hatten durchschnittlich insgesamt 1.78 ($SD = 1.09$) psychische Störungen und Frauen hingegen 3.16 ($SD = 1.43$).

7 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Behandlungserfolg, der für das Therapieprogramm der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik des Otto-Wagner-Spitals durch eine Evaluation festgestellt werden konnte, ein Jahr nach der Entlassung aus der Klinik zu überprüfen. Um der Frage nachzugehen, ob die Symptomreduktion aufrecht erhalten wurde oder ob es diesbezüglich Veränderungen

gab, wurden die Daten der teilnehmenden Patienten zu allen drei Erhebungszeitpunkten miteinander verglichen. Probst et al. (2009) berichten von einer Rücklaufquote von 48.12%, allerdings kommt es bei Untersuchungen in unizentrischen Kliniken meist zu Zahlen zwischen 38.2% und 86.0% (Fliege et al., 2002; Franke et al., 2005; Haase et al., 2008; Sack et al., 2003). Diese Rücklaufquoten könnten einen Selektionseffekt darstellen, der einen Einfluss auf die Ergebnisse hat. Auch statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen Drop-outs und Completern sind mögliche Gründe für einen Selektionseffekt (Jurs & Glass, 1971, zitiert nach Probst et al., 2009, S. 417). Weil zum Zeitpunkt der Erhebung nicht alle ehemaligen Patienten erreicht werden konnten, wurde eine Completeranalyse durchgeführt, bei der die Gruppe der Completer mit den Drop-outs verglichen wurde, um die Frage nach der Repräsentativität der Untersuchung feststellen zu können. Diese Ergebnisse sollen in folgendem Kapitel besprochen werden.

Completeranalyse

Die beiden Gruppen hatten statistisch gesehen gleich schlechte Werte bezüglich ihrer Depressivität zu Beginn der Untersuchung. Erst zum Zeitpunkt der Entlassung konnte festgestellt werden, dass sich die Werte dahingehend unterschieden, dass die Drop-outs weit niedrigere Depressivitätswerte hatten als die Completer. Die Verbesserung der aus der Studie ausgeschiedenen Personen war durch einen Rückgang von 15.48 Punkten besser als in der Gruppe der teilnehmenden Personen (7.24 Punkte) und somit auch nicht mehr im klinischen Bereich (Cut-off = 19). Mit einer Effektstärke von $d = -0.698$ kann man hier von einem mittelgroßen Effekt sprechen. Die Unterschiede bezüglich der Werte des BSI und der TAS waren ähnlich, wobei hier es sich hier um tendenzielle Unterschiede mit geringeren Effektstärken handelt. Auch hier haben sich die Drop-outs durch eine größere Differenz in den Werten vom Rest der Stichprobe abgehoben. Dementsprechend war der Abstand im BSI zwischen den beiden Zeitpunkten 12.08 Punkte gegenüber 3.51 bei den Completern und 4.24 Punkte in der TAS gegenüber einer Verschlechterung der Completer von 0.53 Punkten. Betrachtet man die Ergebnisse der psychischen Lebensqualität, zeigt sich ein umgekehrter Effekt dahingehend, dass sich die beiden Gruppen bei Aufnahme in die Klinik tendenziell voneinander unterschieden haben. Hierbei hatten diesmal die Completer bessere

Werte als die Drop-outs. Jedoch zeigt sich auch hier, dass die Drop-outs mit 26.9 Punkten eine größere Veränderung in ihrer psychischen Lebensqualität erlebt haben. Bei den Completern konnte eine Verbesserung von 9.35 Wertepunkten festgestellt werden. Auch die Stärke des Effekts ($d = -0.519$) ist hier zufriedenstellend hoch. Lediglich in der Skala der physischen Lebensqualität konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden, da es sich aber bei der Intervention um die Behandlung psychischer Symptome handelt, ist dieses Ergebnis nicht weiter überraschend. Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Symptome zum Zeitpunkt der Entlassung unterschieden haben. Die festgestellten Effekte beziehen sich demnach nur auf die Gruppe der Completer. Dieses Ergebnis sollte hinsichtlich der Interpretation der folgenden Ergebnisse stets berücksichtigt werden. Im Hinblick auf ausgewählte soziodemografische Daten kam in der Completeranalyse ein Unterschied im Alter zum Vorschein, wobei die Completer älter waren als die Drop-outs und sich seltener in einer Partnerschaft befanden.

Es ergibt sich daraus die Frage, warum manche Personen die Teilnahme an der Katamnese verweigert haben und andere nicht. Rosin und Donaubaue (2003, zitiert nach Eichhammer, 2004, S. 68) weisen darauf hin, dass die Zufriedenheit/Unzufriedenheit mit der Behandlung einen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft hat. Jedoch geht Eichhammer (2004) von einer Unzufriedenheit mit der Behandlung für das Fernbleiben aus. Die beiden Gruppen der vorliegenden Studie sind fast überall mit gleichen Werten gestartet, bei den Drop-outs zeigten sich aber zum zweiten Zeitpunkt beinahe überall bessere Werte. Die Behandlung hatte bei ihnen also einen positiveren Einfluss, der auch mit einer höheren Zufriedenheit einhergehen könnte. Das widerspricht jedoch der These von Eichhammer (2004). Man könnte daher mutmaßen, dass es den Personen, die der Katamneseerhebung fern blieben, so gut gegangen ist, dass sie gedanklich mit der Behandlung abgeschlossen haben und es nicht für nötig empfanden, sich noch einmal mit dem Thema zu beschäftigen. Grund für eine geringe Rücklaufquote könnte auch sein, dass einige Personen telefonisch nicht erreicht werden konnten und ihnen die Fragebögen per Post zugesendet wurden. Nach Feilen (1999) kommen mehr Personen der Einladung nach, an einer Katamnese teilzunehmen, wenn sie von ihrem ehemaligen Therapeuten

zu einem Nachgespräch eingeladen werden. Die postalische Versendung führte möglicherweise dazu, dass sich die ehemaligen Patienten nicht genug angesprochen fühlten und somit das Interesse an der Nachuntersuchung sank. Allerdings sind die Gründe für das Fernbleiben nicht klar ersichtlich, und es bedarf einer weiteren Untersuchung, um herauszufinden, was mit dieser Personengruppe geschehen ist. Ein Großteil der Drop-outs konnte nämlich im Zuge der Stichprobenrekrutierung weder telefonisch noch postalisch erreicht werden. Nur wenige ehemalige Untersuchungsteilnehmer haben es explizit abgelehnt, ein weiteres Mal an der Untersuchung teilzunehmen. Eine Person ist in der Zwischenzeit verstorben, und manche sind zum ausgemachten Zeitpunkt nicht erschienen. Es ist auch davon auszugehen, dass sich bei einigen die Telefonnummer oder Adresse geändert hat und sie deswegen nicht erreicht werden konnten. Es gibt somit sehr wenig Information über die Gründe des Ausscheidens. Es bestehen Überlegungen, eine weitere Katamneseuntersuchung anzuhängen und zu versuchen, Informationen von Personen aus der Drop-out-Gruppe zu erhalten.

Hauptergebnisse

Die Verbesserung der depressiven Symptomatik, die durch die Behandlung zum Zeitpunkt der Entlassung festgestellt wurde, konnte in der Gruppe der Completer nicht aufrecht erhalten werden. Zum Zeitpunkt der Katamnese zeigt sich eine signifikante Verschlechterung der Symptome in Richtung Ausgangswert. Die Nullhypothese wird hier zugunsten der Alternativhypothese verworfen. Betrachtet man diese Ergebnisse getrennt für Männer und Frauen, zeigt sich hier eine tendenziell stärkere symptomatische Belastung für die Gruppe der Frauen allgemein und ein größerer Erfolg der Behandlung zum Zeitpunkt der Entlassung. Die Alternativhypothese wird hier angenommen. Bei den weiblichen Teilnehmern konnte zuerst eine signifikante Verbesserung beobachtet werden, die zum dritten Erhebungszeitpunkt allerdings tendenziell wieder rückläufig war. In der Gruppe der Männer konnten prinzipiell keine signifikanten Veränderungen gemessen werden. Es ist jedoch auch ersichtlich, dass weibliche Personen in der Symptombelastung zu allen drei Zeitpunkten klar im klinischen Bereich lagen und die männlichen Teilnehmer knapp bzw. unterhalb der Grenze. Das partielle η^2 zeigt durchaus sehr zufriedenstellende Effektstärken.

Eine mögliche Erklärung für die stärkere depressive Symptombelastung der Frauen könnte durch die höhere Lebenszeitprävalenz der depressiven Störung erklärt werden. Frauen erkranken ungefähr doppelt so häufig an der Störung wie Männer. Beschreibt man das mit konkreten Zahlen, so betragen die Lebenszeitprävalenzraten der Frauen 10%–25% im Gegensatz zu den Männern, die eine Rate zwischen 8% und 12% aufweisen (Laux, 2003). Im Gegensatz dazu fanden andere Studien eine relativ gleiche Aufteilung der Lebenszeitprävalenz auf beide Geschlechter (Angst, 1998; Bebbington & Ramana, 1995; Gold, 1998; Grant et al., 2005). Trotz dieser Ergebnisse konnte ein Unterschied zwischen Männern und Frauen in ihrem symptomatischen Bild gefunden werden. Einigen Studien zufolge leiden Frauen mit einer bipolaren Störung eher an einer subsyndromalen Depression⁴ und Dysphorie (Altshuler et al., 2010; Diflorio & Jones, 2010; Morgan, Mitchell & Jablensky, 2005; Rasgon et al., 2005), obwohl die Zahl der depressiven Episoden und die Dauer von subsyndromalen Depressionen zwischen Männern und Frauen gleich ist (Baldassano et al., 2005; Diflorio & Jones, 2010; Grant et al., 2005; Hendrick, Altshuler, Gitlin, Delrahim & Hammen, 2000; Kawa et al., 2005; Kessing, 2004; Suominen et al., 2009). Da subdiagnostische Depressionen oftmals Prodromal- bzw. Residualsyndrome einer manifesten Depression darstellen (Hegerl & Schönknecht, 2009), könnte man den Schluss ziehen, dass eine Depression bei Männern erst später diagnostiziert wird. Subdiagnostische Depressionen stehen außerdem mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung. In der Studie von Brådvik (2003) konnte ein höheres Suizidrisiko für Männer festgestellt werden. Auch weitere Untersuchungen zogen eine Verbindung zwischen Depression und von Männern durchgeführten Selbsttötungen (Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004; Lönnqvist, 2000). Nach Canetto und Sakinovsky (1998) begehen in den meisten westlichen Ländern mehr Männer Suizid als Frauen. Suizidversuche jedoch kommen häufiger bei Frauen vor, wobei Männer in der Durchführung von Selbsttötungen erfolgreicher sind (Canetto & Sakinovsky, 1998). Daraus könnte man den Schluss ableiten, Männer würden zu spät mit einer Depression

⁴ Die subsyndromale (minore) Depression ist eine erhebliche Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus, ohne die für die Diagnose einer depressiven Störung erforderlichen Symptome zu erfüllen. Für die Diagnose sind ≥ 2 depressive Symptome in ≥ 2 Wochen erforderlich (ICD-10). Sie weist außerdem ein deutliches Risiko für einen Übergang in eine Major Depression auf (Hegerl & Schönknecht, 2009).

diagnostiziert werden und würden eher Suizid begehen als Frauen, bei denen durch die Selbsttötungsversuche möglicherweise früher die Aufmerksamkeit auf eine Behandlung gelenkt wird. Des Weiteren gibt es Unterschiede in der Inanspruchnahme von psychologischer Gesundheitsfürsorge. Männer gehen seltener zu Psychologen als Frauen (Pattyn, Verhaefhe & Bracke, 2015). Obwohl beide Geschlechter gleich häufig an einer psychischen Störung erkranken, unterschieden sie sich nach Pattyn und Kollegen (2015) in der Art der Symptome. Laut den Autoren kommt dies aber nicht durch tatsächliche individuelle Unterschiede zustande, sondern durch soziale Erwartungen (Gerson & Peiss, 1985, zitiert nach Pattyn et al., 2015, S. 1089). Demnach denken und handeln Männer und Frauen nicht nach ihren psychologischen Eigenschaften, sondern nach kulturell übernommenen Konzeptionen von Weiblichkeit und Maskulinität. Emotionale Ausdrucksweisen, sich um andere sorgen und Hilfesuchen sind Attribute, die Frauen zugeschrieben werden (Courtenay, 2000). Von Männern wird erwartet, dass sie emotional kontrolliert, stark, unabhängig und selbstsicher sind (Galdas, Cheater & Marshall, 2005). Um gesellschaftlich nicht negativ beurteilt zu werden, versuchen sie diesen Erwartungen gerecht zu werden (West & Zimmerman, 1987, zitiert nach Pattyn et al., 2015, S. 1090) und lehnen professionelle psychologische Hilfe ab. Auch scheinen sie daher schnellere Hilfe, wie eine medikamentöse Behandlung, einer Psychotherapie zu bevorzugen (Cooperstock & Lennard, 1979, zitiert nach Pattyn et al., 2015, S. 1090). Diese Beobachtung konnte auch von den Mitarbeitern der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik berichtet werden. Frauen könnten somit eine größere Offenheit bezüglich ihrer Verfassung an den Tag legen. Männer scheinen eher zu bagatellisieren und berichten von besserem Befinden, als es eigentlich der Fall ist. Pattyn und Kollegen (2015) fanden in ihrer Studie außerdem eine weniger positive Einstellung der Nützlichkeit von Psychotherapie, die Meinung, dass Männer selbst mit ihren Problemen zurechtkommen müssen, und ein stärkeres Gefühl der Scham bei psychischen Problemen.

