Umfang, Struktur und Inanspruchnahme therapeutischer Angebote im Verlauf stationärer Psychotherapie. Ihre Einflüsse auf die psychosomatische Symptomlast unter Berücksichtigung motivationaler Schemata.

D i p l o m a r b e i t

im Fachbereich Psychologie
der Universität Konstanz

vorgelegt von:

Matthias Holzapfel
Konstanz

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Klaus Schonauer
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Brigitte Rockstroh

Konstanz im Februar 2008

Konstanzer Online-Publikations-System (KOPS)
URL: http://www.ub.uni-konstanz.de/kops/volltexte/2008/5731/
URN: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-57315

Inhalt:

Abbildungsverzeichnis: IV

Tabellenverzeichnis: V

Abkürzungsverzeichnis: VII

Zusammenfassung VIII

1. Einleitung 1

2. Theoretische Hintergründe 3

2.1 Wie viel Therapiezeit brauchen psychiatrische Patienten? 3
2.1.1 Nach dem 2. Weltkrieg 4
2.1.2 Die Psychiatrie-Enquête-Kommission 5
2.1.3 Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) 7
2.1.4 Aktuelle Entwicklungen 13
2.1.4.1 DRGs in der Psychiatrie 17
2.2 Psychosomatische Symptomlast und andere Therapieerfolgsindikatoren 18
2.3 Motivation und Therapieerfolg 23
2.3.1 Annäherungs- und Vermeidungsmotivation 23
2.3.2 Therapiemotivation – ein unspezifisches Konzept 29
2.3.3 Begriffliche Abgrenzung 32
2.3.4 Das konsistenztheoretische Modell von Grawe 33
2.3.4.1 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle 33
2.3.4.2 Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung 34
2.3.4.3 Das Bindungsbedürfnis 35
2.3.4.4 Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung 35
2.3.4.5 Das Konsistenzprinzip 37
2.4 Zur Bedeutung intrapsychischer Konflikte 43
2.4.1 Definitionen und Ansätze 43
2.4.2 Intrapsychische Konflikte und Krankheit 46
2.5 Zur Bedeutung von (Tages-)Zielen im psychotherapeutischen Bereich 49
2.6 Behandlungskonzept der Station 61 55

3. Die Untersuchung 61

3.1 Fragestellung und Ziel 61
3.2 Hypothesen 61
3.3 Die Stichprobe: Patienten der Station 61 64
3.4 Darstellung der Instrumente 66
3.4.1 Die Symptom Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) 66
3.4.2 Auswertung der Therapiepläne 68
3.4.2.1 Berechnung der Therapiezeit-Variablen 68
3.4.3 Der Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS) 69
3.4.3.1 Hintergrund 69
3.4.3.2 Entwicklung, Aufbau und Gütekriterien 71
3.4.4 Operationale Psychodynamische Diagnostik (OPD) 73
3.4.4.1 Achse III – Konflikt 74
3.4.4.2 Die weiteren Achsen der OPD 80

3.4.4.3 Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen ... 80
3.4.4.4 Achse II – Beziehung ... 80
3.4.4.5 Achse IV – Struktur ... 81
3.4.4.6 Gütekriterien ... 81
3.4.5 Visuelle Analogskala zur Erfassung der Tagesziel(um)setzung ... 82
3.4.6 Rating der Tagesziel(um)setzung durch den Versuchsleiter ... 83
3.5 Ablauf der Datenerhebung ... 83
3.6 Statistische Analyse ... 84
3.6.1 Gemischte Modelle ... 84
3.6.2 Auswertungsstrategie ... 86

4. Ergebnisse ... 89

4.1 Deskriptive Statistik ... 89
4.1.1 Beschreibung der Therapiezeitmittelwerte getrennt nach Therapiearten ... 89
4.1.2 Mittlere Therapiegesamtzeiten im Untersuchungszeitraum ... 91
4.1.3 Die mittlere psychosomatischen Symptomlast im Untersuchungszeitraum ... 92
4.1.4 Das mittlere Vermeidungsniveau ... 94
4.1.5 Die mittlere Tageszielzufriedenheit im Untersuchungszeitraum ... 95
4.1.6 Beschreibung der OPD-Konflikt-Verteilung ... 98
4.2 Der Einfluss der Therapiezeit – kontemporär ... 98
4.2.1 Hypothese 1a) ... 98
4.2.2 Hypothese 1b) ... 99
4.3 Der Einfluss der Therapiezeit – wochenübergreifende Betrachtung ... 102
4.3.1 Hypothese 2a) ... 102
4.3.2 Hypothese 2b) ... 104
4.4 Der Einfluss motivationaler Schemata ... 106
4.4.1 Hypothese 3a) ... 106
4.4.2 Hypothese 3b) ... 108
4.4.3 Hypothese 3c) ... 111
4.5 Der Einfluss der Tageszielerreichung ... 113
4.5.1 Hypothese 4a) ... 113
4.5.2 Hypothese 4b) ... 114
4.5.3 Hypothese 4c) ... 120
4.6 Explorative Datenbetrachtung – Die Bedeutung der OPD-Konflikte ... 125

5. Diskussion ... 130

5.1 Mehr Therapie führt zu besseren Ergebnissen ... 130
5.2 Uneindeutige Befundlage bei wochenübergreifenden Therapiezeiteffekten ... 132
5.3 Vermeidungsmotivation steht mit höherer Symptomlast in Verbindung ... 133
5.4 Subjektive Tageszielerreichung und psychosomatische Symptomlast sind unabhängig voneinander ... 134
5.5 Die subjektive Tageszielzufriedenheit als abhängige Variable ... 135
5.6 Der Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Tageszielumsetzung ... 136
5.7 Die Bedeutung der OPD-Diagnostik für die psychosomatische Symptomlast 138
5.8 Einschränkungen ... 140
5.8.1 Erhebung der Therapiezeiten ... 140
5.8.2 Fehlende Daten ... 141
5.8.3 Reliabilität der Diagnosen ... 142

5.8.4 Reliabilität der Tageszielerfassung 142

6. Resümee 143

7. Literatur 145

8. Anhang 156

8.1 Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie 156
8.2 Visuelle Analogskala zur Erfassung der Tagesziel(um)setzung 157
8.3 Formular zur Erfassung der Therapiezeiten 158
8.4 OPD Erhebungsbogen 159
8.5 Deskriptive Statistik der mittleren GSI-Werte und GSI-Vorwochendifferenzen 161
8.6 Deskriptive Statistik der Therapiegesamtzeit (min/Tag) 163
8.7 Deskriptive Statistik der Einschätzungen der Tageszielzufriedenheit 165

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Ziele und „Antiziele“ nach Carver und Scheier (1998), übernommen von Grawe (2005, S. 278). 26
Abbildung 2: Schematische Darstellung des Verhältnisses der Begriffe Konsistenz, Kongruenz und Konkordanz bzw. der damit bezeichneten Prozesse zueinander. Grawe (1998, S. 476). 41
Abbildung 3: Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens. Adaptiert nach Grawe, 2004, S. 189. 43
Abbildung 4: Annäherungs- und Vermeidungsgradient in Abhängigkeit der Nähe zu einem „Feared Goal“. Adaptiert Nach Dollard, Miller, 1950, S. 356. 48
Abbildung 5: Durchschnittlich geleistete Therapieminuten im Untersuchungszeitraum pro Tag. 92
Abbildung 6: GSI-Mittelwerte im Untersuchungszeitraum. 93
Abbildung 7: GSI-Differenzen zu den Vorwochen im Untersuchungszeitraum. 93
Abbildung 8: Tageszielrating der Patienten auf der Visuellen Analogskala im Untersuchungszeitraum. 96
Abbildung 9: Tageszielrating durch den Versuchsleiter. 97
Abbildung 10: Verlauf der durchschnittlichen Beschwerdekurve über die Zeit der Studienteilnahme. 106
Abbildung 11: Interaktion aus „Soziother./Tag“ und „Verm./Annäh.1“. 109
Abbildung 12: Interaktion aus Soziother./Tag und Vermeid.1. 111
Abbildung 13: Interaktion von Sonstige/Tag und Geschlecht. 116
Abbildung 14: Interaktion der Variablen der „Arbeitstherapie“ und des „Geschlechts“. ... 118
Abbildung 15: Interaktion von „Bew./Tag“ und „Geschlecht“. 119
Abbildung 16: Interaktion von „Einzelkontakt/Tag“ und „TZRatingVL“. 122
Abbildung 17: Interaktion von „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“. 123
Abbildung 18: Interaktion von Geschlecht und Modus. 126

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1: Zusammenstellung der Zeitwerte je Patient und Woche nach Psych-PV, §5, extrahiert aus: Kunze, Kaltenbach, 2003, S. 166. 11
Tabelle 2: Entwicklung der Personalstellen zwischen 1990 und 1995 in absoluten Zahlen und Prozenten. Entnommen: Kunze et al. 1998, S. 44) 12
Tabelle 3: Erfüllungsgrade der Psych-PV im Jahr 1995, extrahiert aus: Kunze, et al., 1998, S. 132. 12
Tabelle 4: Erfüllungsgrade der Psych-PV im Jahr 2004, entnommen der Präsentation von Gebhard, Kunze und Schmidt-Michel vom 07.06.2007. 14
Tabelle 5: Korrelationen der Veränderungen in einzelnen FAMOS-Vermeidungsskalen mit anderen Therapieerfolgsmaßen, getrennt für ängstliche und depressive Patienten. Übernommen aus Grawe, 2004, S. 287. 28
Tabelle 6: Unterschiede zwischen motivationalen Zielen und Therapiezielen nach Grosse Holtforth und Grawe (2002, S. 25). 53
Tabelle 7: Geschlechterverteilung der Stichprobe 64
Tabelle 8: Altersverteilung der Stichprobe 65
Tabelle 9: Streuung des Alters der Stichprobe. 65
Tabelle 10: Verteilung des Bildungsstands der Stichprobe. 65
Tabelle 11: Deskriptive Statistik der Wochenanzahl der Studienteilnahme. 66
Tabelle 12: Verteilung der Entlassdiagnosen der Stichprobe gemäß ICD-10. 66
Tabelle 13: Mittlere Häufigkeiten der wöchentlichen Therapieminuten. 90
Tabelle 14: Deskriptive Statistik der durchschnittlichen Anzahl an Therapieminuten pro Tag. 91
Tabelle 15: Mittelwerte der Vermeidungsmotivation bei Startmessung, der Differenz aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation bei Startmessung und des Verhältnisses Vermeidung/Annäherung bei Startmessung nach Geschlechtern getrennt. 94
Tabelle 16: ANOVA der in Tabelle 15 dargestellten Variablen in Bezug zum Geschlecht. 95
Tabelle 17: Kreuztabelle der OPD-Konflikte und Modi. 98
Tabelle 18: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses der Gesamt-Therapiezeit auf den GSI. 99
Tabelle 19: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 18. 99
Tabelle 20: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse der Variablen „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“ auf den GSI. 100
Tabelle 21: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse der verbalen und nonverbalen Gruppentherapien auf den GSI. 100
Tabelle 22: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 21. 100
Tabelle 23: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Soziother./Tag“ und „Sonstige/Tag“ auf den GSI. 101
Tabelle 24: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 23. 101
Tabelle 25: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Bezugsther./Tag“ und „PflegeEinzel/Tag“ auf den GSI. 101
Tabelle 26: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 25. 101
Tabelle 27: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“, „TheraZeitGes1.Vorwoche“ und „TheraGes2.Vorwoche“ auf den GSI. 102
Tabelle 28: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt1.Vorwoche“ und „NonverbaleGruppen1.Vorwoche“ auf den GSI. 103
Tabelle 29: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt1.Vorwoche“ und „Soziother1.Vorwoche“ auf den GSI. 103
Tabelle 30: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Soziother1.Vowoche“, „Physio1.Vorwoche“ und „Sonstige1.Vorwoche“ auf den GSI. 103

Tabelle 31: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“ und „WochenNr“ auf den GSI. 104
Tabelle 32: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 31. 104
Tabelle 33: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „WochenNr“ und „Quad.Wo.Nr“ auf den GSI. 105
Tabelle 34: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 33. 105
Tabelle 35: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“ und „Vermeid.1“ auf den GSI. 106
Tabelle 36: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 35. 107
Tabelle 37: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Verh.Verm./Annäher.1“ und „Gesamtzeit/Tag“ aus den GSI. 107
Tabelle 38: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 37. 108
Tabelle 39: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Verm./Annäh.1“, „Nonverb.Gruppen/Tag“ und „Soziother./Tag“ auf den GSI. 108
Tabelle 40: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 39. 109
Tabelle 41: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Vermeid.1“, „Nonverb.Gruppen/Tag“ und“ Soziother./Tag“ auf den GSI. 110
Tabelle 42: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 41. 110
Tabelle 43: Korrelation nach Pearson: Prä-Post Differenzen aus Vermeidungsmotivation und GSI, alle Diagnosen. 112
Tabelle 44: Korrelation nach Pearson: Prä-Post-Differenzen aus Vermeidungsmotivation und GSI, Diagnosegruppe ICD-10, F 3. 112
Tabelle 45: Korrelation nach Pearson: Prä-Post-Differenzen aus Vermeidungsmotivation und GSI, Diagnosegruppe F 4. 113
Tabelle 46: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „VisAnRatingPat“ und „Gesamtzeit/Tagauf den GSI. 113
Tabelle 47: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „VisAnRatingPat“ und „Einzelkontakt/Tag“ auf den GSI. 114
Tabelle 48: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses von „Gesamtzeit/Tag“ auf das „VisAnRatingPat“. 115
Tabelle 49: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt/Tag“, „Verb.Gruppen/Tag“ und „ Nonverb.Gruppen/Tag“ auf das „VisAnRatingPat“. 115
Tabelle 50: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Soziother./Tag“, „Physio./Tag“ und „Sonstige/Tag“ auf das „VisAnRatingPat“ unter Berücksichtigung des Geschlechtes. 115
Tabelle 51: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 50. 116
Tabelle 52: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Arbeit/Tag“ und „Geschlecht“ auf das „VisAnRatingPat“. 117
Tabelle 53: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 52. 117
Tabelle 54: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Bew./Tag“ auf das „VisAnRatingPat“ unter Berücksichtigung des Geschlechts. 118
Tabelle 55: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 54. 119
Tabelle 56: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses von „TZRatingVL“ auf das „VisAnRatingPat“. 120
Tabelle 57: Schätzung der festen Effekt des Modells aus Tabelle 56. 120
Tabelle 58: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“ und „TZRatingVL“ auf den GSI. 121
Tabelle 59: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt/Tag“ und „TZRatingVL“ auf den GSI. 121
Tabelle 60: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 59. 121

Tabelle 61: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses von „Gesamtzeit/Tag“ auf das „TZRatingVL“. 122
Tabelle 62: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“ auf das „TZRatingVL“. 123
Tabelle 63: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 62. 123
Tabelle 64: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „KunstEinzel/Tag“ und „MusikEinzel/Tag“ auf das „TZRatingVL“. 124
Tabelle 65: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 64. 124
Tabelle 66: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“, „Modus“ und „Geschlecht“ auf den GSI. 125
Tabelle 67: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 66. 126
Tabelle 68: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Geschlecht“, „Konflikt1“ und „Gesamtzeit/Tag“ auf den GSI. 127
Tabelle 69: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 68. 127
Tabelle 70: Kreuztabelle von „Konflikt“, „Modus“ und „Geschlecht“. 128
Tabelle 71: Mittelwerte, Minima und Maxima einzelner FAMOS-Skalen in Abhängigkeit der OPD-Konflikte und Modi. 129
Tabelle 72: Mittlerer GSI und mittlere GSI-Differenz zur Vorwoche über den Untersuchungszeitraum. 161
Tabelle 73: Deskriptive Statistik der Gesamttherapiezeit über den Untersuchungszeitraum. 163
Tabelle 74: Deskriptive Statistik des Tageszielrating der Patienten und des Versuchsleiters. 165

Abkürzungsverzeichnis:

APK	Aktion Psychisch Kranke
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
DGPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde
DRG	Diagnosis Related Group
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FAMOS	Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata
GAS	Goal Attainment Scaling
ICD-10	International Classification of Diseases
Psych-PV	Psychiatriepersonalverordnung
SCL-90-R	Symptom-Checklist-90, Revised
ZPR	Zentrum für Psychiatrie Reichenau

Zusammenfassung

Die bereitgestellten Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem unterliegen in zunehmendem Maße ökonomischen Zwängen. Für den Bereich der stationären Psychotherapie bedeutet diese Entwicklung, dass die Therapiezeit, die einem Patienten im Laufe seines Aufenthaltes gewidmet werden kann, zum Gegenstand heftiger Debatten geworden ist und in wachsendem Ausmaß den Beleg ihrer Wirksamkeit erbringen muss.

Ziel der vorliegenden Studie war, die Zusammenhänge zwischen Therapiezeit und psychosomatischer Symptomlast bei Patienten der Station für psychotherapeutische Medizin des Zentrums für Psychiatrie Reichenau zu beleuchten. Hierzu wurden wöchentlich in einem Zeitraum von 11 Monaten sämtliche Therapieminuten der Patienten erfasst und das psychosomatische Beschwerdeniveau mittels SCL-90-R erhoben. Ferner wurden weitere Variablen integriert, von denen eine diesen Zusammenhang beeinflussende Wirkung angenommen wurde: Motivationale Schemata wurden in Prä-Post-Messung durch den FAMOS erfasst; die Zufriedenheit mit der Tageszielerreichung wurde wöchentlich aus Patienten- und Versuchsleiterperspektive eingeschätzt; mit einer Auswahl von Patienten wurde in einem explorativen Teil ein biographisches Interview geführt, bei dem die OPD-Achse „Konflikt“ im Zentrum stand. Insgesamt flossen die Daten von 67 Patienten in die Studie mit ein.

Die Ergebnisse bekräftigen die Vermutung, dass das Maß der Therapiezeit für die psychosomatische Symptomlast der Patienten von großer Bedeutung ist. Es konnte gezeigt werden, dass das Beschwerdeniveau der Patienten in dem Ausmaß sinkt, in dem ihre wöchentliche Therapiezeit ansteigt. Dies gilt zum einen für die globale Therapiegesamtzeit und zum anderen besonders für die Bereiche der Soziotherapien und der nonverbalen Gruppentherapien.

Ferner stellte sich ein erwartungsgemäßer Zusammenhang zwischen hoher Vermeidungsmotivation und schwerer psychosomatischer Symptomlast heraus. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass insbesondere stark vermeidende Patienten einer zeitlich intensiven therapeutischen Zuwendung bedürfen, um ihr Beschwerdeniveau zu senken.

Für den Bereich der Tageszielzufriedenheit ergaben sich keine eindeutigen Ergebnisse. Selbst- und Fremdeinschätzung stimmten zwar in signifikanter Weise überein, doch waren beide Maße kaum mit der psychosomatischen Symptomlast assoziiert und ebenso wenig durch die Therapiezeit vorhersagbar.

Die OPD-Konfliktdiagnostik deutete auf eine Interaktion zwischen den Faktoren „Geschlecht“ und „Konfliktmodus“ hin. Frauen neigten bei aktivem, Männer bei passivem Modus zu einer verminderten Symptomlast. Der Konflikt „Versorgung-vs.-Autarkie“ konnte darüber

hinaus mit vergleichsweise niedrigem Beschwerdeniveau in Verbindung gebracht werden. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs in diesem Teil der Studie sind diese Ergebnisse unter entsprechenden Einschränkungen zu betrachten.

Implikationen der Ergebnisse wurden diskutiert. Die Bedeutung des Kernbefunds der Studie – die symptomreduzierende Wirkung der Therapiezeit – wurde für die Debatte um Sparzwänge in der Psychiatrie unterstrichen.

1. Einleitung

Psychotherapie im stationären Rahmen unterliegt stets gewissen Schwankungen hinsichtlich der Anzahl der wöchentlich stattfindenden Therapieeinheiten. Nicht jede wegen Krankheit oder Urlaub eines Therapeuten[1] ausgefallene Therapiestunde kann angesichts der bestehenden ökonomischen Zwänge im Gesundheitswesen nachgeholt werden. Ebenso führen Feiertage oder Streiks, wie der im Frühjahr 2006 in Deutschland stattgefundene Ärzte-Streik, zu Ausfällen im therapeutischen Betrieb.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Untersuchung therapieergebnisrelevanter Auswirkungen derartiger Schwankungen therapeutischer Angebote und deren Inanspruchnahme auf einer Station für psychotherapeutische Medizin des Zentrums für Psychiatrie Reichenau (ZPR).

Ausgangspunkt dieser Untersuchung ist somit die Frage, ob es einen messbaren Einfluss auf die psychosomatische Symptomlast der Patienten hat, wie viel Therapie in einer bestimmten Woche stattgefunden hat.

Da nicht davon ausgegangen wird, dass allein die Anzahl der Therapieminuten jegliche Varianz der Schwankungen im Therapieergebnis erklären kann, werden weitere Variablen in diesem Kontext untersucht. Zunächst werden hierbei die motivationalen Schemata der Patienten betrachtet. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass der Bereich der Motivation eine wesentliche Determinante im psychotherapeutischen Geschehen darstellt.

Des Weiteren wird das Setzen und Umsetzen von Tageszielen, sowohl aus Sicht der Patienten als auch aus der Fremdperspektive des Versuchsleiters, berücksichtigt werden. Etwaige Beziehungen zu den Bereichen Therapiezeit und Symptomlast sollen dabei im Zentrum des Interesses stehen.

Ferner soll in einem explorativen Teil dieser Arbeit erkundet werden, inwiefern auch spezifische intrapsychische Konflikte den oben vermuteten Zusammenhang zwischen Therapiezeit und Therapieergebnis beeinflussen. Dieser, in ursprünglich tiefenpsychologisch orientierten Ideen wurzelnde Gedanke, lässt sich nahtlos in die Untersuchung motivationaler Schemata einflechten, da kein Modell psychischer Konflikte ohne Annahmen über (einander entgegen gesetzte) Motivationen auskommt.

[1] Der Einfachheit halber wird in der vorliegenden Arbeit jeweils nur eine Geschlechtbezeichnung – gewöhnlich die männliche – angeführt. Gleichwohl sind damit immer Frauen und Männer gemeint.

Die Frage nach den Folgen unterschiedlicher Therapieintensität im stationären Psychotherapiebereich ist nicht losgelöst von finanziellen Interessen (*Kostenträger*) und Rahmenbedingen (*gesetzliche Bestimmungen*) zu betrachten. Lamprecht (1996) weist darauf hin, dass „die Perspektivenwahl [Geldgeber, Therapeuten, Patienten] auch die Methode der Datenerhebung" maßgeblich prägt.

Die hier zu untersuchende Fragestellung ist in wissenschaftstheoretischer Hinsicht somit nicht gänzlich ohne Vorannahmen zu bearbeiten. Eine Standortbestimmung soll daher explizit getroffen werden.

Goffman bekannte sich im Jahre 1961 (deutsche Auflage 1973) in seiner zum „Klassiker" gewordenen Analyse der Lebenssituation psychiatrischer Patienten in „totalen Institutionen" zu der Aussage: „Will man die Situation der Patienten getreulich beschreiben, so muß man notwendig ihre Partei ergreifen" (S. 8).

Auch die vorliegende Arbeit versteht sich in diesem Sinne als parteilich. Sie bedient sich zwar wissenschaftlicher Methoden, die auf mehr oder weniger breitem Konsens beruhen und eine weitestgehende Objektivität zu erreichen suchen, doch liegen auch hier Annahmen zugrunde, die sich zumindest indirekt auf Konzeptionalisierung, Durchführung und Interpretation dieser Studie ausgewirkt haben können. So bewegt sich diese Arbeit in einem Spannungsfeld zwischen dem Bemühen um größtmögliche Objektivität und der grundsätzlichen Annahme, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Zeit, die man ihnen widmet, geholfen werden kann.

Inwiefern dieser Fragestellung die gewählten Methoden und Überlegungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit gerecht werden, wird zu zeigen sein.

2. Theoretische Hintergründe

2.1 Wie viel Therapiezeit brauchen psychiatrische Patienten?

„Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung“ so die aktuelle (2005) Formulierung des Sozialgesetzbuchs (SGB) V, § 27, Abs. 1. Diese rechtliche Bestimmung stellt heute die Grundlage (auch) der psychiatrischen Krankenhausbehandlung dar. Sie sagt allerdings nichts über Art und Umfang der Behandlung aus und eröffnet daher einen weiten Diskussionsraum, in dem diesen Fragen aus unterschiedlichen Richtungen begegnet wird.

Die Frage nach den Zusammenhängen zwischen Therapiezeit und Therapieergebnis wird seit langem kontrovers diskutiert. Nicht nur zwischen verschiedenen therapeutischen Schulen besteht Uneinigkeit in dieser Frage[2]. Auch Kostenträger, Leistungserbringer und Gesetzgeber sind in die Diskussion eingebunden. Unterschiedliche Auffassungen über die Zusammenhänge dieser Variablen sind dabei eher die Regel als die Ausnahme. Erschwert wird die Konsensfindung bereits durch unterschiedliche Auffassungen darüber, was überhaupt als Therapieerfolg anzusehen sei (vgl. Kap. 2.2: Psychosomatische Symptomlast und andere Therapieerfolgsindikatoren).

Die vorliegende Arbeit versucht, zu der skizzierten Diskussion einen Beitrag für den Bereich der stationären Psychotherapie zu leisten.

Der folgende kurze historische Abriss der diesbezüglichen Entwicklungen soll die Tragweite der Debatte verdeutlichen und die anschließende Darstellung aktuellerer Bestimmungen in den Rahmen ihres geschichtlichen Kontextes einbetten. Denn: „Wer nur die Gegenwart kennt, ahnt nicht, seit welch kurzer Zeit erst die eines sozialen Rechtsstaates einigermaßen angemessene Situation erreicht wurde“, so Heinrich Kunze (2001, S. 104), stellvertretender Vorsitzender der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“.

[2] Während beispielsweise bei einer klassischen psychoanalytischen Behandlung in ambulanter Form von 2 bis 3 Sitzungen wöchentlich über einen durchaus mehrjährigen Zeitraum ausgegangen wird, veranschlagen verhaltenstherapeutische Konzepte in der Regel 25-30 Sitzungen, meist in 1-wöchigem Abstand.

2.1.1 Nach dem 2. Weltkrieg

„Hinter der vernachlässigten, unreflektierten Psychiatrie der Nachkriegsjahre steht historisch die größte menschliche Katastrophe, die psychisch Kranken je widerfahren ist …“, so beschreibt Heinz Häfner (2000, S. 146), späterer stellvertretender Vorsitzender der Enquête-Kommission, diese Epoche, die er als Zeitzeuge miterlebt hat. Die Gräuel, die in den Jahren des 3. Reiches Menschen mit psychischen Erkrankungen angetan wurden, warfen ihre Schatten bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts[3].

„Bis zur Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquête [Zwischenbericht 1973] lasteten die Folgen dieses Einbruchs von Inhumanität zusammen mit den materiellen und persönlichen Folgen des Krieges schwer auf der deutschen Krankenhauspsychiatrie“ (Häfner, 2000, S. 145). Die Aufarbeitung der dunklen Vergangenheit kam im Nachkriegsdeutschland nur sehr schleppend voran (Bühring, 2001). Trotz einiger von „jungen aufmüpfigen Oberärzten“ (a. a. O., S. 3435) bereits in den 50-er Jahren initiierter Reformansätze, habe sich lange Zeit nichts an der Situation verändert, was als Symptom des kollektiven Verdrängens gewertet werden könne. „Aufgrund der bekannt gewordenen Verbrechen an den ihr anvertrauten Patienten hatte die Psychiatrie jeden Kredit verspielt. Man begegnete ihr zu Recht mit Mißtrauen und Ablehnung …. In dieser Situation zogen sich die Psychiater hinter ihre Mauern zurück und verwalteten klaglos den Mangel und das Elend des therapeutischen Alltags der Nachkriegsjahre“ (Leipert 1987, zit. n. Häfner, 2000, S. 147). Dies habe letztlich auch ermöglicht, dass die höchsten Sterberaten in deutschen Psychiatrien in den Jahren *nach* dem Zweiten Weltkrieg zu beklagen gewesen seien, vor allem bedingt durch den verbreiteten Nahrungsmittelmangel, der sich auf Menschen in Psychiatrien noch stärker niederschlug. Heinz Faulstich, ehemaliger stellvertretender Leiter des psychiatrischen Landeskrankenhauses Reichenau stellt fest: „Von allen Notständen waren psychisch Kranke am stärksten betroffen“ (zit. nach: Bühring, 2001, A 3436).

Andrea Fischer, seinerzeit Bundesgesundheitsministerin, hielt in ihrer Rede anlässlich des Festaktes zum 25-jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquête fest: „Der Umgang mit den Verbrechen an psychisch Kranken und Behinderten nach dem Ende des zweiten Weltkrieges widerlegt auch den Mythos, dass nach 1945 der Zeitgeist schlagartig ein anderer war. Die wenigsten der Täter in den psychiatrischen Anstalten wurden hart bestraft, die weitaus grö-

[3] Dies zeigt sich z. B. an der Übertragung so verantwortungsvoller Aufgaben wie der Anfertigung eines Gutachtens zum Entwicklungsstand und den Notwendigkeiten in psychiatrischen Krankenhäusern an zu Mittätern gewordene Psychiater; so geschehen durch einen entsprechenden Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) vom 14.06.1957 an Prof. Friedrich Panse, „der im NS-Staat an der Auswahl der in Tötungsanstalten verlegten Kranken mitgewirkt“ hatte (Häfner, 2000, S. 147).

ßere Zahl konnte ihre Tätigkeit in Medizin und Psychiatrie fortsetzen. Es hat sehr lange gedauert, bis in Deutschland endlich eine öffentliche Auseinandersetzung mit der Psychiatrie im Nationalsozialismus stattfand und der Opfer öffentlich gedacht wurde“ (Fischer, 2000).

Die erbärmlichen Lebensumstände psychiatrischer Patienten können jedoch nicht als ein auf Deutschland oder das 3. Reich beschränktes Problem betrachtet werden. Häfner (2001) verweist hierzu auf die von Crammer 1990 ermittelten Sterberaten in der englischen Anstalt Buckinghamshire zur Zeit des Ersten Weltkriegs. Einer prozentualen jährlichen Sterblichkeit von 11 % um 1910 stehen 43 % um 1918 gegenüber. Dennoch „sind die Sterbefälle durch ausgedehnte Hungerprogramme in Deutschland im Zweiten Weltkrieg“ weit darüber hinaus gegangen (Häfner, 2000, S. 147). „Aus alledem wird deutlich, dass psychisch Kranke seit jeher am Ende der sozialen Rangordnung und der Zuteilung von Lebenschancen standen“ (Häfner, 2001, S. 81).

In Deutschland seien erst durch einen politisch-geistigen Klimawandel, der letztlich zu den Revolten der antiautoritären Studentenbewegung 1968 führte, die gesellschaftlichen Rahmenbedingen für eine wirkliche Umsetzung von Reformgedanken geschaffen worden.
Dies habe den Weg zur Psychiatrie-Enquête von 1971 geebnet (Bühring, 2001). Maßgebliche Psychiatriereformen wurden hingegen in anderen Ländern etliche Jahre früher vollzogen. Hier seien der „Mental Health Act“ in England oder die „Kennedy-Botschaft“ in Amerika erwähnt.

2.1.2 Die Psychiatrie-Enquête-Kommission

Die Psychiatrie Enquête wurde 1971 vom Deutschen Bundestag eingesetzt, um die Zustände in den Heil- und Pflegeanstalten zu untersuchen. 1973 wurde ein Zwischenbericht veröffentlicht, der Abschlussbericht der Kommission lag 1975 in einem 1800 Seiten starken Werk vor.

Finzen und Schädle-Deininger (1979) beschreiben die Zeit der Kommissionsgründung folgendermaßen: „Die Unzulänglichkeiten der stationären psychiatrischen Versorgung spiegeln sich am deutlichsten im Personalstand der Krankenhäuser… Berechnungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde zum Personalschlüssel laufen praktisch auf die Forderung nach Verdoppelung des in der Psychiatrie tätigen Personals hinaus. Legt man internationale Maßstäbe zugrunde, ist eine effektive Arbeit in bestimmten Berufsgruppen nur möglich, wenn die vorhandenen Planstellen vervielfacht werden, die der klinischen Psychologen und der Beschäftigungs- beziehungsweise Arbeitstherapeuten verzehnfacht, die der Sozialarbeiter verzwanzigfacht“ (S. 14 - 16).

Folgende Personal-Patient-Verhältnisse in psychiatrischen Fachkrankenhäusern wurden durch die Enquête-Kommission für das Jahr 1973 festgestellt (Quelle: Finzen und Schädle-Deininger, 1979, S. 109, ff):

- Ärzte 1 : 59
- Psychologen 1 : 506
- Pflegekräfte 1 : 4,3
- Sozialarbeiter 1 : 539,7
- Beschäftigungstherapeuten 1 : 695,5

Die im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen hohe Dichte an Pflegepersonal wird durch den Umstand relativiert, dass lediglich 42,2 % dieser Personen eine staatliche Anerkennung als Pflegekraft hatten.

Der Zwischenbericht von 1973 hält weiter fest: „Die Lage der psychisch Kranken in Deutschland ist teilweise noch menschenunwürdig und unmenschlich“ (zitiert nach Finzen und Schädle-Deiniger, 1979, S. 212).

Im Abschlussbericht finden sich schließlich Forderungen, um die bestehenden Verhältnisse zu verbessern. Einige Empfehlungen bezüglich der Personalsituation in psychiatrischen Krankenhäusern waren (nach Finzen und Schädle-Deiniger, 1979, S. 202 - 205):

- Eine Verbesserung des Arzt-Patient Verhältnisses von 1 : 60 auf 1 : 40 in den nächsten 10 - 15 Jahren (also bis 1985 bzw. 1990).
- Die deutlich steigende Anstellung von Psychologen. Hier enthielt sich die Kommission der Angabe eines anzustrebenden Zahlenverhältnisses, da zum damaligen Zeitpunkt eine Vorhersage des künftigen Zustroms zu diesem Studiengang/Beruf nur schwer möglich gewesen sei.
- Im Pflegebereich forderte und rechnete man in den folgenden 15 Jahren (bis 1990) mit einer Verdopplung des Personals, ausgehend von den damaligen Entwicklungen in diesem Beruf. Gefordert wurde darüber hinaus eine Anhebung der Ausbildungsstandards, um die damals sehr häufigen Hospitalisierungsschäden und weitere sekundäre Behinderungen in Folge der Behandlung zu vermeiden.
- Auch der Bedarf an Sozialarbeitern wurde als groß eingeschätzt, ohne dabei konkrete Ziele zu benennen.
- Für den Bereich Beschäftigungstherapie wurde dieselbe Aussage getroffen.

Die Ergebnisse der Enquête wurden folglich als einerseits zu wenig konkret und andererseits als zu „perfekt“ kritisiert, was ihre Umsetzung unrealistisch erscheinen ließ (Dörner, Beitrag in: Finzen & Schädle-Deininger, 1979).

Reimer untersuchte 1980, fünf Jahre nach der Psychiatrie-Enquête, die Situation in deutschen Psychiatrien. Die Studie stützt sich auf Fragebogendaten aus 40 Psychiatrischen Landeskrankenhäusern (80 Einrichtungen wurden angeschrieben). Verglichen wurden jeweils die Zahlen der Jahre 1973 und 1979. Hierbei wurde u. a. festgestellt:

Die Bettenzahl hat zwischen den beiden Jahren um 11 % abgenommen, die Aufnahmen sind um 20 % gestiegen. Die personelle Ausstattung hat sich bei den Ärzten um 24 % verbessert, bei Psychologen um 105 %, bei Sozialarbeitern um 95 %, beim Pflegepersonal um 12 % und bei Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten um 55 %. Relativierend merkt Reimer (1980, S. 27) zu diesen Zahlen an: „So stolz diese Zahlen auch sind, so sind die absoluten Zahlen relativ niedrig… Schließlich ist diesen Zahlen nicht zu entnehmen, dass die Entwicklung in einigen Bereichen auch schon vor der ersten Enquête-Zusammenkünften begonnen hatte und weitere Vergleiche gezogen werden müssen.“

Rund 15 Jahre nach der Enquête sieht auch Lorenzen (1989) immer noch erheblichen Handlungsbedarf im deutschen Psychiatriewesen: „Die Prinzipien unserer Rehabilitationsgesetzgebung und das darin verankerte Kosten-Nutzen-Prinzip können der Spezifität psychischer Erkrankungen nicht gerecht werden“ (S. 42)…. „Man ist sich in der Regel nicht bewusst, daß die Rehabilitation oder zumindest der Versuch einer Rehabilitation von chronisch psychisch Kranken ein Prozess ist, der oft viele Jahre in Anspruch nehmen kann; eine Zeitdauer, die normalerweise eine Finanzierung durch die gesetzlichen Rehabilitationsträger illusorisch macht“ (S. 44).

2.1.3 Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)

„Die Psych-PV hat das originäre Ziel, über eine angemessene Personalausstattung der psychiatrischen Einrichtungen eine höhere Behandlungsqualität der psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu bewirken. Sie definiert die zur stationären und teilstationären Behandlung der Patientinnen und Patienten notwendigen therapeutischen Leistungen und das dafür notwendige therapeutische Personal. Zum ersten Mal wurde eine rechtsverbindliche Verknüpfung zwischen einerseits den Aufgaben und andererseits den Mitteln zur Aufgabenerfüllung geschaffen“ (Kunze, Pohl und Krüger, 1998, S. 5). Erstmals sollten nun Personalbe-

messungen an den diagnostischen und therapeutischen Bedürfnissen der Patienten vorgenommen werden und nicht mehr ausschließlich an der Bettenzahl (Kunze, 2001).
Die Psych-PV wurde 1988 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) in Auftrag gegeben und trat 1991 in Kraft. Davor waren die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 und 1974 die einzig verbindliche Grundlage der Personalbemessung. Mit der Psych-PV sollte laut amtlicher Begründung der Übergang von der „Verwahrpsychiatrie“ zur „Behandlungspsychiatrie“ vollzogen werden (Kunze, 2001).

In der Psych-PV finden sich nun erstmals verbindliche *Minutenwerte* der einzelnen Behandlungselemente, die jedoch nur für Kliniken mit Versorgungsverpflichtung[4] gelten. Dies war als Anreiz für weitere psychiatrische Abteilungen gedacht, Versorgungsverpflichtungen zu übernehmen.

Die Behandlung sollte in der Psych-PV *patientenzentriert* definiert werden und nicht etwa in erster Linie auf Stationskonzepten basieren. Diesbezüglich stellte die mit der Erarbeitung der Psych-PV beauftragte Expertenkommission 1990 in einer Bestandsaufnahme fest:

> In der Regel gehen in die Gestaltung des Pflegesatzes globale statt aufgabenorientierte Personalanhaltszahlen ein, die auf die Durchschnittsbelegung des gesamten Krankenhauses bezogen sind. Das bedeutet aber, daß das Personal für überdurchschnittlich aufwendige Betten nur durch eine entsprechende Anzahl von unterdurchschnittlich aufwendigen Betten „verdient“ werden kann, und beinhaltet damit einen sich gerade auf die chronischen Patienten auswirkenden antitherapeutischen Strukturzwang. (S. 69)….
>
> Denn solange die Personalbemessung nach Personalanhaltszahlen erfolgt, die sich undifferenziert auf die durchschnittliche Bettenauslastung des gesamten Krankenhauses beziehen, führt jeder Abbau von unterdurchschnittlich aufwendigen Betten zu einer gleichzeitigen Personalreduktion und damit auch zur Minderung des therapeutischen Angebotes in den überdurchschnittlich aufwendigen Behandlungsbereichen. Eine entscheidende Voraussetzung ist also eine aufgabenbezogene Personalbemessung, die vom spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf definierter Patientengruppen bzw. Stationstypen ausgeht. (S. 288). (Zit. n. Kunze et al., 1998, S. 6).

Die Psych-PV kann als Instrument zur Qualitätssicherung bzw. -verbesserung betrachtet werden (Kunze et al., 1998). In Anlehnung an Donabedians (1966) Unterteilung des Behandlungsprozesses in 3 Qualitätskomponenten können die Beiträge der Psych-PV folgendermaßen gegliedert werden (Kunze et al., 1998, S. 10, 11):

[4] Auch das Zentrum für Psychiatrie Reichenau hat eine Versorgungsverpflichtung und liegt damit im Geltungsbereich der Psych-PV.

1. *Ergebnisqualität*: Der Psych-PV liegt ein zielorientiertes therapeutisches Konzept zugrunde. „ Es geht um eine Therapie, die die Patienten befähigt, außerhalb stationärer Einrichtungen ihr Leben weitgehend selbst zu gestalten, sie also wieder in die Gesellschaft einzugliedern.' (Pressemitteilung des BMA vom 30.04.1990)" (ebd.). Kriterien für die Behandlungsziele sind:
   - „Verminderung der Symptomatik;
   - Förderung von Krankheits- und Therapie-Verständnis, Compliance;
   - Förderung der (krankheitsbedingt gestörten) sozialen Integration…
   - Befähigung der erkrankten Person und ihrer Bezugspersonen, miteinander leben zu können;
   - Befähigung der erkrankten Person zur Inanspruchnahme von ambulanten, rehabilitativen und sozialen Hilfen im Lebensfeld;
   - Unterstützung nichtpsychiatrischer Hilfeinstitutionen in der Region, auch psychisch kranke Personen zu behandeln, zu fördern und zu betreuen."

   Die Psych-PV beinhaltet somit Qualitätsanforderungen, die über die reine Symptomreduktion hinausgehen (vgl. Kap. 2.2: Psychosomatische Symptomlast und andere Therapieerfolgsindikatoren).

2. *Prozessqualität*: Im Sinne der Schwerpunktsetzung auf Wiedereingliederung wird die Bedeutung der Lebensfeldzentriertheit der Behandlung hervorgehoben. Angehörige, Nachbarn, Arbeitskollegen, Ärzte, Beratungsstellen und komplementäre Einrichtungen des näheren Umfeldes des Patienten sollen kooperativ eingebunden werden. Weiter gilt:
   - Basis der stationären Behandlung ist die medizinische Grundversorgung;
   - Voraussetzung der stationären psychiatrischen Behandlung ist die Gestaltung des therapeutischen Milieus;
   - Jede Behandlung ist auf Wiedereingliederung ausgerichtet.

   Von den Klinikorganisationen wird daher gefordert:
   - Kontinuität im Behandlungsprozess und den therapeutischen Beziehungen;
   - Patientenzentrierte Therapieplanung und –durchführung, multiprofessionelle Teamarbeit;
   - Gute Vernetzung mit den medizinischen, rehabilitativen und sozialen Hilfe-Institutionen.

3. *Strukturqualität*: „Die Psych-PV definiert die fachlichen Mindestqualifikationen des therapeutischen Personals (§ 1) sowie den multiprofessionellen Mix der verschiedenen therapeutischen Fachkräfte (§§ 5 und 9)“ (ebd.). Wie oben bereits erwähnt, soll hierbei die Orientierung an den therapeutischen Aufgaben bei der Personalbemessung im Vordergrund stehen.

Das Konzept der Psych-PV definiert die einzelnen Leistungen in 3 Stufen (Kunze et al., 1998, S. 8):

- Behandlungsbereiche: 3 Teilgebiete (A: Allgemeinpsychiatrie, S: Abhängigkeitskranke, G: Gerontopsychiatrie) gliedern sich jeweils in 6 Ebenen (§ 4).
- Patienten werden den 18 Behandlungsbereichen (A 1 bis G 6) zugeordnet gemäß Art und Schwere der Erkrankung sowie Behandlungszielen und Behandlungsmitteln (…).
- Für die Behandlungsbereiche A 1 bis G 6 werden typische Leistungen der therapeutischen Berufsgruppen inhaltlich definiert und Zeitwerte zugeordnet (…).[5]

Die Verordnung gilt für folgende Berufsgruppen: Ärzte, Krankenpflegepersonal/Erziehungsdienst, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Sprachheiltherapeuten, Logopäden (Kunze, Kaltenbach, 2003).

Für jeden Behandlungsbereich und jede Berufsgruppe werden in der Psych-PV wöchentliche Minutenarbeitszeiten pro Patient vorgegeben. Diese Zeiten gehen aus den *Regelaufgaben* (Tätigkeitsprofilen) hervor, die für jede Berufsgruppe und Patientengruppe festgesetzt sind. Diese sind gegliedert „in Grundversorgung, einzelfallbezogene Behandlung, gruppenbezogene Behandlung und mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten“ (Kunze, Kaltenbach, 2003, S. 26).

Konkret handelt es sich dabei für Patienten des Behandlungsbereiches A 5 um folgende wöchentliche Minutenwerte:

[5] Auf Station 61 des ZPR finden sich gemäß dieser Einteilung hauptsächlich Patienten der Gruppe A 5 wieder, also Allgemeinpsychiatrie, Ebene: Psychotherapie.

Tabelle 1: Zusammenstellung der Zeitwerte je Patient und Woche nach Psych-PV, §5, extrahiert aus: Kunze, Kaltenbach, 2003, S. 166.

Berufsgruppe	**Minuten**
Ärzte	154
Pflegepersonal	198
Diplom-Psychologen	107
Ergotherapeuten	103
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	31
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	14

Diese Zahlen geben die Gesamtzeiten wieder, die pro Patient nach Psych-PV aufzuwenden sind, d. h. die Werte beinhalten alle Tätigkeiten, die auf einen Patienten bezogen sind, also sowohl direkte Aufgaben, wie z. B. Einzel- und Gruppensitzungen, als auch mittelbar patientenbezogene Aufgaben wie Teamgespräche und Teilnahme an Konferenzen, etc.

„Die Zeitwerte für die Regelaufgaben der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen (…) geben die von den Expertengruppen nach dem therapeutischen Konzept typischerweise für erforderlich gehaltenen Minuten wieder“ (a. a. O., S. 27).

Die Minutenwerte werden wiederum in Personalstellen – Soll-Stellen nach Psych-PV – umgerechnet. Grundlage dieser Berechnung ist die voraussichtliche durchschnittliche Patientenzahl, welche aus mindestens 4 Stichtagserhebungen unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Belegung der Einrichtung geschätzt wird.

Das in der Psych-PV festgeschriebene Personal-Soll wurde im Jahre 1995 erstmals nahezu erreicht. In den 5 Jahren zuvor stieg die Anzahl der Mitarbeiter kontinuierlich um 24 % (Kunze et. al. 1998). Folgende Tabelle gibt diese Entwicklung für die einzelnen Berufsgruppen in absoluten und relativen Zahlen wieder:

Tabelle 2: Entwicklung der Personalstellen zwischen 1990 und 1995 in absoluten Zahlen und Prozenten. Entnommen: Kunze et al. 1998, S. 44)

N= 115 Einrichtungen	**1990**	**1995**	**Differenz in %**
Ärzte	1630	2334	43 %
Krankenpflegepersonal	11577	13613	18 %
Diplom-Psychologen	408	541	33 %
Ergotherapeuten	872	1231	41 %
Bewegungstherapeuten	320	401	25 %
Sozialarbeiter	445	818	84 %
Personal gesamt	**15253**	**18939**	**24 %**

Die realen Personalstellen führten im Vergleich zum Personalbedarf gemäß Psych-PV, bezogen auf das Jahr 1995, zu folgenden Erfüllungsgraden:

Tabelle 3: Erfüllungsgrade der Psych-PV im Jahr 1995, extrahiert aus: Kunze, et al., 1998, S. 132.

N = 44 Einrichtungen	**% von Psych-PV**
Ärzte	96 %
Pflegekräfte	112 %
Psychologen	96 %
Ergotherapeuten	95 %
Bewegungstherapeuten	105 %
Sozialarbeiter	92 %
Logopäden	81 %
Gesamt mit Pflege	**107 %**
Gesamt ohne Pflege	**96 %**

Kunze et al. resümieren 1998: „Die Psychiatrie-Personalverordnung (…) hat in der Krankenhauspsychiatrie zu einer Verbesserung der Ausstattung mit therapeutischem Personal geführt, die von den Krankenlassen und Kliniken gleichermaßen für notwendig erachtet wird“ (S. 5).

Hervorgehoben wird des Weiteren, dass die in der Psych-PV festgeschriebene Personalausstattung, „in Bezug auf Qualität ein mit der Somatik vergleichbares Niveau ermöglicht“ (Kunze, 2001, S. 110).

Dementsprechend gab sich Kunze im Jahr 2001 optimistisch: „Ich hoffe, dass es gelingt, ausgehend von der Psych-PV und der Institutsambulanz geeignete Arbeitsformen und Finan-

zierungsgrundlagen für bessere Qualität und schlankeren Ressourcenverbrauch zur Überzeugung der Nutzerinnen (Betroffene, kooperierende Ärztinnen und andere Dienste, Kostenträger) zu entwickeln, statt in den Sog der Fallpauschalen der Somatik zu geraten“ (Kunze, 2001 S. 113).

Die Errungenschaften der Psych-PV werden demgegenüber seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bereits als Endpunkt der Entwicklung der Personalaufbesserung betrachtet. Banaski und Grundig (2003), Mitglieder des MDK Nordrhein, Bonn bzw. Thüringen, lassen verlauten: „Die Personalbemessung nach Psych-PV ist nach einhelligem Urteil der Experten ausreichend für eine qualifizierte stationäre Behandlung psychisch Kranker. Eine darüber hinausgehende Personalbemessung würde das Maß des Notwendigen überschreiten“ (S. 239). Auch die Krankenkassen sehen den Sinn der Psych-PV nicht allein in der Personalsteigerung, sondern in einer Qualitätssteigerung: „Im Rahmen der Evaluation der Psych-PV muss auch der Nachweis angetreten werden, dass die erhebliche Personalaufstockung zu einer Verbesserung der Effektivität und der Effizienz der Versorgung psychisch Kranker geführt hat. Indikatoren hierfür sind u. a. eine Verringerung der Krankenhaustage je Patient in einem längeren Zeitraum, ein kürzerer Aufenthalt in personalintensiven Bereichen oder ein Ausscheiden aus der stationären Versorgung. Insgesamt gesehen müsste auch nach Auffassung der Experten die auf einer ersten Stufe durch die Psych-PV bewirkte Zunahme des Personals allmählich wieder geringer werden und in einen Abbau stationärer Kapazitäten übergehen“, so die Zukunftsperspektive von Lubecki (2003) vom AOK Bundesverband, Bonn. Dies, so die weiteren Ausführungen, ist mancherorts bereits eingetreten: „ In einigen Landesbereichen haben die Krankenkassen nach der Überprüfung der Vorgaben der Psych-PV mit Hilfe des MDK Neubewertungen der Zuordnung zu einzelnen Behandlungsbereichen erreichen können und entsprechende Kürzungen in der Personalbemessung vorgenommen“ (a. a. O. S. 248).

2.1.4 Aktuelle Entwicklungen

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) wurde 2005 vom Bundesministerium für Gesundheit mit der erneuten Evaluation der Psych-PV beauftragt. „Die zentrale Zielsetzung der Erhebung galt der empirischen Ermittlung des Psych-PV-Erfüllungsgrades, d. h. der Frage, inwiefern der Vollkräfte-Planbedarf nach Psych-PV im Budgetjahr 2004 von den Einrichtungen tatsächlich realisiert werden konnte“ (Gebhardt, Schmidt-Michel, Kunze, 2007, S. 5).

Der Abschlussbericht lag 2 Jahre später vor. Inzwischen scheint die oben skizzierte Personalentwicklung wieder zum Stillstand gekommen zu sein bzw. sogar einen rückläufigen Verlauf einzunehmen, wie durch folgende Daten ersichtlich wird:

Tabelle 4: Erfüllungsgrade der Psych-PV im Jahr 2004, entnommen der Präsentation von Gebhard, Kunze und Schmidt-Michel vom 07.06.2007.

N = 196 (Anzahl der Kliniken für Erwachsene)	**Psych-PV-Erfüllungsgrad über alle Berufsgruppen**
Mittelwert	90,1 %
Gewogenes Mittel **(Größe Institution)**	88,9 %
Median	90,6 %
Unteres Quartil **(d.h. 25% der Einrichtungen (mit 29% der Planbetten) haben einen Psych-PV-Erfüllungsgrad von < = 85.1 %)**	85,1 %
Oberes Quartil	96,5 %

Es zeigt sich ein deutlicher Rückgang des Personalstandes anhand der Erfüllungsgrade der Psych-PV bezüglich des Vollkräfte-Planbedarfs für das Jahr 2004. Noch 1995 wurde das Personal-Soll der Psych-PV deutlich besser erfüllt. (vgl. ***Tabelle 3***).

Kunze und Schmidt-Michel, stellvertretender Vorsitzender bzw. Vorstand der APK, weisen in einem dem Abschlussbericht beigefügten Brief vom Januar 2007 an Theo Schröder, Staatssekretär des Ministeriums für Gesundheit, auf die aktuellsten Evaluationsdaten zur Psych-PV hin: So habe seit der „Budget-Deckelung“ von 1996, die auch die psychiatrischen Kliniken betraf, die Personalausstattung wieder abgenommen, während die Zahl der behandelten Patienten erheblich zugenommen habe – bei sogar zurückgehenden Bettenzahlen. Neue Aufgaben und Anforderungen (Qualitätssicherung, Dokumentation, neue Weiterbildungsordnung für Ärzte) seien hinzugekommen. Im Ergebnis bleibe immer weniger Therapeuten-Zeit für die Arbeit mit den Patienten.

Die Psych-PV an sich wird hierdurch allerdings nicht in Frage gestellt: „Die Problematik der Unterfinanzierung, um die es hier geht, ist nicht ein Problem der Psych-PV, sondern ergibt sich aus der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), weil diese die Finanzierung der Personalstellen nach Psych-PV regelt“ (Kunze, Schmidt-Michel, 2007, S. 1). Konkret bedeutet dies, dass tariflich bedingte Personalkostensteigerungen zu einer Senkung der Personal*ausstattung* führen, wenn sie über der maximal verhandelbaren Veränderungsrate liegen (www.apk-ev.de). Diese Veränderungsrate wird wiederum aus der Steigerung der Bei-

tragseinnahmen der Krankenkassen (§71 SGB V) errechnet. Die Entwicklungen von Lohnkosten und Veränderungsrate divergieren hierbei aber in der Regel. Dieser Sachverhalt wird auch als BAT-Schere bezeichnet. Besonders stark ist die Psych-PV in diesem Zusammenhang z. B. von den neuen Tarifabschlüssen im Jahr 2006 betroffen, die zu erheblichen Personalkostensteigerungen führten (Kunze, Schmidt-Michel, 2007). Für den Zeitraum der letzten Jahre konnte in einer Modellrechnung festgestellt werden, dass von „1996 bis 2004 eine kumulierte Steigerung der Personalkosten von 25 % bei einer in den Verhandlungen maximal erreichbaren kumulierten Veränderungsrate von 12 %“ zu verzeichnen war (Gebhard, Schmidt-Michel, Kunze, 2007, S. 8).

Des Weiteren wurde für die Fallzahlen in der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 1991 und 2004 eine Steigerungsrate von 80 % ermittelt, die einem gleichzeitigen Absinken der Verweildauer um 63 % gegenübersteht. „Dies bedeutet aber auch, dass den Patienten während der verkürzten Behandlungsdauer nur noch zeitlich geringere Behandlungsangebote gemacht werden können“ (Kunze, Schmidt-Michel, 2007, S. 2).

Kunze und Schmidt-Michel warnen daher eindringlich: „In immer mehr Kliniken kehren Verhältnisse zurück, wie sie durch die Psych-PV ursprünglich überwunden wurden. Zur Personalausstattung nach Psych-PV fehlte im Jahr 2004 Personal im Umfang von € 250 Mio. Damit hat die Finanzierungslücke die Größenordnung der Summe erreicht, um die das therapeutische Personal zur Erreichung des Psych-PV-Standards in 5 Jahresschritten von 1991 - 1995 aufgestockt wurde. Die mit der Psych-PV festgesetzten Qualitätsstandards zur Versorgung der Patienten sind akut in Gefahr, das einmal erreichte Niveau der Versorgung der psychisch Kranken kann so nicht mehr gewährleistet werden“ (a. a. O., S. 3).

Die APK macht in dem Schreiben ferner auf die volkswirtschaftliche Dimension der Debatte aufmerksam. Ohne eine effektive psychiatrische Behandlung entstünden – auch ganz abgesehen von der reduzierten Lebensqualität der Patienten und somit „verlorenen“ Lebensjahren – oftmals immense Folgekosten durch eine beeinträchtigte Erwerbsbiographie (Krankheitstage, Frühberentung, Nicht-Ausschöpfung des Fähigkeitenpotentials). Hinzu kämen weitere Kosten durch Maßnahmen zur Rehabilitation, Pflege und Teilhabe. Nicht zu vernachlässigen sei hierbei die oft erhöhte Inanspruchnahme somatischer Medizin, wenn die Patienten nicht einer adäquaten (psychotherapeutisch/psychiatrischen) Behandlung zugeführt werden. „Die qualifizierte Versorgung für diesen Personenkreis ist deshalb aus medizinischen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Gründen von herausragender Bedeutung. Die Qualität der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung trägt zur Senkung der Folgekosten bei…“ (a. a. O., S. 4).

Schauenburg, Hildenbrand, Koch, Mattke, Neun und Rüddel (2007) argumentieren in derselben Weise für den Bereich der Psychosomatik und stellen rückblickend fest: „Der psychosomatisch Kranke erhielt solange keine psychotherapeutische Behandlung, bis die Erwerbsfähigkeit ernsthaft gefährdet war und ein Rentenantrag gestellt wurde…. Die Inanspruchnahme psychosomatischer Medizin ist zwar mit erheblichen Kosten verbunden, viel höhere Folgekosten entstehen aber durch deren Nichtbehandlung“ (S. 16). Dies werde bereits daran deutlich, dass es im Schnitt sieben Jahre dauere, bis psychogen erkrankte Patienten fachlich kompetente Hilfe in Anspruch nehmen. Betrachtet man internistische Patienten eines Krankenhauses, so finde sich von ihnen bei 36 % eine psychische Komorbidität. „Im Vergleich zu Patienten ohne psychische Komorbidität zeigen Patienten mit einer solchen Komorbidität eine um bis zu 8,2 Tage längere Aufenthaltsdauer. Dieser Zusammenhang ist unabhängig von anderen Erkrankungsmerkmalen (z. B. Krankheitsdauer, Erkrankungsschwere) nachweisbar…. Stationäre Psychotherapie senkt fallbezogen Krankheitskosten…“ (Schauenburg et al., 2007, S. 16). Lamprecht (1996) ergänzt hierzu in einem Überblick über Kostenreduktionsstudien, dass sich besonders bei Personen über 55 Jahre deutliche Kostenreduktionseffekte zeigten, wenn sie adäquat psychotherapeutisch behandelt würden, und dies besonders aufgrund des Umstandes, dass diese Personengruppe sich eher selten in psychotherapeutische Behandlung begebe, stattdessen aber umso häufiger bei Allgemeinmedizinern vorstellig werde. Weitere Belege der Kosteneffizienz psychotherapeutischer Behandlung finden sich bei Sharfstein (1999).

Der allgegenwärtige Druck zur Kostensenkung sei in der Psychiatrie fast nur über Einsparungen beim Personal zu tragen, da im Vergleich zur somatischen Medizin das Verhältnis zwischen Sach- und Personalkosten ein weitaus stärkerer Schwerpunkt auf den Personalkosten charakterisiere. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE formuliert in diesem Sinne folgende Kernthese bzw. -forderung:

„Die Rationalisierungsmöglichkeiten in der Behandlung von psychisch kranken Patienten sind geringer als in der Somatik, weil die *Zeit* für Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten im therapeutischen Milieu das entscheidende Therapeutikum ist. Diese Zeit für Kommunikation kann nicht beliebig verkürzt oder komprimiert oder beschleunigt werden, sondern muss die Beeinträchtigungen der Patienten berücksichtigen.“ (Kunze, Schmidt-Michel, 2007, S. 3).

2.1.4.1 DRGs in der Psychiatrie

Zu den aktuellen Diskussionsthemen im Zusammenhang mit stationärer Therapiezeit zählen die *Diagnosis Related Groups* (DRGs). Hierunter versteht sich ein pauschalierendes Vergütungssystem, durch welches der Ressourcenverbrauch über medizinisch sinnvolle Gruppenbildung dargestellt werden soll (Burgmer, Heuft, Freyberger, Roeder, 2003). Es soll dadurch also eine Zusammenfassung erfolgen, welche die so entstandenen Gruppen aus ökonomischer Sicht in sich homogener bündelt als die Gesamtgruppe. „Die gängigen DRG-Systeme basieren auf der medizinischen Hauptdiagnose als Klassifikationsgrundlage und beziehen Nebendiagnosen, Prozeduren und weitere Patientendaten mit ein (z. B. das Alter). Bisherige Untersuchungen konnten dagegen krankenhaus- und patientenbezogen keine ausreichende Beziehung der psychiatrischen DRGs zur Verweildauer oder den Kosten zeigen, da nur 2 - 8 % der gesamten Varianz der Verweildauer (…) und nur 4 - 5 % der Varianz der Kosten (…) durch die Zuordnung zu den DRGs erklärt werden konnte“ (Burgmer et al., 2003, S. 205). Es wird somit ausdrücklich vor der Anwendung von DRGs im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich gewarnt. Während sie im chirurgischen Bereich beispielsweise zu einer zufrieden stellenden Kostenabbildung führten, bildeten sie den Ressourcenverbrauch bei psychischen Störungen nicht adäquat ab (ebd.).

Auch Kunze und Schmidt-Michel (2007, S.6) konstatieren in ähnlicher Weise: „Eine einfache Problemlösung durch den „Anschluss“ der Krankenhauspsychiatrie an die DRG-Finanzierung gibt es nicht. Weltweit existiert kein funktionierendes Finanzierungssystem für psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung, das von einem diagnoseorientierten Leistungsbezug und Fall-bezogener Abrechnung ausgeht.“

Der Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform des Jahres 2000 sah vor, auch die Krankenhauspsychiatrie über eine diagnosenbezogene Fallpauschale zu finanzieren, was auf heftige Gegenwehr u. a. seitens der AKTION PSYCHISCH KRANKE stieß, wodurch diese Pläne letztlich wieder fallen gelassen wurden (Kunze, Kaltenbach, 2003). Es wird der Standpunkt vertreten, dass durch die Psych-PV bereits ein gutes Instrument zur Verbesserung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit geschaffen wurde. Die Einführung von diagnosenbezogenen Fallpauschalen in der Psychiatrie sei dagegen „fachlich unsinnig und in der Steuerungswirkung kontraproduktiv“ (a. a. O., S. 273).

Die Autoren verweisen auf ein Beispiel aus den USA, wo die Veterans Administration 1984 die Fallpauschalenfinanzierung über DRG eingeführt und 1988 wieder abgeschafft habe, weil sich dadurch nur die „Drehtürpsychiatrie“ vergrößert habe. Als negative Konsequenzen aus DRG-Systemen seien zu erwarten:

- „Rosinenpickerei“: Vermehrte Aufnahme bei fragwürdigen Indikationen bei gleichzeitiger Verdrängung der „schweren“ Fälle. Denn: Die ökonomischen Risiken werden zwischen Krankenhaus und Kostenträger geteilt, d. h. Patienten mit schwereren Erkrankungen, deren Behandlungskosten über dem Mittelwert liegen, verursachen für das Krankenhaus Verluste, während leichtere Fälle von finanziellem Anreiz sind und eher für den Kostenträger ein finanzielles Risiko darstellen (Fritze, 2003, S. 279).
- Kürzere Behandlungszeiten pro Fall bei Steigerung der Wiederaufnahmeraten. Beispielsweise würden Krankenhäuser mit hohen Abbruchraten von diesem System *profitieren*.
- Behandlung von vielen Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in somatischen Betten.

Fritze (2003) weist auf das Verhältnis zwischen Versicherer und Versichertem hin: „Unterscheidet sich die Morbidität der Versicherten zwischen verschiedenen Kostenträgern, so begünstigt ein höher differenzierendes (‚refined’) DRG-System den Versicherer mit den ‚günstigeren Risiken’, umgekehrt ein weniger differenzierendes System einen Versicherer, dessen Versicherte eine hohe Morbidität (…) aufweisen“ (S. 279). In diesem Falle blieben die Kosten beim Krankenhaus. Eine höhere Differenzierung des DRG-Systems gehe allerdings auf Kosten der Praktikabilität und provoziere seinen Missbrauch, z. B. durch „upgrading“, also der Höhergruppierung von Patienten in eine besser dotierte DRG.