Hinzu kommt noch, dass Frauen in der vorliegenden Stichprobe signifikant mehr Komorbiditäten aufwiesen als Männer und somit einer stärkeren psychischen Belastbarkeit ausgeliefert sind. Das könnte auch dafür sprechen, dass sich bezüglich

der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keine Verbesserungen gezeigt haben und sie auch in allen überprüften Skalen schlechtere Werte aufwiesen als die Männer. Jedoch sind nicht alle diese Unterschiede signifikant. Hinsichtlich der Gesamtskala der physischen Lebensqualität als auch der psychischen Lebensqualität konnten keine Veränderungen oder Geschlechtsunterschiede festgestellt werden. Die Nullhypothesen werden demnach hier beibehalten. Die Gruppe der Completer zeigt also im Allgemeinen kein Ansprechen auf die Therapie bezüglich ihrer wahrgenommenen Lebensqualität. Allerdings kann man, wenn man die einzelnen Subskalen betrachtet, sehr wohl Veränderungen in einzelnen Skalen feststellen. So zeigt sich bezüglich der allgemeinen Gesundheitswahrnehmung eine tendenzielle Verbesserung, und beim psychischen Wohlbefinden lässt sich eine signifikante Verbesserung erkennen, die auch aufrecht erhalten blieb. Die Nullhypothese kann hier zugunsten der Alternativhypothese verworfen werden. Eine leichte Verschlechterung gab es in der Gruppe der Frauen bezüglich der körperlichen Funktionsfähigkeit zum Zeitpunkt der Katamnese. Diese Ergebnisse sind allerdings so gering, dass sie sich nicht auf die Gesamtskalen ausgewirkt haben.

Da Depression oft auch mit einer Angststörung einhergeht (Andrade et al., 2003; Drost et al., 2012; Jacobi et al., 2004; Paykel, 2006; Pieper et al., 2008; Wittchen & Jacobi, 2005), könnte zwischen der hohen Depressivität und der Verschlechterung in der Skala Ängstlichkeit und somit auch bezüglich der Unsicherheit im Sozialkontakt bei den Frauen ein Zusammenhang bestehen. Damit in Verbindung steht möglicherweise auch die Verschlechterung der körperlichen Funktionsfähigkeit der Frauen und auch die niedrigeren Werte bezüglich der Vitalität. Außerdem konnten Saarni et al. (2007) in einer Studie zeigen, dass es zu einer niedrigeren Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kommt, wenn eine psychische Krankheit, wie z.B. eine Depression, vorliegt. Die Verbesserungen im Bereich des psychischen Wohlbefindens könnten möglicherweise dadurch beeinflusst worden sein, dass die Klinik erneutes Interesse am Wohlbefinden der Patienten gezeigt hat und damit ein gutes Gefühl vermittelt hat. Hier kann die Alternativhypothese angenommen werden.

In Bezug auf Alexithymie zeigte sich keine Veränderung über die Zeit. Es gab weder zum Zeitpunkt der Entlassung noch ein Jahr danach eine signifikante Veränderung der

Symptomatik. Die Nullhypothese wird hier beibehalten. Der Cut-off-Wert für eine klinische Relevanz der Alexithymie liegt bei 61 Punkten. Die Werte der Gesamtstichprobe befinden sich demnach unterhalb dieses Bereichs. Auch für die Subskalen der TAS-20 zeigten sich kaum Unterschiede. Es konnte lediglich ein tendenzieller Geschlechterunterschied bezüglich der Identifikation von Gefühlen und Diskriminierung von körperlichen Sensationen festgestellt werden, wobei hier die Gruppe der Frauen höhere Werte aufwies. Hier wird die Alternativhypothese angenommen. Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass Alexithymie eine stabile Persönlichkeitseigenschaft ist und schwer verändert werden kann (vgl. Grabe et al., 2008; Sifneos, 1973; Stingl et al., 2008). Die Fähigkeit, Gefühle zu identifizieren und verbal ausdrücken zu können, hat für den psychotherapeutischen Prozess aber eine bedeutende Rolle (Rufer & Grabe, 2009). Eine Unfähigkeit in dieser Hinsicht wirkt sich ungünstig auf den Therapieverlauf aus (z.B. Ogrodniczuk et al., 2011; Sifneos, 1973; Taylor & Bagby, 2004, zitiert nach Rufer & Grabe, 2009, S. 186). Sie hindert die Patienten daran, sich ganz auf eine Therapie einzulassen (Ogrodniczuk et al., 2011; Vanheule et al., 2011). Deswegen wird für Patienten mit Alexithymie eine Langzeittherapie (vgl. Shands, 1958, zitiert nach Rufer & Grabe, 2009, S. 185), aber auch ein speziell für die Bedürfnisse alexithymer Personen ausgerichtetes Psychotherapieangebot empfohlen (z.B. eine Alternative zur Gesprächstherapie) (Fitz, 2013). Dieser Aspekt der Krankheit sollte in der Behandlung an der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik auf jeden Fall beachtet werden.

Allgemeine psychische Belastung

Weitere positive Effekte zeigten sich in der Skala Zwanghaftigkeit des BSI, in der die anfänglich signifikante Verbesserung aufrecht erhalten blieb. Tendenziell war dies auch bei Somatisierung und Depressivität der Fall. Die Nullhypothesen werden hier verworfen und die Alternativhypothesen angenommen. Für die weiblichen Teilnehmer konnte in der Skala Ängstlichkeit eine Verschlechterung zwischen Entlassung und Katamnesezeitpunkt gemessen werden. Zusammenfassend lässt sich für die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome eine tendenzielle Verbesserung feststellen. Unterschiede zwischen Männern und Frauen gab es hier bezüglich Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und

Ängstlichkeit mit höheren Werten in der Gruppe der Frauen in allen genannten Skalen. Auch in der Gesamtskala des psychischen Wohlbefindens hatten die Frauen höhere Werte zum Zeitpunkt der Entlassung und der Katamnese. Somit werden auch hier die dazugehörigen Nullhypothesen verworfen.

Besondere Aufmerksamkeit gilt dem Aspekt, dass trotz Entlassung aus der Therapie und teilweiser Aufrechterhaltung der Verbesserungen die teilnehmenden Personen hinsichtlich der Höhe ihrer Symptomatik immer noch im klinischen Bereich lagen. Die ehemaligen Patienten schienen weiterhin behandlungsbedürftig zu sein. Damit man jedoch neben einer statistischen auch von einer klinischen Relevanz sprechen kann, sollte sich die Stichprobe unterhalb des Cut-off-Wertes und somit außerhalb des klinischen Bereichs befinden. Auch bei Franke (2002) gilt ein Patient „nur dann als klinisch signifikant verbessert, wenn sich seine Symptombelastung nach der Therapie im Bereich der Unbelasteten befindet“ (S. 30). Dies sollte bei der Interpretation der Ergebnisse mitbedacht werden.

8 Kritik und Ausblick

Als Limitation der vorliegenden Untersuchung kann die geringe Stichprobengröße angeführt werden. Eine Gruppengröße von $N = 31$ Versuchspersonen ist gerade noch akzeptabel, eine größere Stichprobe wäre aber zu empfehlen. Hierbei muss jedoch auf die Schwierigkeit der Rekrutierung von stationär aufgenommenen psychisch Kranken hingewiesen werden. Eine größere Stichprobe ist bei der Anzahl der verfügbaren Plätze in der Klinik nicht leicht zu erreichen. Außerdem spielt Freiwilligkeit eine wichtige Rolle, denn die Bereitschaft, an einer Evaluationsstudie teilzunehmen, ist nicht immer gegeben. Des Weiteren konnte keine gleichmäßige Aufteilung der Gruppe nach dem Geschlecht erfolgen, was wiederum ein Ungleichgewicht erzeugt und im Fall der männlichen Gruppe zu einer sehr kleinen Stichprobengröße ($n = 10$) geführt hat. Diese Problematik könnte sich auch auf Aussagekraft der statistischen Auswertung auswirken, und zwar dahingehend, dass die Ergebnisse für die Gruppe der Männer unterschätzt werden bzw. Ergebnisse nicht signifikant erscheinen, obwohl sie es vielleicht wären. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Subjektivität und somit die Gefahr

einer Verzerrung der Angaben. Es wurden ausschließlich Fragebögen vorgelegt, die von den Patienten selbst ausgefüllt wurden. Falsche Erinnerungen als auch bewusst absichtliche Verfälschungen sind möglich. Durch die Beantwortung nach sozialer Erwünschtheit oder durch eine Tendenz zur Mitte könnte außerdem ein Bias entstehen. Subjektive Einschätzungen sind tagesverfassungsverfügbare und können durch die Stärke der Alexithymie beeinträchtigt sein. Abhilfe würde hierbei eine zusätzliche Vorgabe von Fremdbeurteilungsskalen schaffen, die von den behandelnden Therapeuten oder den Angehörigen ausgefüllt werden. Damit könnte ein Vergleich zwischen den Sichtweisen ermöglicht werden und die Studie, neben einem genaueren Abbild der Realität, um wertvolle Information ergänzen. Zu überlegen wäre auch, die Datenerhebung um persönliche Interviews zu erweitern, um einen besseren und genaueren Einblick in die Befindlichkeit der Patienten zu erhalten. Somit könnten auch Bereiche besser erfasst werden, die aus den Fragebögen nicht ersichtlich wurden. Die Frage nach der außerhalb der stationären bzw. tagesklinischen Behandlung möglicherweise stattgefundenen Psychotherapie/Krankenhausaufenthalte konnte durch die Fragebögen nicht beantwortet werden. Zwar waren im soziodemografischen Teil der Befragung Kategorien zu zwischenzeitlichen Aufnahmen in ein Krankenhaus und Arztbesuche enthalten, jedoch konnte anhand der Antworten nicht eindeutig differenziert werden, ob es sich dabei um psychische oder physische Probleme gehandelt hat. Es besteht hier also keine Einsicht über das Ausmaß der Behandlung nach Entlassung aus dem stationären oder teilstationären Setting. Eine Erweiterung des Fragebogens wäre hier sinnvoll, um mehr Klarheit zu schaffen und um die dadurch gewonnene Information verwerten zu können. Auch die Frage nach kritischen Lebensereignissen sollte in Katamneseuntersuchungen einen Platz finden (z.B. Birkenfeld, 2005, zitiert nach Laßhof, 2013, S. 55). Diese können belastend wirken und eine Gefährdung für das psychische Gleichgewicht darstellen. Diese Belastungen sollten im Zuge einer Katamnese erfragt werden, um bei der Interpretation keine falschen Schlüsse zuzulassen (Laßhof, 2013). Anzumerken ist auch, dass bei Aufnahme in die Klinik die Diagnoserstellung nicht genug Aufmerksamkeit bekommen hat. Manche Diagnosen wurden bei Aufnahme von anderen Ärzten oder Psychologen übernommen oder zu ungenau gestellt und waren somit nicht immer adäquat. Erst im Laufe der Therapie kam es zu einer genaueren Betrachtung der Symptome und

Diagnosestellung. Somit ist es möglich, dass sich ein verzerrtes Bild der Häufigkeit von Störungen ergeben hat. In weiteren Untersuchungen soll dieses Problem umgangen werden, indem auf eine ausführlichere Diagnostik am Beginn der Behandlung geachtet wird. Interessant wäre es zusätzlich noch gewesen, die Veränderung der Symptomatik getrennt nach den Störungsbildern zu überprüfen. Dafür war aber die Anzahl der Teilnehmer zu gering. Durch die Herausarbeitung dieser Kritikpunkte kann in Zukunft eine noch genauere Untersuchungsplanung unternommen werden, um die Überprüfung der Wirksamkeit zu verbessern. Trotz der auch negativen Ergebnisse handelt es sich bei den Ergebnissen um eine wichtige Information für die Mitarbeiter der Klinik.

9 Zusammenfassung

Hintergrund

An der Psychotherapiestation und der Tagesklinik des Otto-Wagner-Spitals hat sich die Notwendigkeit einer empirischen Überprüfung der Wirksamkeit des Behandlungsangebots ergeben. Im Fokus dieser Untersuchung steht die Katamnese, deren Wichtigkeit im Bereich der Klinischen Psychologie hervorgehoben wird. Durch Follow-up-Untersuchungen lässt sich die zeitliche Stabilität von Effekten einer Intervention feststellen. Neben der Wirksamkeitsevaluation direkt nach einer Behandlung stellt die Katamnese die Möglichkeit einer Überprüfung der Stabilität von Behandlungseffekten dar.