Dass sich Qualitätssicherungsbemühungen und Sparmaßnahmen häufig sehr ähneln und zuweilen einander gegenseitig als Rationale dienen müssen, kritisiert Heuft (1998) als missbräuchliche Argumentation: „Die Akzeptanz notwendiger Bemühungen um Qualitätssicherung wird nur dann hoch sein, wenn Interesse geweckt und einem möglichen Mißbrauch unter dem Label „Qualitätssicherung“ da, wo eigentlich Ressourcen-Allokation gemeint ist, vorgebeugt wird“ (Heuft, 1998, A 2692).

2.2 Psychosomatische Symptomlast und andere Therapieerfolgsindikatoren

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Diskussion, wie therapeutische Erfolge zu messen sind. Es soll dabei das Vorgehen dieser Studie in den Kontext alternativer Ansätze eingebettet werden, um sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen der gewählten Methode aufzuzeigen.

Die Arbeit befasst sich mit den Veränderungen der psychosomatischen Symptomlast von stationären Psychotherapiepatienten im Laufe ihrer Behandlung. Diesem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, dass die Symptomlast zumindest hinreichende Indikatorfunktionen bezüglich des Erfolges der therapeutischen Behandlung aufweist. Letztlich suchen die Patienten in der Regel aufgrund ihrer Symptomlast professionelle Hilfe. Eine Minderung dieser Last stellt somit per se einen Therapieerfolg dar. Hierfür sprechen beispielsweise Untersuchungen von Strauß und Burgmeier-Lohse (1993). In einer Studie zum therapeutischen Erfolg der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Kiel kombinierten sie verschiedene Meßmethoden: 11 Selbsteinschätzungsmaße von Patienten (z. B. Gießen-Test, Narzismus-Inventar, Fragebogen zur Konfliktbewältigung, SCL-90-R) wurden mit 4 Fremdbeurteilungsmaßen von Therapeuten zu einem globalen, mittleren Erfolgsmaß verrechnet und zu den Werten des Inventars interpersoneller Probleme (IIP) von Horrowitz (1988) in Verbindung gesetzt. Sie kamen zu dem Ergebnis, „dass sich bei den insgesamt erfolgreicheren Patienten [ermittelt mit dem globalen Erfolgsmaß] sowohl das interpersonale als auch das symptomatische Leiden deutlich verringert“(Strauß, Burgmeier-Lohse, 1993, S. 244). Die Symptombelastung (SCL-90-R) stand also in engem Zusammenhang mit dem globalen Erfolgsmaß, das in der Studie eingesetzt wurde. Weitere Befunde zur Bedeutung der Symptombelastung im Zusammenhang mit der SCL-90-R finden sich z. B. bei Derogatis und Savitz (1999).

Trotz der überwältigen Fülle der Ergebnisse, die die psychosomatische Symptomlast als Erfolgindikator von Psychotherapien qualifizieren, soll nicht außer Acht gelassen werden, dass vielerlei alternative/ergänzende Kriterien und methodische Vorgehensweisen zur Beurteilung des Therapieerfolges diskutiert und umkämpft werden. Auswahl und Akzeptanz eines Erfolgsindikators für Psychotherapien hängen – zumindest in der Fachwelt – nicht zuletzt vom theoretischen Standort des jeweiligen Forschers bzw. Rezipienten ab (Riedel, 1989).

Die Entscheidung für einen *Bereich*, dessen Veränderungen in Zusammenhang mit einer Therapie untersucht werden soll, lässt die Wahl der entsprechenden *Methode* noch offen. Waskow und Parloff (1975) ordnen die Vorgehensweisen hierzu in ihrer Überblicksarbeit in vier Gruppen:

1. *Patienten-Maße*: Hierunter werden genannt: Tests, Testinventare, Direkter Selbstreport, Verhaltensmaße, Physiologische Maße, Interviews, sprachlich gewonnene Maße, Kognitive – und Wahrnehmungsmaße, Projektive Verfahren;
2. *Therapeuten-Maße*: Sämtliche Maße, die vom Therapeuten gewonnen werden;

3. Maße von „relevanten Anderen“: Gemeint sind Informationen, die aus der (nicht-professionellen) Umwelt des Patienten gewonnen werden, also z. B. von Familienmitgliedern, aber auch Rehospitalisierungsdaten;

4. Evaluation durch unabhängige klinische Rater: Informationen von klinisch ausgebildetem Personal, das nicht in die Behandlung des Patienten involviert war.

Die dargestellten Methoden sagen hierbei allerdings nichts über den zu messenden Gegenstand aus, was sich letztlich in einer sehr großen Zahl verschiedener Ansätze zum Thema Therapieerfolgsmessung niederschlägt. Waskow und Parloff beklagten noch 1975 die oft willkürlich erscheinende Vorgehensweise bei der Aufstellung therapeutischer Veränderungsmaße. „Researchers in the area often have not accepted each others' criteria and related measures as reflecting meaningful aspects of therapeutic change, and thus have tended to develop and use their own untested instruments to asses a particular construct – sometimes even when there were more established and often better instruments already available. Numerous new measures in this field have been used only once or twice and have never picked up again (S. 2)".

Seit dieser Feststellung hat es auf dem Gebiet der Outcome-Forschung viele Entwicklungen gegeben (Lambert, Lambert, 1999). Zumindest für den Bereich „Selbst-Report“ ist mittlerweile eine gewisse Konvergenz bezüglich der eingesetzten Instrumente zu erkennen, wobei das Beck'sche Depressionsinventar (BDI), das State-Trait Anxiety Inventory (STAI), das Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) und die SCL-90-R zu den meistbenutzten zählen. Jenseits der Selbst-Report-Studien bestehe jedoch nach wie vor weitaus weniger Konsens, welche Messmethoden als gemeinhin anerkannt gelten sollten. Lambert und Lambert (1999) verweisen auf eine Untersuchung von Froyd et. al. von 1996, welche größere Fachzeitschriften nach Outcome-Maßen durchsuchten und dabei auf 1430 verschiedene Mess-Ansätze stießen, von denen 840 nur ein einziges Mal eingesetzt wurden.
Die Autoren betrachten diese augenscheinlich große Unordnung zum einen als logische Folge des überaus komplexen Unterfangens „Psychotherapie“, bei dem letztlich sehr verschiedene Menschen und Problematiken im Zentrum der Betrachtung stehen. Zum anderen spiegele sich in der übergroßen Vielfalt aber auch die Unfähigkeit von Wissenschaftlern und Praktikern wider, sich auf bewertende Maße zu einigen.

Auf einige Therapieerfolgskriterien jenseits der Symptombelastung soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

- Messer (2000) beispielsweise spricht sich für eine Ergänzung gängiger Effizienz-Beurteilungsdimensionen, deren Bedeutung er anerkennt, um psychodynamische und humanistische Gesichtspunkte aus. Er führt hierunter u. a. auf: Einsicht, Identitätsgefühl, Selbstverbalisationsfähigkeit, Umgang mit ambivalenten Gefühlen, Ich-Stärke, Selbst-Kohäsion, Selbst-Aktualisierung, Spiritualität. Die Symptomlast als Indikator wäre demgegenüber einem eher (aber nicht nur) verhaltenstheoretisch orientierten Verständnis psychischer Störungen zuzuordnen
- Des Weiteren lassen sich auch a-theoretische Indikatoren der Erfolgsmessung zu Forschungszwecken operationalisieren. Linden und Wen (1990) diskutieren die Beziehungen zwischen Therapieforschung, politischer Gesetzgebung und Inanspruchnahme durch Patienten. Speziell für „öffentliches Publikum“ seien oft „harte“ Daten entscheidender als die zuvor genannten theoriegebundenen Kriterien der Erfolgsmessung. „On these grounds, indices of change such as return-to-work rates, length of hospitalization, changes in drug-taking patterns, and so forth appear more valuable in demonstrating therapy effectiveness and cost-benefit to the consumer and policymaker” (Linden, Wen, 1990, S. 483). Newman (2000) empfiehlt in Übereinstimmung hierzu die Aufnahme von Therapieerfolgsindikatoren jenseits der bloßen Beschwerdesymptomatik. Speziell bei der Diskussion um Kosten (Folgekosten von Nichtbehandlung) und Einsparungspotentiale sei es unerlässlich weitere Parameter zu berücksichtigen. Newman (2000) bemängelt, dass viele Studien aus Gründen der Steigerung der internen Validität Abstriche bei der externen Validität machten. Viele Patienten würden aus solchen Untersuchungen (Randomized clinical trials, RCT) ausgeschlossen, weil sie z. B. (zusätzlich) unter Persönlichkeitsstörungen, besonders schwerer Symptomatik oder sonstiger Komorbidität litten. Dies könne aber den falschen Eindruck erwecken, dass die untersuchte Therapiemethode für alle Patienten in gleicher Weise wirksam sei. Speziell bei der Untersuchung „billiger“ Therapieformen könne dies fatale Folgen haben. Newman (2000) plädiert daher dafür, umfassendere Indikatoren für Therapieerfolg, Therapiekosten sowie *Kosten der Nichtbehandlung*[6] zu untersuchen.
- In diesem Zuge von Therapieerfolgsindikatoren jenseits der Symptomatologie sind auch biologische Korrelate positiver Therapieergebnisse zu erwähnen, die in jüngerer Zeit und mit der Verfügbarkeit geeigneter Instrumentarien vermehrt Eingang in Unter-

[6] Vgl. hierzu die Argumentation von Kunze und Schmidt-Michel (2007) zum Stand der Umsetzung der Psych-PV, Kap. 2.1.4.

suchungen fanden. Spanier, Frank, McEachran, Grochocinski und Kupfer (1999) integrierten beispielsweise EEG-Schlaf-Parameter in verschiedene Studien und fanden heraus, dass diese signifikant mit dem Ansprechen depressiver Patienten auf Psychotherapie (Interpersonale Therapie) korrelierten. Grawe widmet seine Monographie von 2004, *Neuropsychotherapie,* der Darstellung der Befunde aus der Hirnforschung und zieht hieraus Schlüsse für die Psychotherapie. Eine Wiedergabe der zahlreichen, in dieses Werk eingeflossenen Forschungsarbeiten kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Grawes Fazit und These ist, dass neuronale Korrelate psychischer Störungen und psychotherapeutischer Behandlungen – damit auch Therapieerfolge – eine wachsende Bedeutung bei der Evaluation und Konzeption der entsprechenden Interventionen erhalten werden.

- Schließlich sei auf eine Forschungslinie verwiesen, die sich mit der Erfassung therapeutischer Erfolge auf individueller Ebene befasst. Beim Konzept des „Goal Attainment Scaling“ (GAS; Kirusek und Sherman, 1968) wird das Erreichen personenspezifischer Therapieziele in Bezug auf vorformulierte mögliche Zielzustände gemessen (näher beschrieben in Kap. 2.5).

In Anbetracht der sehr verschiedenen Ansätze zur Messung des Therapieerfolges als abhängige Variable gibt Kiesler bereits 1966 zu bedenken, dass schon die Entscheidung für einen dieser Ansätze Implikationen für die Struktur der zu erwartenden Ergebnisse mit sich bringt und unter Umständen ausschlaggebend dafür sein kann, ob (signifikante) Ergebnisse überhaupt entdeckt werden. „No single measure of the outcome of therapeutic interventions possesses either reliability or the comprehensiveness to serve as the sole indicator of clients` gains (or setbacks)” (Kendall, Norton-Ford, 1982, S. 435).

Neben der Wahl geeigneter Messkriterien und Methoden ist schließlich auch die Interpretation der Ergebnisse von zentraler Bedeutung und kann darüber entscheiden, wie eine Intervention bewertet wird. Lambert und Hill (1994) und Lambert und Lambert (1999) fordern daher die Betrachtung der *klinischen Relevanz* bei der Diskussion um Therapieerfolgskriterien. Sie stellen fest, dass statistisch signifikante Verbesserungen aus klinischer Sicht keinesfalls belangvoll sein müssen. Beispielweise sage eine Symptomreduktion um ein bestimmtes, statistisch signifikantes Ausmaß nicht notwendigerweise etwas darüber aus, ob es dem/den Patienten dadurch bereits tatsächlich besser gehe, also ob die Ergebnisse auch im klinischen Sinne relevant seien. Eine ausführlichere Darstellung verschiedener Ansätze zum Thema klinische Signifikanz geben Lambert und Lambert (1999).

2.3 Motivation und Therapieerfolg

Der vorliegenden Untersuchung liegt die Annahme zugrunde, dass motivationalen Faktoren eine wesentliche Rolle im psychotherapeutischen Geschehen zukommt. Auf Ebene der Grundlagenforschung haben z. B. Emmons & King (1988), Emmons (1996), Sheldon & Elliot (1999) und Elliot & Sheldon (1998) auf die Zusammenhänge zwischen Motivation und Wohlbefinden verwiesen. Von zentraler Bedeutung ist bei diesen Untersuchungen die Unterscheidung zwischen Annäherungs- und Vermeidungsmotivation.

2.3.1 Annäherungs- und Vermeidungsmotivation

„Die Unterscheidung von Annäherungs- und Vermeidungszielen hat motivationspsychologisch eine lange Tradition (Carver, 1996) und findet in der neueren empirischen Forschung zunehmend Unterstützung (z.B. Coats, Janoff-Bulmann & Alpert, 1996; Elliott, Sheldon & Church, 1997; Emmons, 1996). In unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen beschreiben die Autoren zwei Systeme der Selbstregulation: eines, das die Anwesenheit gewünschter Ergebnisse maximiert bzw. deren Abwesenheit minimiert, sowie eines, das die Anwesenheit unerwünschter Ergebnisse minimiert bzw. deren Abwesenheit maximiert“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2000, S. 171).

Grosse Holtforth und Grawe (a. a. O.) verweisen auf die Literatur der unterschiedlichen Erklärungsansätze für das Vorhandensein zweier unterschiedlicher Selbstregulationssysteme: Gray (1987) postuliert unterschiedliche Gehirnprozesse, Higgins (1997) geht von Verbindungen zu unterschiedlichen Grundbedürfnissen aus und Schwarz (1990) sieht in der Erfordernis unterschiedlicher Arten analytischen Denkens die Basis der Selbstregulationssysteme. Einigkeit bestehe weitgehend in der Annahme, dass unterschiedliche Sozialisationserfahrungen zu einer Betonung eines der beiden Systeme beim Individuum führten.

Arbeiten unterschiedlicher theoretischer Herkunft deuten darauf hin, dass ein Überwiegen vermeidender Tendenzen im motivationalen System mit weniger Wohlbefinden und verstärkt auftretenden körperlichen Beschwerden verbunden ist.

Zunächst ist hierbei auf die Arbeiten aus der Forschungsgruppe um Klaus Grawe zu verweisen (berichtet bei Grawe, 2004, S. 282, f). In mehreren Untersuchungen wurden Psychotherapiepatienten mit dem Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS, Kap. 3.4.3) untersucht. Es fanden sich dabei die erwarteten signifikanten Zusammenhänge zwischen einem Überwiegen von Vermeidungsmotivation (Vermeidungsdominanz) in der Struktur der motivationalen Schemata und schlechterem Wohlbefinden – erfasst mit verschie-

denen Befindensmaßen. Die Korrelationen mit der Vermeidungsdominanz des FAMOS' betrugen bei einer gemischten klinischen Stichprobe von N = 304 im Einzelnen:

- Skala „Positive Lebenseinstellung" aus dem „Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (BFW): r = -.38
- Skala „Selbstwertgefühl" aus dem BFW: r = -.37
- Skala „Depressivität" aus dem BFW: r = .26

Bei einer anderen Stichprobe von N = 70 Psychotherapiepatienten betrugen die Korrelationen:

- „Global Severity Index" aus der SCL-90-R: r = .37
- „Soziale Angst" aus dem Unsicherheitsfragebogen von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977): r = .55
- Summenwert aus dem Inventar Interpersonaler Probleme (IIP) von Horowitz, Strauß und Kordy (1994): r = . 43.

Auch die Arbeiten der zu Beginn dieses Kapitels erwähnten Autoren deuten – bei unterschiedlicher Operationalisierung der Vermeidungsmotivation – darauf hin, dass ein Dominieren vermeidender Motivationstendenzen negativ mit dem Wohlbefinden zusammenhängt. Emmons (1996) wählt das Konstrukt der „Personal Strivings"[7], als Analyseeinheit. Hierunter konzipiert er die Zielverfolgung auf mittlerem Abstraktionsniveau. Personal Strivings werden charakterisiert als „what a person is typically or characteristically trying to do" (S. 315). Auch Emmons (1996) differenziert zwischen Annäherungs- und Vermeidungs-Strivings. Diese Unterscheidung wird als „Goal Orientation" bezeichnet. In einer breit angelegten Untersuchung wurden N = 261 Probanden in mehreren Einzelstudien hinsichtlich ihrer vorherrschenden Goal Orientation und deren Zusammenhänge mit verschiedenen Beschwerdemaßen[8] untersucht. In der Zusammenschau der Ergebnisse zieht Emmons (1996) folgendes Fazit: „Subjects with a high proportion of avoidance strivings tended to report lower well-being across most measures and most samples" (S. 322 - 323).

Elliot und Sheldon (1998) konnten in drei Einzelstudien den positiven Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und Vermeidungszielen demonstrieren, ebenfalls unter Verwendung des Konzeptes der Personal Strivings. In diese Arbeit flossen sowohl longitudinale als auch retrospektive Daten ein. Die drei Teilstudien wurden einer Metaanalyse unterzo-

[7] Wörtliche Übersetzung: Persönliche Strebungen.

[8] Genannt wurden: Eine Globalmessung bzgl. positivem und negativem Affekt, Fragebögen zur körperlichen Belastetheit, verschiedene Wohlbefindens-Fragebögen.

gen und stützen die bisher dargestellten Befunde. Probanden mit mehr Vermeidungszielen berichteten ferner ein geringeres Maß an empfundener Autonomie und Kontrolle. Die Autoren schlagen ein Prozessmodell vor, in dem das Ausmaß der empfundenen Kontrolle und Autonomie die Wirkung der Vermeidungsziele auf die körperlichen Symptome moderiert.

In einer anderen Arbeit konnten Dickson und McLeod (2004) bei anderer Operationalisierung differenzielle Zusammenhänge zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen und -plänen und Angst und Depression nachweisen. Pläne wurden hierbei als Mikroebene in der Zielhierarchie konzipiert, während Zielen eine globalere Bedeutung im Sinne zeitlich persistenterer Handlungsleitlinien angedacht wurde. Ziel dieser Studie war, die Annäherungs- und Vermeidungsstruktur von Personen mit erhöhten Angst- und Depressionswerten miteinander und mit Kontrollpersonen zu vergleichen. Es flossen die Daten von N = 112 Personen in die Analyse ein. Bei Personen mit erhöhten Angstwerten (gemessen mit dem Beck Anxiety Inventory, BAI) stießen die Autoren auf signifikant mehr Vermeidungsziele und -pläne verglichen mit Kontrollpersonen, während Personen mit erhöhten Depressionswerten (gemessen mit dem Beck Depression Inventory, BDI) sowie Personen mit erhöhten Werten auf beiden Instrumenten, BAI und BDI, durch eine signifikant verminderte Anzahl von Annäherungszielen und -plänen und eine erhöhte Anzahl von Vermeidungsplänen charakterisiert werden konnten[9].

Eine weitere Untersuchung von Moos, Brennan, Fondacaro und Moos (1990) wurde an einer großen klinischen Stichprobe von N = 1884 Personen durchgeführt. Die Autoren untersuchten das Copingverhalten von älteren Problem- und Nichtproblem-Trinkern (unter Berücksichtigung der DSM-III-R-Kriterien für „alcohol abuse“) mit dem von ihnen entwickelten Coping Response Inventory (CRI), welches Coping nach den Dimensionen Focus (Annäherung vs. Vermeidung) und Methode (kognitiv vs. verhaltensmäßig) differenziert. Problemtrinker zeichneten sich in dieser Studie durch einen vermehrten Gebrauch kognitiv-vermeidender Copingstrategien aus.

Für das Zustandekommen der beschriebenen negativen Konsequenzen eines hohen Anteils an Vermeidungsmotivation und -zielen gibt es eine Reihe von Erklärungsansätzen:

Grawe (2004) und Emmons (1996) argumentieren, dass es viel einfacher sei, ein Annäherungsziel zu verfolgen, da in der Regel hierfür der Weg zum Ziel viel eindeutiger erkennbar sei. Es ist relativ leicht festzustellen, ob man dem Ziel näher gekommen ist oder nicht. Das

[9] Auch Grawe (2004) verglich die motivationalen Unterschiede zwischen Angst- und Depressionspatienten (S. in diesem Kapitel, S. 26, f.).

Erreichen von Zwischenzielen ist in der Regel bereits mit positiven Emotionen verbunden und man kann etwas dafür tun, den Erfolg bei der Zielerreichung sichtbar zu machen.

Vermeidungsziele erfordern dagegen andauernde Kontrolle. Sie sind prinzipiell nie erreichbar. „Selbst wenn man eine Gefahr erfolgreich abgewehrt hat, kann man nie sicher sein, dass nicht eine andere Gefahr von einer anderen Seite droht. Bei Vermeidungszielen muss man daher immer auf der Hut sein. (…) Aktivierte Vermeidungsziele binden Aufmerksamkeit und sind von ängstlicher Anspannung begleitet“ (Grawe, 2004, S. 278).
Folgende Abbildung verdeutlicht die Asymmetrie von Annäherungs- und Vermeidungszielen.

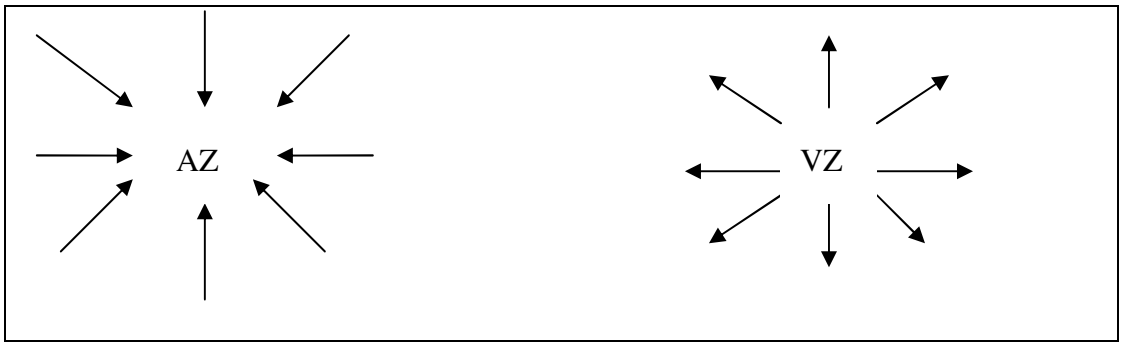


Abbildung 1: Ziele und „Antiziele“ nach Carver und Scheier (1998), übernommen von Grawe (2005, S. 278).

Emmons (1996) und besonders Grawe (2004) verweisen darüber hinaus auf die spezifischen neuronalen Korrelate von Annäherungs- und Vermeidungszielen und die hiermit verbundenen Konsequenzen für angenehme und unangenehme Gefühle. Als Fazit der dort referierten Studien kann betrachtet werden, dass Annäherung und Vermeidung als zwei getrennte (neuronale) Systeme verstanden werden können und keineswegs lediglich als Positiv- bzw. Negativabbild des jeweils anderen, worin mit Coats, Janoff-Bulman und Alpert (1996) übereingestimmt wird: „We believe that approach and avoidance goals provide fundamentally different standards, for evaluation of goal-relevant outcomes” (S. 1064).

Grosse Holtforth und Grawe (2000, S. 171) stellen zusammenfassend fest: „Vermeidungsziele scheinen fast durchweg mit geringerem Wohlbefinden einher zu gehen. Diese Effekte erklären die Autoren mit geringerer Bedürfnisbefriedigung (Grawe, 1998), stärkerer extrinsischer Motivation (Ryan, Sheldon, Kasser & Deci, 1996), negativer kognitiver Verzerrung bzw. prinzipiell erfolglosem Zielstreben (Coats et al., 1996; Emmons, 1996) oder durch Kovariation mit Neurotizismus (Elliott et al., 1997 [, Robinson, Odes, Wilkowski, 2007, Ergänzung: M. H.])“.

Grawe (2004) bemerkt bezüglich der Studien im Kontext der Vermeidungsmotivation, dass hier im Wesentlichen korrelative Beziehungen beschrieben wurden. Kausale Rückschlüsse sind somit aus der bisherigen Befundlage nicht zulässig. Grawe (2004) geht aber

davon aus, dass sich Vermeidung und Wohlbefinden bzw. psychische Beschwerden wechselseitig beeinflussen. „Eine Abnahme der Vermeidungsziele sollte daher mit zu den wichtigsten Therapiezielen gehören“ (S. 284). Auch hierzu liegen aus Grawes Forschungsgruppe Untersuchungen vor. An einer Gruppe von N = 78 Psychotherapiepatienten konnte gezeigt werden, dass die Vermeidungsmotivation, erfasst mit dem FAMOS, zu Beginn der Therapie signifikant über dem Niveau von gesunden Kontrollpersonen lag. Am Ende der Therapie (nach durchschnittlich 26 Sitzungen) war kein signifikanter Unterschied mehr nachweisbar. Stärkere Verminderungen der Vermeidungsziele gegen Therapieende konnten bei Patienten mit anfangs besonders starken Ausgangswerten festgestellt werden. Ein weiteres interessantes Ergebnis besteht in den differenziellen Zusammenhängen zwischen der Abnahme der Vermeidungsmotivation und verschiedenen Diagnosegruppen. „Für depressive Patienten waren die Korrelationen zwischen der Abnahme der Vermeidung und anderen therapeutischen Veränderungen sehr hoch, bei Angstpatienten dagegen waren sie nicht einmal statistisch signifikant…. Das Fehlen entsprechender Zusammenhänge bei den Patienten mit Angststörungen ist sehr bemerkenswert, denn bei ihnen war im Mittel eine gleich starke Abnahme der Stärke von Vermeidungszielen aufgetreten wie bei den Depressiven“ (Grawe, 2004, S. 286). Folgende Tabelle gibt diese Befunde im Einzelnen wieder:

Tabelle 5: Korrelationen der Veränderungen in einzelnen FAMOS-Vermeidungsskalen mit anderen Therapieerfolgsmaßen, getrennt für ängstliche und depressive Patienten. Übernommen aus Grawe, 2004, S. 287.

FAMOS-Skalen (Veränderung der Intensität)	**Veränderung psychopath. Symptome (SCL-90-R; Prä-Post-Differenzen)**		**Veränderung interpersonaler Probleme (IIP; Prä-Post-Differenzen)**		**Mehr Optimismus (VEV)**		**Zielerreichung (GAS)**	
	Depr.	Angstst.	Depr.	Angstst.	Depr.	Angstst.	Depr.	Angstst.
Alle Vermeidungsziele	.47*	.21	.64***	.02	.40*	.39*	.37*	.14
Vulnerabilität/ Kontrollverlust	.46*	.32	.56**	.07	.54**	.28	.24	-.02
„meine eigenen Schwächen anderen zeigen“	.35	.10	.78***	.14	.54**	.13	.39	.04
„meine eigenen Bedürfnisse oder Wünsche zeigen	.27	.23	.56**	.16	.51*	.39	.19	.32
„überwältigt sein durch meine eigenen Emotionen	.32	.03	.11	.09	.15	.14	.15	.17

Anmerkungen: Depr. = Depressive Störung (N = 22); Angstst. = Angststörung (N = 19 bis 23);
GAS = Goal Attainment Scales
*** $p < .0001$,
** $p < .01$,
* $p < 0.5$, einseitiger Test

Grawe (2004) interpretiert diese unterschiedlichen Effekte dahingehend, dass bei Patienten mit depressiven Störungen das Vermeiden eine funktionalere Bedeutung besitze als bei Patienten mit Angststörungen. „Während bei Angstpatienten Vermeidungsziele reduziert werden können, ohne dass gleichzeitig Symptom- oder sonstige Veränderungen auftreten, treten bei Depressiven eine ganze Reihe sonstiger Veränderungen ein, wenn es gelingt, ihre Vermeidungsziele abzuschwächen…. Bei Angstpatienten hat ihre Störung offenbar eine funktionale Autonomie gewonnen“ (S. 286, 287). Dies spreche sehr für einen störungsspezifischen Zugang bei dieser Diagnose[10].

Zu diesen Befunden und Schlussfolgerungen kann angemerkt werden, dass über die *Ursache* des Zustandekommens der dargestellten differentiellen Zusammenhänge bei Angst- und Depressionspatienten keine Aussagen getroffen werden.

[10] Zu den Begriffen „funktionale Autonomie“ und „störungsspezifische Therapie“ vgl. Kap 2.3.4.5, „das Konsistenzprinzip“.

2.3.2 Therapiemotivation – ein unspezifisches Konzept

Ein in diesem Zusammenhang zu erwähnendes Konzept besteht im Konstrukt der Therapiemotivation. Bei der Sichtung der Ansätze hierzu wird zum einen die Relevanz deutlich, die der Therapiemotivation allseits beigemessen wird. Zum anderen stößt man aber auf große definitorische Probleme. Bereits Freud machte sich Gedanken über die Therapiemotivation und sah vor allem den Leidensdruck und den sekundären Krankheitsgewinn als maßgebliche Komponenten dieser Variablen an. „Der nächste Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch. Von der Größe dieser Triebkraft zieht sich mancherlei ab, was erst im Laufe der Analyse aufgedeckt wird, vor allem der sekundäre Krankheitsgewinn, aber die Triebkraft selbst muss bis zum Ende der Behandlung erhalten bleiben; jede Besserung ruft eine Verringerung derselben hervor“ (Freud, 1945, S. 477, zit. n. Zwerenz, 2005, S. 54).

Später nahmen sich Dollard und Miller (1950) dieser Thematik an und konzipierten Therapiemotivation als Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt, wobei die Aufsuchungstendenz aus dem Leidensdruck und dem Druck des sozialen Umfeldes hergeleitet und die Vermeidungstendenz aus ängstlichen Affekten gespeist wurde.

Eine der wichtigsten kognitiven Theorien zur Therapiemotivation stammt von Krause (1966), der diesem Konstrukt eine zentrale Bedeutung für das Therapieergebnis zusprach: „Because the psychotherapy client, the counselling client, or the casework client does not merely receive treatment but must actively participate in it, his motivation to participate is a vital factor in the outcome of treatment” (S. 9).

Übersichten über weitere Ansätze und Messinstrumente der Therapiemotivation finden sich z. B. bei Lang (2003, S. 79, ff.) und Zwerenz (2005, S. 53, ff.).

Die Vielfalt der theoretischen Zugänge zum Konzept Therapiemotivation resultiert bis heute in beträchtlicher Unklarheit. „Sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der Laiensprache wird dabei in der Regel von dem Begriff der Therapiemotivation angenommen, dass jeder wisse, was damit gemeint sei. Tatsächlich besteht jedoch eine hohe definitorische Unschärfe hinsichtlich dessen, was unter Therapiemotivation zu verstehen ist“ (Lang, 2003, S. 63). Und noch eindringlicher: „Bis heute wird in Übersichtsarbeiten zur Psychotherapiemotivation eine fehlende terminologische Klarheit und das Fehlen einer allgemein anerkannten Theorie der Therapiemotivation beklagt (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2000; Truant, 1999)“ (Lang, 2003, S. 77). Auch Veith (1997) konstatiert in ähnlicher Weise: „Therapiemotivation kann nicht als ein homogenes Konstrukt betrachtet werden“ (S. 60).

Drieschner, Lammers und van der Staak (2004) identifizieren in ihrem Überblicksartikel drei Quellen dieser unbefriedigenden Lage:

a.) *„Failing to define behavior as the motivational object"* (S. 1117): Es sei meist nicht eindeutig, um welches Verhalten es gehe, z. B. um das *Aufsuchen* einer Therapie (wenn noch keine Behandlung vorliegt) oder um das *Engagement während* der Therapie.

b.) *„Entangling treatment with its determining factors and the resulting behavior"* (a. a. O., S. 1118): Therapiemotivation werde mit den mit ihr assoziierten Verhaltensweisen gleichgesetzt, was zu konzeptionellen Unschärfen und Zirkelschlüssen führe. Dies gelte zuweilen auch für die Konzepte der diesbezüglichen Messinstrumente. Häufig werde hier Faktorenanalysen viel Vertrauen geschenkt, was letztlich aber ein a-theoretisches Vorgehen sei.

c.) *„Treatment motivation as stages of change"* (a. a. O., S. 1121): Die oftmals vertretene Auffassung von Therapiemotivation als Stufenmodell führe ebenfalls in die Irre, da es Multidimensionalität und einen zeitlichen Verlauf impliziere. Beides sei ungeeignet, um das Konzept zu erfassen.

Drieschner et. al. (2004) sehen folgende Gründe für diese andauernde Ambiguität: Zunächst sei bereits der Begriff „Motivation" durch eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen und Erklärungsansätze belastet. Des Weiteren bestehe auch im alltagssprachlichen Gebrauch erhebliche Ungenauigkeit bezüglich der Begriffe Motivation bzw. Therapiemotivation. Schließlich könne man eine Überreaktion auf frühere, den Patienten für ein Misslingen der Behandlung verantwortlich machende Theorien[11] als weitere Quelle der Konfusion ausmachen. Einige Ansätze würden versuchen, derartig „labelnde" Erklärungen zu umgehen und verlören sich dabei in der Multidimensionalität und letztlich in der Mehrdeutigkeit.

Trotz aller methodisch und theoretisch offen gebliebenen Fragen im Zusammenhang mit Therapiemotivation, soll hier stellvertretend auf zwei Arbeiten etwas genauer eingegangen werden, die methodische Aspekte der vorliegenden Arbeit in zentralen Aspekten berühren.

Schneider et. al. (1999) konnten zeigen, dass die Therapiemotivation deutliche Auswirkungen auf das Therapieergebnis hat. Diese Studie ist deshalb für das Vorhaben der vorliegenden Arbeit von Interesse, da sie an einer hinsichtlich der Teilnehmerdiagnosen ähnlich zusammengesetzten Stichprobe (affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoforme und dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen) in einem ähnli-

[11] Mit Bezug auf Miller (1985) kritisieren die Autoren Trait-Ansätze zur Therapiemotivation, welche die Patienten beschuldigten und zu sich-selbst-erfüllenden Prophezeiungen ausufern könnten. Eine Auffassung von mangelnder Therapiemotivation als Abwehrmechanismus fällt in diese Kategorie von Erklärungsansätzen.

chen Setting (stationäre Psychotherapie, psychiatrische bzw. psychosomatische Kliniken) unter Verwendung desselben Messinstrumentes (SCL-90-R zur Therapieerfolgsmessung) durchgeführt wurde. Die Therapiemotivation wurde mit dem Fragebogen zur Therapiemotivation (FMP) [12] von Schneider et. al. (1989) operationalisiert. Im FMP wird die Therapiemotivation über vier Komponenten erhoben: Krankheitserleben, Laienätiologie, Behandlungserwartungen und Offenheit für Psychotherapie.

Für eine deutliche Symptomreduktion im SCL-90-R gegen Ende der Behandlung waren vor allem eine ausgeprägte psychosoziale Laienätiologie und eine starke Offenheit für Psychotherapie prädiktiv. Entsprechende varianzanalytische Interaktionen mit dem Messzeitpunkt (prä/post) zeigten sich für beide Komponenten der Therapiemotivation, was Schneider et al. (1999) zu der Schlussfolgerung führt: „ … die therapeutischen Maßnahmen scheinen unter diesen Bedingen eine größere Effizienz aufzuweisen“ (S. 247).

Auch Berking und Jacobi (2001) betonen in einer anderen Studie, dass trotz der allseits unterstellten Bedeutung des Konzeptes der Therapiemotivation für die psychosomatische Rehabilitation, die empirische Situation weniger eindeutig sei. Ihre Annäherung an dieses Problem sieht vor zu prüfen, „welchen Einfluss die individuellen Therapieziele der Patienten auf den Zusammenhang von Psychotherapiemotivation und Therapieerfolg haben“ (S. 377). Es geht also um die Untersuchung der moderierenden Wirkung der Therapieziele auf besagten Zusammenhang. Erfasst wurden hierzu die Therapieziele mittels des Berner Therapiezielinventars (Grosse Holtforth, 2001), Therapiemotivation mit dem FMP (Schneider et. al. 1989) und die Therapieergebnisse mit dem Fragebogen zur Messung der Veränderung des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978). Die Ergebnisse sprechen für die Moderator-Hypothese der Autoren und sind doch zunächst überraschend: Bei Patienten mit unterschiedlichen primären Therapiezielen wurde ein unterschiedlich großer Zusammenhang zwischen Psychotherapiemotivation (FMP) und Psychotherapieerfolg (VEV) gemessen, wobei dieser sich sogar im Hinblick auf die *Richtung* des Zusammenhangs unterschied. „Es scheint für Patienten mit bestimmten Therapiezielen für den Therapieerfolg günstig zu sein, die Rehabilitationsmaßnahme mit einer hohen Eingangsmotivation zu beginnen, für Patienten mit anderen Therapiezielen keinen großen Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben und für eine weitere Gruppe sogar prognostisch eher günstig zu sein, weniger psychotherapiemotiviert (im Sinne des FMP) zu sein“ (Berking, Jacobi, 2001, S. 377, 378). Die Autoren schränken ihre Ergebnisse jedoch hinsichtlich der Generalisierbarkeit ein

[12] Für eine methodische Kritik am FMP, vor allem hinsichtlich der faktoriellen Validität, sei auf Lange (2003) verwiesen. Eine allgemeinere Kritik findet sich bei Drieschner et. al. (2004).

und verweisen auf die Spezifität der Messinstrumente (siehe obige Diskussion zur begrifflichen Unschärfe von „Therapiemotivation“) und Stichprobe.

2.3.3 Begriffliche Abgrenzung

Nach den unter Kapitel 2.3.1 referierten Forschungsergebnissen zum Bereich Annäherungs- und Vermeidungsmotivation und den Befunden zum Konzept der Therapiemotivation in Kapitel 2.3.2 stellt sich die Frage nach einer Abgrenzung der Begrifflichkeiten.

Zunächst liegt die Vermutung nahe, dass es zwischen Annäherungsmotivation und Therapiemotivation deutliche Überschneidungen gibt. Allerdings wäre Annäherungsmotivation auf einer vergleichsweise allgemeineren Hierarchieebene im Sinne der Kontrolltheorie (Powers, 1973) zu verstehen. Die Beziehung dieser beiden Konstrukte näher zu beleuchten, wird jedoch durch die mangelnde Spezifizierung des Begriffs „Therapiemotivation“ erheblich erschwert. Es bedarf also zur Klärung der Beziehung der Konstrukte untereinander zunächst einer allgemein verbindlichen Operationalisierung von Therapiemotivation sowie darauf aufbauender empirischer Analysen.

Die Autoren des in dieser Arbeit eingesetzten Fragebogens zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS) sehen die Verbindung zwischen den Konstrukten folgendermaßen (ohne dabei eine Definition von Therapiemotivation beizufügen): „Neben psychischen Störungen und zwischenmenschlichen Beziehungsmustern stellen nach dem Modell von Grawe (1998) motivationale Ziele und Schemata eine wesentliche Komponente des psychischen Geschehens von Patienten dar, die neben der Therapiemotivation jede Wirkkomponente psychologischer Therapie massgeblich beeinflusst“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2000, S. 170). Hier wird auf das *Zusammenwirken* motivationaler Schemata mit Therapiemotivation angespielt, wobei aber auch diese Perspektive keine trennscharfe Abgrenzung der Begrifflichkeiten verspricht.

Lang (2003) kommt in diesem Kontext zu folgendem Schluss: „Die Frage, ob Therapieziele als Bestandteil der Therapiemotivation zu denken sind (und z. B. das Benennen-Können realistischer Ziele als Indikator für Therapiemotivation gelten soll) oder ob sie als eigenständiges Konstrukt neben der Motivation konzeptualisiert werden sollten (wie es die Befunde von Berking & Jacobi, 2001 nahe legen), muss angesichts der noch dünnen Forschungslage derzeit offen gelassen werden“ (Lang, 2003, S. 78, 79).

Es ist darüber hinaus festzuhalten, dass das Ziel des FAMOS nicht die Erfassung der Therapiemotivation, sondern der motivationalen Schemata ist, um hieraus sowohl Anhaltspunkte

für die Therapieplanung gewinnen zu können, als auch ein Instrument für Veränderungsmessungen im Rahmen von Psychotherapien zu stellen (siehe Kapitel 3.4.3: Der FAMOS).

2.3.4 Das konsistenztheoretische Modell von Grawe

Der Darstellung des FAMOS im Methodenteil (Kapitel 3) soll dieser Abschnitt über die ihm zugrunde liegende Theorie vorangestellt werden. Aufgrund der umfangreichen theoretischen Grundlagen dieses Ansatzes werden im Folgenden lediglich die zentralen Gesichtspunkte präsentiert.

„Die Konsistenztheorie von Grawe (1998) ist eine Weiterentwicklung der Schematheorie" (Grawe, 1986, Grawe, Donati & Bernauer, 1994, zit. n. Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 17). Als wesentliche Weiterentwicklungen sind die Aufnahme neuronaler, gedächtnispsychologischer und systemtheoretischer Grundlagen zu betrachten (Grosse Holtforth, Grawe, ebd.). Sie versteht sich somit als therapieschulenübergreifender Ansatz, mit besonderem Schwerpunkt auf der Integration *empirisch untermauerter* Annahmen zur Erklärung des psychischen Geschehens. In ihrer jüngsten Fassung (Grawe, 2004) wird speziell den neuronalen Korrelaten des theoretischen Modells und dem in den letzten Jahren hierzu stark angewachsenen Forschungsbestand große Bedeutung beigemessen.

Grundgedanke der Konsistenztheorie ist die Annahme allgemeiner psychischer Grundbedürfnisse, die verhaltenssteuernd wirksam sind und von deren Erfüllung und Vereinbarkeit miteinander die psychische Gesundheit eines Menschen maßgeblich abhängt.
Im Postulat psychischer Grundbedürfnisse stimmt Grawe (1998) mit vielen anderen Ansätzen überein, wobei sich Anzahl und Art der postulierten Bedürfnisse teilweise unterscheidet.

Explizit bezieht sich Grawe (1998) auf die Arbeiten von Epstein (z.B. 1989, 1990, 1994, zit. nach Grawe, 1998), insbesondere auf dessen Cognitive-Experiential Self Theory und auf Deci und Ryan (2000, zit. nach Grawe, 2004).

Folgende vier psychische Grundbedürfnisse werden dabei angenommen:

2.3.4.1 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Der Mensch habe eine angeborene Tendenz, die lebensbestimmenden Dinge verstehen und bestmöglich kontrollieren zu wollen. Durch lebensgeschichtliche Erfahrungen kommt es zu bestimmten Erwartungen, inwieweit dieses Grundbedürfnis befriedigt werden kann, was zu großen individuellen Unterschieden bezüglich der sich um dieses Bedürfnis herum entwickelnden motivationalen Schemata führt.

Das Postulat dieses Grundbedürfnisses hat seine theoretischen Vorläufer und kann als vielfach empirisch überprüft betrachtet werden. So ist beispielsweise auf Rotters (1966) Konstrukt der Kontrollüberzeugung und Banduras (1977) Selbstwirksamkeitserwartung zu verweisen. Auch Flammer (1990, S.114/115, zit. nach Grawe, 1998, S. 387) hat sich ausgiebig diesem Thema gewidmet und kommt zu dem Resümee,

> ein entsprechendes Bedürfnis anzunehmen, d. h. anzunehmen, dass die Menschen spontan bereit sind, Aufwand zu erbringen, um Kontrolle zu erlangen, zu erhalten und zu erhöhen. Dieses Bedürfnis ist nicht auf die mögliche Wirkung als solche gerichtet, sondern auf ihre Kontrolle…
>
> Ich unterscheide Kontrollbedürfnis und Kontrollgrundbedürfnis. Das Kontrollgrundbedürfnis ist angeboren, äußert sich aber immer in konkreten Zusammenhängen, bezieht sich auf konkrete Inhalte und Ziele. Diese konkreten Ziele sind dem Individuum aufgrund seiner Sozialisation zugänglich. Man könnte auch sagen, dass sich das Kontrollgrundbedürfnis im Lauf der Sozialisation in bestimmten Inhalten oder Zielen als Kontrollbedürfnis materialisiert, an bestimmte Szenarien bindet und dadurch vervielfältigt und spezifisch wird. Der Kontrollbedürfnisse sind viele, aber es gibt nur ein Kontrollgrundbedürfnis.

2.3.4.2 Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung

Das zweite psychische Grundbedürfnis hat bereits in Freuds Lustprinzip seine ersten theoretischen Wurzeln, wenn auch dort noch mit deutlich anderen Schlussfolgerungen bedacht. Es „beinhaltet das Bestreben, erfreuliche (lustvolle) Erfahrungen herbeizuführen und schmerzhafte, unangenehme Erfahrungen zu vermeiden. Man könnte es auch so ausdrücken. Ein Mensch strebt danach, eine möglichst positive Lust/Unlust-Bilanz zu erzielen“ (Grawe, 1998, S. 393).

Auch dieses Bedürfnis ist nach Grawe (ebd.) angeboren, was u. a. daran zu erkennen sei, dass das affektive Reaktionssystem diese beiden Erlebnisqualitäten von vornherein vorgesehen habe.

Im Behaviorismus erlangte dieses Bedürfnis im Zusammenhang mit den Konzepten von Verstärkung und Bestrafung eine wesentliche Bedeutung. Die Existenz eines psychischen Grundbedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung kann laut Grawe (ebd.) somit als gesichert betrachtet werden. Freude als einer der Primäraffekte gehöre zur festen biologischen Ausstattung eines Menschen, was entsprechend für Schmerz und Angst mit anderen Vorzeichen genauso gelte. „Das Bedürfnis zur Herbeiführung positiver und zur Vermeidung negativer Emotionen ist so grundlegend, dass keine Erklärung des seelischen Funktionierens an ihm vorbeikommt“ (Grawe, 1998, S. 395).

2.3.4.3 Das Bindungsbedürfnis

Zur theoretischen Herleitung des dritten psychischen Grundbedürfnisses bezieht sich Grawe (1998) u. a. auf Sullivans (1953) interpersonale Betrachtungsweise psychischer Störungen, insbesondere aber auf Bowlbys (1969, 1975, 1976, 1983) Bindungstheorie und die hierzu durchgeführten Studien, z. B. von Ainsworth (1982).

Zugrunde liegendes Postulat ist hierbei, dass es ein angeborenes Bedürfnis gibt, „die Nähe zu einer Person zu suchen und aufrecht zu erhalten, die das Leben besser meistern kann als das Kind“ (Grawe, 1998, S. 396). Dies geschieht zunächst aus einer Lebensnotwendigkeit heraus. Nur wenn die Nähe zu einer Bindungsperson gewährleistet ist oder verlässlich hergestellt werden kann, befindet sich das Kind in einer Verfassung, in der es sich beruhigt der Welt zuwenden kann. Die Voraussetzungen für eine optimale Entwicklung sind unmittelbar an diesen Zustand geknüpft.

Wesentlich für Grawes Theorie und den daraus hervorgegangen FAMOS ist die Annahme der universellen Natur des Grundbedürfnisses nach Bindung, was durch die umfangreichen Forschungsarbeiten rund um die Bindungstheorie als erwiesen betrachtet werden kann.

Grawe geht ferner unter Bezug auf die genannten Arbeiten von Ainsworth (1982), die auch Längsschnittsbetrachtungen beinhalten, davon aus, dass in frühen Entwicklungsphasen angelegte Bindungsverhaltensmuster (die Manifestation des Grundbedürfnisses) eine relativ starke zeitliche Stabilität aufweisen und somit für psychotherapeutische Fragestellungen auch im Erwachsenenalter unmittelbar relevant sind.

2.3.4.4 Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung

Schließlich findet sich im Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung das vierte psychische Grundbedürfnis der Konsistenztheorie:

> People want to feel good about themselves. They want to believe that they are competent, worthy and loved by others. This desire for self-enhancement is regarded as so fundamental to human functioning, that it was dubbed the ‘master sentiment’ by William McDougall (1932) and the “basic law of human life” by the renowned anthropologist Ernest Becker (1971). Many other figures of historical (e. g., Allport, 1943; Cooley, 1902; Mead, 1934) and contemporary (e. g., Baumeister, 1991; Greenwald, 1980; Schlenker, 1985; Steele, 1988; Tesser, 1988) prominence have endorsed the belief that a drive to achieve a positive self-image is, in the words of William James (1890), a direct and elementary endowment of human nature (Brown, 1993, S.117, zit. n. Grawe, 1998, S. 411).

Wie Menschen geradezu strategisch und doch un- bzw. vorbewusst handeln, um Angriffe auf ihren Selbstwert zu verhindern oder zu begrenzen, ist bei Baumeister (1996) sehr eindrücklich beschrieben. Die dort referierten Studien führen ihn zu den Befunden, dass Menschen zum einen dazu tendieren können, ihre Aufmerksamkeit möglichst von selbstwert-bedrohenden Informationen wegzulenken oder – wenn dies nicht mehr möglich ist und die Bedrohung zu stark wird – Um-Interpretationen vorzunehmen und hierdurch die eigene Person in ein positiveres Licht zu rücken.

Für den Bereich der Psychotherapie verweist Grawe (1998) besonders auf Alfred Adler (1920, 1927), für den die Kernfrage der menschlichen Existenz die Überwindung seines Minderwertigkeitsgefühls war.

Wiederum kann also aufgrund der umfangreichen Forschungslage zum Thema Selbstwert von einer Universalität des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung ausgegangen werden. Grawe (1998) nimmt im Zuge seines Postulats dieses Grundbedürfnisses auch Stellung zu der immer wieder gemachten Beobachtung (z. B. De La Ronde, Swann, 1993), dass Menschen zuweilen alles daran zu setzen scheinen, ein negatives Selbstbild aufrecht zu erhalten. Dieses Phänomen ist für die in der Konsistenztheorie gemachten Schlussfolgerungen sehr zentral. Unter Rückgriff auf Konzepte der Sozialpsychologie lässt sich dieses nur auf den ersten Blick kontraintuitiv erscheinende Verhalten gut mit der Annahme eines universellen Grundbedürfnisses nach Selbstwerterhöhung vereinbaren:

> Self-verification theory assumes that as people mature, they learn that their relationships proceed most smoothly when others see them as they see themselves – even if they see themselves as negatively. For example, people discover that those who develop overly positive appraisals may become disappointed and disgruntled with them. Through repeated exposure to this fact of life, people come to associate self-verifying evaluations with feelings of authenticity and non-verifying evaluations with feelings of uneasiness or bemusement. Eventually these epistemic concerns become functionally autonomous (Allport, 1973) of the interpersonal or pragmatic concerns that originally produced them and people verify for either epistemic or pragmatic reasons. Thus, for example, a man with low self-esteem may seek negative evaluations either because he fears the social consequences of being appraised in an overly positive fashion or because his past experiences have convinced him that he should expect to encounter such evaluation. Thus both, epistemic and pragmatic considerations may motivate people to seek self-verifying appraisals, even if this means, displaying a preference for unfavourable evaluations (De La Ronde & Swann, 1993, S. 149/150, zit. n. Grawe, 1998, S. 414/415).[13]

[13] Diese Überlegungen lassen sich gut mit der Konfliktdiagnostik der OPD vereinbaren. Dort kann ein Konflikt im Bereich des Selbstwerterlebens sowohl im aktiven als auch im passiven Modus auftreten. Beiden Modi liegt ein herabgesetztes Selbstwertgefühl zugrunde, aber die offenen Verhaltensweisen beider Formen unterscheiden sich beträchtlich (Siehe Kap. 3.4.4.1).

Das gemeinsame Vorhandensein dieser unterschiedlichen Grundbedürfnisse führt nun zur Notwendigkeit eines Ordnungsprinzips, damit ein störungsfreies psychisches Geschehen möglich ist. Grawes Ansatz (1998) begegnet dieser Forderung mit der Einführung des Konsistenzprinzips.

2.3.4.5 Das Konsistenzprinzip

Psychische Konsistenz bedeutet einen Zustand, in dem die Grundbedürfnisse relativ „reibungslos“ nebeneinander befriedigt werden können. Der Begriff „meint die *Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse.* (…) Konsistenz bezieht sich auf die Relation intrapsychischer Prozesse und Zustände untereinander. Bedürfnisse werden befriedigt oder verletzt durch einschlägige sensorische Erfahrungen. Es gibt aber keine spezifischen sensorischen Erfahrungen, die ein Bedürfnis nach Konsistenz befriedigen“ (Grawe, 2004, S. 186). Somit ist Konsistenz im psychischen Geschehen also nicht gleichzusetzen mit den übrigen Grundbedürfnissen. Sie ist viel eher „aus einer Systemperspektive die grundlegendste Forderung an die psychische Aktivität“ (Grawe, 1998, S. 421). Ihr kommt somit eine übergeordnete Position in Bezug auf die vier Grundbedürfnisse zu. Die Theorie geht davon aus, dass Konsistenz zwar vom menschlichen Organismus bevorzugt wird und viele Mechanismen entwickelt wurden, um Inkonsistenz zu vermeiden, dass aber Konsistenz als solche nicht als Motiv menschlichen Handelns im eigentlichen Sinne betrachtet werden kann. Es gibt also kein Bedürfnis nach Konsistenz.

Je konsistenter die psychischen Prozesse sind, desto wirksamer kann die Bedürfnisbefriedigung sein“ (Grawe, 1998, S. 421). Eine Verletzung dieser Grundanforderung an das System geht folglich mit einer weniger wirksamen Bedürfnisbefriedigung einher und schließlich mit „seelischem Leid und menschlichem Unglück“ (ebd.). Es ist dem Individuum in einer solchen Lage nicht mehr möglich, die Prozesse zu regulieren, die auf seine Bedürfnisse reagieren könnten. Das Fehlen von Konsistenz gilt somit als eine Hauptdeterminante bei der Entstehung psychischer Störungen.

„Da das psychische System immer auf die gleichzeitige Verfolgung verschiedener Ziele ausgerichtet ist, kann es systembedingt immer wieder zu Konflikten zwischen einzelnen Zielen kommen. Diese Konflikte können [in Anlehnung an Lewin, 1931] je nach Typ der beteiligten motivationalen Ziele *Annäherungs-Annährungs-Konflikte, Vermeidungs-Vermeidungs-Konflikte oder Annäherungs-Vermeidungs-Konflikte* sein. *Konfliktschemata* sind ganzheitliche Repräsentationen von sehr gut vorgebahnten Annäherungs-Vermeidungs-Konflikten“ (Grosse

Holtforth, Grawe, 2002, S. 19). Ein Annäherungsziel wird beispielsweise gleichzeitig mit einem Vermeidungsziel in derselben Situation aktiviert, was zu einer Hemmung der Annäherung führt und als „neuronale Schaukel“ (Grawe, 1998, S. 363) ohne Entkommen verstanden werden kann. Beide Motivationen behindern sich gegenseitig. Grawe spricht hier auch von „*motivationaler Diskordanz*“ (Grawe, 2004, S. 189).

Die *motivationalen Schemata* können als die individuellen Möglichkeiten zur Befriedigung der Grundbedürfnisse des Individuums verstanden werden, wobei *motivationale Ziele* ihre zentrale Komponente bilden (Grosse Holtforth, Grawe, 2004).

Dieser zentrale Gegenstand des FAMOS wird von seinen Autoren folgendermaßen definiert (a .a. O., S. 20):

Definition motivationaler Ziele:

Motivationale Ziele sind mentale (neuronale) Repräsentationen von erwünschten oder unerwünschten Person-Umwelt-Bezügen bzw. Bezügen der Person auf sich selbst. Sie stehen an der Spitze einer Hierarchie von Plänen und Verhaltensweisen, die darauf ausgerichtet sind, Wahrnehmungen im Sinne der gewünschten Konsequenzen herzustellen oder Wahrnehmungen im Sinne der unerwünschten Konsequenzen zu vermeiden. Es lassen sich entsprechend Annäherungs- und Vermeidungsziele unterscheiden. Annäherungsziele entstehen ontogenetisch aus den Grundbedürfnissen, Vermeidungsziele hingegen aus der Verletzung derselben. Motivationale Ziele stellen die zentralen Komponenten motivationaler Schemata dar. Motivationale Schemata umfassen außer motivationalen Zielen zusätzlich Pläne, zielgerichtete Verhaltensweisen sowie perzeptuelle, kognitive und emotionale Bereitschaften. Motivationale Ziele sind Ziele von mittlerem bis hohem Abstraktionsgrad. Sie können als Prozessziele in der Regel nicht definitiv erreicht werden, erfordern also längerfristig kontinuierliches Anstreben bzw. Vermeiden. Anstreben oder Vermeiden von motivationalen Zielen ist verbunden mit positiven und negativen Emotionen. Motivationale Ziele können mehr oder weniger bewusst sein, sie können subjektiv unterschiedlich wichtig bzw. schlimm sein und können zueinander im Konflikt stehen.

Der eigentliche Einfluss der Grundbedürfnisse und Konsistenzsicherungsbestrebungen manifestiert sich also in *motivationalen Schemata,* die wie *motivationale Ziele* in annähernder und vermeidender Form auftreten.

Motivationale Schemata bestehen gemäß der Konsistenztheorie von Geburt an. Ihre Ausdifferenzierung verläuft in den Jahren der Entwicklung individuell verschieden. Es entwickeln sich prinzipiell alle beteiligten Komponenten weiter, also Wahrnehmungs- und Handlungsbereitschaften, emotionale Reaktionsbereitschaften und motivationale Bereitschaften, d. h. Intentionen, welche die genanten Elemente zu einer Funktionseinheit integrieren. Im günstigen Fall stehen dem sich entwickelnden Menschen mehr und mehr Handlungsalternativen zur Verfügung, um seinem Ziel näher zu kommen. Auch das Ziel selbst bzw. dessen Repräsentation wird sich im Laufe der Entwicklung verändern. So wird beispielsweise die physische Präsenz der Mutter irgendwann nicht mehr zwingend notwendig sein, um das ursprünglich damit verbundene Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit herzustellen.

Grawes Konzeption der Konsistenz bzw. Inkonsistenz bezieht sich explizit auf Festingers kognitive Dissonanztheorie (1957, zit. n. Grawe, 1998). Grawe betrachtet Dissonanz als *eine* mögliche Form der Inkonsistenz (Grawe, 2004). Auch bei Festinger besteht die Annahme, dass das Bestreben, kognitive Dissonanz zu vermeiden, kein Bedürfnis im eigentlichen Sinne ist, dennoch aber menschliches Verhalten und Erleben in erheblichem Maße beeinflusst. Mehr Dissonanz führt zu einem größeren Drang, Dissonanz zu reduzieren. Dissonanzreduktion wird somit als übergeordnetes Prinzip betrachtet, welches sich in unterschiedlichen, konkreteren Bedürfnissen und Handlungen äußert.

Warum Festingers Gedanken zunächst nur geringen Einfluss auf das Gebiet der Psychotherapie hatten, sieht Grawe (1998) vor allem darin begründet, dass „die für das Verständnis psychischer Störungen wichtigste Dissonanzreduktion ausser acht gelassen [wurde], nämlich die Ausblendung eines der dissonanten Inhalte aus dem Bewusstsein“ (Grawe, 1998, S. 424). Dies könne auf den historischen Kontext der Dissonanztheorie zurückgeführt werden. Mitte der 50er Jahre war es in der akademischen Psychologie verpönt, unbewusste Prozesse in den Fokus wissenschaftlicher Betrachtungen zu rücken. Hierdurch blieb die große Bedeutung dieser Vorgänge zumindest an den behavioristisch orientierten Universitäten verborgen. „Ein Blick über den Gartenzaun hin zur Psychoanalyse hätte in dieser Frage eigentlich sehr anregende Wirkungen haben können, aber das war stark tabuisiert. Eigentlich ist es offensichtlich, dass das, was die Psychoanalyse als Abwehrmechanismen bezeichnet, psychische Mechanismen zur Dissonanzreduktion sind“ (ebd.).

Die Ausblendung eines dissonanten Inhalts aus dem Bewusstsein – die *Dissoziation* – kann somit als ein (defensiver) Versuch der Konsistenzsicherung betrachtet werden. Sie dient dazu, *Inkongruenzsignale*, also Rückmeldungen aus situativen Wahrnehmungserlebnissen, die nicht im Einklang mit der reibungslosen Befriedigung der Grundbedürfnisse stehen, am Eindringen in zentralere Bereiche der Aufmerksamkeit zu hindern.

Dieser Mechanismus kann sich als dysfunktional erweisen: „Eine Fernhaltung bedrohlicher und inkongruenter Wahrnehmungen vom Bewusstsein, die kurzfristig der Konsistenzsicherung dient, kann langfristig daher genau den gegenteiligen Effekt haben, indem sie über Dissoziation und Dysregulation letztlich zu einer dauerhaften Erhöhung des Inkonsistenzniveaus führt“ (Grawe, 2004, S. 315, 316). Werden die entsprechenden motivationalen Schemata habituell eingesetzt, kann es zu einer Verselbständigung ihrer Anwendung kommen. „Motivationale Schemata können funktional autonom werden, indem sich ihre Aktivierung von dem ursprünglichen Bedürfnis abkoppelt“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 18). Dies wird über intensive neuronale Bahnung erklärt.

Die zentralen Begriffe der Konsistenztheorie sollen an dieser Stelle nochmals zusammengetragen und in ihrer Beziehung zueinander in der darauf folgenden Grafik abgebildet werden:

- *Diskordanz*: In derselben Situation werden gleichzeitig sich gegenseitig ausschließende motivationale Schemata aktiviert, sodass nicht beide motivationale Ziele befriedigt werden können. Gegenstück: Konkordanz.
- *Inkongruenz* : Reale Wahrnehmungen stimmen nicht mit motivationalen Schemata überein (auch interne Inkonsistenz).
- *Inkonsistenz*: Sie entsteht aus Diskordanz und/oder Inkongruenz. Konsistenz (bzw. die Vermeidung von Inkonsistenz) ist das am weitesten übergeordnete Prinzip im psychischen Geschehen.

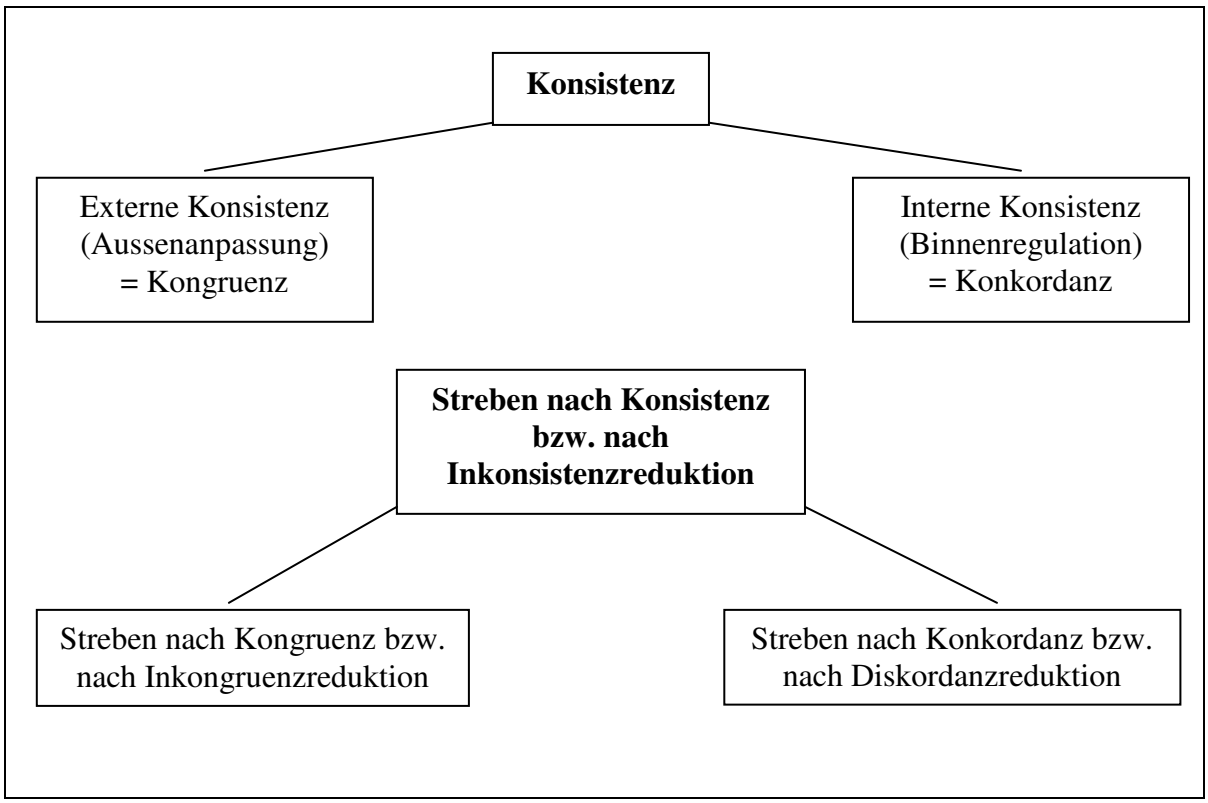


Abbildung 2: Schematische Darstellung des Verhältnisses der Begriffe Konsistenz, Kongruenz und Konkordanz bzw. der damit bezeichneten Prozesse zueinander. Grawe (1998, S. 476).