Methode

Mit der vorliegenden Studie wurde der dritte Teil einer Längsschnittuntersuchung zur Evaluierung der Behandlungsqualität am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik am Otto-Wagner-Spital in Wien verwirklicht. Die Stichprobe bestand aus 31 Personen der ursprünglich 60 Personen großen Versuchsgruppe, die ein Jahr vor der hier beschriebenen Katamnese eine Behandlung an der Klinik abgeschlossen haben und hinsichtlich der Veränderung ihrer Symptomatik evaluiert wurden. Es wurde mittels derselben Fragebögen die Wirkung des multimodalen Psychotherapiekonzeptes überprüft. Verwendete Verfahren waren: Short-Form Health Survey (SF-36), Toronto Alexithymia-Scale (TAS-20), Beck Depressions-Inventar-II (BDI-II) und Brief Symptom Inventory (BSI). Geprüft wurde auf Veränderungen über die drei Zeitpunkte hinweg, auf Wechselwirkungen und Geschlechtsunterschiede.

Ergebnisse

In der Skala Psychisches Wohlbefinden und Zwanghaftigkeit konnten signifikante Verbesserungen gefunden werden, die aufrecht erhalten wurden. Tendenziell traf das auch auf die Skalen Somatisierung, Depressivität und auf die Gesamtskala des psychischen Wohlbefindens und der Subskala allgemeine Gesundheitswahrnehmung zu. Es konnten jedoch auch signifikante Verschlechterungen der depressiven

Symptomatik, der körperlichen Funktionsfähigkeit der Frauen und der Ängstlichkeit bei den Frauen zum Katamnesezeitraum gefunden werden. Zu Unterschieden im Geschlecht kam es bei den Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit und in der Gesamtskala des BSI zum Zeitpunkt der Entlassung. Tendenziell signifikante Unterschiede gab es bezüglich der Depressivität, der Schwierigkeit bei der Identifikation von Gefühlen und Diskriminierung von körperlichen Sensationen, der Vitalität, der Ängstlichkeit, der Unsicherheit im Sozialkontakt und der Gesamtskala des psychischen Wohlbefindens (BSI) zum Zeitpunkt der Katamnese. In allen Skalen wurden in der Gruppe der Frauen höhere Werte festgestellt.

Schlussfolgerungen

Durch das Behandlungskonzept konnte für die Gruppe der Completer teilweise ein erfolgreicher Langzeitverlauf der Therapie festgestellt werden. Auf das psychische Wohlbefinden, zwanghafte Symptome und Somatisierung wirkte das multimodale Behandlungsprogramm positiv ein. Besonders auffallend war, dass sich vorliegende Geschlechtsunterschiede auf schlechtere Werte bei den Frauen bezogen, was eine Erklärung für die Verschlechterung der körperlichen Funktionsfähigkeit und wieder stärker auftretenden Ängste in dieser Gruppe sein könnte. Auch die Remission der depressiven Symptomatik in Richtung Ausgangswert könnte mit den übrigen Ergebnissen und der geringen Verbesserung in Verbindung stehen. Dass Alexithymie eine stabile Persönlichkeitseigenschaft ist, konnte mit den vorliegenden Ergebnissen belegt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung betreffen allerdings nur die Patienten, die an der Katamnese teilgenommen haben und lassen sich nicht auf die ursprüngliche Gesamtstichprobe verallgemeinern.

10 Literaturverzeichnis

- Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Helleman, G., Frye, M. A., Sugar, C. A., McElroy, S. L. et al. (2010). Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 708–715.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: HAPA.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., v. Bijl, R., de Graaf, R., Vollebergh, W. et al. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12* (1), 3–21.
- Angst, J. (1998). The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, *50*, 143–151.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *4*, 37.
- Atria, M., Reimann, R. & Spiel, C. (2006). Qualitätssicherung durch Evaluation. Die Bedeutung von Zielexplication und evaluativer Haltung. In Ch. Steinebach (Hrsg.), *Handbuch Psychologische Beratung* (S. 574–586). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bach, M., Bach, D., de Zwaan, M., Serim, M. & Böhmer, F. (1996). Validierung der deutschen Version der 20-Item Toronto-Alexithymie-Skala bei Normalpersonen und psychiatrischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *46*, 23–28.
- Bach, M., de Zwaan, M., Ackard, D., Nutzinger, D. O. & Mitchell, J. E. (1994). Alexithymia – relationship to personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *25*, 239–243.
- Baer, D. M., Wolf, M. M. & Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *1*, 91–97.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38* (1), 23–32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, *38* (1), 33–40.

- Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Ghaemi, S. N., Joffe, H., Kim, D. R. et al. (2005). Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders*, 7, 465–470.
- Baumann, U. (1982). Psychodiagnostische Verfahren zu Therapieindikation und Effektkontrolle. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 278–292). Weinheim: Edition Psychologie.
- Baumann, U. & Perrez, M. (2006). Grundlagen der Klinisch-psychologischen Behandlung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 1–16). Wien: Springer.
- Bebbington, P. & Ramana, R., (1995). The epidemiology of bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 279–292.
- Becher, I., Lindner, A. & Schulze, P. (1995). *Lateinisch-griechischer Wortschatz in der Medizin* (4. Aufl.). Berlin: Ullstein Mosby.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory – Second edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beesdo, K. & Wittchen, H.-U. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 731–762). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bernsdorff, N. (1992). *Katamnestic Untersuchungen ehemals stationär-psychiatrischer Patienten unter Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven*. Regensburg: Roderer.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25, 147–155.
- Birkenfeld, F. (2005). *Langzeitwirkung von stationärer Gruppen-Psychotherapie: 5-Jahres-Katamnese an einer psychosomatischen Klinik mit gemeinschaftsorientiertem und personenzentriertem Behandlungskonzept*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- Bleuler, E. (1911). Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In G. Aschaffenburg (Hrsg.), *Handbuch der Psychiatrie. Spez. Teil 4. Abtl.* Leipzig, Wien: Deuticke.
- Bohus, M. & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Zum gegenwärtigen Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 82, 16–24.
- Bohus, M. & Schmahl, C. (2006). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Deutsches Ärzteblatt*, 103 (49), 3345–3352.

- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brådvik, L. (2003). Suicide after suicide attempt in severe depression: A long-term follow up. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 381–388.
- Bräutigam, W., Senf, W. & Kordy, H. (1990). Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojektes. In H. Lang (Hrsg.), *Wirkfaktoren der Psychotherapie* (S. 189–208). Berlin: Springer.
- Breuer, J. & Freud, S. (1995). *Studien über Hysterie*. Repr. der Erstausg. (1895). Frankfurt a. M.: Fischer.
- Broda, M. (1998). Aspekte der Qualitätssicherung in der stationären Verhaltensmedizin. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 277–290). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Butschek, C. (2006). Affektive Störungen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 175-196). Wien: Springer.
- Canetto, S. S. & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 1–23.
- Cooper, J. O., Heron, T. E. & Heward, W. L. (2007). *Applied behaviour analysis* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Cooperstock, R. & Lennard, H. L. (1979). Some social meanings of tranquilizer use. *Sociology of Health & Illness*, 1, 331–347.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385–1401.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S.D & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (9), 1219–1229.
- Derogatis, L.R. (1975). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L.R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, scoring and procedures manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Deter, H. C., Herzog, W. & Manz, R. (1994). Werden Anorexia nervosa-Patienten seelisch wieder gesund? Ergebnisse einer 12-Jahreskatamnese von 103 Patienten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 155–173.
- Deutsche Gesellschaft für Evaluation (2014). *Standards für Evaluation*. Zugriff am 13.07.2015. Verfügbar unter <http://www.degeval.de/degeval-standards/standards>
- Diflorio, A. & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22, 437–452.
- Dillig, H. (Hrsg.). (2010). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien ICD-10, DCR-10 und Referenztabellen ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (5., überarbeitete Aufl. unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10.). Bern: Huber.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 66–203.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Drost, J., Van der Does, A.J.W., Antypa, N., Zitman, F.G., Van Dyck, R. & Spinhoven, Ph. (2012). General, specific and unique cognitive factors involved in anxiety and depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 621–633.
- Dührssen, A. (1996). Die Bedeutung von Wirksamkeits- und Erfolgsmessung für die Psychotherapie. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie* (S. 6–11). Regensburg: Roderer.
- Dührssen, A. (1962). Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 26, 119–157.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271–285.
- Eckert, J., Hartmann, S. & Zepf, S. (2004). Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 20 (2), 244–247.
- Eichhammer, P. (2004). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Warum antworten Patienten nicht auf Katamnesefragen?* Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Salzburg.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden. Lehrbuch; mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.

- Elliot, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. In D. J. Cain & J. Seeman (Hrsg.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice* (S. 57–82). Washington, DC: American Psychosocial Association.
- Eysenck, H. J. (1952). *The effects of psychotherapy*. New York: International Science Press.
- Fäh, M. (2006). Der „Grawe-Effekt“: Von der Polemik zum Katalysator von positiven Entwicklungen im Psychotherapiefeld. *Psychotherapie Forum*, 14 (1), 42–46.
- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.). (1998). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzung und Zusammenwirken. In H. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 47–68). Göttingen: Hogrefe.
- Feilen, T. M. (1999). *Ergebnisse einer 2-Jahres-Katamnese nach stationärer Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation. Universität Heidelberg.
- Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen* (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl.) (S. 3–53). Weinheim: Beltz, PVU.
- Fischer, G. & Klein, B. (1997). Psychotherapieforschung. Forschungsepochen, Zukunftsperspektiven und Umriss eines dynamischen-behavioralen Verhaltens. In K.D. Hildemann & P. Potthoff (Hrsg.), *Psychotherapie – Quo vadis?* (S. 17–35). Göttingen: Hogrefe.
- Fitz, M. (2013). *Studie zur Evaluierung der Behandlung am Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Wien.
- Flatten, G., Ludwig-Becker, F. & Petzold, E. R. (1999). Stationäre Psychotherapie. In H. Studt & E.R. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse, Psychosomatik, Psychotherapie: Ein Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 62–69). Berlin: De Gruyter.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner & E., Klapp, B. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 47–55.
- Fox, R. M. (2013). The maintenance of behavioral change: The case for long-term follow-ups. *American Psychologist*, 68 (8), 728–736.

- Frank, R. (1998). Qualitätssicherung durch Supervision. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 647–682). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R, Symptom-Check-Liste von L. R. Derogatis. Manual* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H., Hoffmann, T. & Frommer, J. (2005). Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *51*, 360–372.
- Franz, M., Heuft, G., Lensche, H., Hartkamp, N., Tetzlaff, K., Martin, K. et al. (2000). Besserung klinischer Beeinträchtigung durch stationäre Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Multizenterstudie aus drei deutschen psychosomatischen Universitätskliniken zu Effekten stationärer Psychotherapie. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 17–23). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Franz, M., Schneider, C., Schäfer, R., Schmitz, N. & Zweyer, K. (2001). Faktorenstruktur und Testgütekriterien der deutschen Version der Toronto-Alexithymie-Skala (TAS-20) bei psychosomatischen Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *51*, 48–55.
- Frasch, K. & Neumann, N. U. (1999). Ökonomische Aspekte psychotherapeutischer Verfahren in Psychosomatik und Psychiatrie. Ein systematischer Literaturüberblick. *Nervenarzt*, *70*, 387–390.
- Freud, S. (1918). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. In S. Freud (Hrsg.), *Gesammelte Werke Band 12*, (S. 27–157). Frankfurt am Main: Fischer.
- Frohburg, I. (2004). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *33* (3), 196–208.
- Gaebel, W. (1997). Grundzüge der Qualitätssicherung in der Psychiatrie. In M. Berger & W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 13–31). Berlin: Springer.
- Galdas, P. M., Cheater, F. & Marshall, P. (2005). Men and health helpseeking behavior: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *49*, 616–623.
- Gerson, J. M. & Peiss, K. (1985). Boundaries, negotiation, consciousness: Reconceptualizing gender relations. *Social Problems* *32*, 317–331.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, *49* (1), 59–72.

- Gold, J. H., (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 769–775.
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G. H. et al. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189–194.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. et al. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1205–1215.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur Psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1–7.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 19 (4), 362–376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1995). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Grilo, C. M. & McGlashan, T. H. (1999). Stability and course of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 12, 157–162.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H. & Oldham, J. M. (1998). Course and stability of personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 61–75.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., Zaranini, M. C. et al. (2004). Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (5), 767–775.
- Haase, M., Frommer, J., Franke, G., Hoffmann, T., Schulze-Muetzel, J., Jäger, S. et al. (2008). From symptom relief to interpersonal change: Treatment outcome and effectiveness in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 18, 615–624.
- Hager, W., Patry, J.-L. & Brezing, H. (2000). Einleitung und Überblick. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 1–7). Bern: Huber.
- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz R.-D. (2003a). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In H. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 17–46). Göttingen: Hogrefe.

- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz R.-D. (2003b). Qualitätsmanagement in der Psychotherapie – eine Einführung. In H. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 9–13). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, Ch. (2009). *BDI-II – Beck Depressions-Inventar Revision* (2. Aufl.). Frankfurt/Main: Pearson.
- Hegerl, U. & Schönknecht, P. (2009). Subdiagnostische Depressionen. Gibt es Behandlungen mit klinisch relevanten Effekten? *Nervenarzt*, *80* (5), 532–539.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S. & Hammen, C., (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 393–396.
- Herzog, W. & Deter, H.-C. (1994). Langzeitkatamnesen: Methodische Gesichtspunkte bei der Interpretation von Verlaufsergebnissen. Eine Darstellung am Beispiel der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, *40*, 117–127.
- Heuft, G. & Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hillard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 373–380.
- Hoffmann, H. (1998). Qualitätssicherung im Krankenhaus. *Krankenhaus*, *2*, 43–46.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon, J.P. et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 417–422.
- Huber, G., Gross, G., Schüttler & R. (1979). *Schizophrenie – Eine Verlaufs- und psychiatrische Langzeitstudie*. Berlin: Springer.
- Hutt, W. & Fahrenberg, J. (1986). Katamnestik in der psychotherapeutischen Praxis: Eine regionale Umfrage. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *15*, 351–356.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, *34*, 1–15.
- Johnston, J. M. (1993). A model of developing and evaluating behavioral technology. In R. Van Houten & S. Axelrod (Eds.), *Behavior analysis and treatment* (pp. 323–345). New York: Plenum Press.

- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1996). *A Guide to Performance Improvement in Behavioral Health Care Organizations*. Oakbrook Terrace: JCAHO.
- Jurs, S. G. & Glass, G. V. (1971). The effect of experimental mortality on the internal and external validity of the randomized comparative experiment. *Journal of Experimental Education*, 40, 62–66.
- Kächele, H. (1992). Psychoanalytische Psychotherapieforschung. *Psyche*, 46, 259–285.
- Kächele, H. & Kordy, H. (1992). Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Nervenarzt*, 62, 157–167.
- Kaltenbach, T. (1993). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management* (2. Aufl.). Melsungen: Bibliomed.
- Kastner, S. & Basler, H.-D. (1997). Messen Veränderungsfragebögen wirklich Veränderungen? *Schmerz*, 11 (4), 254–262.
- Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Wells, J. E. et al. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disorders*, 7, 119–125.
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behaviour change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427–451.
- Kazdin, A. E. (1995). Methods of psychotherapy research. In B. Bongar & L. E. Beutler (Hrsg.), *Comprehensive Textbook of Psychotherapy. Theory and Practice* (S. 405–433). New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. & Kendall, P. C. (1998). Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 217–226.
- Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L. & Voth, H. (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1–275.
- Kessing, L. V., (2004). Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6, 421–425.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R. et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289 (23), 3095–3105.

- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kleindienst, N., Limberger, M.F., Schmahl, C., Steil, R., Ebner-Priemer, U.W. & Bohus, M. (2008). Do improvements after inpatient dialectical behavioral therapy persist in the long term? A naturalistic follow-up in patients with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196 (11), 847–851.
- Klesse, C., Berger, M., Bermejo, I., Bschor, T., Gensichen, J., Harfst, T. et al. (2010). Evidenzbasierte Psychotherapie der Depression. *Psychotherapeut*, 55, 247–263.
- König, H.-H., Luppä, M. & Riedel-Heller, S. (2010). Die Kosten der Depression und die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 37, 213–215.
- Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung. Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, 310–324.
- Kordy, H. & Kächele, H. (1996). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In Uexküll, T. von (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. Aufl.) (S. 490–501). München: Urban und Schwarzenberg.
- Kordy, H., Rad, M. v. & Senf, W. (1983). Success and failure in psychotherapy: hypotheses and results from the Heidelberg-follow-up project. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40, 211–227.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie*. Leipzig: Barth.
- Kromrey, H. (2001). Evaluation – ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (25), 105–131.
- Kühler, T. & Kasper, J. (2000). Erste Ergebnisse einer Ein-Jahreskatamnese für die stationäre Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 17–23). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. *Nervenarzt*, 78, 651–656.
- Laireiter, A.-R. (1998). Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Praxis: Möglichkeiten für Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 19, 9–38.

- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Einblicke in die Werkstatt. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 17–46). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laßhof, A. (2013). *Therapieevaluation. Ein-Jahres-Katamnese an einer Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie*. Saarbrücken: Akademikerverlag.
- Laux, G. (2005). Affektive Störungen. In H.- J. Möller, G. Laux & D. Arno (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 73–105). Stuttgart: Thieme.
- Lehr, U. (1989). *Beitrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit zum Jahresbericht der Bundesregierung 1989*. Bonn: Ministerium für Jugend, Frauen und Gesundheit.
- Lieberz, K. (2000). Leitlinien zur stationären Psychotherapie. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 17–23). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Lönquist, J. K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook Last Suicide Attempt before Completed Suicide* (pp. 107–120). Chichester: Wiley.
- Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M. & Kordy, H. (1996). Das Heidelberger Modell der aktiven internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 41, 25–35.
- Margraf, J. & Müller-Spahn, F. J. (Hrsg.). (2009). *Pschyrembel Psychiatrie, klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: De Gruyter.
- Maß, E. (1997). Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Die Qualität der Versorgung psychisch Kranker aus Sicht der Angehörigen. In M. Berger & W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychiatrie* (S. 103–109). Berlin: Springer.
- McDavid, J. D. & Pilkonis, P. A. (1996). The stability of personality disorder diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 10, 1–15.
- Meyer, A.-E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 287–291.
- Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002). Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 19–37.
- Morbitzer, L. (2003). Katamnestik – Anspruch und Realität. *Beratung Aktuell*, 1, 49–59.

- Morgan, V. A., Mitchell, P. B. & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders*, 7, 326–337.
- Newman, F. L. (1983). Therapist's evaluation of psychotherapy. In M. J. Lambert, E. R. Christensen & S. S. DeJulio (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 498–536). New York: Wiley.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 49–74). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Nübling, R. & Schmidt, J. & Puttendörfer, J. (1995). Transparenz als Grundvoraussetzung klinikinterner Qualitätssicherung: Zur Notwendigkeit und zum Nutzen einer Basisdokumentation. In Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (Hrsg.), *Zusammenarbeit von Forschung und Praxis* (S. 237–239). DRV-Schriften, Band 5. Frankfurt a. M.: VDR.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E. & Joyce, A. S. (2011). Der Einfluss von Alexithymie auf Behandlungsverlauf und -ergebnis von Psychotherapie: Eine programmatische Überprüfung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 47, 94–110.
- Ohmann, C. (1997). Was ist Qualitätsmanagement? In O. Scheibe (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Medizin* (S. 1–16). Landsberg am Lech: ecomed.
- Orlinsky, D. (2008). Comments on the state of psychotherapy research (As I see it). *Existenzanalyse*, 25 (1), 4–6.
- Otto-Wagner-Spital (2015). *Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik*. Zugriff am 20.07.2015 unter: http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?ID=911.
- Parker, J. D., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S. & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7 (4), 221–232.
- Parker, J. D., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto alexithymia scale-III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269–275.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1089–1095.
- Paykel, E.S. (2006). Depression: major problem for public health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15 (1), 4–10.

- Pieper, L., Schulz, H., Klotsche, J., Eichler, T. & Wittchen, H.-U. (2008). Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 51, 411–421.
- Probst, T., Heymann, F.v., Zaunig, M., Konermann, J., Lahmann, C. Loew, T. et al. (2009). Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung — Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55 (4), 409–420.
- Rad, M. von, & Senf, W. (1986). Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin. In T. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (3. Aufl.) (S. 361–375). München: Urban und Schwarzenberg.
- Rasgon, N., Bauer, M., Grof, P., Gyulai, L., Elman, S., Glenn, T. et al. (2005). Sex-specific self-reported mood changes by patients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 77–83.
- Ringler, M. (2000). Aspekte der Psychotherapieforschung. In M. Hochgerner & E. Wildberger (Hrsg.), *Was heilt in der Psychotherapie? Überlegungen zur Wirksamkeitsforschung und methodenspezifische Denkweisen* (S. 1–29). Wien: Facultas.
- Rosin, U. & Donaubaue, B. (2003). *Warum antworten PatientInnen nicht auf Katamnesefragen?* Unveröffentlichter Bericht.
- Rost, J. (2000). Allgemeine Standards für Evaluationsforschung. In W. Hager, J.-L. Patry & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmaßnahmen* (S. 129–140). Bern: Huber.
- Rudolf, G. (1992). Versorgungsforschung: Ergebnisse und Zukunftsperspektiven. In W. Tress (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland* (S. 83–94). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rufer, M. & Grabe, H. J. (2009). Alexithymie und Psychotherapie – Forschungsstand und Konsequenzen für die Praxis. In H. J. Grabe & M. Rufer (Hrsg.), *Alexithymie: Eine Störung der Affektregulation. Konzepte, Klinik und Therapie* (S. 183–200). Bern: Huber.
- Rückert, D. & Linster, W. (1998). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Rahmen der ambulanten Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Ein Werkstattbuch* (S. 417–454). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Rüger, B. (1994). Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 368–383.

- Rüger, U. (1991). 7-Jahres-Katamnese nach Abschluss einer analytischen Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 37, 361–374.
- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40 (2), 103–116.
- Saarni, S. I., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. et al. (2007). Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British Journal of Psychiatry*, 190, 326–332.
- Sachse, U. (2009). Chancen und Grenzen stationärer traumazentrierter Psychotherapie: Eine Zwischenbilanz. In S. Trautmann & B. Voigt (Hrsg.), *Affektregulation und Sinnfindung in der Psychotherapie* (S. 207–235). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. & Schmid-Ott, G. (2003). Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 63–73.
- Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaub, E. & Schliehe, F. (1994). Ergebnisse der Reha-Kommission und ihre Bedeutung für das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 2, 101–110.
- Schmidt, J., Nübling, R. & Lamprecht, F. (1992). Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentations-Systems sowie erweiterter Evaluationsstudien. *Gesundheitswesen*, 54, 70–80.
- Schneider, E. (1996). *Wer bestimmt was hilft? Über die neue Zahlengläubigkeit in der Psychotherapieforschung. Eine Streitschrift*. Paderborn: Jungfermann.
- Selbmann, H. K. (1995). Konzept und Definition medizinischer Qualitätssicherung. In W. Gaebel (Hrsg.), *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 3–10). Wien: Springer.
- Selbmann, H.-K. (1990). Konzeption, Voraussetzung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen im Krankenhaus. *Krankenhaus*, 82, 470–474.
- Senf, W. (1990). Sind psychoanalytische Behandlungen effektiv? In U. Streek & H. V. Werthmann (Hrsg.), *Herausforderungen für die Psychoanalyse* (S. 339–358). München: Pfeiffer.
- Senf, W., Kordy, H., Rad, M. v. & Bräutigam W. (1984). Indication of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 42, 37–47.

- Senf, W. & Rad, M. v. (2000). Ergebnisforschung in der Psychotherapie. In H. H. Studt & E.R. Petzold (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse, Psychosomatik, Psychotherapie: Ein Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 62–69). Berlin: De Gruyter.
- Shands, H. C. (1958). An approach to the measurement of suitability for psychotherapy. *Psychiatric Quarterly*, 32, 500–521.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Slife, B. D. & Gantt, E. E. (1999). Methodological pluralism: A framework for psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1453–1465.
- Spiegler, M. D. & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Stapel, M. (2005). *Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie bei depressiven Erkrankungen in der Psychosomatik*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J. & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677–688.
- Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F. & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173–180.
- Strauß, B. (2001). Abschied vom Dodo-Vogel: Störungsspezifische versus allgemeine Therapie aus der Sicht der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51 (11), 425–429.
- Strauß, B. (2004). Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie. In H. Lang (Hrsg.), *Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie?* (S. 101–112). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcome: with special references to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32 (3), 187–196.
- Stulz, N. (2012). Effektstärken: Zur klinischen Relevanz von Studienergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62 (7), 288–289.
- Suominen, K., Mantere, O., Valtonen, H., Arvilommi, P., Leppamäki, S. & Isometsä, E., (2009). Gender differences in bipolar disorder type I and II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 464–473.

- Tausch, B. & Härter, M. (2003). Qualitätszirkel. In H. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung* (S. 171–189). Göttingen: Hogrefe.
- Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*, 68–77.
- Vanheule, S., Verhaeghe, P. & Desmet, M. (2011). In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*, 84–97.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment. A study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wallerstein; R. S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 195–205.
- Weinreich, W. M. (2005). *Integrale Psychotherapie. Ein umfassendes Therapiemodell auf der Grundlage der Integralen Philosophie nach Ken Wilber*. Leipzig: Araki.
- West, C. & Zimmerman, D.H. (1987). Doing gender. *Gender & Society*, *1*, 125–151.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 357–376.
- Wittmann, W. W. (1990). Aufgaben und Möglichkeiten der Evaluationsforschung in der Bundesrepublik Deutschland – Technologietransfer aus den Sozialwissenschaften. In U. Koch & W. W. Wittmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung* (S. 7–14). Berlin: Springer.
- Wooderson, S. C., Fekadu, A., Markopoulou, K., Rane, L. J., Poon, L., Juruena, M. F. et al. (2014). Long-term symptomatic and functional outcome following an intensive inpatient multidisciplinary intervention for treatment-resistant affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, *166*, 334–342.
- Wottawa, H. & Thierau, M. (1998). *Lehrbuch Evaluation* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wottawa, H. & Thierau, M. (2003). *Lehrbuch Evaluation* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J. & Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *139* (1), 53–80.
- Zaranini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160* (2), 274–283.