Entstehung psychischer Störungen

Wie bereits erwähnt, wird der Inkonsistenz eine wesentliche Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen beigemessen. Auch hierin kommt die Konsistenztheorie tiefenpsychologischen Grundgedanken sehr nahe. So kann beispielsweise bei Personen, die habituell viel verdrängen[14] und bei denen aufgrund vorangestellter Überlegungen somit ein erhöhtes Inkonsistenzniveau angenommen werden kann, ein erhöhtes Ausmaß an körperlichen und psychopathologischen Störungen als gesichert betrachtet werden (Grawe, 2004).

Die Konsistenztheorie erklärt die eigentliche Genese psychischer Störungen hauptsächlich mit einer erhöhten *Konfliktspannung*, die z. B. aus Diskordanz hervorgehen kann. „Eine solche Konfliktspannung führt innerhalb des Systems zur Destabilisierung vormals stabiler Prozesse und einer Fluktuation auf hohem Spannungsniveau. Je nach ererbten und erworbenen Erregungsbereitschaften kann sich in dieser Situation eine psychische Störung als kurzfristig spannungsreduzierender neuer Zustand entwickeln“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 26). Einander entgegen gesetzte motivationale Schemata führen aber auch dazu, dass die im Zentrum dieser Schemata stehenden Bedürfnisse schlechter befriedigt werden können, was seinerseits die Inkongruenz und damit auch die Inkonsistenzspannung erhöht.

[14] Grawe bezieht sich hierbei auf den in der Literatur als „Repressors“ bezeichneten Personenkreis.

Das Inkonsistenzniveau wird dann durch die Ausbildung einer Störung vorläufig gesenkt, wodurch die Störung wiederum verstärkt wird.[15] Die einzelnen Komponenten des Konfliktes, der die Inkonsistenzspannung bedingt, liegen dem Individuum hierbei größtenteils im Verborgenen und sind somit unbewusst. „Dies ist der Preis des Vermeidens.... Die Konsistenz im Bewusstsein, die durch das Verdrängen erreicht wird, wird erkauft mit einer Dissoziation im psychischen Geschehen, einer insgesamt beeinträchtigten Konsistenz, die nicht bewusst repräsentiert wird“ (Grawe, 1998, S. 505).

Grawe integriert in seinem Modell ferner sowohl eine störungsspezifische als auch eine störungs*un*spezifische Perspektive. Ist es bereits zu einer funktionalen Autonomie der Störung gekommen (s. o.), besitzt also die ursprünglich Inkonsistenz erzeugende Situation aktuell keine Bedeutung mehr, so empfiehlt Grawe ein eher störungsspezifisches Intervenieren. Besteht hingegen Anlass zur Vermutung, dass die aktuelle Inkonsistenz immer noch durch externe Kontrollparameter aufrechterhalten wird, wofür beispielsweise eine erhöhte Komorbidität spräche, so wäre ein klärungsorientierter Zugang Erfolg versprechender. „Eine gleichzeitige oder aufeinanderfolgende therapeutische Beeinflussung von Störungs- und motivationalen Attraktoren[16] schliesst sich nach diesem Modell nicht nur nicht aus, sondern wird nahegelegt. Das Vorliegen von Inkonsistenzspannungen ist das wichtigste Kriterium dafür, ob nur eine störungsspezifische Behandlung oder auch eine Veränderung der motivationalen Attraktoren realisiert werden sollte“ (Grawe, 1998, S. 523).

Inkonsistenzreduktion stellt für Grawe letztlich den „Motor der psychischen Entwicklung“ dar (2004, S. 319). Die Spannungen, die aus der Inkonsistenz herrühren, können zur Ausbildung adaptiver und maladaptiver neuer Ordnungsmuster der psychischen Aktivität führen. Entscheidend für ihre Bahnung ist ihr Potential, die Inkonsistenzspannung zu reduzieren.

Unter Verwendung psychischer Regelkreise in Anlehnung an Powers Kontrolltheorie (1973) lässt sich Grawes Modell des psychischen Geschehens zu einem Mehrebenensystem zusammenfügen. In ***Abbildung 3*** findet sich eine graphische Erläuterung der Konsistenztheo-

[15] Diesem Vorgang wird auch in anderen theoretischen Ansätzen Rechnung getragen, meist unter dem Oberbegriff „Primärer Krankheitsgewinn“.

[16] Unter „Attraktor“ versteht Grawe eine Einheit des psychischen Systems, die bei Aktivierung zur „Versklavung“ einiger Teilbereiche des Erlebens und Verhaltens führt. Durch Bahnung kann der Attraktor funktional autonom werden (s. o.). Attraktoren haben die Eigenschaft, Spannungszustände zu reduzieren. Motivationale Attraktoren sind im psychischen System die bedeutendsten.

rie und ihrer bisher besprochenen Komponenten, womit die Darstellung dieses Ansatzes abgeschlossen werden soll.

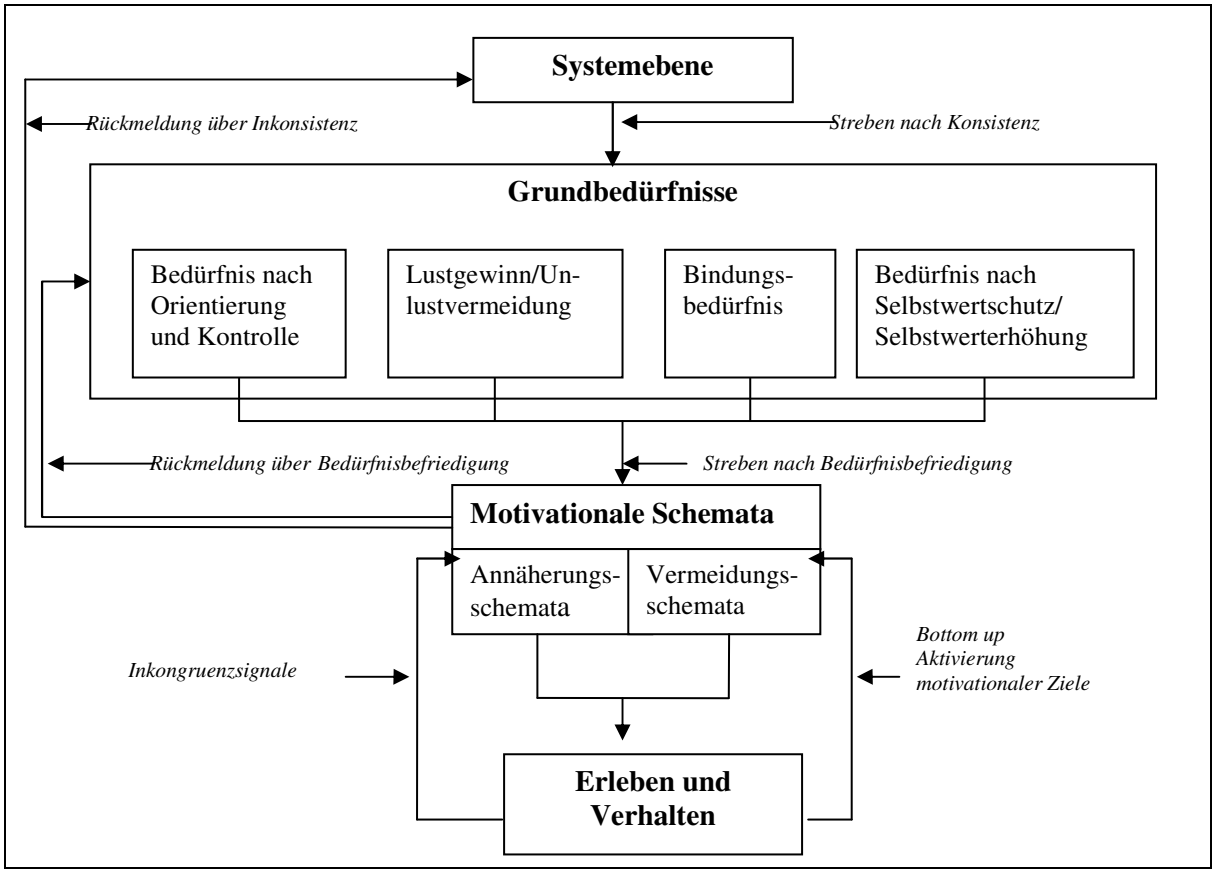


Abbildung 3: Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens. Adaptiert nach Grawe, 2004, S. 189.

2.4 Zur Bedeutung intrapsychischer Konflikte

2.4.1 Definitionen und Ansätze

„Konflikt (lateinisch: „Zusammenstoß“) meint in seiner allgemeinen Bedeutung das Zusammentreffen unterschiedlicher Positionen innerhalb einer Person (innerer Widerstreit von Motiven, Wünschen, Werten und Vorstellungen) oder zwischen mehreren Personen (Brockhaus Enzyklopädie, 1990). Konflikte sind universelle Phänomene. In der Psychologie wird der Konflikt übereinstimmend als Aufeinandertreffen entgegengesetzter Verhaltenstendenzen (Motivation, Bedürfnisse, Wünsche) definiert“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 58).

Benesch (1995) unterscheidet anhand der theoretischen Herkunft zwischen allgemeinen und klinischen Konflikttheorien. Zu den allgemeinen Theorien gehören:

- *Behaviorale Theorien*: U. a. können folgende Autoren hierunter subsumiert werden: Ach (1905), Lewin (1921), Miller (1937), Hull (1938) Murray & Berkun (1955) (Angaben aus Benesch 1995). Kennzeichnend für diese Modelle ist die Unterscheidung in Annäherungs- und Vermeidungsgradienten. Die Gründe für den Konflikt bzw. die Art des Konfliktes werden nicht betrachtet. Stattdessen beschränkt man sich auf beobachtbare (behaviorale) Komponenten des Geschehens. Dieses Konfliktverständnis beinhaltet drei Haupttypen: Annäherungs-Annäherungskonflikte, Annäherungs-Vermeidungskonflikte, Vermeidungs-Vermeidungskonflikte.

  Eines der prominentesten Konfliktmodelle dieser Provenienz stammt von Dollard und Miller (1950) und wird weiter unten näher erläutert. Das Modell kann als „Brückenschlag“ zur Psychoanalyse (Benesch, 1995, S. 433) aufgefasst werden, und gilt somit nicht mehr als ein rein behavioristischer Ansatz.
- *Phänomenologische Theorien*: Benesch (1995) zählt hierzu exemplarisch die Arbeiten von Pongratz (1961), Cofer & Appley (1964) und Brown & Faber (1951). Hier liegt der Fokus stärker auf dem intrapsychischen Geschehen. Es geht um die Frage, was eine Person im Konflikterlebnis empfindet. Pongratz (1961, zit. n. Benesch, 1995) unterscheidet vier erlebte Konflikttypen: Ambivalenzkonflikte (gleichzeitige Anziehung und Abstoßung), Äquivalenzkonflikte (Wahl zwischen zwei positiven Alternativen), Vitationskonflikte (zwei negative Aspekte bedrängen die Situation) und Frustrationskonflikte (es erfolgt keine Entscheidung aufgrund einer Versperrung/Blockierung).
- *Kognitive Theorien*: Hierzu wird auf Berlyne (1974), Lauterbach (1975), McReynolds (1990) und Festinger & Allen (1964) verwiesen[17]. Im Vordergrund steht in diesen Ansätzen der Verarbeitungsprozess, der von den Aufforderungssituationen ausgeht.
- *Psychosoziale Theorien*: Hier geht es um das interaktionelle Geschehen, wobei intrapsychische Konflikte mit in das Modell integriert werden, sofern sie einen gruppendynamischen Bezug zulassen. Deutsch (1976) unterscheidet zwischen intrapersonalen Konflikten (Rollenkonflikte), interpersonalen Konflikten (Auseinandersetzungen), intragruppalen Konflikten (Gruppenrivalitäten), intranationalen Konflikten (Rassenkonflikte) und internationalen Konflikten. Weitere Vertreter dieses Ansatzes sind Haley (1978) und Newcombe (1959) (zit. n. Benesch, 1995).

[17] Zum Einfluss Festingers Dissonanztheorie (1957) auf die Konsistenztheorie Grawes vgl. Kap. 2.3.4.5.

- *Motivationale Konflikttheorien*: Hier werden Konflikte z. B. als Begegnung zwischen „Motiv und Norm“ (Thomae, 1965) verstanden. Heider (1958) beschreibt Konflikte als „Ungleichgewichte entweder in dem personalen Dreieck Verhalten – Selbst – Ideal oder in dem sozialen Dreieck Verhalten – Selbst – Anderer“ (zit. n. Benesch, 1995, S. 435). Luria (1932) betrachtet Konflikte als „unmögliche Situationen“, auf die üblicherweise mit verlängerten Reaktionszeiten reagiert werde und unterscheidet dabei drei Konflikt-Typen: Die Verhinderung, dass eine Erregung zur Handlung entladen wird; Konflikte aufgrund mangelnder Bereitschaft; Verlagerung unterdrückter Aktivität in zentrale Prozesse.

Den allgemeinen Konflikttheorien werden die klinischen Konflikttheorien gegenübergestellt. Hier trennt Benesch (1995) die Ansätze nicht mehr in obiger Weise nach theoretischen Aspekten, sondern liefert eher einen kurzen Überblick über die Modelle verschiedener Autoren.

Zunächst wird Freuds Konfliktmodell der „topischen Instanzen“ genannt. Zentral sind hier die Gegensätzlichkeiten zwischen Es, Trieb und Unbewusstem auf der einen Seite sowie Über-Ich, Abwehr und Bewusstem auf der anderen Seite. Ebenfalls im Zentrum steht der Konflikt zwischen Lustprinzip und Lebenstrieb versus Realitätsprinzip und Todestrieb.

Die tiefenpsychologischen Konfliktmodelle haben sich nach Beneschs Zusammenschau (1995) in der Zeit nach Freud in verschiedene Richtungen entwickelt. Adler (1926) beschrieb den Rivalitätskonflikt bestehend aus den Minderwertigkeitsgefühlen und dem Geltungsstreben des Individuums[18] bzw. aus dem Antagonismus zwischen dem Geltungsstreben und der Gemeinschaft. Jung konzipierte den Konflikt als Selbstentzweiung des neurotischen Menschen hinsichtlich seiner bewussten und unbewussten Tendenzen und als Antagonismus konfligierender Archetypen wie z. B. Vater- und Mutterarchetyp.

Neopsychoanalytiker wie Horney, Fromm, Sulivan und Frankl neigen nach Benesch (1995) eher zu zwischenmenschlichen Konflikttheorien, z. B. als „Furcht vor der Freiheit“ (Fromm, 1945).

Verhaltenstherapeutische Konflikttheorien beziehen sich in der Regel auf gelernte (Fehl-) Verhaltensweisen und deren Diskrepanz mit realen Gegebenheiten. Guthrie (1952) rückt die physiologische Komponente des Konfliktes in den Vordergrund und beschreibt den Spannungskonflikt antagonistischer Muskelpartien. Mowrer (1953) geht von der Beibehaltung des

[18] Hier sei auf den OPD-Konflikt „Selbstwert-vs.-Objektwert“ verwiesen, vgl. Kap 3.4.4.1)

ursprünglichen, triebhaften Verhaltens aus, wobei die Problemlöseprozesse dazu benutzt werden, sekundäre Schuldgefühle abzubauen.

Die Gesprächspsychotherapien, die die letzte Gruppe in Beneschs Darstellung (1995) bilden, heben sich insofern etwas von den übrigen hier genannten Ansätzen ab, als Konflikte hier keine theorieleitende Rolle spielen.

Die Psychoanalyse war unter historischer Perspektive die erste Strömung, die dem Konzept zentrale Bedeutung verlieh. Beschreibungen innerer Konflikte finden sich allerdings bereits lange vor der Zeit der Psychoanalyse, wie McReynolds (1991) in einem historischen Überblick zeigt. Schon das sumerische *Gilgamesch*-Epos, aus der Zeit um 2000 vor Christus, enthält Beschreibungen der Thematik, ebenso wie die Schriften Homers, frühe Bücher der Bibel und die Arbeiten der griechischen Philosophen Empedokles, Sophokles und schließlich Plato, der bereits unbewusste Konflikte thematisierte. Innere Konflikte sind darüber hinaus ein Leitthema in weiten Teilen der Weltliteratur, vom alten Hindu-Gedicht *Mahabharata* über Shakespeares *Hamlet* bis hin zu Dostojevskis *Schuld und Sühne* (McReynolds, 1991).

Die Psychoanalyse kann daher nicht als „Entdecker“ intrapsychischer Konflikte betrachtet werden. Sie rückte dieses Konstrukt allerdings ins Zentrum der Aufmerksamkeit und sorgte damit für die immense Bedeutung, die es noch heute besitzt.

2.4.2 Intrapsychische Konflikte und Krankheit

Aus Beneschs (1995) Überblick geht hervor, dass klinisch orientierte Forscher in nahezu allen psychotherapeutischen Schulen das Konzept des Konfliktes aus Annäherung und Vermeidung als wichtiges Element ihres Arbeitsfeldes betrachten, wenngleich auch die Bedeutung und Genese von Konflikten mit deutlich verschiedenen theoretischen Überbauten erklärt wird. Emmons, King und Sheldon (1993) halten daher fest: „Thus, gaining control over conflicting motivations is a primary goal of individual psychotherapy“ (S. 528).

Die akademische Psychologie befasste sich hingegen erst vergleichsweise spät mit der Thematik, da, wie im letzten Kapitel dargelegt, unbewusste Prozesse lange nicht beachtet wurden. „Die empirische Psychologie hat nach langer Zurückhaltung in den letzten Jahren intrapsychische Konflikte als Forschungsgegenstand erkannt und verschiedene Operationalisierungen zur Verfügung gestellt…“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 14). Noch 1985 stellte Pervin im Abschlusskapitel des „Annual Review of Psychology“ fest: „I am stuck by

the power of conflicting motivations in my patients and the absence of such phenomena in the literature (zit. n. Emmons & King, 1993, S. 529).

Für psychodynamisch orientierte Autoren steht dagegen fest: „Innerseelische, unbewusste Konflikte spielen bei der Entstehung psychischer Störungen eine entscheidende Rolle. Aber auch äußere und innere bewusste Konflikte können, sofern sie anhalten und intensiv genug sind, zu Störungen führen und in diesem Sinne konflikthaft wirken (Hoffmann u. Hochapfel 1999; Schüßler 1995)“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 58 – 59).

Die Anerkennung bewusster *und* unbewusster Konflikte bei der Pathogenese durch die Autoren der OPD zeigt somit Parallelen zum Verständnis motivationaler Ziele bzw. motivationaler Konflikte in der Konsistenztheorie. Auch bei Grawe (1998; 2004) wird das Ausmaß von Inkongruenz und Diskordanz, zusammengefasst als Inkonsistenz, als wesentlicher Faktor bei der Entstehung psychischer Störungen betrachtet, weshalb an dieser Stelle nochmals explizit auf die Pathogenese im Rahmen der Konsistenztheorie verwiesen werden soll. (vgl. Kap. 2.3.4.5).

Zur Darstellung der grundlegenden Abläufe intrapsychischer Konflikte eignet sich m. E. der bereits erwähnte Ansatz von Dollard und Miller (1950), dessen Kernaussage auch für die meisten anderen Konflikttheorien Gültigkeit besitzt und gut mit den Annahmen der Konsistenztheorie vereinbar ist.

Auch Dollard und Miller (1950) gehen davon aus, dass der Annäherungs-Vermeidungskonflikt als eine Ursache von Symptomen psychischer Störungen betrachtet werden kann. Der Konflikt der beiden Pole wird im Falle der neurotischen Verarbeitung nicht bewusst wahrgenommen und kann daher nicht adäquat gelöst werden. Die Ausbildung eines Symptoms kann nun eine gewisse Erleichterung nach sich ziehen, da es Aufmerksamkeit an sich bindet und somit von angstauslösenden Gedanken und/oder Erfahrungen ablenken kann. Das Symptom wird also negativ verstärkt.

In einer einfachen graphischen Darstellung beschreiben Dollard und Miller (a. a. O.) die Beziehung der Gradienten von Annäherung und Vermeidung unter Berücksichtigung der Nähe zum Ziel:

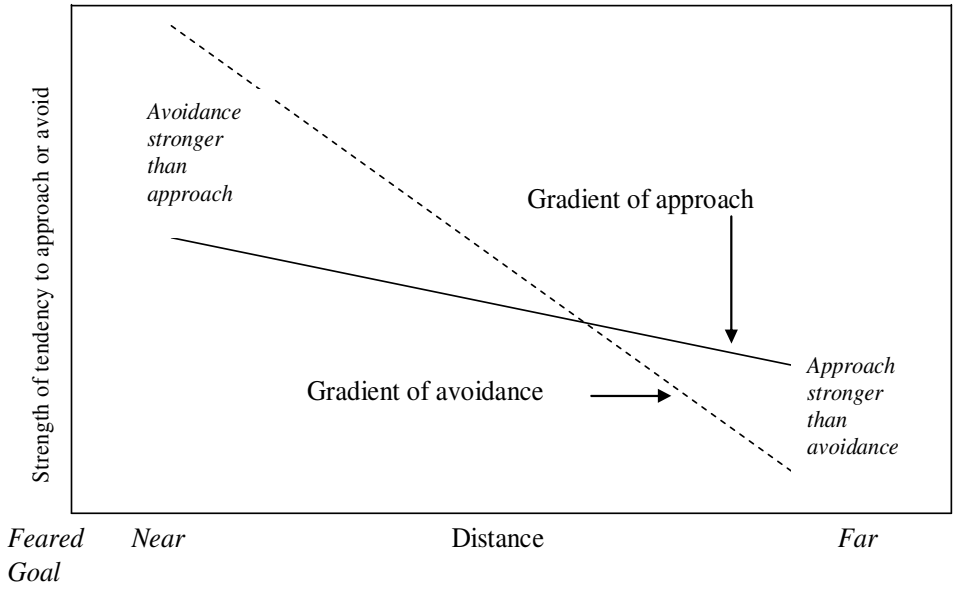


Abbildung 4: Annäherungs- und Vermeidungsgradient in Abhängigkeit der Nähe zu einem „Feared Goal". Adaptiert Nach Dollard, Miller, 1950, S. 356.

Annäherungs- und Vermeidungsgradient steigen mit zunehmender Nähe zum Ziel an. Der Vermeidungsgradient steigt jedoch schneller, wodurch beide Gradienten sich notwendigerweise kreuzen. Dieser Schnittpunkt repräsentiert einen Zustand, zu dem das Verhalten immer wieder tendieren wird, in dem es zu pendelartigen Annäherungs- und Vermeidungsreaktionen kommt. Hieraus können sich nun psychische Spannungszustände entwickeln, die letzten Endes in eine manifeste Störung münden. Auch nach Dollard und Miller (1950) ist also für Patienten mit neurotischen Störungen eine verhältnismäßig stark ausgeprägte Vermeidungstendenz kennzeichnend.

Eng mit dem Begriff „Konflikt" verwandt ist das Konzept der Ambivalenz. Emmons King und Sheldon (1993) betrachten Ambivalenz als mögliches Teilelement von Konflikten genau dann, wenn gegenüber *einem* bestimmten Gegenstand gleichzeitig Annäherungs- und Vermeidungstendenzen erlebt werden. Die Autoren empfehlen somit die konzeptuelle Trennung der beiden Konstrukte, da „Konflikt" eine breitere Bedeutung besitze und somit eher einem Oberbegriff nahe komme. Eine Situation, in der zwischen *zwei* angenehmen Alternativen entschieden werden muss, könne beispielsweise geeigneter als Konflikt bezeichnet wer-

den[19]. Auch der Begriff der Ambivalenz wird darüber hinaus in vielfältigen Bedeutungszusammenhängen benutzt. Lauterbach (1991) untersuchte beispielsweise das Zusammenwirken von intrapsychischen Konflikten und Ambivalenz-Intoleranz (AIT), verstanden als Persönlichkeitsmerkmal. Für Personen mit hohen AIT-Werten wirkten sich intrapsychische Konflikte besonders negativ auf ihren emotionalen Zustand aus. Das Unvermögen, diese Konflikte zu ertragen, moderierte somit deren Effekt auf die Stimmung der Versuchspersonen. Auf eine weiterführende Darstellung der Ansätze zum Ambivalenz-Begriff soll hier verzichtet werden[20].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass intrapsychische Konflikte in allen theoretischen Annäherungen als potentiell pathogen betrachtet werden. Ihrer Erkennung, Bearbeitung und Auflösung wird somit maßgebliches Gewicht bei der Behandlung psychischer Störungen beigemessen.

2.5 Zur Bedeutung von (Tages-)Zielen im psychotherapeutischen Bereich

Im psychotherapeutischen Klinikalltag ist nicht selten von „Tageszielen“ die Rede. Sie stellen einen Versuch dar, das Abstraktionsniveau therapeutischer Ziele in die Pragmatik alltäglichen Handels zu übersetzen. Von einer theoriegeleiteten Operationalisierung ist die klinische Verwendung des Begriffs hingegen noch entfernt.

Zum Thema „Therapieziele“ existieren eine Reihe, teilweise sehr unterschiedlicher Ansätze. Für das Konzept „Tagesziele“ kann dies nicht behauptet werden. Im Folgenden soll daher ausgehend von den Ansätzen aus dem Bereich der Therapieziele nach Anknüpfungspunkten zu den weniger stark beforschten Tageszielen gesucht werden.

„Eine besonders wichtige und durchgängige Relation, die die Verbindung zwischen verschiedenen psychischen Prozessen kennzeichnet, ist diejenige, dass die psychische Aktivität immer von Zielen bestimmt ist“ (Grawe, 1998, S. 269). Das Setzen von Therapiezielen gilt über alle therapeutischen Schulen und alle Bereiche der psychologischen Medizin (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) hinweg als wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Arbeit (Driessen, Sommer, Röstel, Malchow, Rumpf, Adam, 2001; Faller, 2000),

[19] In dieser Denkweise wären einige der OPD-Konflikte (Kap. 3.4.4.1) u. U. auch als Ambivalenzen zu bezeichnen. Beispielsweise kann der Konflikt „Autonomie-vs.-Abhängigkeit“ als Ambivalenz bezüglich des Bereichs Bindung verstanden werden.

[20] Aktuell wird Ambivalenz auch als Forschungskonstrukt untersucht, das verspricht, einen geeigneten Zugang zum Verständnis intergenerationaler Beziehungen zu liefern (Pillemer, Müller-Johnson, 2007; Burkhardt, Rockstroh, Studer, 2007).

wenngleich sich die Zielinhalte und die Ebenen der Abstraktheit (Zielhierarchie) je nach theoretischer Herkunft stark unterscheiden[21].

Die Bedeutung einer früh im therapeutischen Prozess stattfindenden Zielsetzung wird von verschiedenen Autoren hervorgehoben (Goldberg, Lesser, & Schulman, 1966; Meltzhoff& Kornreich, 1970; Urban & Ford, 1971, zit. n.: LaFerriere & Calsyn, 1978, S. 272). Trotz dieser allseits anerkannten Bedeutung therapeutischer Zielsetzungen sind sie in der Psychotherapieforschung bislang nur unsystematisch erforscht worden, nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen Zugänge zu dem Konstrukt, was vergleichende Forschung oft erheblich erschwerte (Driessen et al., 2001). Minsel (zit. n. Ambühl und Strauß, 1999) spricht angesichts des Forschungsstands zum Thema „Therapieziele“ gar von einem der „dunkelsten“ Kapitel der Psychotherapieforschung. Dennoch ist in der Literatur eine Entwicklung zu erkennen, die der Formulierung von Therapiezielen eine zunehmende Bedeutung als Kriterium bei der späteren Abbildung des Therapieerfolges beimisst (Ambühl, Strauß, 1999; Driessen et al., 2001).

In ihrem Überblicksartikel charakterisieren Driessen et al. (2001) Therapieziele als *sekundäre psychologische Konstrukte,* welche durch eine Reihe (primärer) anderer Faktoren beeinflusst seien. Zu diesen Faktoren zählen:

- persönliche Faktoren des Patienten (Erkrankung, Krankheitserleben, Motive, Erwartungen, Persönlichkeit, soziale Situation, Therapiemotivation).
- Ethisch-normative Faktoren (Werte und Normen des Patienten, des Therapeuten und der Gesellschaft; Weltanschauung, Krankheitsverständnis, Berufsverständnis dieser drei Parteien).
- Gesellschaftliche Faktoren (soziale und strukturelle Rahmenbedingungen, also Therapiemethoden, Behandlungsangebot, Bezahlung und Nachfrage).

Faller (2000) stützt die These des Einflusses dieser Faktoren. Er fand in einer empirischen Analyse Zusammenhänge zwischen Therapiezielen und Ursachenvorstellungen der Patienten hinsichtlich ihrer Erkrankung.

Es bestehe ferner weitgehende Einigkeit darüber, dass sich die Therapieziele im Laufe der Behandlung verändern, zuweilen aufgrund einer Veränderung in der Beschwerdesymptomatik, des sozialen Umfeldes, neuer Erfahrungen und erweiterter Problemsichten (Driessen et al., 2001.). Für den Therapieerfolg werden solche Zielveränderungen teilweise vorausgesetzt.

[21] Zugleich kann man aber auch festhalten, dass nicht wenige therapeutische Schulen auch konzeptionelle Reservate für bestimmte Bereiche aufrechterhalten, die relativ oder auch völlig frei von Zielüberlegungen bleiben können und sollen. Der Formulierungsdruck auf „Ziele wird nicht selten erst durch Kostenträger an die Psychotherapeuten herangetragen.

Driessen et al. (2001, S. 240) zählen fünf funktionale Zusammenhänge auf, in denen Therapieziele in der Literatur diskutiert werden:

1. „Therapieziele als Entscheidungsgrundlage für die Therapieplanung…
2. Klärung von Therapiezielen als eigenständiger therapeutischer Effekt… durch Förderung von Therapiemotivation… und Mitarbeit des Patienten… mit der Folge günstigerer Therapieergebnisse…
3. Therapieziele als Kriterien der Erfolgskontrolle…
4. Zielfestlegung als Mittel zur Transparenz des therapeutischen Prozesses und der dahinter liegenden Werte und damit als Mittel zur Reduktion der Macht des Therapeuten…
5. Therapieziele als Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Therapierichtungen…“

Die unterschiedlichen Ansätze führen zu Überschneidungen und erheblichen terminologischen Unschärfen. Systematisierungsversuche nehmen nach Driessen et al. (ebd.) meist eine oder mehrere Dimensionen des Konstruktes in Betracht, allerdings ohne hierdurch allgemeinverbindliche Ordnungen zu liefern.
So werde differenziert nach:

- Vermittelnde Ziele vs. Endziele;
- Direkte vs. indirekte Therapieziele;
- Richtziele vs. Grobziele vs. Feinziele;
- Persönliche vs. situative vs. methodische Ziele;
- Interne (Interventions-) Ziele vs. externe = Therapieziele;
- Kurzfristige vs. mittelfristige vs. langfristige Ziele;
- Nahziele vs. Zwischenziele vs. Fernziele;
- Therapeuten vs. Klienten vs. gemeinsame Ziele.