10 Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Signifikanzniveaus mit und ohne α -Fehler Korrektur.....	72
<i>Tabelle 2:</i> Effektstärken.....	73
<i>Tabelle 3:</i> Ergebnisse der Verteilung der psychischen Störungen.....	74
<i>Tabelle 4:</i> Unterschiede zwischen Completern und Drop-outs bezüglich der einzelnen Fragebögen	76
<i>Tabelle 5:</i> Ergebnisse der post-hoc-Berechnungen und Mittelwerte der Männer, der Frauen und der Gesamtstichprobe bezüglich depressiver Symptomatik.....	78
<i>Tabelle 6:</i> Mittelwerte der TAS-20 Gesamtskala und Subskalen für Männer, Frauen und Gesamtstichprobe.....	80
<i>Tabelle 7:</i> Mittelwerte der Männer, Frauen und Gesamtstichprobe zu allen Zeitpunkten der Gesamtskala des BSI	81
<i>Tabelle 8:</i> Post-hoc-Ergebnisse der Skala Somatisierung.....	83
<i>Tabelle 9:</i> Post-hoc-Ergebnisse der Skala Zwanghaftigkeit für Gesamtstichprobe, Männer und Frauen	86
<i>Tabelle 10:</i> Post-hoc-Analyse: Werte der Gesamtstichprobe bezüglich der Depressivität	87
<i>Tabelle 11:</i> Post-hoc-Ergebnisse der Skala Ängstlichkeit für Gesamtstichprobe und Frauen	88
<i>Tabelle 12:</i> Mittelwerte der physischen und psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die Männer, die Frauen und die Gesamtstichprobe zu allen Zeitpunkten.....	91
<i>Tabelle 13:</i> Ergebnisse des post-hoc-Tests des Zeiteffekts der Gruppe der weiblichen Teilnehmer in der Skala körperliche Funktionsfähigkeit	93

<i>Table 14:</i> Mittelwerte der Subskalen der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität	94
<i>Table 15:</i> Ergebnisse des post-hoc-Tests des Zeiteffekts der Gruppe der weiblichen Teilnehmer der Skala allgemeine Gesundheitswahrnehmung	95
<i>Table 16:</i> Ergebnisse des post-hoc-Tests des Zeiteffekts der Gruppe der weiblichen Teilnehmer der Skala psychisches Wohlbefinden	97
<i>Table 17:</i> Mittelwerte der Subskalen der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität	98
<i>Table 18:</i> Mittelwerte der Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Ängstlichkeit für die Männer, die Frauen und die Gesamtstichprobe	132
<i>Table 19:</i> Mittelpunkte der Subskalen Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus für die Männer, die Frauen und die Gesamtstichprobe	133

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen von Qualität (nach Donebedian, 1966, in Laireiter, 1998, S. 52)	19
<i>Abbildung 2.</i> Verteilung der Hauptdiagnosen in der Untersuchungspopulation.	74
<i>Abbildung 3.</i> Verlauf der depressiven Symptomatik (BDI-II) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....	78
<i>Abbildung 4.</i> Verlauf der gesamten Alexithymieskala des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.	79
<i>Abbildung 5.</i> Verlauf der allgemeinen psychischen Belastung (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.	82
<i>Abbildung 6.</i> Somatisierung (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.	84
<i>Abbildung 7.</i> Zwanghaftigkeit (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.	85
<i>Abbildung 8.</i> Unsicherheit im Sozialkontakt (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.	85
<i>Abbildung 9.</i> Depressivität (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.	87
<i>Abbildung 10.</i> Ängstlichkeit (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....	89
<i>Abbildung 11.</i> Verlauf der physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....	92
<i>Abbildung 12.</i> Verlauf der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....	92
<i>Abbildung 13.</i> Körperliche Funktionsfähigkeit (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....	93
<i>Abbildung 14.</i> Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....	95

<i>Abbildung 15. Vitalität (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	96
<i>Abbildung 16. Psychisches Wohlbefinden (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	97
<i>Abbildung 17. Subskala DIF des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	134
<i>Abbildung 18. Subskala DDF des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....</i>	134
<i>Abbildung 19. Subskala EOT des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....</i>	135
<i>Abbildung 20. Körperliche Rollenfunktion (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	135
<i>Abbildung 21. Schmerzen (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	136
<i>Abbildung 22. Soziale Funktionsfähigkeit (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	136
<i>Abbildung 23. Emotionale Rollenfunktion (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	137
<i>Abbildung 24. Aggressivität (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	137
<i>Abbildung 25. Phobische Angst (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	138
<i>Abbildung 26. Paranoides Denken (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.....</i>	138
<i>Abbildung 27. Psychotizismus (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.</i>	139

12 Anhang

12.1 Tabellen

Tabelle 18: Mittelwerte der Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität und Ängstlichkeit für die Männer, die Frauen und die Gesamtstichprobe

BSI	Zeitpunkt	MW (SD)		
		männlich	weiblich	gesamt
Somatisierung	T ₀	58.60 (10.43)	66.95 (11.89)	64.26 (11.94)
	T ₁	52.10 (11.05)	64.24 (12.71)	60.32 (13.33)
	T ₂	57.80 (10.09)	65.14 (13.01)	62.77 (12.47)
Zwanghaftigkeit	T ₀	63.30 (8.47)	73.10 (8.01)	69.94 (9.27)
	T ₁	58.10 (11.47)	69.95 (10.49)	66.13 (12.02)
	T ₂	59.30 (9.25)	69.43 (12.82)	66.16 (12.58)
Unsicherheit im Sozialkontakt	T ₀	65.00 (14.03)	70.48 (10.60)	68.71 (11.86)
	T ₁	58.20 (12.33)	68.19 (10.83)	64.97 (12.10)
	T ₂	61.00 (10.76)	68.05 (14.16)	65.77 (13.40)
Depressivität	T ₀	68.90 (10.91)	72.57 (7.97)	71.39 (9.04)
	T ₁	63.10 (13.50)	69.71 (9.08)	67.58 (10.94)
	T ₂	64.60 (12.37)	69.29 (14.37)	67.77 (13.73)
Ängstlichkeit	T ₀	64.50 (13.44)	67.91 (11.74)	66.81 (12.20)
	T ₁	59.20 (13.11)	67.00 (10.42)	64.48 (11.73)
	T ₂	59.20 (13.77)	69.10 (12.53)	65.90 (13.55)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme. T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;

Tabelle 19: Mittelpunkte der Subskalen Aggressivität, phobische Angst, paranoides Denken, Psychotizismus für die Männer, die Frauen und die Gesamtstichprobe

BSI	Zeitpunkt	MW (SD)		
		männlich	weiblich	gesamt
Aggressivität	T ₀	58.60 (10.43)	66.95 (11.89)	64.26 (11.94)
	T ₁	52.10 (11.05)	64.24 (12.71)	60.32 (13.33)
	T ₂	57.80 (10.09)	65.14 (13.01)	62.77 (12.47)
Phobische Angst	T ₀	63.30 (8.47)	73.10 (8.01)	69.94 (9.27)
	T ₁	58.10 (11.47)	69.95 (10.49)	66.13 (12.02)
	T ₂	59.30 (9.25)	69.43 (12.82)	66.16 (12.58)
Paranoids Denken	T ₀	65.00 (14.03)	70.48 (10.60)	68.71 (11.86)
	T ₁	58.20 (12.33)	68.19 (10.83)	64.97 (12.10)
	T ₂	61.00 (10.76)	68.05 (14.16)	65.77 (13.40)
Psychotizismus	T ₀	68.90 (10.91)	72.57 (7.97)	71.39 (9.04)
	T ₁	63.10 (13.50)	69.71 (9.08)	67.58 (10.94)
	T ₂	64.60 (12.37)	69.29 (14.37)	67.77 (13.73)

Anmerkung: T₀ = Aufnahme, T₁ = Entlassung, T₂ = Katamnese;

12.2 Abbildungen

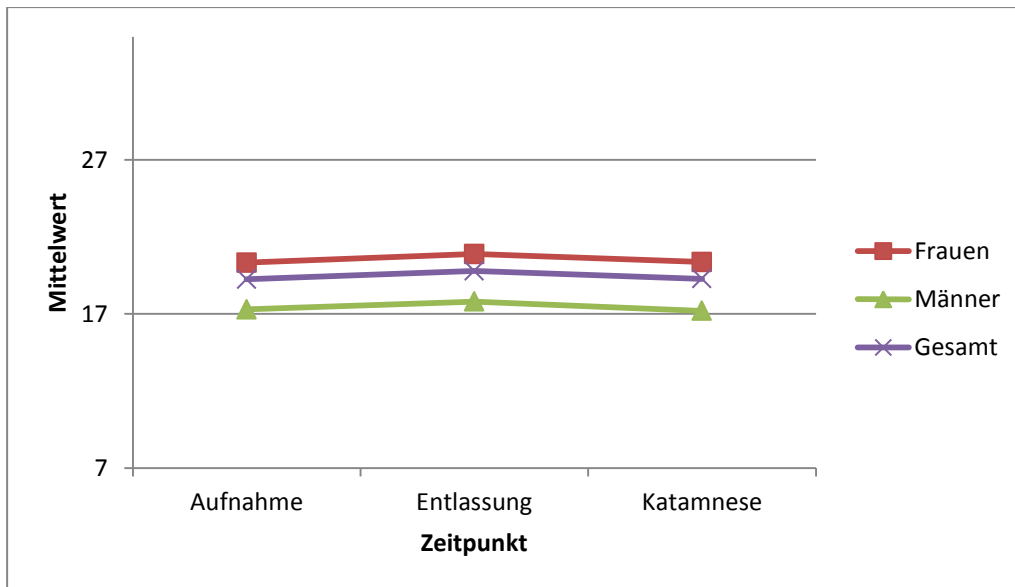


Abbildung 17. Subskala DIF des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

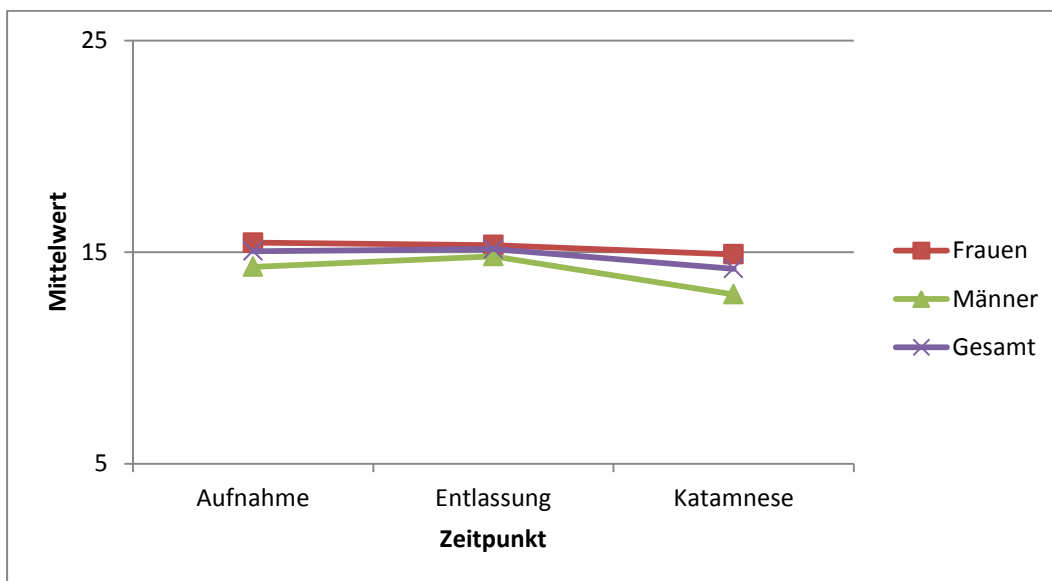


Abbildung 18. Subskala DDF des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

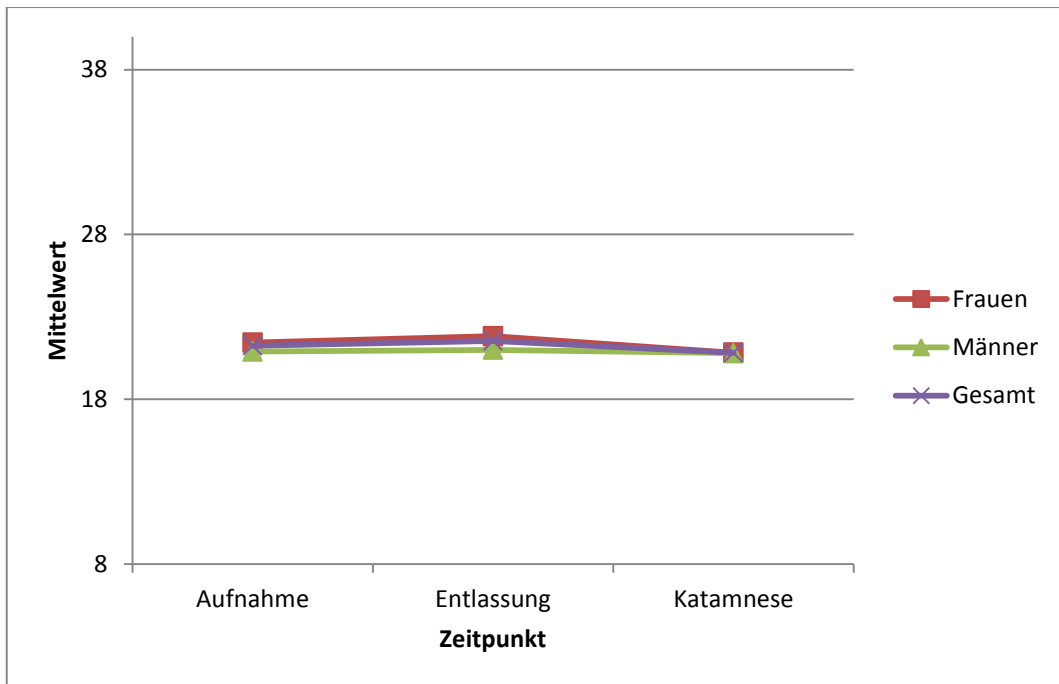


Abbildung 19. Subskala EOT des TAS-20 nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