Interessant ist in diesem Zusammenhang eine Untersuchung von Ambühl und Orlinsky (1999), in die ein Datensatz von 2376 PsychotherapeutInnen eingeflossen ist. Die Angaben zur Wichtigkeit vieler Therapieziele stellten sich dabei als stark schulenabhängig heraus. Beispielsweise empfanden es 60 % der humanistisch orientierten Therapeuten als wichtig, dass der Patient in der Therapie seine Gefühle möglichst zulassen und ausdrücken kann. Bei kognitiv-behavioral orientierten Therapeuten schätzten dies dagegen nur 8 % als wichtig ein. Im Einklang mit dieser Feststellung und aus einer eher philosophischen Perspektive weisen Kottje-Birnbacher und Birnbacher (1999) darauf hin, dass im Vergleich zur somatischen Me-

dizin Richtung, Art und Tiefe der Therapiebemühungen und –ziele weitaus weniger durch „die Natur der Sache“ oder allgemeingültige gesellschaftliche Normen vorgegeben sei. „Eine allseits verbindliche Definition von seelischer Gesundheit, ‚richtigem’ Leben und psychischer Lebensqualität ist bei dem in unserer Gesellschaft herrschenden Wert- und Normpluralismus kaum möglich, noch weniger als entsprechende Definitionen von körperlicher Gesundheit, gesunder Lebensführung und körperlichem Wohlbefinden“ (S. 15). Aus eben diesem Grund sei es von großer Bedeutung, sich in der therapeutischen Arbeit auf einen intensiven Zielreflexionsprozess einzulassen[22]. Ein Bewusstsein für sowohl das eigene Werte- und Normensystem als auch das der vertretenen therapeutischen Schulrichtung, deren Übereinstimmung miteinander nicht per se vorausgesetzt werden könne, sei unabdingbar, um ein Verständnis und einen angemessenen Umgang bezüglich des Werte- und Normensystems des Patienten finden zu können.

Faller (2000) empfiehlt, Therapieziele von den konkreten Maßnahmen zu deren Erreichung konzeptionell zu trennen, auch wenn bestimmte Ziel-Mittel-Relationen entsprechend der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten als wahrscheinlich einzustufen seien (z. B. mehr Selbstsicherheit durch Selbstsicherheitstraining). Gemäß dieser Trennung wären Tagesziele als Mittel zur Erreichung der Therapieziele anzusehen; nach Driessens Differenzierung (s. o.) als vermittelnde Ziele oder – nach Kottje-Birnbacher und Birnbacher (1999) – als instrumentelle Ziele, die dem Erreichen von finalen Zielen dienen sollen.

Grosse Holtforth und Grawe (2002) stellen motivationale Ziele (zur Definition motivationaler Ziele vgl. Kap. 2.3.4.5) und Therapieziele gegenüber:

[22] Das bedeutet in logischer Konsequenz aber auch eine gewisse Zieloffenheit zumindest in der Anfangsphase der Behandlung.

Tabelle 6: Unterschiede zwischen motivationalen Zielen und Therapiezielen nach Grosse Holtforth und Grawe (2002, S. 25).

	Motivationale Ziele	**Therapieziele**
Prozess / Ergebnis	Prozessziele	Ergebnisziele
Stellung in Zielhierarchie	An der Spitze, Zweck an sich	Tiefer, Mittel zum Zweck
Operationalisierung	Unterschiedlich	Klar, detailliert, kleinschrittig
Umsetzbarkeit	Offen	Realistisch, umsetzbar
Mittel	Offen	Psychotherapie
Zeitliche Erstreckung	Langfristig	Mittelfristig
Abstraktionsgrad	Abstrakt	Konkret, verhaltensnah, präzise
Ausrichtung	Annäherungs- und Vermeidungsziele	Annäherungsziel, positiv formuliert
Entstehung	Entwicklungsgeschichte, unintentional	Vereinbarung zwischen Patient und Therapeut, intentional
Bewusstheit	Unterschiedlich	Bewusst artikuliert
Wichtigkeit	Unterschiedlich	Wichtig, persönlich bedeutsam

Diese Konzeptionalisierung berücksichtigt die meisten der von Driessen et al. (2001) genannten definitorischen Dimensionen und funktionalen Zusammenhänge. Sie bietet darüber hinaus einen Ansatz zum Verständnis von Tageszielen, die auf einer zusätzlichen Spalte rechts in obiger Tabelle bei „feinkörnigerer Auflösung“ vorzustellen wären.

Gemäß dem Konzept der Station 61 des ZPR (Kapitel 2.6) sollen sich in den Tageszielen Therapieziele widerspiegeln, die in kleinere Teilziele herunter gebrochen werden, um im Zeitraum eines Tages realistischerweise umgesetzt werden zu können. Die Ziele werden von den Patienten selbst formuliert, um die Identifikation zu erhöhen. In den allabendlichen Tageszielrunden auf der Station wird gemeinsam das Gelingen und Formulieren der Ziele evaluiert. Es handelt sich somit bei den Tageszielen letztlich um Therapieziele, die auf einer relativ niedrigen Zielhierarchieebene anzusiedeln sind.

Goal Attainment Scaling (GAS)

Die systematische Arbeit mit individuellen Therapiezielen und deren Evaluation wurde erstmals von Kirusek und Sherman (1968) unter dem Begriff „Goal Attainment Scaling“ (GAS) vorgeschlagen. Hauptanliegen der Autoren war hierbei die Evaluation von Therapieprogrammen. Da man nicht dieselben Evaluationskriterien an alle Patienten anlegen könne, andererseits aber auch die großen theoretischen Unterschiede einzelner Programme völlig verschiedene Begriffe und Konzepte implizierten, die untereinander nicht vergleichbar seien, empfahlen Kirusek und Sherman (1968) die Betrachtungsebene der individuellen Therapieziele. Diese sollen zu Beginn der Behandlung festgesetzt werden. Zu jedem Ziel werden mögliche Ergebniszustände vorformuliert, die den Bereich zwischen der schlechtestmögli-

chen und der bestmöglichen Umsetzung abdecken sollen. Nach der Intervention werden die Ziele anhand dieser individuellen Skala auf ihre Umsetzung hin überprüft werden. Durch die Errechnung standardisierter T-Werte sei sowohl eine Überprüfung auf individueller Ebene möglich, als auch ein Vergleich verschiedener Therapieprogramme. Ein entscheidender Unterschied dieses Ansatzes im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen (auch zu dem Ansatz der vorliegenden Studie) ist die Formulierung der Therapieziele durch einen „Goal Selector" oder ein „Goal Selection Committee" – weder durch den Patienten, noch den Therapeuten. Hierin spiegelt sich das Überwiegen evaluativer Gesichtspunkte wider, während therapeutische Aspekte weniger Beachtung finden.
LaFerriere und Calsyn (1978) betonen dagegen gerade die therapeutische Wirkung des GAS: Patienten, mit denen GAS durchgeführt wurde, wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe ohne diese Maßnahme bessere Therapieergebnisse auf und berichteten über mehr subjektiv empfundene Motivation, Veränderungen anzugehen. In Abweichung zur ursprünglichen Konzeption von Kirusek und Sherman (1968) wurden in der Studie von LaFerriere und Calsyn (1978) die Therapieziele gemeinsam von Patient und Therapeut festgelegt. Auch Smith (1976) spricht sich für eine gemeinsame Zielformulierung durch Patient und Therapeut aus, besonders angesichts der Tatsache, dass Patienten- und Therapeutenziele oft weit divergierten. Auch er weist interventionsfördernde Effekte des GAS nach.

Über die „korrekte" Anwendung des GAS hat sich mittlerweile eine Debatte entwickelt, bei der sich messtheoretisch orientierte Forscher mit primär evaluativen Anliegen und therapeutisch-praktisch interessierte Autoren gegenüberstehen. Shefler, Canetti und Wiseman (2001) kritisieren beispielsweise die Aufweichung verbindlicher Kriterien des GAS mit Verweis auf die Gefährdung der psychometrischen Eigenschaften des Verfahrens. Die weitaus größte Mehrheit an Studien, die sich des GAS bedienten, würden inzwischen allerlei Abweichungen vom ursprünglichen Konzept vornehmen, wodurch die Vergleichbarkeit einzelner Studien oder therapeutischer Interventionen miteinander erheblich eingeschränkt werde.

Cytrynbaum, Ginath, Birdwell & Brandt (1979) kommen in einem Überblicksartikel zu einem ähnlichen Schluss. Aus ihrer Meta-Analyse von 41 GAS-Arbeiten geht hervor, dass in vielen Studien das Prozedere und die Methodik als problematisch bezeichnet werden müssen. Reliabilität und Validität seien somit generell fraglich. Dagegen gebe es deutliche Hinweise auf einen positiven therapeutischen Effekt durch den Einsatz von GAS. Ein weiterführender Überblick zum Thema GAS findet sich bei Lambert und Lambert (1999, S. 130, f.)

Die Debatte rüttelt allerdings nicht am grundsätzlichen Konsens über die Wichtigkeit expliziter Zielsetzung im psychotherapeutischen Bereich. Die allgemein anerkannte Bedeutung

von Therapiezielen führte letztlich auch zu deren Implementation in die Psy-BaDo, die Basisdokumentation in der Psychiatrie. Dieses Instrument der Qualitätssicherung wurde von den Vorständen und Qualitätssicherungsbeauftragten der in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften gemeinsam als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation in der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Fachbehandlungen erarbeitet (Heuft, 1998). Die Psy-BaDo erfasst dabei die konkreten Therapieziele und deren Umsetzung sowohl aus Patientensicht als auch aus der Perspektive des Therapeuten.

Zusammenfassend können folgende Punkte als (Teil-)Ergebnisse der Therapiezielforschung betrachtet werden (Quelle: Interne Fortbildung der Psychosomatischen Rehabilitationsklinik Alpenblick, Isny, 2005; Praktikumsstelle des Autors).

- Die Gesamtzahl individueller Therapieziele ist begrenzt.
- Diagnosen (nach ICD-10) können die Varianz innerhalb der möglichen Therapieziele nicht hinreichend erklären.
- Die Formulierung der Therapieziele ist nicht unabhängig von der Therapietheorie des Therapeuten und vom subjektiven Krankheitsmodell des Patienten.
- Je mehr Zielbereiche erreicht werden, desto höher ist die Zufriedenheit mit der Therapie und dem Therapieerfolg aus Sicht des Patienten.
- Ein direkter (objektiver) Zusammenhang zwischen Therapiezielerreichung und allgemeinem Therapieerfolg ist häufig nicht erkennbar.
- Therapeuteneinschätzung der Therapiemotivation korreliert mit der Zielerreichung.
- Ziele von primär depressiven Patienten sind häufig heterogener als solche von Patienten mit Angst- oder Somatisierungsstörungen.
- Am wenigsten werden Ziele erreicht, die sich auf Schlafprobleme, körperliche Schmerzen und die Klärung der Ursachen von Ängsten beziehen.
- Es existiert keine bewährte Skala zur Erfassung zur Ermittlung und Erfassung individueller Therapieziele. Mangelhafter Forschungsstand (s. o.).

2.6 Behandlungskonzept der Station 61

Die folgenden Ausführungen sind dem internen Manual der Station 61 (Station für psychotherapeutische Medizin) sowie den Konzeptbroschüren der Station (von März 2006 und Juni 2007) entnommen. Ebenfalls fließen persönliche Mitteilungen der therapeutischen Mitarbeiter der Station in die Darstellung mit ein.

Die untersuchte Station verfügt über 22 Betten und arbeitet mit einem integrativen therapeutischen Gesamtkonzept, das sich aus verschiedenen Methoden der Psychotherapie und psychiatrischen Pharmakotherapie zusammensetzt. Neben den primär verbalen psychotherapeutischen Angeboten werden in unterschiedlichem Ausmaß psychopharmakologische und andere Behandlungsmethoden kombiniert, z. B. Physiotherapie und primär nonverbale Spezialtherapien. Im Hinblick auf psychotherapeutische Grundansätze vereinigt das Konzept der Abteilung supportive, psychoedukative, verhaltensmodifizierende und tiefenpsychologisch fundierte Methoden der Psychotherapie.

Kennzeichnend ist weiterhin das Konzept der soziotherapeutischen Gemeinschaft, in der die Patienten in Interaktion und Kommunikation mit den Mitpatienten ihre individuellen sozialkommunikativen Störungen und Probleme erleben und bearbeiten können. Neben Einzel- und Gruppentherapien werden auch Paar- und Familiengespräche angeboten, um das jeweilige Beziehungsumfeld und seine Konfliktbereiche zu klären und in die Therapie einzubeziehen.

Schwerpunktmäßig werden auf Station 61 Patienten mit Erkrankungen der ICD-10-Kapitel F4 - F6 behandelt. Im Hinblick auf die strukturellen Voraussetzungen einer Eignung und Motivation für psychotherapeutische Arbeit ist das Konzept der Station 61 „höherschwelliger“ als das Konzept anderer Stationen (wo z. B. schwerpunktmäßig Psychosen behandelt werden). Die an Persönlichkeitsstörungen, Psychoneurosen und psychosomatischen Erkrankungen leidenden Patienten der Psychotherapiestation können die Belastungen einer intensiven, konfliktaufdeckenden, tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Therapie eher ohne krisenhafte Dekompensation tolerieren und gute Therapieerfolge erwarten. Darüber hinaus kommen verhaltenstherapeutische Konzepte unter spezieller Indikationsstellung (z. B. bei Zwangsstörungen, Phobien oder Essstörungen und im Rahmen des Moduls für „Dialektisch-Behaviorale Therapie“, DBT) gemäß dem integrativen Ansatz zur Anwendung.

Die Patienten der Station 61 werden einem von drei möglichen Behandlungsmodulen zugeteilt:

- Modul 1 bzw. 2: Standard-Modul für alle Patienten, die nicht einem anderen Modul zugeteilt werden; zahlenmäßig größte Gruppe.
- DBT-Modul: Dialektisch-Behaviorale Therapie richtet sich an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund.
- Arche-Programm: Niederschwelliges Angebot für Personen in Krisensituationen; vereinfachtes Aufnahmeverfahren, dadurch schnelle Aufnahme möglich.

Zur Gewichtung von Einzel- und Gruppentherapie wird im Manual der Station (2007, S. 139) festgehalten: „Auch wenn die Einzelarbeit „in der Beziehung“ mit dem Patienten einen Grundpfeiler des Konzepts bildet, so gilt für die Gewichtung der Einzeltherapie dennoch, dass der Erhalt des gruppentherapeutischen Angebots und der therapeutischen Gemeinschaft in Phasen personell knapper Ressourcen [ihr gegenüber] einen gewissen Vorrang hat.“

Im Folgenden findet sich eine Beschreibung der für diese Studie wesentlichen therapeutischen Bausteine:

- *Bezugstherapeut und Bezugspflege*: Jedem Patienten werden bei Ankunft ein Therapeut und eine Pflegeperson zugeteilt. Für Therapeutengespräche stehen normalerweise wöchentlich 1 x 45 Minuten zur Verfügung, für Pflegegespräche 2 x 30 Minuten. Das Vorgehen im Einzelsetting richtet sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Fragestellung. Ausgehend von etwaigen therapeutischen Vorerfahrungen wird unter besonderer Berücksichtigung evtl. bestehender Trauma-Erfahrungen und des Grades der Umschriebenheit der Symptomatik die Therapieplanung individuell vorgenommen. „Die persönliche Begegnung mit dem Patienten, die Reflektion von Übertragung und Gegenübertragungen, der Umgang mit ihm als verlässlicher, strukturierender, nicht unfehlbarer, erreichbarer, aber auch abgegrenzter Partner markieren die interaktionellen Eckpunkte der psychotherapeutischen Einzelarbeit auf der Station 61“ (Manual der Station 61, 2007, S. 141).

  Für den Fall personeller Engpässe wird im Stationsmanual (S. 142) klargestellt: „Fällt ein Bezugstherapeut durch Urlaub oder Krankheit für einen Zeitraum von bis zu 5 Arbeitstagen aus, so hat der Patient in dieser Zeit kein reguläres Vertretungsgespräch. Erst bei längerer Abwesenheit tritt eine Vertretungsregelung durch einen anderen Bezugstherapeuten in Kraft.“
- *Chefarzt- und Oberarztvisite*: Einmal wöchentlich finden für alle Patienten Visiten statt, die dazu dienen, den Chefarzt bzw. die Oberärztin über die Entwicklung des therapeutischen Verlaufs zu informieren und (körper-)medizinische Fragen zu klären, wie z. B. medikamentöse Behandlungen zu koordinieren.
- *Interaktionelle Gruppenpsychotherapie*: zweimal wöchentlich je 60 Minuten; geleitet von 2 Therapeuten plus einem Beobachter aus dem Team. Inhalt: Arbeit mit den frei geäußerten Gedanken und Gefühlen der Patienten, die entweder spontan entstehen oder durch Verhaltensweisen oder Äußerungen von Mitpatienten hervorgerufen werden.

- *Psychoedukative Gruppentherapie*: Rahmenbedingungen wie oben, jedoch inhaltlich eher psychoedukativ ausgerichtet. Zielgruppe: Patienten mit wenig Therapieerfahrung.
- *Skills-Gruppe (Fertigkeiten-Training)*: einmal wöchentlich je 120 Minuten; geleitet von einem Therapeuten und einem Mitglied des Pflegeteams; Teilnahme: Patienten aus dem DBT-Modul. Inhalt: Erlernen des Umgangs mit Spannungszuständen, Übungen zu den Themen: Innere Achtsamkeit, Stresstoleranz, Umgang mit (schwierigen) Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten.
- *Achtsamkeitsgruppe*: zweimal wöchentlich je 30 Minuten, geleitet von einer Kunsttherapeutin; Hauptzielgruppe: Patienten aus dem DBT-Modul (nicht ausschließlich). Inhalt: Einübung eines achtsamen und bewussten Umgangs mit sich.
- *Kunsttherapie*: einmal wöchentlich je knapp 2 Stunden (115 Minuten), geleitet von einer Kunsttherapeutin; Einzelstunden werden nach Indikation und Absprache mit dem behandelnden Therapeuten, der Kunsttherapeutin und dem Stationsteam verordnet. Inhalt: Möglichst freie oder auch angeleitete Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Materialien und Methoden zu deren Bearbeitung, bezogen auf die jeweiligen Therapieziele, persönlichen Thematiken und aktuellen Bedürfnisse.
- *Musiktherapie*: einmal wöchentlich je 60 Minuten; geleitet von einer Musiktherapeutin; Einzelstunden werden nach Indikation und Absprache mit dem behandelnden Therapeuten, der Musiktherapeutin und dem Stationsteam verordnet. Inhalt: siehe Kunsttherapie, bezogen auf das Medium Musik/Klang.
- *Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson*: einmal wöchentlich je 30 Minuten, geleitet von einem Mitglied des Pflegeteams. Inhalt: Erlernen und Anwendung eines körperorientierten Verfahrens zur Erlangung physischer und psychischer Entspannung.
- *Stationsversammlung*: einmal wöchentlich je 60 Minuten; geleitet von einem Patienten (Patientensprecher), alle diensthabenden Mitglieder des Pflegeteams nehmen teil. Inhalt: Regelung des Zusammenlebens auf der Station, Organisatorisches, Förderung offener Kommunikation, Anregung und Anleitung zur Freizeitgestaltung, Kontaktherstellung zu Mitpatienten.

  Die Teammitglieder greifen nur dann ein, wenn eine Klärung unter den Patienten nicht möglich ist oder übergreifende Stations- und Krankenhausregeln in Frage gestellt werden.

- *Tageszielrunde*: an allen Werktagen je 30 Minuten, geleitet von einem Pflegeteam-Mitarbeiter. Inhalt: Auseinandersetzung mit den Tageszielen der Patienten, Austausch über Erreichen und Nicht-Erreichen der individuellen Ziele; Förderung von Bewältigungsstrategien und lösungsorientiertem Handeln (vgl. Kapitel 2.5).
- *Abendrunde*: täglich je ca. 30 Minuten, geleitet von einem Mitglied des Pflegeteams; Teilnahme nur nach Verordnung in der Visite; Zielgruppe: neue Patienten und Patienten in Krisen. Inhalt: Klärung des aktuellen Befindens, Entlastung und Unterstützung, Erkennen suizidaler Gefährdung.
- *Gruppe „Tanz und Bewegung"*: einmal wöchentlich je 60 Minuten, geleitet durch ein Mitglied des Pflegeteams (Tanztherapeutin); inhaltlich: Anregung, Anleitung, Unterstützung von Bewegung, Sensibilisierung der Sinne und Körperwahrnehmung, Arbeit am Körperbild, Ressourcenstärkung.
- *Gemeinsamer Abend*: einmal wöchentlich, thematische Vorbereitung und Leitung durch Patienten bei zeitweiliger Anwesenheit von Pflegepersonal. Inhalt: Stärkung der verbalen Kommunikation, Vermittlung von Spaß und Freude, Entwicklung und Stärkung eigener Interessen, Erlangen von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, Förderung der sozialen Kompetenz, Entwicklung der Gruppenfähigkeit, sinnvolle Freizeitplanung und -nutzung, Beziehungsfähigkeit.
- *DBT-Info-Gruppe*: einmal wöchentlich je 60 Minuten, geleitet von einem Mitglied des Pflegeteams; Zielgruppe: Borderline-Patienten, Patienten aus dem DBT-Modul. Inhalt: Information über Grundannahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach M. Linehan, Anleitung und Begleitung in den einzelnen Bausteinen des Konzepts mit dem Ziel der Entlastung, Unterstützung und des besseren Umgangs mit Krisensituationen.
- *Bewegungstherapie*: einmal wöchentlich je 60 Minuten, geleitet von einem Mitglied des Pflegeteams mit entsprechenden Weiterbildungen; Patienten im DBT-Modul nehmen nicht teil. Inhalt: Erleben von Körperstrukturen und -grenzen mittels Bewegung, Förderung von Reaktion und Spontaneität in der Gruppe, Balancefindung zwischen Anspannung und Entspannung.

Mit Ausnahme der Gruppe „Tanz und Bewegung" sowie der Entspannungsübung (PMR) ist die Teilnahme an den einzelnen Angeboten obligatorisch, sofern dies nicht ausdrücklich anders vereinbart wurde.

Ergänzend steht den Patienten ein Angebot aus Arbeitstherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik, Massage, Sporttherapie sowie Sozialberatung zur Verfügung.

3. Die Untersuchung

3.1 Fragestellung und Ziel

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, die Zusammenhänge zwischen Therapiezeit (UV) und psychosomatischer Symptomlast (AV) sowie motivationalen Schemata und intrapsychischen Konflikten zu beleuchten. Des Weiteren soll untersucht werden, inwiefern die Zufriedenheit mit dem Erreichen der Tagesziele (UV und AV) einerseits von der Therapiezeit abhängt, andererseits wiederum die Symptomlast beeinflusst.

Untersuchungsschwerpunkt ist hierbei die Beziehung der beiden erstgenannten Variablen. Somit geht es um die Kernfrage, wie sich Schwankungen im wöchentlichen Therapieumfang auf das Befinden der Patienten auswirken. Lassen sich also ausgefallene oder nicht wahrgenommene Therapiestunden im Laufe einer stationären Psychotherapie als Einschränkung der zu erwartenden Veränderung im Hinblick auf die Symptomlast nachweisen? Inwiefern beeinflussen motivationale Schemata diese Beziehung? Spielt die Struktur intrapsychischer Konflikte in diesem Geschehen eine nachweisbare Rolle?

Zur Annäherung an diese Fragen wurde eine Längsschnittsuntersuchung über einen Zeitraum von 11 Monaten vorgenommen[23]. Die Aufgaben im Rahmen der Diplom-Arbeit umfassten Datenerhebung, Transformation der Rohdaten und sämtliche weiterführenden Arbeitsschritte.

3.2 Hypothesen

Folgende Hypothesen über zu erwartende Zusammenhänge liegen der Datenanalyse zugrunde:

1a) Es wird angenommen, dass sich die *Anzahl* der Therapieminuten (UV), die ein Patient im Laufe einer Woche erhält, reduzierend auf seine psychosomatische Symptomlast (AV), gemessen mit der SCL-90-R, auswirkt.

1b) Hierbei wird erwartet, dass die *Art* der therapeutischen Intervention (UV) für diese Wirkung maßgeblich ist. Minuten bestimmter Therapietypen sollten also deutlicher als andere mit einer Symptomreduktion einhergehen. Gemäß dem therapeutischen Konzept der Station

[23] Bereits Kiesler (1966) empfahl die Integration von Prozess- und Ergebnisforschung für das Gebiet der Psychotherapie, was er durch Mehrfachmessung am ehesten zu realisieren sah.

61 sollten sich die Einzelkontakte sowie die verbalen und nonverbalen Gruppentherapien und der Bereich der Soziotherapie als besonders differenzierend erweisen. Von den Einzelkontakten sollten sich wiederum die Termine mit dem Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologe) sowie diejenigen mit der Bezugsperson im Pflegeteam als besonders maßgeblich herausstellen.

2a) Die vermuteten Beziehungen aus Hypothese 1a) und 1b) sollten zum einen für zeitgleiche Messungen (kontemporär) gelten, zum anderen aber über Wochen hinweg nachweisbar sein. D. h. die therapeutischen Effekte geleisteter Therapieminuten sollten ihre Wirkung auch über einen Zeitraum von mehreren Wochen entfalten.

2b) In diesem Zusammenhang sollte sich ferner ein Trend nachweisen lassen, dass die Symptomlast im Laufe der Aufenthaltswochen nachlässt. Ob sich diese Wirkung in einem quadratischen oder linearen Zusammenhang widerspiegelt, soll untersucht werden.

3a) Bisherige Studien legen einen Zusammenhang zwischen motivationalen Schemata und psychosomatischer Symptomlast nahe (s. Kapitel 2.3.1). Daher wird hier davon ausgegangen, dass die globalen Kennwerte der SCL-90-R – speziell der GSI – mit dem Ausmaß der Vermeidungsmotivation bzw. dem Verhältnis aus Annäherungs- und Vermeidungsmotivation – gemessen mit dem FAMOS – in statistischem Zusammenhang stehen. Da der FAMOS den Patienten nur zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes ausgehändigt wurde, die SCL-90-R aber im wöchentlichen Rhythmus, bezieht sich diese Hypothese zunächst auf die Startmessung des FAMOS und die Verlaufsmessung der SCL-90-R. Ein geringeres Ausmaß an Vermeidungsmotivation bzw. ein günstigeres Verhältnis aus Annäherungs- und Vermeidungsmotivation bei der ersten Messung (UV) sollte mit einer deutlicheren Symptomreduktion (AV) über die gesamte Behandlungsdauer einhergehen.

3b) Des Weiteren wird angenommen, dass der Einfluss der Therapiezeit auf die psychosomatische Symptomlast durch die motivationalen Schemata moderiert wird. Die Therapiezeit sollte also dann besonders zur Symptomreduktion beitragen, wenn eine günstige motivationale Ausgangslage besteht, d. h., wenn die Vermeidungsmotivation vergleichsweise gering ausgeprägt ist.

3c) Ferner wird in Anbetracht der bei Grawe (2004) berichteten Ergebnisse erwartet, dass die Prä-Post-Differenzen des FAMOS und der SCL-90-R in Abhängigkeit der Diagnosen der Patienten in korrelativem Zusammenhang stehen (vgl. Kapitel 2.3.1, Tab. 5). Patienten mit depressiven Erkrankungen, die eine deutliche Symptomreduktion im Laufe ihres Aufenthaltes erlangen, sollten auch ihre Vermeidungsmotivation stärker reduzieren können. Für Angstpatienten sollte dieser Zusammenhang geringer ausfallen. Vereinfachend wird für die beiden Di-

agnosegruppen eine Unterscheidung zwischen den ICD-10-Kapiteln F3 und F4 vorgenommen[24]. Die Hypothese kann als Replikationsversuch der Ergebnisse Grawes (ebd.) verstanden werden.

4a) Aus der dargestellten Literatur zur Bedeutung von Zielen bzw. Tageszielen im psychotherapeutischen Bereich wird die Hypothese abgleitet, dass eine größere Zufriedenheit mit dem Erreichen der Tagesziele – gemessen mit einer visuellen Analogskala (s. Anhang 8.2) – einen reduzierenden Einfluss auf die psychosomatische Symptomlast zeigen wird.

4b) Des Weiteren wird angenommen, dass diese Zufriedenheit wiederum durch die Therapiezeit beeinflusst wird, die einem Patienten zuteil wird. Dahinter steht die Vermutung, dass die Patienten erst durch ein gewisses Maß an therapeutischem Kontakt in die Lage gebracht werden, sich Ziele zu setzen und diese zu verwirklichen. Die Zufriedenheit mit den Tageszielen wird also sowohl als abhängige (4b) als auch als unabhängige (4a) Variable untersucht.

4c) Ob sich die Fremdeinschätzung der Zielerreichung durch den Versuchsleiter (s. Anhang 8.3) mit der Selbsteinschätzung der Patienten deckt und somit ebenfalls mit den Werten der SCL-90-R in Verbindung steht, wird zu zeigen sein. Aufgrund der Untersuchungssituation mit nur begrenztem Informationszugang für den Versuchsleiter, wird dieser Variable im Vergleich zur Selbsteinschätzung ein eher eingeschränktes Erklärungspotenzial beigemessen. Gleichwohl sollte sich die Selbsteinschätzung der Patienten in der Fremdeinschätzung des Versuchsleiters wiederfinden. Folglich werden auch hier die entsprechenden Hypothesen von 4a) und 4b) angenommen.

Explorativ:

Im Anschluss sollen die Zusammenhänge zwischen der OPD-Konflikt-Diagnostik und den bereits besprochenen Variablen aus FAMOS und SCL-90-R betrachtet werden. Da hier nur eine Teilstichprobe von N = 17 Personen in Einzelinterviews untersucht werden konnte und der Untersuchungsleiter nicht die vom Arbeitskreis OPD (Kapitel 3.4.4.6) vorausgesetzten Schulungen durchlaufen hat, wird dieser Komplex der vorliegenden Arbeit unter eher explorativen Gesichtspunkten betrachtet. Analysiert werden sollen hierbei die Verbindungen zwischen Konflikttypus und Konfliktmodus (aktiv/passiv) und den motivationalen Schemata sowie Konflikttypus bzw. -modus und der psychosomatischen Symptomlast. In Analogie zu den Hypothesen im Kontext von Annäherungs- und Vermeidungsmotivation wird vermutet,

[24] Die Vereinfachung ist zulässig, da, wie der beigefügten Daten-CD entnommen werden kann, bzgl. ICD-10, Kapitel F3 keine Patienten mit manischen Episoden und nur eine Patientin mit einer bipolaren affektiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychot. Symptome (F31.4), an der Studie teilnahmen.

dass sich ein aktiver Konfliktmodus günstiger auf die Symptombelastung auswirkt als ein passiver Modus. Untersucht werden soll außerdem, ob ein bestimmter Konflikttypus identifiziert werden kann, der mit vergleichsweise geringerem Symptomniveau assoziiert ist. Des Weiteren wäre zu erwarten, dass verschiedene Einzelskalen des FAMOS, z. B. „Intimität/Bindung“, „Anerkennung/Bestätigung“ oder „Kontrolle“, mit bestimmten Konflikttypen der OPD in Zusammenhang stehen, welche ähnliche Thematiken beschreiben, wie beispielsweise. „Autonomie-vs.-Abhängigkeit“ oder „Kontrolle-vs.-Unterwerfung“.

3.3 Die Stichprobe: Patienten der Station 61

Die Probandengruppe setzte sich aus allen freiwillig teilnehmenden Patienten der Station 61 des ZPR zusammen, deren Aufnahmetag zwischen dem 01.09.2006 und 31.07.2007 lag. In dieser Zeitspanne wurden insgesamt 119 Personen aufgenommen. Alle Probanden, von denen zu mindestens zwei verschiedenen Zeitpunkten Daten gewonnen werden konnten, wurden in die Studie mit aufgenommen. Es ergab sich hiernach eine Stichprobengröße von N = 67. Die soziodemographischen Eigenschaften der Stichprobe sind folgenden Tabellen zu entnehmen.

Die Betrachtung der Geschlechterverteilung unter den Patienten der Stichprobe zeigt einen geringfügig höheren Frauenanteil (53,7 %):

Tabelle 7: Geschlechterverteilung der Stichprobe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	31	46,3	46,3	46,3
	weiblich	36	53,7	53,7	100,0
	Gesamt	67	100,0	100,0	

Folgende Tabelle gibt die Altersverteilung der Stichprobe nach Altersgruppen wieder. Es zeigt sich ein gewisser Schwerpunkt bei Patienten im jüngeren Erwachsenenalter (18-29 Jahre), die 46,3 % der Stichprobe markieren.