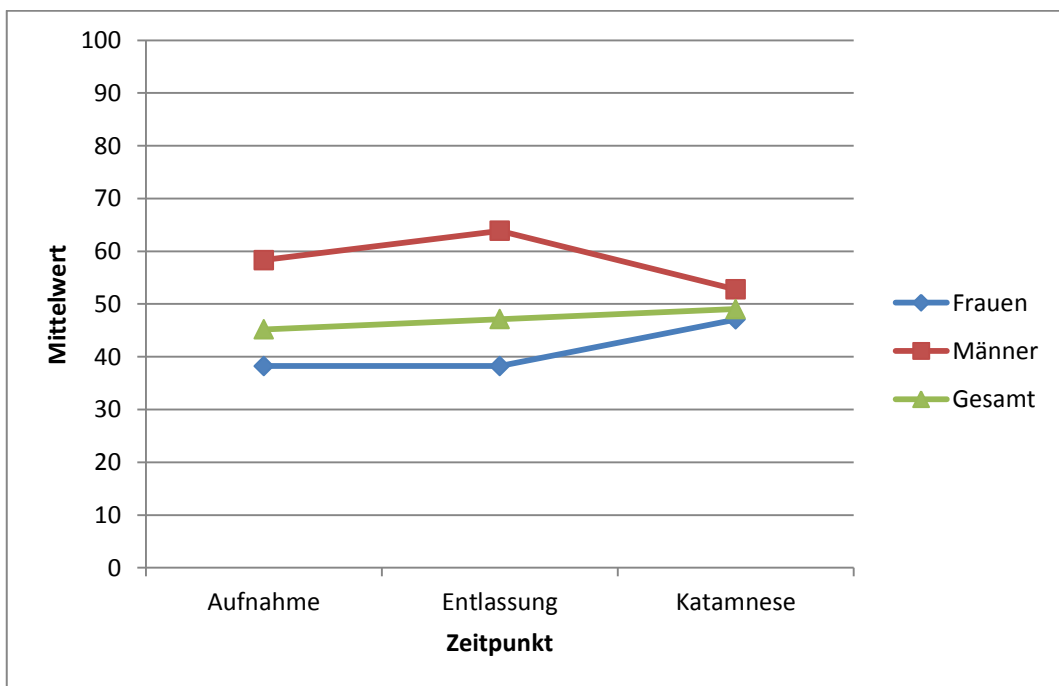


Abbildung 20. Körperliche Rollenfunktion (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

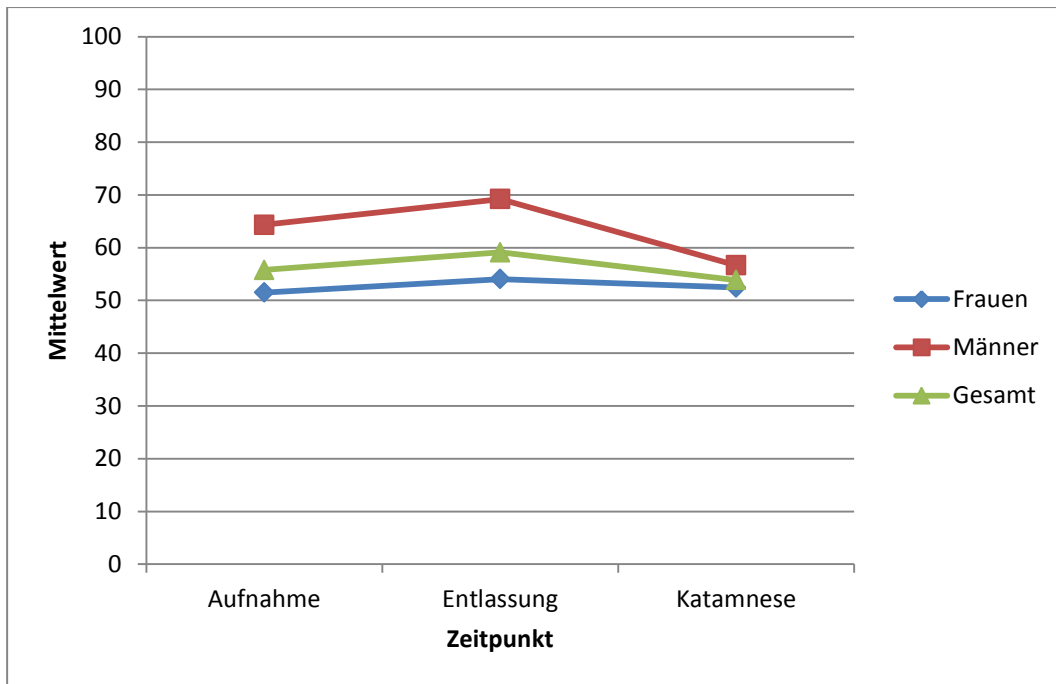


Abbildung 21. Schmerzen (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

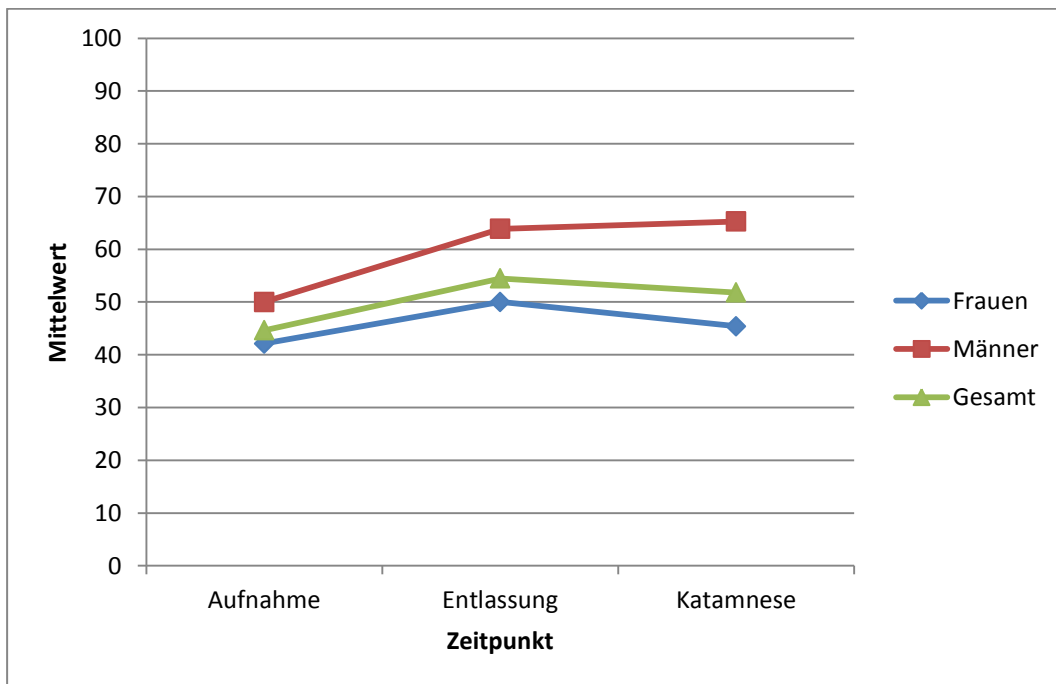


Abbildung 22. Soziale Funktionsfähigkeit (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

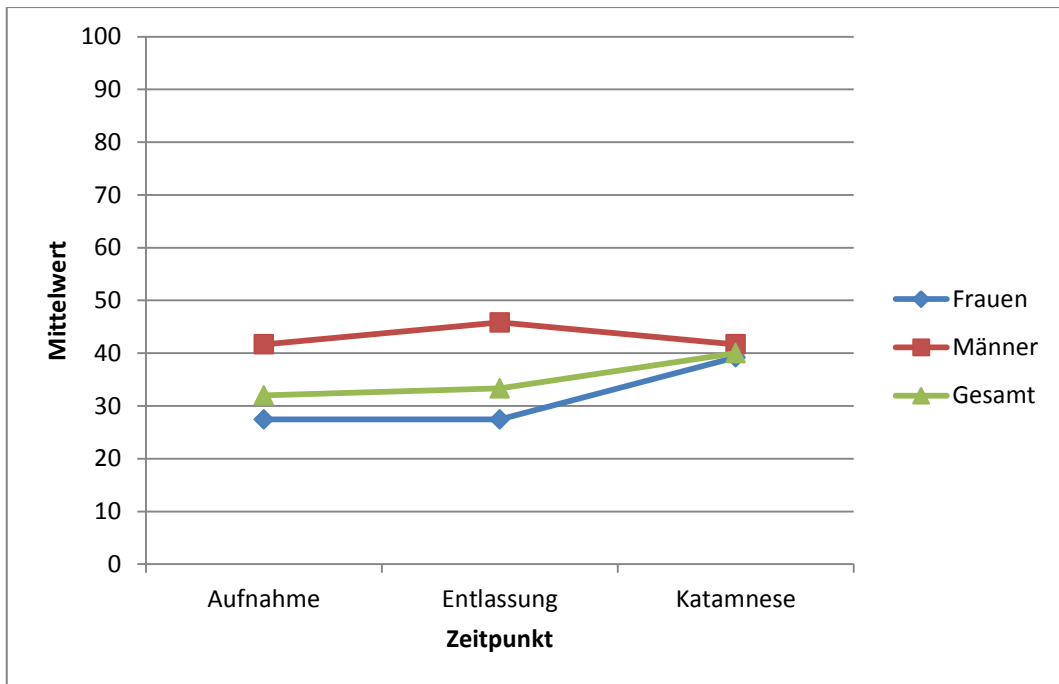


Abbildung 23. Emotionale Rollenfunktion (SF-36) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

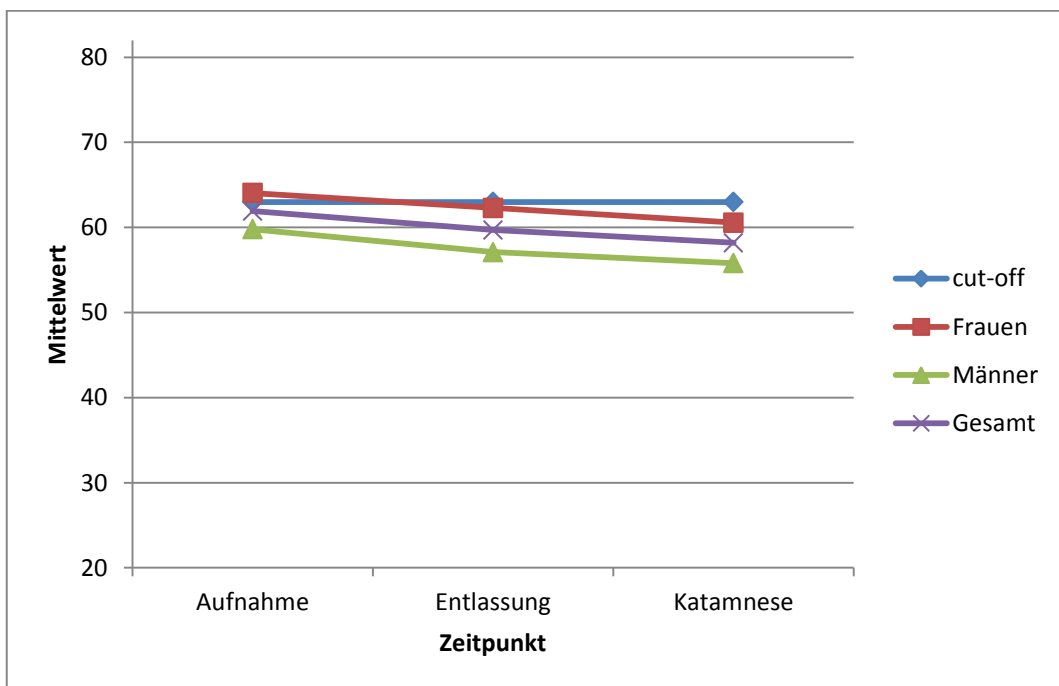


Abbildung 24. Aggressivität (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

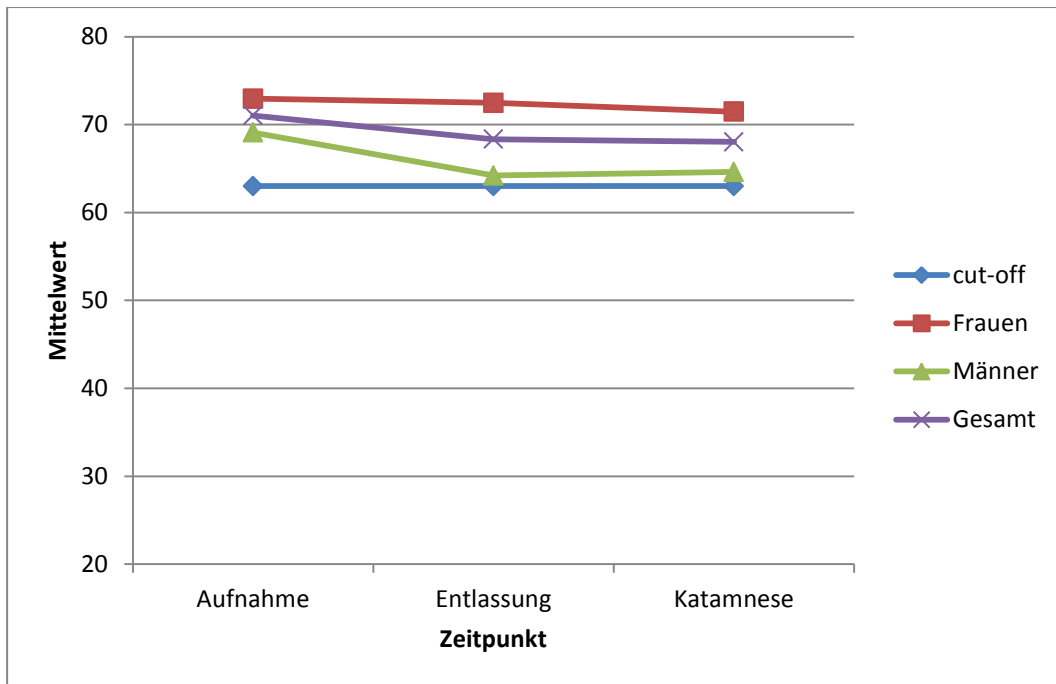


Abbildung 25. Phobische Angst (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

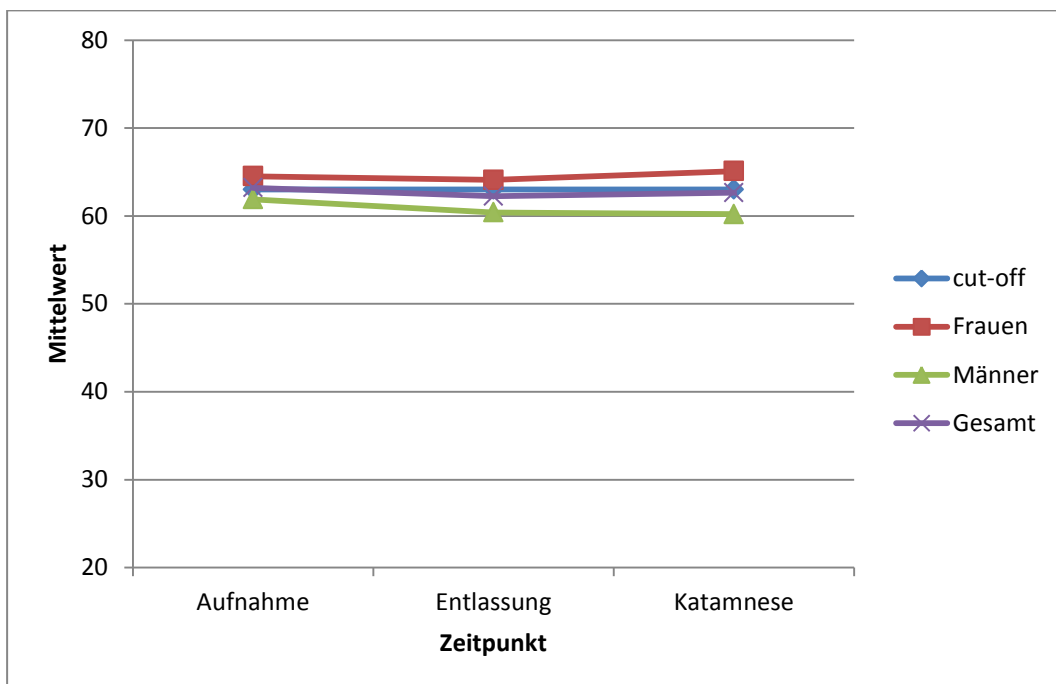


Abbildung 26. Paranoides Denken (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

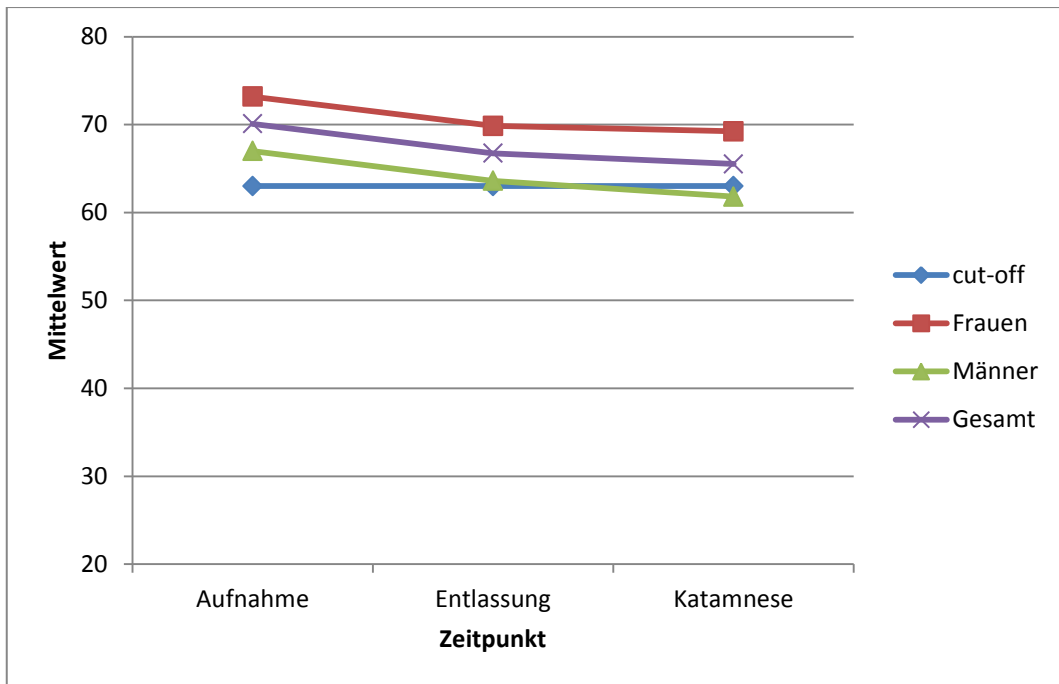


Abbildung 27. Psychotizismus (BSI) nach Testzeitpunkt und Geschlecht.

12.2 Fragebogenbatterie

Nr.	FB.	P2	TAK
-----	-----	----	-----

INSTRUKTION – Bitte sorgfältig durchlesen:

VIELEN DANK, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der folgenden Studie zur Evaluierung der Behandlung am Zentrum für spezielle psychiatrische Therapie und Psychosomatik teilzunehmen!

Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen bewusst Zeit und lesen Sie sich die Antworten und Fragen genau durch.

Bei dieser Befragung gibt es **keine richtigen oder falschen Antworten**.

Wichtig ist, dass Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit ankreuzen. Lesen Sie darum alles genau durch und beantworten Sie die Fragen langsam der Reihe nach.

Beantworten Sie bitte alle Fragen auf allen Seiten. Für die wissenschaftliche Auswertung ist es erforderlich, dass keine Frage versehentlich ausgelassen wird.

Wir sichern Ihnen zu, dass die in dieser Evaluationsstudie erhobenen Daten lediglich für Forschungszwecke **anonymisiert** verwendet und **streng vertraulich behandelt** werden

Jede Frage hat mehrere Antwortmöglichkeiten. Bitte kreuzen Sie die für Sie zutreffendste Antwortmöglichkeit an (s. Beispiel)!

Beispiel:

trifft gar nicht zu	trifft kaum zu	trifft etwas zu	trifft sehr zu
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich fühle mich müde.

Nach Beendigung des Fragebogens bitten wir Sie, nochmals zu kontrollieren, ob Sie alle Seiten ausgefüllt haben.

WIR BEDANKEN UNS NOCH EINMAL GANZ HERZLICH FÜR IHRE TEILNAHME!



universität
wien

INSTRUKTION: im folgenden bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer derzeitigen Lebenssituation zu machen. Bitte kreuzen Sie jeweils die für Sie zutreffende Angabe an beziehungsweise machen Sie entsprechende Angaben auf der dafür vorgesehenen Linie.

1. Höchste abgeschlossene Schulausbildung

Hauptschulabschluss	<input type="radio"/>
Lehrabschluss	<input type="radio"/>
Matura/Fachmatura	<input type="radio"/>
Hochschulabschluss	<input type="radio"/>

Andere abgeschlossene Schulausbildung: _____

2. Arbeit

	Ja	Nein
Keine Berufsausbildung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich gehe einer Arbeit oder Tätigkeit nach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn JA, welcher? _____		
Ich bin in einem Beschäftigungsprojekt tätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme an AMS-Maßnahmen teil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn NEIN, wann haben Sie zuletzt gearbeitet? _____		

3. Einkommen
Welcher Art ist ihr Einkommen?
Mehrfachantwort ist möglich!

Krankengeld bei aufrechterm Arbeitsverhältnis	<input type="checkbox"/>
Arbeitslosenunterstützung	<input type="checkbox"/>
Notstandshilfe	<input type="checkbox"/>
Pensionsvorschuss	<input type="checkbox"/>
Befristete Pension	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, seit _____ bis _____	
Unbefristete Pension	<input type="checkbox"/>
Mindestsicherung	<input type="checkbox"/>
Unterstützung durch Eltern/ Partner	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (Kindergeld, Stipendium, Mieteinnahmen, etc.)	<input type="checkbox"/>

Sind Schulden vorhanden?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	------	--------------------------

4. Wohnen
Wo wohnen Sie zur Zeit?

Wohnheim	<input type="checkbox"/>
Betreutes Einzelwohnen	<input type="checkbox"/>
Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/>
Mietwohnung	<input type="checkbox"/>
Therapeutische Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Andere Wohneinrichtungen	<input type="checkbox"/>
Wenn JA, welche? _____	
Obdachlos/ keine Wohnung	<input type="checkbox"/>

<p>Wie lange wohnen Sie schon dort? _____ Jahre/ _____ Monate</p> <p>Ist diese Wohnmöglichkeit zeitlich begrenzt?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 50px; text-align: center;">Nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ja	Nein				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
5. Familie/LebenspartnerIn					
Haben Sie eine/n Lebenspartner/in?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Ihrer Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat					
Werden Sie von Ihrer Familie/ LebenspartnerIn unterstützt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie Kinder, die Sie versorgen müssen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Haben Sie regelmäßigen Kontakt mit Freunden/ Bekannten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Wenn JA, wie oft? _____/Woche oder _____/Monat					
6. Körperliche und psychische Erkrankungen					
Waren Sie im <u>letzten Jahr</u> wegen körperlicher oder psychischer Erkrankungen im Krankenhaus oder einer Kurklinik?					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Ja	Nein				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				

Wenn JA, wie viele Tage insgesamt in stationärer Behandlung? _____ Tage					
Wenn JA, wegen welcher Erkrankung? _____	Diagnose				
Wenn JA, wie viele Tage waren Sie auf einer psychiatrischen Akutstation? _____ Tage					
Wie häufig waren Sie in den letzten 3 Monaten bei einem Arzt/ Hausarzt? (z.B. 2x, 5x, etc..)					
Wie häufig waren Sie in den letzten 3 Monaten bei einem Psychiater/Psychologen? (z.B. 2x, 4x, etc..)					
Gibt es psychotherapeutische Vorerfahrungen in den letzten fünf Jahren?	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Wie lange waren Sie im letzten Jahr krank geschrieben? _____ Wochen					
7. Erstaustritt der Probleme					
Seit wann etwa haben Sie psychische Probleme? (Bitte geben Sie den betreffenden Zeitraum in Jahren an, z.B. 3 Jahre, 0,6 Jahre,etc)					
_____ Jahre					

8. Alkoholkonsum/Drogenkonsum

Haben Sie im Vorfeld zur Aufnahme Alkohol konsumiert?

Ja	Nein
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn JA, wie oft? (z.B. 1x Monat, 1x Woche, mehrmals pro Woche, etc.) _____

Was trinken Sie in der Regel?

In welcher Mengenordnung? (z.B. 1-2 Getränke/ Woche, 5 Getränke/ Woche, etc....)

Haben Sie im Vorfeld zur Aufnahme Drogen konsumiert?

Ja	Nein
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn JA, welche Substanzen? _____

Wie oft? (z. B. 1-2 x Monat, öfter, etc) _____

9. Medikamenteneinnahme

Haben Sie in der Zeit vor der Aufnahme Medikamente/ Psychopharmaka eingenommen?