Tabelle 8: Altersverteilung der Stichprobe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	18 - 29 Jahre	31	46,3	46,3	46,3
	30 - 39 Jahre	24	35,8	35,8	82,1
	40 - 49 Jahre	11	16,4	16,4	98,5
	50 - 59 Jahre	1	1,5	1,5	100,0
	Gesamt	67	100,0	100,0	

Wie anhand der nächsten Tabelle ersichtlich, weist die Stichprobe eine relativ breite Streuung (*SD* = 8,98 Jahre) der Altersverteilung bei einem Mittelwert von 30,95 Jahren auf.

Tabelle 9: Streuung des Alters der Stichprobe.

N	Gültig	64
	Fehlend	3
Mittelwert		30,95
Standardabweichung		8,98
Minimum		18
Maximum		58

Die folgende Tabelle gibt den Bildungsstand der Stichprobe wieder. Die Verteilung der Abschlüsse entspricht dabei im Wesentlichen den vom Statistischen Bundesamt ermittelten Zahlen bezüglich des Bundesdurchschnitts[25].

Tabelle 10: Verteilung des Bildungsstands der Stichprobe.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Haupt/Realschule	41	61,2	64,1	64,1
	Abitur	18	26,9	28,1	92,2
	Abgeschlossenes Studium	5	7,5	7,8	100,0
	Gesamt	64	95,5	100,0	
Fehlend	System	3	4,5		
Gesamt		67	100,0		

[25] Nach den Zahlen besaßen 22,4 % der Allgemeinbevölkerung im Jahr 2005 das Abitur. Einen Haupt- oder Realschulabschluss hatten zusammen 61,9 %. Über einen Hochschulabschluss verfügten 7,1 %. (Quelle: Statistisches Bundesamt).

Die Patienten nahmen entsprechend ihrer Aufenthaltsdauer im ZPR und ihrer Motivation unterschiedlich lange an der Untersuchung teil. Folgende Tabelle gibt Auskunft über die diesbezüglichen Differenzen.

Tabelle 11: Deskriptive Statistik der Wochenanzahl der Studienteilnahme.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Anzahl der Teilnahmewochen	67	1	20	8,57	5,214

Die Kennwerte beziehen sich auf die Anzahl der Teilnahmewochen der Patienten. Es handelt sich also nicht um die Aufenthaltsdauer. Durchschnittlich nahmen die Patienten für einen Zeitraum von 8,6 Wochen an der Studie teil.

Schließlich sei auf die Verteilung der Diagnosen der Stichprobe eingegangen. Es wurde hierbei auf die Haupt-Entlassdiagnosen aus den Patientenakten zurückgegriffen, die von den jeweiligen Bezugstherapeuten gestellt wurden. Deutlich gehäuft finden sich affektive Störungen (48,4 %) sowie Persönlichkeitsstörungen (32,8 %).

Tabelle 12: Verteilung der Entlassdiagnosen der Stichprobe gemäß ICD-10.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	F1: Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen	1	1,5	1,6	1,6
	F3: Affektive Störungen	31	46,3	48,4	50,0
	F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	9	13,4	14,1	64,1
	F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen oder Faktoren	1	1,5	1,6	65,6
	F6: Persönlichkeitsstörungen	22	32,8	34,4	100,0
	Gesamt	64	95,5	100,0	
Fehlend	System	3	4,5		
Gesamt		67	100,0		

3.4 Darstellung der Instrumente

3.4.1 Die Symptom Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Die Symptom Check Liste von Derogatis (SCL-90-R), in der deutschen Version von Franke (1995), erfragt anhand von 90 Items die psychische und physische Symptomlast der letzten sieben Tage. Sie gilt als eines der meistgenutzten klinischen Messinstrumente der Ge-

genwart und wird zur Diagnoseerhebung, Therapieplanung und Therapieergebnismessung eingesetzt. (Elliott, Fox, Beltyukova, Stone, Gunderson, Zhang, 2006).

Hierbei sind die einzelnen Items jeweils auf einer 5-stufigen Skala (0/überhaupt nicht-1-2-3-4/sehr stark) einzuschätzen. Die Items lassen sich zu neun Subskalen zusammenfassen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus. Eine weitere Reihe von Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet werden, können nach einer Empfehlung von Derogatis – bei Bedarf – separat ausgewertet werden (Franke, 1995).
Drei globale Kennwerte informieren über das Antwortverhalten eines Probanden über alle Items:

GSI: Der *Global Severity Index* (GSI) misst die grundsätzliche psychische Belastung.

PSDI: Der *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) gibt Auskunft über die Intensität der Antworten.

PST: Der *Positive Symptom Total* (PST) nennt die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Der GSI wird hierbei als bestes Einzelmaß für die Schwere der Störung betrachtet, da er Informationen über die Anzahl der Symptome und die Intensität der Beschwerden kombiniert (Lambert, Hill, 1994). Er ist der sensibelste Einzelindikator der SCL-90-R (Derogatis, Savitz, 1999).

Der PST kann als grobes Maß dafür betrachtet werden, inwiefern Patienten ihren Zustand bewusst falsch darstellen. Derogatis und Savitz (ebd.) nennen Werte von 3 oder weniger für Frauen und 2 oder weniger für Männer, die in der Normalbevölkerung extrem selten seien. Die SCL-90-R besitzt jedoch keine formale Validitätsskala. Der PST könne somit allenfalls dazu benutzt werden, extremes Antwortverhalten zu identifizieren.

Die interne Konsistenz der SCL-90-R, gemessen mit Cronbachs α, „wird sowohl vom Originalautor als auch von anderen Autoren … als gut bewertet“ (Franke, 1995, S. 19). Reliabilitätsprüfungen von Franke (ebd.) ergaben für klinische Stichproben Konsistenzwerte zwischen $r_{min} = 0{,}79$ und $r_{max} = 0{,}89$.

Auch die Test-Retest-Reliabilität erreicht nach obigen Untersuchungen gute Werte. Franke (ebd.) erzielte an einer studentischen Stichprobe Reliabilitäten zwischen $r_{min} = 0{,}69$ und $r_{max} = 0{,}92$.

Für einen Überblick bezüglich der Untersuchungen zur konvergenten und diskriminanten Validität der SCL-90-R sei auf Derogatis und Savitz (1999) verwiesen. Die Validität wird durchweg für gut bis sehr gut befunden[26].

Die SCL-90-R wird besonders für relativ unhomogene Stichproben empfohlen und eignet sich aufgrund ihrer Kürze zum Einsatz im Verbund mit weiteren Fragebögen, ohne die Patienten dabei zu sehr zu beanspruchen (Lambert, Hill, 1994).

3.4.2 Auswertung der Therapiepläne

Die geleisteten Therapieminuten wurden jede Woche (dienstags nach der Visite) anhand der Therapiepläne der Patienten erhoben. In diesen Plänen werden alle Therapieeinheiten und deren Dauer der jeweiligen Woche vermerkt und von den durchführenden Therapeuten quittiert. Alle Zeitwerte wurden aus den Therapieplänen in ein Formular (s. Anhang 8.3) und schließlich in Excel-Tabellen übertragen, wo zunächst jeweils die Summe der Minuten im Laufe einer Woche (Dienstag bis Montag der Folgewoche) errechnet wurde. Somit sollte gewährleistet werden, dass sich der erfasste Minutenwert auf denselben Zeitraum bezieht wie die SCL-90-R, welche ebenfalls dienstags ausgeteilt wurde und die den Zeitraum der letzten sieben Tage erfasst (s. Kapitel. 3.4.1).

3.4.2.1 Berechnung der Therapiezeit-Variablen

Die Rechenschritte zur Gewinnung der Therapiezeit-Variablen werden im folgenden Abschnitt näher erläutert:

Um die geleisteten Therapieminuten und ihren Einfluss auf die wöchentlich gemessene Symptomlast zu erfassen, war es erforderlich, die Therapieminuten in Relation zu einer bestimmten Zeiteinheit zu setzen. Hier wurde die Einheit *Tag* gewählt, da durch dieses Vorgehen die meist unvollständigen Anreisewochen (weniger als 7 Tage) in die Analyse mit aufgenommen werden konnten, was einen erheblichen Datenverlust verhinderte. Unabhängige Variablen sind somit die *geleisteten Therapieminuten pro Tag in einer bestimmten Woche*, wobei für jede Therapieart zunächst *eine* Variable gebildet wurde. Konkret bedeutet dies, dass die Zeitwerte (Minutensumme einer Woche) durch die Anzahl der Tage, die sich der jeweilige Patient auf Station befand, dividiert wurden; also i. d. R. durch 7 mit Ausnahme der Anreisewoche. Es handelt sich somit um *Tagesmittelwerte jeweiliger Wochen*. Ein Patient, der in ei-

[26] Vgl. hierzu auch Kap. 2.2, „Die Psychosomatische Symptomlast und andere Indikatoren des Therapieerfolges“.

ner bestimmten Woche beispielsweise 70 Minuten Einzeltherapie bekommen hat, erhält somit einen Wert von 10 Minuten (70/7), die seinen Tagesdurchschnitt an Einzeltherapie in dieser Woche darstellen.

Um die Datenfülle zu komprimieren, wurden die Werte der einzelnen Therapien einerseits nach inhaltlichen Gesichtspunkten gruppiert und andererseits zu einem globalen Gesamtwert (*Gesamtzeit/Tag*) verrechnet. Der Gruppenbildung liegt folgendes Schema zugrunde; die in der späteren Analyse eingesetzten Variablenbezeichnungen sind ***fett*** und ***kursiv*** gedruckt:

***„Einzelkontakt/Tag“*:** Pflege Einzelgespräch, Therapeut Einzelgespräch, Kunsttherapie-Einzel, Musiktherapie-Einzel, Visite, Bewegungstherapie-Einzel, Sozialdienst.

***„Verb.Gruppen/Tag“*:** Fertigkeiten-Training, Gruppenpsychotherapie.

***„Nonverb.Gruppen/Tag“*:** Achtsamkeitsgruppe, Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie.

***„Soziother./Tag“*:** Abendrunde, Tagesziel-Runde, Stationsversammlung, Kaffeerunde, Gemeinsamer Abend.

***„Physio./Tag“*:** Krankengymnastik, physiotherapeutische Verfahren.

***„Sonstige/Tag“*:** Entspannungsgruppe, Sporttherapie, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Tanz und Bewegung.

***„Gesamtzeit/Tag“*:** Summe aller oben stehenden Gruppen zuzüglich folgender noch nicht eingruppierter Angebote: Backen für die Kaffeerunde, DBT-Info-Gruppe, Imaginationsübung, Kochen für gem. Abendessen, Krisengespräch, Schwimmen, Sportgruppe. Die Häufigkeit Letztgenannter erwies sich als extrem selten, was eine Analyse auf Gruppenebene wenig Erfolg versprechend erscheinen ließ.

3.4.3 Der Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS)

3.4.3.1 Hintergrund

Der FAMOS (Grosse Holtforth, Grawe, 2002) ist ein Fragebogeninstrument zur Erhebung motivationaler Ziele von Psychotherapiepatienten im Selbstbericht sowie im Fremdbericht durch den Therapeuten. (Zur Definition motivationaler Ziele s. Kapitel 2.3.4.5: Das Konsis-

tenzprinzip) In die vorliegende Studie floss aus Gründen der Realisierbarkeit im Rahmen des Stationsalltages lediglich der Selbstbericht der Patienten ein.

Der Entwicklung des Fragebogens lagen zwei Absichten zugrunde:

Zum einen sollte die Schemaanalyse, ein Instrument der Therapieplanung (Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar, 1996), ergänzt und weiterentwickelt werden. Zum andern existierte nach Ansicht der Autoren bis dato kein Fragebogeninstrument, welches motivationale Ziele adäquat erfassen konnte. Beide Punkte werden im Folgenden kurz dargestellt.

Schemaanalyse:

Ziel der Schemaanalyse ist es, „ein ganzheitliches Bild der wichtigsten, lebensbestimmenden Ziele eines Patienten sowie der individuellen Mittel zur Erreichung derselben“ zu liefern (Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 27). Über den Zwischenschritt der Plananalyse (Caspar 1996) wird hierbei zunächst versucht, individuelle Verhaltensweisen von Patienten mit hypothetischen Plänen und Zielen in Verbindung zu bringen. Die eigentliche Schemaanalyse erweitert dann die Informationen aus der Plananalyse um Erkenntnisse aus persönlichen Eindrücken und Hypothesen der Therapeuten und Fragebogenergebnisse. Hieraus werden die relevanten *Schemata* formuliert.

Ergebnis dieses Analyseprozesses ist eine *schematheoretische Fallkonzeption*, welche als Ausgangspunkt der weiteren Therapieplanung und -durchführung aufzufassen ist.

Das Vorgehen der Schemaanalyse erwies sich bisher als überaus (zeit-)aufwändig und lieferte dabei keine Daten, die ohne weiteres als Grundlage empirischer Analysen größerer Stichproben herangezogen werden konnten, da eine Standardisierung der Zielinhalte nicht vorgenommen wurde. Des Weiteren fehlt in der Schemaanalyse eine explizite Selbstbeurteilung der motivationalen Ziele durch die Patienten.

Mit dem FAMOS sollte daher ein Instrument geschaffen werden, welches sowohl die empirische Zugänglichkeit erleichtert, als auch Selbst- und Fremdbeurteilungen miteinander verbindet; durch die Konzeption als standardisierter Fragebogen in den beiden Versionen für Patienten und Therapeuten wurde dies realisiert.

Grosse Holtforth und Grawe (2002, S. 29) fordern für ein Messinstrument motivationaler Schemata folgende Kriterien:

1.) Zielinhalt: erwünschte und unerwünschte Person-Umwelt-Bezüge bzw. Bezüge der Person auf sich selbst,
2.) Zielstruktur: Prozessziele auf hoher Hierarchieebene,
3.) Praxisrelevanz der Inhalte,

4.) Annäherungs- und Vermeidungsziele,
5.) möglichst umfassend,
6.) bewältigbarer Itemumfang,
7.) Erfassung von Selbst- und Fremdperspektive,
8.) gute Reliabilität und Validität.

Keines der bisher zu diesem Thema entwickelten Verfahren erfülle alle diese Kriterien. Einige davon werden im Manual zum FAMOS kurz behandelt:

Andere Fragebögen:

Der *Schema Questionaire* (SQ, Schmidt, Joiner & Telch, 1995) und der *Schema Avoidance Questionaire* (SAQ, Schmidt, 1994) stünden dem FAMOS inhaltlich zwar recht nahe, jedoch gingen beide von einem anderen Schema-Begriff aus als der FAMOS. Während der FAMOS die motivationalen Aspekte der Schemata im Blickfeld habe, gehe es im SQ eher um die kognitiven Anteile und beim SAQ um die verhaltensmäßigen Anteile der Schemata.

Die *Standardized Wishes and Fear List* von Perry (1997) sei insofern mit dem FAMOS vergleichbar, dass sie Motive, Wünsche und Befürchtungen von Patienten identifiziere. Auch in diesem Verfahren werde zwischen erwünschten und unerwünschten Zielinhalten unterschieden. Theoretischer Ausgangspunkt sei hier die Stufentheorie der menschlichen Entwicklung nach Erikson (1950). Ob die hieraus generierten Zielinhalte auch empirisch zuordbar seien, müsse erst noch geprüft werden.

Eine detailliertere Auseinandersetzung mit den verschiedenen Fragebögen und Ansätzen findet sich bei Grosse Holtforth (1999; dem Verfasser nicht vorliegende Dissertation).

3.4.3.2 Entwicklung, Aufbau und Gütekriterien

Primär wurde der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata für Personen in psychotherapeutischer Behandlung ab einem Alter von 18 Jahren konzipiert, er kann jedoch auch in anderen Institutionen (z. B. Ambulanzen, Psychiatrien, psychosomatische Kliniken, etc.) für Forschung und Praxis verwendet werden (Grosse Holtforth, Grawe, 2002).

Der Fragebogen „wurde faktorenanalytisch auf der Grundlage von 279 Annäherungszielen und 138 Vermeidungszielen konstruiert, die in Therapien in der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern plananalytisch gewonnen worden waren und sich für das Verhalten und Erleben der dort behandelten Patienten als maßgeblich erwiesen hatten“ (Berking, Grosse Holtforth, Jacobi, 2003, S.172). Die finale Version des FAMOS besteht aus 94 Items, welche die subjektive Wichtigkeit von vorgegebenen Zielen messen sollen, wobei die

Einschätzung jeweils anhand einer 5-stufigen Skala (1/überhaupt nicht wichtig-2-3-4-5/außerordentlich wichtig) vorzunehmen ist. 57 Items sind hierbei zur Erfassung von Annährungszielen vorgesehen, die verbleibenden 37 Items zur Erfassung von Vermeidungszielen. Beide Item-Gruppen werden wiederum zu 14 Annäherungsskalen und 9 Vermeidungsskalen zusammengefasst.
Im Einzelnen sind dies die Folgenden:

Annäherungsskalen:
Intimität/Bindung, Abwechslung, Affiliation/Geselligkeit, Altruismus, Anerkennung/Bestätigung, Selbstvertrauen, Status, Hilfe, Kontrolle, Leistung, Autonomie, Bildung/Verstehen, Glauben/Sinn, Selbstbelohnung.

Vermeidungsskalen:
Alleinsein/Trennung, Abhängigkeit/Autonomieverlust, Verletzungen/Spannung, Geringschätzung, Versagen, Erniedrigung/Blamage, Hilflosigkeit, Schwäche/Kontrollverlust, Vorwürfe/Kritik.

Die Annäherungs- und Vermeidungsskalen werden jeweils zu einem Mittelwert der Annäherungs- und Vermeidungsmotivation zusammengefasst. Der Annäherungswert „gibt Auskunft darüber, wie stark das bewusste Erleben des Probanden von den genanten Annäherungszielen bestimmt ist. Verhaltenstheoretisch bedeuten hohe Werte, dass die Person in ihrem bewussten Erleben stark an möglichen positiven Verstärkern orientiert ist“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 42).

Entsprechendes gilt mit umgekehrten Vorzeichen für die Vermeidungsziele und deren Mittelwert. Hohe Werte gelten hier aus verhaltentheoretischer Perspektive als Anzeichen für eine starke Orientierung des bewussten Erlebens an möglichen negativen Verstärkern.

Darüber hinaus gibt ein Verhältniswert dieser beiden Mittelwerte (Vermeidung/Annäherung) Auskunft darüber, wie stark das bewusste Erleben einer Person eher von Vermeidungs- als von Annäherungszielen dominiert wird. „Wenn dieser Wert bei einer Person erhöht ist, bedeutet dies, dass sie offenbar mehr Bedrohliches als Belohnendes in ihrer subjektiven Welt wahrnimmt“ (ebd.).

Die internen Konsistenzen, gemessen mit Cronbach’s α, werden von den Originalautoren als befriedigend bis gut beschrieben. Für die Selbstbeurteilung durch Patienten liegen sie für die Annäherungsziele zwischen $r_{min} = 0{,}58$ und $r_{max} = 0{,}90$.

Für die Vermeidungsziele werden Werte zwischen $r_{min} = 0{,}63$ und $r_{max} = 0{,}92$ angegeben. Die Test-Retest-Reliabilitäten wurden an zwei verschiedenen Stichproben für zwei verschiedene Zeitintervalle überprüft. Für einen Zeitraum von einer Woche ergaben sich bei einer studentischen Stichprobe (N = 63) Retest-Reliabilitäten zwischen $r_{min} = 0{,}70$ und $r_{max} = 0{,}89$ für die Annäherungsziele und $r_{min} = 0{,}68$ und $r_{max} = 0{,}84$ für die Vermeidungsziele.
Bei einem Zeitintervall von 4 Monaten wurden bei einer anderen studentischen Stichprobe (N = 32) Stabilitätswerte zwischen $r_{min} = 0{,}52$ und $r_{max} = 0{,}88$ für Annäherungsziele und zwischen $r_{min} = 0{,}35$ und $r_{max} = 0{,}78$ für Vermeidungsziele ermittelt.

„Auf der Ebene zusammenfassender Werte zeigen die Annäherungsziele befriedigende Retest-Reliabilität und Stabilität. Die Vermeidungsziele haben sogar eine größere Retest-Reliabilität als die Annäherungsziele, aber eine geringere Stabilität über einen längeren Zeitraum. Die Retest-Reliabilität und Stabilität des Verhältniswertes erweisen sich mit .77 bzw. .68 als befriedigend“ (Grosse Holtforth, Grawe, 2002, S. 70).

3.4.4 Operationale Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die Operationale Psychodynamische Diagnostik (OPD) ist ein Diagnoseverfahren, welches die traditionellen Gegensätzlichkeiten zwischen tiefenpsychologisch ausgerichteten Bedeutungszusammenhängen und quantifizierbaren, beobachtbaren bzw. beobachtungsnahen – also operationalisierbaren – Konstrukten zu überbrücken versucht[27].

Vor dem Hintergrund der Unzufriedenheit sowohl mit dem aktuellen/damaligen Stand psychoanalytischer Diagnostik als auch mit rein deskriptiven Klassifikationssystemen wie DSM-IV oder ICD-10[28], die allerdings als Orientierungsrahmen und fünfte Achse in die OPD eingingen, bildete sich 1992 der „Arbeitskreis OPD“, bestehend aus etwa 30 Mitgliedern, die überwiegend in Universitätskliniken für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland tätig waren/sind. Vier Jahre später wurde die erste Auflage der OPD veröffentlicht. Die OPD versteht sich selbst nicht als kompetitiv, sondern als komplementär zu den genannten phänomenologischen Klassifikationssystemen (Cierpka, Grande, Stasch, Oberbracht, Schneider, Schüssler, Heuft, Dahlbender, Schauenburg, Schneider, 2001).

[27] Die Einbeziehung der OPD in die vorliegende Arbeit erfolgte aus theoretischen Erwägungen hinsichtlich der Schnittpunkte tiefenpsychologischer Konfliktdiagnostik und konsistenztheoretischer Diskordanzermittlung, die auch von den Autoren des FAMOS zur Kenntnis genommen wird (Grosse Holtforth, Grawe, 2004b).

[28] Zur Kritik an ICD-10-Diagnosen im psychotherapeutischen Bereich sei auf Hohage (2001) und Freyberger & Schneider (2001) verwiesen.

Der Aufbau der OPD ist in fünf Achsen strukturiert, die prinzipiell separat eingesetzt werden können (Arbeitskreis OPD, 2004). Dies sind: Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen; Achse II – Beziehung; Achse III – Konflikt; Achse IV – Struktur ; Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV.

Im Folgenden wird die in dieser Arbeit eingesetzte Achse „Konflikt" ausführlicher beschrieben, gefolgt von einer verkürzten Darstellung der übrigen Achsen. Auf eine Beschreibung der Achse V (Psychische und Psychosomatische Störungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV) wird verzichtet.

3.4.4.1 Achse III – Konflikt

Auf die Bedeutung intrapsychischer Konflikte und die dazu existierenden Theorieansätze wurde bereits in Kapitel 2.4 verwiesen. Die OPD verfolgt ein psychodynamisches Verständnis des Begriffs und definiert Konflikte gemäß dieser Tradition als prinzipiell *unbewusst*. „Unbewußte intrapsychische Konflikte sind unbewußte innerseelische Zusammenstöße entgegengerichteter Motivationsbündel, z. B. etwa der basale Wunsch nach Versorgung oder der basale Wunsch, autark zu sein" (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 59). Ihnen wird eine zentrale Funktion bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beigemessen. Diese Wirkung kommt den Konflikten u. a. durch ihre zeitliche Permanenz zu: „Ein *zeitlich überdauernder Konflikt* bedeutet darüber hinaus die Fixierung in einem rigiden und unauflösbaren Entweder-Oder, ohne dass es zu einer Lösung und Entscheidung kommt" (ebd.). Während widersprüchliche innerseelische oder zwischenmenschliche Interessen als Grundbestand menschlichen Lebens verstanden werden, geht es hierbei um Individuen, denen eine Integration solcher Konflikte nicht gelingt.

Von den Konflikten im Sinne der OPD sind *äußere und innere konflikthafte Belastungen* abzugrenzen. Diese sind durch ihre grundsätzliche Bewusstheit gekennzeichnet, was sie prinzipiell den betroffenen Menschen einer Lösung und Verarbeitung zugänglich macht. Dies soll aber nicht ihre mögliche Bedeutung bei der Pathogenese der Patienten schmälern. „Die Herausarbeitung spezieller, für die Pathogenese relevanter Konflikte bedeutet nicht, daß die Wichtigkeit von traumatischen Erlebnissen in Vergangenheit und Gegenwart relativiert wurde" (a. a. O., S. 60). Traumatisierende Erfahrungen werden ihre Spuren nach dem Modell des OPD jedoch eher als *strukturelle* Defizite zeigen (Achse IV). Bei strukturell beeinträchtigten Personen genügen bereits geringere konflikthafte Belastungen, um zur Ausprägung von Störungsbildern zu führen. „… ein massiver oder chronischer Konflikt mit äußeren Instanzen

[kann] das Individuum im Prinzip genauso schädigen … wie einer zwischen psychischen Substrukturen“ (a. a. O., S. 66). Ohne bestimmte Voraussetzungen im Bereich der Struktur sind Konflikte im Sinne der Achse III jedoch nicht erkennbar. Die beiden Achsen kennzeichnet also eine starke Interdependenz. Das Verhältnis zwischen Konflikt und Struktur wird verglichen mit der Relation zwischen Figur und Hintergrund (ebd.).

Die OPD grenzt ihre Konfliktdefinition des Weiteren explizit von entwicklungspsychologischen Annahmen sowie dem psychoanalytischen Dreiinstanzenmodell (Es, Ich und Über-Ich) ab. Auf Termini wie analer oder oraler Konflikt wird somit verzichtet, da die dahinter stehenden Annahmen als zu vieldeutig erachtet werden. „Das hier vertretene Konfliktmodell benutzt als Grundeinheit die konflikthafte Interaktionserfahrung eines Menschen. Diese Erfahrungen können von der Phänomenologie (Oberfläche) erschlossen und bis hin zu ihrer unbewußten Bedeutung abgeleitet werden“ (a. a. O., S. 66).

Folgende Konflikttypen werden in der OPD unterschieden:

- *Abhängigkeit versus Autonomie;*
- *Unterwerfung versus Kontrolle;*
- *Versorgung versus Autarkie;*
- *Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte, Selbst- versus Objektwert);*
- *Schuldkonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen);*
- *Ödipal-sexuelle Konflikte;*
- *Identitätskonflikte(Identität versus Dissonanz).*

Ferner existieren zwei Zusatzkategorien:
„konflikthafte äußere Lebensbelastung“ und *„mangelhafte Konfliktwahrnehmung“*.

Die Konflikte manifestieren sich in den wesentlichen Lebensbereichen eines Menschen. Dies sind: Partnerwahl, Bindungsverhalten, Familienleben, Herkunftsfamilie, Arbeits- u. Berufsbereich, Besitzverhalten, soziokultureller Raum, Krankheitserleben. Jeder Konflikt wird durch einen *Leitaffekt* gekennzeichnet (s. u.)

Des Weiteren werden für jeden Konflikt ein *aktiver* und ein *passiver* Modus unterschieden. Dieser Differenzierung liegt der Gedanke zugrunde, dass sich die menschliche Entwicklung entlang einer Bipolarität zwischen Selbstbezogenheit und Objektbezogenheit vollzieht. Die beiden Pole sind also aufeinanderbezogen. „Gerade aber die Betonung des passiven – selbstbezogenen oder aktiven – objektbezogenen Modus entspricht häufig einer konflikthaften Verarbeitung, da eine integrative ‚Sowohl-als-auch-Lösung’ nicht gefunden werden konnte“

(Arbeitskreis OPD, 2004, S. 128). Der aktive Modus lässt sich mit einer *kontraphobischen Abwehr* vergleichen, während im passiven Modus *regressive Abwehrmechanismen* überwiegen. Es können auch Mischtypen der beiden Modi diagnostiziert werden.

„Die Konflikthypothese bildet sich im anamnestischen Gespräch *anhand des biographischen Materials, der Szene und der Übertragung/Gegenübertragung ab* (a. a. O., S. 129).

Es folgt eine knappe tabellarische Erläuterung der einzelnen Konflikte. Auf die Beschreibung der Zusatzkategorien wird verzichtet, da diese verhältnismäßig selten diagnostiziert werden bzw. nicht durch die sonst übliche *Konfliktspannung* gekennzeichnet sind, was ein exaktes Diagnostizieren erschwert (a. a. O., S. 66).

Autonomie versus Abhängigkeit

Leitaffekt: Durch Nähe/Distanz ausgelöste Angst

Aktiver Modus:	*Passiver Modus:*
• Übersteigerte emotionale Unabhängigkeit, „Pseudoautonomie“; • Gegenübertragung: Der Therapeut ist bereit den Pat. „ziehen zu lassen“. • Oft forcierte Loslösung von Herkunftsfamilie. • Strebt nach beruflicher Unabhängigkeit.	• Wünsche nach Autonomie werden kaum wahrgenommen, starke Abhängigkeiten. • Tiefgreifendes „Nicht-Erwachsen-Werden“, Loslösung vom Elternhaus unterbleibt. • Gegenübertragung: Der Therapeut empfindet Sorge und Verantwortung. • Versucht, berufl. Verantwortung zu vermeiden.

Versorgung versus Autarkie:

Leitaffekte: Trauer, Depression, Angst, den anderen zu verlieren.

Aktiver Modus:	*Passiver Modus:*
• Eigene Versorgungswünsche werden durch Selbstgenügsamkeit u. Anspruchslosigkeit kompensiert => altruistische Grundhaltung; • Hintergründige Hoffnung, für dieses Verhalten irgendwann „belohnt“ zu werden; • Gegenübertragung: Der Therapeut erlebt trotz der vorgetragenen Haltung Gefühle von Traurigkeit, bzw. den Wunsch, zu versorgen; • Schwierigkeiten, die eigene Erkrankung zu akzeptieren, sich „versorgen“ zu lassen.	• Starke gefühlsmäßige Bindung an andere Personen mit dem (offen geäußerten) Wunsch, versorgt zu werden; • Anklammernd, fordernd, die Beziehung wird unfrei gehalten; • Gegenübertragung: Der Therapeut erlebt Gefühle von Sorge, Erpressung, das Gefühl, kontrolliert zu werden, Ohnmacht; • Versorgungswünsche bestehen über Generationsgrenzen hinweg => „Nesthocker“.

Unterwerfung versus Kontrolle:

Leitaffekte: Ärger Wut, Furcht bei interpersonellen Konflikten; Schuld, Angst, Scham bei intrapsychischen Konflikten.

Aktiver Modus:	*Passiver Modus:*
• Aufbegehren gegen Pflichten, Auflagen; • Gegenübertragung: Therapeut fühlt sich eingeengt, kontrolliert; • Grundsätzlicher Protest gegen jede Regulierung; • Eigene Vorstellung ist das Maß aller Dinge.	• Hohe Selbstkontrolle, -beherrschung; • Gegenübertragung: Therapeut fühlt sich hintergründig überprüft; • Ordnet sich regelhaft unter; • Widerstand eher passiv: Trödeln, „Verzetteln“.

Selbstwertkonflikt:

Leitaffekt: Scham

Aktiver Modus:	*Passiver Modus:*
• Überregulation des eigenen Selbstwertes, „Pseudoselbstsicher“; • Beziehungen dienen primär der Selbstwerterhöhung => Selbstobjektfunktion; • Gegenübertragung: Therapeut fühlt sich durch Pat. in Frage gestellt, abgewertet.	• „Ich bin nichts mehr wert!“. Betonung der eigenen Unwichtigkeit; Pat. ist oft Träger kompensatorischer, generationsübergreifender Erwartungen: „Aus Dir soll mal was werden“. • Gegenübertragung: Therapeut fühlt sich angeklagt, empfindet wenig Mitgefühl.

Schuldkonflikt:

Leitaffekte: Ärger, Trauer, Schuld.