Ja	Selten	Gelegentlich	Nie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<p>Haben Sie in der Zeit vor der Aufnahme rezeptfreie Medikamente (Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmittel, pflanzliche Mittel, Homöopathische Arzneien) eingenommen?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Ja</td> <td style="padding: 2px;">Selten</td> <td style="padding: 2px;">Gelegentlich</td> <td style="padding: 2px;">Nie</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Selten	Gelegentlich	Nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Selten	Gelegentlich	Nie						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
10. Sportliche Aktivitäten									
<p>Betreiben Sie Sport? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="padding: 2px;">Ja</td><td style="padding: 2px;">Nein</td></tr><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></table></p> <p>Wenn JA, wie häufig? _____ (z.B. 1x Monat, 1x Woche, etc....)</p> <p>Wie viele Stunden treiben Sie dann jeweils Sport? _____</p> <p>Wenn JA, welche Sportart betreiben Sie? _____</p>		Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
Ja	Nein								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>								

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend Fragen die es ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ausgezeichnet	<input type="radio"/>
Sehr gut	<input type="radio"/>
Gut	<input type="radio"/>
Weniger gut	<input type="radio"/>
Schlecht	<input type="radio"/>

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Derzeit viel besser als vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Derzeit etwas besser als vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Etwa so wie vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr	<input type="radio"/>
Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr	<input type="radio"/>

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand in diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kugeln, Golf spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einen Treppenabsatz steigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich beugen, knien, bücken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich baden oder anziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten?)
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

Schwierigkeiten	Ja	Nein
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?
Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	<input type="radio"/>
Etwas	<input type="radio"/>
Mäßig	<input type="radio"/>
Ziemlich	<input type="radio"/>
Sehr	<input type="radio"/>

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?
Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Ich hatte keine Schmerzen	<input type="radio"/>
Sehr leicht	<input type="radio"/>
Leicht	<input type="radio"/>
Mäßig	<input type="radio"/>
Stark	<input type="radio"/>
Sehr stark	<input type="radio"/>

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Überhaupt nicht	<input type="radio"/>
Ein bisschen	<input type="radio"/>
Mäßig	<input type="radio"/>
Ziemlich	<input type="radio"/>
Sehr	<input type="radio"/>

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an!

Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen -	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Voller Schwung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehr nervös?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
So niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheuern konnte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruhig und gelassen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voller Energie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entmutigt und traurig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erschöpft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glücklich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wie oft haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten, usw.) beeinträchtigt?
Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!

Immer	<input type="radio"/>
Meistens	<input type="radio"/>
Manchmal	<input type="radio"/>
Selten	<input type="radio"/>
Nie	<input type="radio"/>

11. Inwiefern trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich schein etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin genau so gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Befinden (EMI-10)

INSTRUKTION: Überlegen Sie sich, wie Sie sich in der letzten Woche vorwiegend gefühlt haben und streichen Sie dann das zutreffende Feld an. Lesen Sie zunächst die beiden entgegengesetzten Gefühle pro Zeile und entscheiden Sie dann, welche Richtung für Sie eher zutrifft.

Während der letzten Woche fühlte ich mich vorwiegend							
1.	träge	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Sehr 6	energievoll
2.	froh	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Sehr 6	bedrückt
3.	ausgeglichen	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Sehr 6	nervös
4.	lebensmüde	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Sehr 6	lebensbejahend
5.	Herzjagen	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Sehr 6	Herzruhe
6.	fröhlich	Sehr 1	Deutlich 2	Eher 3	Eher 4	Sehr 6	traurig



7.	hoffnungsvoll	Sehr	Deutlich	Eher	Eher	Deutlich	Sehr
		1	2	3	4	5	6
8.	freudig	Sehr	Deutlich	Eher	Eher	Deutlich	Sehr
		1	2	3	4	5	6
9.	zufrieden	Sehr	Deutlich	Eher	Eher	Deutlich	Sehr
		1	2	3	4	5	6
10.	hilfflos	Sehr	Deutlich	Eher	Eher	Deutlich	Sehr
		1	2	3	4	5	6

Toronto-Alexithymia-Scale (TAS-20)

INSTRUKTION: Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden zwanzig Aussagen auf Sie zutreffen.

	überhaupt nicht	selten	teilweise, teilweise nicht	oft	immer
1. Mir ist oft unklar, welche Gefühle ich gerade habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Es fällt mir schwer, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe körperliche Empfindungen, die sogar die Ärzte nicht verstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es fällt mir leicht meine Gefühle zu beschreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich gehe Problemen lieber auf den Grund, als sie nur zu beschreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Wenn mich etwas aus der Fassung gebracht hat, weiß ich oft nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich bin oft über Vorgänge in meinem Körper verwirrt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich lasse die Dinge lieber einfach geschehen und versuche nicht herauszufinden, warum sie gerade so passiert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Einige meiner Gefühle kann ich gar nicht richtig benennen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sich mit Gefühlen zu beschäftigen, finde ich sehr wichtig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich finde es schwierig zu beschreiben, was ich für andere Menschen empfinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Andere fordern mich auf, meine Gefühle mehr zu beschreiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich weiß oft nicht, warum ich wütend bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15

	überhaupt nicht	selten	teilweise, teilweise nicht	oft	immer
15. Ich unterhalte mich mit anderen nicht so gerne über ihre Gefühle, sondern lieber darüber, womit sie sich täglich beschäftigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich sehe mir lieber „leichte“ Unterhaltungssendungen als psychologische Problemfilme an	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Es fällt mir schwer, selbst engen Freunden gegenüber meine innersten Gefühle mitzuteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich kann mich jemanden sogar in Augenblicken des Schweigens sehr nahe fühlen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich finde, dass das Mir-Klarwerden über meine persönlichen Gefühle wichtig ist, wenn ich persönliche Probleme lösen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Durch die Suche nach verborgenen Bedeutungen nimmt man sich das Vergnügen an Filmen oder Theaterstücken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beck Depressions-Inventar (BDI II)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehen 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe **eine Aussage** heraus, die am besten beschreibt, wie sie sich **in den letzten zwei Wochen, einschließlich heute, gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Bitte achten Sie darauf, dass Sie in jeder Gruppe nur eine Aussage ankreuzen.

<p>1. Traurigkeit</p> <p>0 Ich bin nicht traurig 1 Ich bin oft traurig 2 Ich bin ständig traurig 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte</p>	<p>12. Interessensverlust</p> <p>0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Dingen zum größten Teil verloren 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgend etwas zu interessieren</p>
<p>2. Pessimismus</p> <p>0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft 1 Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst 2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird 3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird</p>	<p>13. Entschlussunfähigkeit</p> <p>0 Ich bin so entscheidungsfreudig wie immer 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen 3 Ich habe Mühe überhaupt Entscheidungen zu treffen</p>
<p>3. Versagensgefühle</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager 1 Ich habe häufiger Versagensgefühle 2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein</p>	<p>14. Wertlosigkeit</p> <p>0 Ich fühle mich nicht wertlos 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert 3 Ich fühle mich völlig wertlos</p>

<p>4. Verlust von Freude</p> <p>0 Ich kann die Dinge genau so gut genießen wie früher</p> <p>1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher</p> <p>2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen</p> <p>3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen</p>	<p>15. Energieverlust</p> <p>0 Ich habe so viel Energie wie immer</p> <p>1 Ich habe weniger Energie als sonst</p> <p>2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe</p> <p>3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun</p>
<p>5. Schuldgefühle</p> <p>0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle</p> <p>1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen</p> <p>2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle</p> <p>3 Ich habe ständig Schuldgefühle</p>	<p>16. Veränderungen der Schlafgewohnheiten</p> <p>0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert</p> <p>1a Ich schlafe etwas mehr als sonst</p> <p>1b Ich schlafe etwas weniger als sonst</p> <p>2a Ich schlafe viel mehr als sonst</p> <p>2b Ich schlafe viel weniger als sonst</p> <p>3a Ich schlafe fast den ganzen Tag</p> <p>3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen</p>
<p>6. Bestrafungsgefühle</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden</p> <p>2 Ich erwarte, bestraft zu werden</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein</p>	<p>17. Reizbarkeit</p> <p>0 Ich bin nicht reizbarer als sonst</p> <p>1 Ich bin reizbarer als sonst</p> <p>2 Ich bin viel reizbarer als sonst</p> <p>3 Ich fühle mich dauernd gereizt</p>
<p>7. Selbstablehnung</p> <p>0 Ich halte von mir genauso viel wie immer</p> <p>1 Ich habe Vertrauen in mich verloren</p> <p>2 Ich bin von mir enttäuscht</p> <p>3 Ich lehne mich völlig ab</p>	<p>18. Veränderungen des Appetits</p> <p>0 Mein Appetit hat sich nicht verändert</p> <p>1a Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst</p> <p>1b Mein Appetit ist etwas größer als sonst</p> <p>2a Mein Appetit ist viel schlechter als sonst</p> <p>2b Mein Appetit ist viel größer als sonst</p> <p>3a Ich habe überhaupt keinen Appetit</p> <p>3b Ich habe ständig Heißhunger</p>

<p>8. Selbstvorwürfe</p> <p>0 Ich kritisiere oder tadele mich nicht mehr als sonst 1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst 2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel 3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme was passiert ist</p>	<p>19. Konzentrationsschwierigkeiten</p> <p>0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren</p>
<p>9. Selbstmordgedanken</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte</p>	<p>20. Ermüdung oder Erschöpfung</p> <p>0 Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst 1 Ich werde schneller müder oder erschöpfter als sonst 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann</p>
<p>10. Weinen</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als früher 1 Ich weine jetzt mehr als früher 2 Ich weine beim geringsten Anlass 3 Ich möchte gerne weinen, aber ich kann nicht</p>	<p>21. Verlust an sexuellem Interesse</p> <p>0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren</p>
<p>11. Unruhe</p> <p>0 Ich bin nicht unruhiger als sonst 1 Ich bin unruhiger als sonst 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss</p>	

Bitte gehen Sie zur nächsten Seite!

Brief Symptom Inventory (BSI)

INSTRUKTION: Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die manchmal auftreten. Bitte geben Sie an, wie sehr Sie dieses Problem in den letzten 7 Tagen belastet hat.

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. dem Gefühl, dass Andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Herz- oder Brustschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gedanken sich das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. schlechtem Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Einsamkeitsgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Schwerkut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Furchtsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber Anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. dem Gefühl, dass Andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn , Zug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
32. Leere im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. starker Befangenheit im Umgang mit Anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

WIE SEHR LITTEN SIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN UNTER.....

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. dem Gefühl, dass die Leuten Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Schuldgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!

12.3 Lebenslauf

Johanna Lackner

Untere Weißgerberstrasse 49/16
1030 Wien
☎ +069911062162
✉ johanna.lackner@gmail.com

Ausbildung

- Juni 2005 **Musisches Gymnasium Salzburg, Salzburg.**
Bildnerischer Schwerpunkt
- seit 2006 **Studium der Psychologie und Ernährungswissenschaften, Universität Wien.**
Wahlfach Klinische Psychologie

Erfahrungen und sonstige Tätigkeiten

- 2001/02 **Reise nach Neuseeland.**
- 2003/04 **Pluskurs Fotografie.**
- 2005 bis 2006 **Reisen in Neuseeland und Thailand.**
- 2007 **Geburt meiner Tochter Ronja.**
- seit 2009 **Mitarbeit in elternverwalteten Kindergruppen, Wien.**
Elterndienste, Kochdienste, Schriftführerin
- 2011 **Goldschmiedeworkshops, Salzburg.**
- 2011 bis 2012 **Erasmusaufenthalt in Norwegen, Universität Oslo.**
Studium der Psychologie
- 2012 **Praktikum bei Rettet-das-Kind-Salzburg, Salzburg.**
Betreuung von schwererziehbaren Kindern und Jugendlichen in Wohngemeinschaften
- 2013 **Praktikum Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Otto-Wagner-Spital, Wien.**
Mitwirkung an therapeutischen Gruppen, Durchführung von Sozialtrainings, Teilnahme an Fachteams

Berufliche Erfahrungen

- seit 1999 **Private Kinderbetreuung, Salzburg.**
- 2002/03 **Kellnerin in einer Konditorei, Völkermarkt.**
- 2005 **Sekretärin in Anwaltskanzlei, Salzburg.**
- 2005/06 **Saisonarbeit im Gastgewerbe, Salzburg.**
- 2006 **Leitung einer Jugendherberge, Neuseeland.**
- seit 2012 **Wissenschaftliche Mitarbeit am Institut für angewandte Präventivpsychologie (INAP), Wien.**
- seit 2013 **Regelmäßige Betreuung eines behinderten Jugendlichen mit Autismus, Wien.**
- seit 2013 **Eigenständige Messestandbetreuung (Beratung und Verkauf), Österreich, Deutschland.**

Sprachen

Deutsch **Muttersprache**
Englisch **Flüssig**
Norwegisch **Flüssig**
Spanisch **Grundkenntnisse**

Sonstiges

Führerschein B.
gute Windows Office und SPSS Kenntnisse.