Aktiver Modus:	*Passiver Modus:*
• Anklagend, Schuld wird immer den anderen zugeschoben; • Patient *wirkt* „kaltschnäuzig“; • Gegenübertragung: Der Therapeut verspürt u. U. den Wunsch, den Patienten moralisch zu verurteilen; • Der Patient vertritt/übernimmt gesellschaftlich „herrschende“ Rollen und überhebliches Verhalten ohne eigene Bedenken.	• Neigung zu Selbstvorwürfen, Schuldübernahme für andere; • Das Besitzverhalten ist hochgradig konflikthaft. Pat. kann nur schwer Aufmerksamkeiten und Geschenke annehmen aus Angst, dass das „Über-Ich-Konto“ rote Zahlen aufweist; • Berufliche Karrieresprünge bereiten Schuldgefühle; • „Herbeiführung“ von Situationen, in denen man automatisch als der „Schuldige“ erscheint.

Ödipal-sexuelle Konflikte:

Leitaffekte: Schüchternheit (Scham), Erotisierung/Sexualisierung (Schamlosigkeit).

Aktiver Modus	*Passiver Modus:*
• „Phallisch-hysterisch“ im Mittelpunkt stehen; • Sexualisierung aller Lebensbereiche bei gleichzeitiger Hemmung der Befriedigungsmöglichkeiten („Locken-Blocken“); • Patient ist sehr um sexuelle Attraktivität bemüht; • Gegenübertragung: Therapeut nimmt Sexualisierung und Launenhaftigkeit wahr.	• Sexualität wird verdrängt („Graue Maus“), wenig Beachtung der Körperlichkeit; • Dominanz von „Kindlichkeit“ und „Unschuld“; • Untergründig spürbare Koketterie (Gegenübertragung, Fehlhandlungen); • Vermeidung von Rivalitäten im Arbeitsleben.

Identitätskonflikt:

Leitaffekt: Angst (vor möglicher Gefährdung des Identitätssystems).

Aktiver Modus:	*Passiver Modus:*
• Überspielen der Unsicherheit gegenüber der eigenen Identität; • Kompensatorischer Umgang, z. B. durch Konstruktion eines „Familienromans“, fiktive Idealisierung der Herkunftsfamilie; • Arbeitsleben hat identitätsstiftende Funktion; • Soziale Gruppen wurden nach identitätsstiftenden Funktionen ausgewählt („Wir Künstler“); • Besitz dient der Identitätsstabilisierung („Ich bin der, dem dieses Haus gehört“).	• Chronisches Gefühl eines immer wiederkehrenden Identitätsmangels; • Vermeidung von Situationen, in denen eine Konfrontation mit der Identitätsunsicherheit erfolgen könnte; • Gesellschaftlich eher „angepasst“, „Mitläufer“; • Versuche in vielen beruflichen und gesellschaftlichen Rollen.

Der Identitätskonflikt zeigt sowohl im aktiven als auch im passiven Modus vielfältige Gegenübertragungsreaktionen, z. B. Bewunderung, Anteilnahme, Fürsorge, Mitleid, Schützen-Wollen, Ablehnung entsprechend der variierenden Identitätsbilder, die in der Interaktion mit dem Therapeuten zum Vorschein gebracht werden.

3.4.4.2 Die weiteren Achsen der OPD

3.4.4.3 Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Dieser Achse liegt die Überlegung zugrunde, dass für die Indikationsstellung zur Psychotherapie die Art des Krankheitserlebens und –verarbeitens von großer Wichtigkeit ist. Da jede Behandlungsmethode bestimmte Anforderungen an den Patienten stellt (Motivation, emotionale und kognitive Bereitschaften, Leidensdruck, usw.) wird es als bedeutsam erachtet, diese Ausgangssituationen detailliert zu erfassen. Im Einzelnen umfasst die Achse I 19 Dimensionen, z. B.: Schweregrade der psychischen und somatischen Symptome, Leidensdruck, Sekundärer Krankheitsgewinn, Einsicht in psychosomatische Zusammenhänge, Einschätzung des Patienten bzgl. der Art der geeigneten Behandlungsform (Psychotherapie), Motivation zur Psychotherapie, psychosoziale Integration, persönliche Ressourcen für die Krankheitsbewältigung. Die Dimensionen werden auf einer Skala von 0 = nicht vorhanden, 1 = niedrig, 2 = mittel, 3 = hoch, bis 4 = nicht beurteilbar erfasst.

3.4.4.4 Achse II – Beziehung

Dem interpersonellen Verhalten und Erleben wird im Rahmen der OPD eine zentrale Stellung bei Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beigemessen. „Die Beziehungsdiagnostik in der OPD umfasst sowohl die Formulierung des vom Patienten erlebten habituellen Beziehungsverhaltens durch den Untersucher als auch die Mitteilung des Untersuchers, wie er das Beziehungsverhalten des Patienten und sein eigene Reaktion darauf erlebt“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 47). Die Achse „Beziehung“ integriert somit die psychoanalytischen Konstrukte der Übertragung/Gegenübertragung in den diagnostischen Prozess. Es wird angenommen, dass sich dysfunktionales Beziehungsverhalten im Alltagsleben des Patienten und letztlich auch in der Therapiesituation immer wieder wiederholt und daher als Quelle von Verwicklungen und Problemen betrachtet werden kann. Es entstehen maladaptive Teufelskreise im Sinne der „Cyclic Maladapive Patterns“ (CMP) nach Strupp und Binder (1991) bzw. Tress, Henry, Junkert-Tress, Hildenbrand, Hartkamp und Scheibe (1996).

3.4.4.5 Achse IV – Struktur

Die Achse „Struktur“ steht in engem Zusammenhang mit der Konfliktachse (s. o.). Sie zielt ab auf die Bereiche Vulnerabilität der Persönlichkeit, Disposition zur Krankheit und Kapazität zur Bewältigung. „Dabei orientiert sich die diagnostische Einschätzung der Struktur nicht notwendigerweise an der aktuellen krankheitswertigen Störung, sondern vor allem an der zugrunde liegenden strukturellen Bereitschaft, wie sie im interaktionellen Handeln der letzten ein bis zwei Jahre sichtbar wurde. Aktuelle Störungen … bestimmen nicht für sich allein genommen das strukturelle Niveau, sondern stellen Indikatoren für die strukturelle Bereitschaft dar“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 160).

Das Strukturniveau ist nach diesem Konzept also eher zeitlich stabil und früh in der Entwicklung erworben. Es umfasst verschiedene Kompetenzen, die zusammengefasst in sechs Dimensionen erhoben werden: Selbsterleben, Selbststeuerung, Abwehr, Objekterleben, Kommunikation, Bindung.

Bei der Erhebung des Strukturniveaus erfolgt eine Einteilung in vier Stufen: gut integriert, mäßig integriert, gering integriert, desintegriert.

3.4.4.6 Gütekriterien

Die OPD erhebt für sich den Anspruch, psychodynamisch orientierte Diagnostik in einem nachvollziehbaren und nachprüfbaren Verfahren leisten zu können, also reliabel zu sein. Ebenso soll die inhaltliche Validität (Fisseni, 1990), also die hinreichende Definition der Skalen und Konstrukte gewährleistet werden. Wichtige Einflussgröße beider Ziele ist die intensive Schulung der OPD-Rater, z. B. in einem der dafür eingerichteten OPD-Trainings-Zentren sowie die klinische Vorerfahrung der Rater (Cierpka et. al. 2001).

In verschiedenen Studien zu Reliabilität der OPD wurden gewichtete Kappa-Koeffizienten für alle Achsen zwischen κ_{min} = 0,30 und κ_{max} = 0,50 gemessen, wenn die Studien im Kontext der klinischen Routine durchgeführt wurden, „d.h. es fand mindestens eines der beiden Ratings mit begrenzten Zeitressourcen im direkten Anschluss an ein Untersuchungsgespräch statt, das auch unter praktischen Versorgungsgesichtspunkten geführt wurde“ (Cierpka et al. 2001, S. 124). Wenn videographierte Interviews der Ratings zugrunde lagen, fielen die Werte deutlich besser aus. Hier liegt das Spektrum zwischen κ_{min} = 0,48 und κ_{max} = 0,70.

Eine weitere Studie (ebd.) untersuchte die Reliabilität mit klinisch unerfahrenen, aber trainierten Studenten. In diesem Fall wurden Werte von κ_{min} = 0,33 und κ_{max} = 0,70 erreicht,

wobei der schlechteste Wert bei der Konfliktachse und der beste bei der Strukturachse zu verzeichnen war.[29]

Zusammenfassend stellen Cierpka et al. (2001) fest, dass sich die Reliabilitäten der OPD durchweg im guten bis annehmbaren Bereich bewegen, mit besseren Werten auf der Strukturachse und schlechteren auf der Beziehungs- und Konfliktachse. Unbefriedigend sind hingegen noch die Reliabilitätswerte aus den Studien, die unter klinischer Routine durchgeführt wurden.

Eine ausführliche Darstellung der Untersuchungen zur Validität findet sich bei Cierpka et al. (2001). Als Fazit hieraus könne betrachtet werden, dass die OPD „eine akzeptable Validität“ aufweise, aber auch Verbesserungspotential „in der Operationalisierung von Kategorien und Subskalen“ (S. 132) besitze.

3.4.5 Visuelle Analogskala zur Erfassung der Tagesziel(um)setzung

Ein weiteres Maß des therapeutischen Fortschritts fand durch die Erfassung der Tageszielzufriedenheit Eingang in die vorliegende Arbeit. Dies geschah vor dem Hintergrund, eine zusätzliche, einfach zu erhebende Dimension des Therapieerfolgs mit der psychosomatischen Symptomlast vergleichen zu können.

Aus diesem Grund wurde eine visuelle Analogskala (Anhang 8.2) zur Erfassung der subjektiven Zufriedenheit mit der Tageszielsetzung und -umsetzung eingesetzt, die sich auf die jeweils zurückliegende Woche bezog. Hierbei wurden die Patienten instruiert, in Anwesenheit des Untersuchungsleiters spontan auf einem Spektrum von 0 bis 100 einzuschätzen, wie gut es ihnen im genannten Zeitraum gelungen ist, Tagesziele zu setzen und diese zu realisieren.

Die Arbeit mit Tageszielen ist Bestandteil des Behandlungskonzepts der untersuchten Station des ZPR (Kapitel 2.6). Es wurde daher vorausgesetzt, dass die Patienten bereits durch das behandelnde Personal mit diesem Konzept vertraut gemacht worden waren. Im Einzelfall wurde diesbezüglich nochmals eine knappe ergänzende Erklärung gegeben.

Der Einsatz visueller Analogskalen (*graphic rating scales*) besticht vor allem durch die Einfachheit der Handhabung. Es kann dagegen nicht sichergestellt werden, dass die ausfüllenden Personen den gleichen Bezugsrahmen an die Fragestellung anlegen (Hoyle, Harris, Judd, 2002).

[29] Diese Studie ist für die vorliegende Arbeit relevant, da sie unter ähnlichen Bedingungen erhoben wurde (kein ausgebildeter OPD-Rater, sondern im Rahmen eines sechsmonatigen Praktikums angeeignete Kenntnisse).

In dieser Studie sollte daher eine Integration von subjektiver Selbstbeurteilung der Patienten und Fremdbeuteilung des Versuchsleiters (s. u.) erfolgen. Dieses Vorgehen ermöglichte es, die beiden Perspektiven miteinander zu vergleichen.

3.4.6 Rating der Tagesziel(um)setzung durch den Versuchsleiter

Eine Einschätzung desselben Bereichs wurde in Abwesenheit der Patienten durch den Versuchsleiter vorgenommen. Dabei wurde eine Likert-Skala von 0 bis 3 zu Grunde gelegt, die folgendermaßen definiert wurde:

3 => Der Patient findet alltagsnahe, therapierelevante Ziele und kann diese größtenteils verwirklichen.

2 => Der Patient setzt sich Tagesziele. Diese besitzen aber kaum Therapierelevanz.

1 => Der Patient setzt sich lediglich Ziele, um den formalen Anforderungen der Therapie zu entsprechen. *Pseudoziele*.

0 => Es findet keine kontinuierliche Arbeit mit Tageszielen statt.

Die Fremdbeurteilung wurde auf Basis der im Therapieplan notierten Ziele sowie unter Rückgriff auf Informationen aus digitalisierten Patientenakten und kurzen Gesprächen mit den Patienten im Rahmen der Besprechung der Therapiepläne vorgenommen.

Wie bereits im Hypothesenteil angemerkt, wird in dieser Studie der subjektiven Einschätzung der Patienten mehr Gewicht beigemessen als der Fremdeinschätzung. Die Einschätzung der Ziele durch den Versuchsleiter erfolgte letztlich auf Grundlage bruchstückhafter Informationen.

3.5 Ablauf der Datenerhebung

Die Untersuchung wurde mit Patienten durchgeführt, deren stationäre Aufnahme im Zeitraum zwischen dem 01.09.2006 und dem 31.07.2007 lag. In wöchentlichem Abstand wurden die Therapiepläne der Patienten eingesammelt und ausgewertet. Währenddessen wurden eventuelle Ungereimtheiten hinsichtlich der Protokollierung (z. B. fehlende Unterschriften, nicht lesbare Eintragungen) mit den Patienten in einem kurzen Gespräch geklärt. Für den Fall nicht angegebener Minutenwerte einzelner Therapieelemente wurden die fehlenden Informationen ebenfalls von den Patienten eingeholt oder, wenn die Pläne in Abwesenheit des Pati-

enten ausgewertet wurden – z. B. bei Nachtragungen – durch Schätzungen anhand üblicher Zeitwerte ersetzt. Für die Kontakte beim Bezugstherapeuten wurden hierbei 45 Minuten veranschlagt, für Pflegekontakte 60 Minuten, falls ein Kontakt in der Woche stattfand; 30 Minuten, falls zwei Kontakte stattfanden.

Die Patienten wurden ferner um eine Einschätzung ihrer auf den Therapieplänen ebenfalls vermerkten Tagesziele auf der visuellen Analogskala gebeten. Direkt im Anschluss fand die Fremdeinschätzung durch den Versuchsleiter statt.

Des Weiteren wurden im selben wöchentlichen Turnus die SCL-90-R sowie in der ersten und in der letzten Woche des Aufenthaltes der FAMOS ausgeteilt. Die Patienten wurden instruiert, die Fragebögen noch am gleichen Tag auszufüllen und abends bei der Stationspflege abzugeben.

Mit einer zufällig getroffenen Auswahl von Patienten wurde gegen Ende des stationären Aufenthaltes ein OPD-Interview zur Achse „Konflikt“ geführt, wofür ca. 45 bis 60 Minuten veranschlagt wurden. Die Einschätzung der vorherrschenden Konflikte wurde direkt im Anschluss an das jeweilige Interview vom Untersuchungsleiter vorgenommen. Ergänzend wurden hierfür Informationen aus den digitalisierten Berichten der Bezugstherapeuten miteinbezogen.

Alle Patienten wurden ausführlich mündlich und schriftlich über die Studie informiert und auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Vertraulichkeit des Umgangs mit sämtlichen personenbezogenen Daten hingewiesen (s. Anhang 8.1).

3.6 Statistische Analyse

3.6.1 Gemischte Modelle

Die statistische Analyse wurde mit dem Programmpaket SPSS für Windows, Version 15.0 vorgenommen.

Neben der üblichen deskriptiven Statistik sollte die Datenanalyse Messwiederholungen von variierender Häufigkeit berücksichtigen, da die Patienten unterschiedlich lange an der Studie teilnahmen. Analyseeinheit sind also die Patienten. Des Weiteren sollten die Einflüsse mehrerer unabhängiger metrischer (z. B. Therapieminuten) und kategorialer (z. B. Geschlecht, Diagnosegruppen) Variablen auf eine abhängige Variable (z. B. Symptomlast) beschrieben werden. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass die Messungen nicht unabhängig vonein-

ander sind, was beispielsweise eine Voraussetzung der Varianzanalyse ohne Messwiederholung wäre.

Diese methodischen Anforderungen führten zur Auswahl *linearer gemischter Modelle* (Winer, 1971) zur Annäherung an die Kernfragestellung der Untersuchung. Gemischte Modelle stellen eine Erweiterung des allgemeinen linearen Modells dar. Sie ähneln in vielerlei Hinsicht multiplen Regressionen, erlauben aber, dass die Beobachtungen untereinander korreliert sind und nichtkonstante Variabilität aufweisen (Cnaan, Laird, Slasor, 1997; SPSS 15.0). Ferner ermöglichen gemischte Modelle die gemeinsame Betrachtung von festen und zufälligen Effekten in einem Modell. „Die festen Effekte analysieren den Mittelwert der abhängigen Variablen. Die Zufallseffekte analysieren die Kovarianzstruktur der abhängigen Variablen“ (SPSS 15.0). Das bedeutet, dass die festen Effekte ohne Rückgriff auf Wahrscheinlichkeiten berechnet werden (Winer, 1971), da angenommen wird, dass *alle* Werte von Interesse durch den bestehenden Datensatz repräsentiert werden. Bei zufälligen Effekten wird hingegen festgelegt, dass die Werte des Datensatzes eine Stichprobe einer Population repräsentieren. Daher liegt ihrer Berechnung eine Wahrscheinlichkeitsfunktion zugrunde.

Eine wichtige Voraussetzung der Anwendung gemischter Modelle ist die *Normalverteilung der Residuen,* welche mithin für alle Modelle zu überprüfen war (s. u.).

Kausalität

Es sei darauf hingewiesen, dass sämtliche im Zuge der Datenanalyse festgestellten Zusammenhänge keinen Anspruch auf Kausalität im engen Sinne erheben können. Da in der vorliegenden Arbeit ein quasi-experimentelles Design gewählt wurde, das keine Randomisierung oder Kontrollgruppe und nur in begrenztem Maße Konstanthaltung ermöglichte, ferner meist den Einfluss mehrerer Variablen gemeinsam betrachtete, sind *eindeutige* Ursache-Wirkung-Relationen nicht eruierbar. Darüber hinaus ist zu beachten:

„Mit dem Begriff der Ursache sind sehr verschiedenartige Bedeutungen verbunden. Es wurde schon vorgeschlagen, ihn für wissenschaftliche Zwecke überhaupt aufzugeben (RUSSEL, 1914); andererseits ist die 'Idee' von Kausalität in vielen wissenschaftlichen Konzepten indirekt und auch in Formulierungen der Umgangssprache enthalten (siehe dazu z. B.: NAGEL (1966), SUPPES (1970), RUBIN (1978) und SKYRMS (1980))“ (Nagl, 2007, S. 181).

In Anlehnung an die Stimulus-Response-Definition der Kausalität von Wold (1966, zit. n. Nagl, 2007) sind mit der raum-zeitlichen Nähe zwischen (vermuteter) Ursache und Wirkung und dem zeitlichen Vorausgehen der Ursache jedoch zwei wichtige Voraussetzungen eventueller Kausalität gegeben. Wold (ebd.) vertritt darüber hinaus einen Ansatz, der speziell für

Studien im naturalistischen Design (wie die vorliegende Studie) einen Beitrag zur Klärung der Kausalitätsfrage leisten kann: „Falls kein Experiment im engeren Sinn durchgeführt wurde oder bei der gegebenen Problemstellung nicht durchführbar ist, soll ein solches Experiment GEDANKLICH durchexerziert werden unter Verwendung allen bis dato verfügbaren Wissens und auf diese Art entschieden werden, ob bzw. in welchem Ausmaß eine fragliche Variable (als Stimulus fungierend) bei systematischer Variation ‚automatisch' Unterschiede in der Verteilung des (als Response-Variable betrachteten) Merkmals nach sich zieht" (a. a. O., S. 182).

Des Weiteren wurden die meisten Daten der Studie als Verlaufsmessung erhoben, was ebenfalls kausalen Interpretationen Plausibilität verleiht. Eindeutig kann für eine prädiktive Interpretation der Zusammenhänge argumentiert werden. Eine kausale Beziehung zwischen verschiedenen Merkmalen erfüllt immer auch die Bedingung der Prädiktivität. Prädiktivität bedeutet aber nicht immer Kausalität.

Da der umgangssprachliche Gebrauch der Formulierungen um diese Zusammenhänge oft indifferent ist (Nagl, 2007) und daher möglicherweise Kausalität impliziert, wo dies nicht gewährleistet werden kann, soll vorweg für alle Ergebnisdarstellungen festgehalten werden, dass keine Kausalbehauptungen *im engeren Sinne* aufgestellt werden.

3.6.2 Auswertungsstrategie

Aufgrund der Struktur des Datensatzes der vorliegenden Arbeit und den sich daraus ergebenden Erfordernissen hinsichtlich der statistischen Analyse wurden alle wesentlichen Berechnungen mit gemischten Modellen durchgeführt (s. o.).

Die erhobenen Daten erlauben eine unüberschaubar große Kombination von unabhängigen Variablen zur Vorhersage der AVs. Wie in Anhang 8.3 dargestellt, wurden 32 verschiedene Therapieelemente erfasst. Würde man hier nur alle Kombinationsmöglichkeiten mit zwei Vorhersagevariablen betrachten, so ließen sich bereits hier 2^{32} = 4294967296 verschiedene Modelle konstruieren. Werden Modelle mit mehr als zwei Variablen hinzugenommen, steigt diese Zahl nochmals drastisch an. Des Weiteren vervielfacht sich die Zahl der UVs nochmals durch die Berücksichtigung von Minutenwerten zurückliegender Wochen. Es ist somit unmöglich, alle Modelle zu prüfen, die aus dem Datensatz generiert werden könnten. Dies ist zwar durch die Hypothesen keinesfalls intendiert, jedoch können verschiedene Kombinationen der Variablen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Beispielsweise kann eine

Variable, die in einem Modell in Kombination mit einer oder mehreren anderen Variablen einen signifikanten Effekt zeigt, in anderen Modellen keinen Effekt aufweisen.

Daher beruhen die im Folgenden dargestellten Ergebnisse letztlich auf Modellentscheidungen, zu denen in manchen Fällen auch Alternativen hätten berechnet werden können. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle kurz das strategische Vorgehen der Datenanalyse skizziert werden, um die Entscheidungen für die gewählten Modelle nachvollziehbar zu machen:

Alle Modelle, die die psychosomatische Symptomlast als abhängige Variable untersuchten, griffen hierfür auf den GSI der SCL-90-R zurück, da diesem Kennwert die größte Bedeutung zur Erfassung des Therapieerfolges beigemessen wird (s. Kap. 3.4.1).

In alle Modelle wurde zunächst die Variable „Geschlecht“ als Faktor mit aufgenommen. Die Kovariaten wurden aus allen Variablen gebildet, von denen eine Wirkung auf die Symptomlast oder eine andere abhängige Variable angenommen wurde. In allen Berechnungsketten mit Therapiezeitvariablen wurde zunächst eine globale Analyse (Gesamtzeit der Therapien) durchgeführt, gefolgt von Analysen auf der Ebene thematisch zusammengefasster Therapieelemente und schließlich – in einigen Fällen – auf der Ebene einzelner Therapiearten.

Alle Modelle wurden ursprünglich mit allen Zwei-Wege-Interaktionen berechnet. Hierauf wurden die Modelle schrittweise um alle nicht signifikanten Interaktionen und Haupteffekte reduziert.

Für alle Modelle wurde des Weiteren überprüft, ob die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen angenommen werden kann. Hierfür wurde jeweils eine explorative Datenanalyse durchgeführt. Aufgrund des Datensatzumfangs wurde dabei in vereinfachender Weise lediglich das Residuum der jeweils ersten Untersuchungswoche eines jeden Patienten eingesetzt. Die Berechnung des Shapiro-Wilk-Tests gab für jedes Modell an, ob die Nullhypothese der Normalverteilung aufrechterhalten werden konnte. Für die große Mehrheit der gemischten Modelle traf dies zu. Abweichungen werden im Ergebnisteil ausdrücklich hervorgehoben.

Die Analyse gemischter Modelle mit SPSS 15.0 erlaubt ferner die Auswahl verschiedener Schätzmethoden. Für alle Berechnungen wurde die „Maximum Likelihood Methode“ (ML) gewählt.

Des Weiteren steht eine Auswahl verschiedener Varianzstrukturen für die Residuen (*Art der wiederholten Kovarianz*) zu Verfügung. Vorüberlegungen führten zu folgenden in Frage kommenden Strukturen:

- „**AR(1)**. Diese Struktur ist autoregressiv erster Ordnung mit homogenen Varianzen. Die Korrelation zwischen zwei beliebigen Elementen ist gleich rho für benachbarte Elemente, ρ^2 für Elemente, die durch ein drittes Element getrennt sind, usw. ρ ist beschränkt, so daß $-1 < \rho < 1$….
- **AR(1). heterogen**. Diese Struktur ist autoregressiv erster Ordnung mit heterogenen Varianzen. Die Korrelation zwischen zwei beliebigen Elementen ist gleich ρ für benachbarte Elemente, ρ^2 für zwei Elemente, die durch ein drittes Element getrennt sind, usw. ρ ist beschränkt und muß zwischen –1 und 1 liegen….
- **ARMA(1,1)**. Diese Struktur ist autoregressiv mit gleitendem Durchschnitt erster Ordnung. Sie hat homogene Varianz. Die Korrelation zwischen zwei Elementen ist $\varphi*\rho$ für benachbarte Elemente, $\varphi*(\rho^2)$ für Elemente, die durch ein drittes Element getrennt sind, usw. Dabei sind ρ und φ die Parameter des autoregressiven Anteils bzw. des gleitenden Durchschnittsanteils; ihre Werte müssen zwischen –1 und 1 liegen….
- **Zusammengesetzt symmetrisch (ZS)**. Diese Struktur hat eine konstante Varianz und eine konstante Kovarianz….“ (SPSS, 15.0).

Alle Modelle wurden jeweils unter Verwendung dieser vier Kovarianzstrukturen berechnet. Zur Auswahl des endgültigen Modells wurde das Goodness-Of-Fit-Kriterium nach Akaike (SPSS, 15.0) herangezogen. Kleinere Werte stehen dabei für eine bessere Passung des Modells.

Für die große Mehrheit der Modelle erwies sich die ARMA-Struktur als am besten geeignet, die Zusammenhänge abzubilden. Wo im Ergebnisteil nicht ausdrücklich anders gekennzeichnet, liegt den gemischten Modellen daher die Kovarianzstruktur ARMA zugrunde.

4. Ergebnisse

4.1 Deskriptive Statistik

4.1.1 Beschreibung der Therapiezeitmittelwerte getrennt nach Therapiearten

Im Folgenden werden einige deskriptive Kennwerte des Datensatzes berichtet. Zunächst erfolgt eine Darstellung der Verteilung der wöchentlichen Therapieminuten aller erfassten Therapiearten sowie der Therapiegesamtzeit. Es sei nochmals erwähnt, dass in der weiteren Datenanalyse der *Tages*durchschnitt jeweiliger Wochen eingesetzt wurde, um eine genauere Auflösung zu erhalten und Datenverlust zu verhindern. Aus Gründen der Anschaulichkeit werden hier zunächst die Werte bezogen auf *ganze Wochen* berichtet, d. h. unvollständige Wochen (z. B. Anreisewochen) sind in der folgenden Tabelle nicht enthalten.

Tabelle 13: Mittlere Häufigkeiten der wöchentlichen Therapieminuten.

Therapie	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Abendrunde	448	0	210	18,65	48,70
Achtsamkeitsgruppe	448	0	90	24,91	26,32
Arbeitstherapie	448	0	615	20,29	81,42
Backen Für Kaffeerunde	448	0	30	,60	4,21
Bewegungstherapie	448	0	150	25,51	30,47
Bewegungstherapie Einzel	448	0	90	4,55	16,03
DBT-Infogruppe	448	0	60	,54	5,28
Entspannung	448	0	60	12,39	14,92
Ergotherapie	448	0	0	,00	0,00
Fertigkeiten	448	0	135	16,04	41,01
Gemeinsamer Abend	448	0	90	67,17	39,10
Gruppenpsychotherapie	448	0	120	79,15	47,77
Imaginationsübung	448	0	20	,04	0,95
Kaffeerunde	448	0	60	24,04	12,15
Kochen	448	0	0	,00	0,00
Kunsttherapie	448	0	205	80,84	52,87
Kunst Einzel	448	0	150	8,59	23,45
Krisengespräch	448	0	30	,15	1,90
Massage	448	0	150	19,42	27,16
Musiktherapie	448	0	60	36,09	29,37
Musik Einzel	448	0	30	,13	2,00
Pflegegespräch	448	0	180	53,52	32,12
Physiotherapie, KG	448	0	120	7,03	18,74
Schwimmen	448	0	0	,00	0,00
Sozialdienst	448	0	40	3,53	8,41
Sportgruppe	448	0	60	,27	4,00
Sporttherapie	448	0	60	14,20	25,53
Stationsversammlung	448	0	90	55,92	14,79
Tageszielrunde	448	0	150	125,96	36,71
Tanz und Bewegung	448	0	60	19,72	28,05
Therapeut Einzel	448	0	150	41,26	23,65
Visite	448	0	15	14,40	2,95
Therapiegesamtzeit	448	60,00	1485,00	774,9	204,80
Gültige Werte (Listenweise)	448				

Es folgt die Darstellung der wesentlichen, in die Berechnungen eingeflossenen *Tages*-durchschnittswerte mit ihren Variablennamen. Ebenfalls dargestellt (**fett** gedruckt) sind die thematisch zusammengefassten Therapiezeitvariablen (vgl. Kapitel 3.4.2.1).

Tabelle 14: Deskriptive Statistik der durchschnittlichen Anzahl an Therapieminuten pro Tag.

Therapiezeitvariable	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Einzelkontakt/Tag	501	0	190	18,87	13,26
Verb.Gruppen/Tag	502	0	60	14,00	6,72
Nonverb.Gruppen/Tag	502	0	78	21,71	13,09
Soziother./Tag	502	0	100	40,92	13,15
Physio./Tag	502	0	26	3,41	5,22
Sonstige/Tag	502	0	96	9,60	13,32
Gesamtzeit/Tag	501	8,57	250,00	108,72	32,80
Abendr./Tag	502	,00	30,00	4,18	8,71
Achtsam/Tag	502	,00	12,86	3,18	3,72
Arbeit/Tag	502	,00	87,86	2,59	11,02
Bew.Einzel/Tag	502	,00	12,86	0,62	2,25
Bew./Tag	502	,00	21,43	3,40	4,37
Entspann./Tag	502	,00	8,57	1,69	2,16
Fertigk./Tag	502	,00	19,29	2,04	5,58
Gem.Ab./Tag	502	,00	30,00	8,62	6,12
Gru.psy./Tag	502	,00	60,00	11,95	7,86
Kaffee/Tag	502	,00	8,57	3,12	1,94
KunstEinzel/Tag	502	,00	21,43	1,10	3,19
Kunst/Tag	502	,00	38,33	10,42	8,06
MusikEinzel/Tag	502	,00	45,00	0,11	2,03
Musik/Tag	502	,00	20,00	4,72	4,33
PflegeEinzel/Tag	502	,00	60,00	7,90	6,84
Soz.dienst/Tag	502	,00	5,71	0,47	1,17
Sport/Tag	502	,00	12,00	1,88	3,58
Stat.vers./Tag	502	,00	30,00	7,43	3,22
TZ-Runde/Tag	502	,00	40,00	17,56	5,84
Tanz/Tag	502	,00	60,00	3,45	5,94
Bezugsther./Tag	502	,00	150,00	6,88	8,41
Visite/Tag	501	,00	5,00	1,85	0,76
Gültige Werte (Listenweise)	501				

Durch den Rückgriff auf Tagesmittelwerte der Therapiezeiten kann der bezüglich ***Tabelle 13*** beschriebene Datenverlust verhindert werden, was anhand der größeren Stichprobe erkennbar ist (N = 501 gültige Werte in ***Tabelle 14*** gegenüber N = 448 gültige Werte in ***Tabelle 13***). In beiden Darstellungen gibt *N* die Anzahl der zugrunde liegenden Patientenwochen wieder.

4.1.2 Mittlere Therapiegesamtzeiten im Untersuchungszeitraum

Im Folgenden wird der Verlauf der im Untersuchungszeitraum insgesamt stattgefundenen Therapiezeiten in ***Abbildung 5*** wiedergegeben. Die entsprechende Tabelle findet sich in Anhang 8.6. Die Darstellung der deskriptiven Statistiken beschränkt sich hierbei auf die

Globalvariable „Gesamtzeit/Tag“, also die Summe aller therapeutischen Kontakte, die ein Patient pro Tag in der jeweiligen Woche erhält.

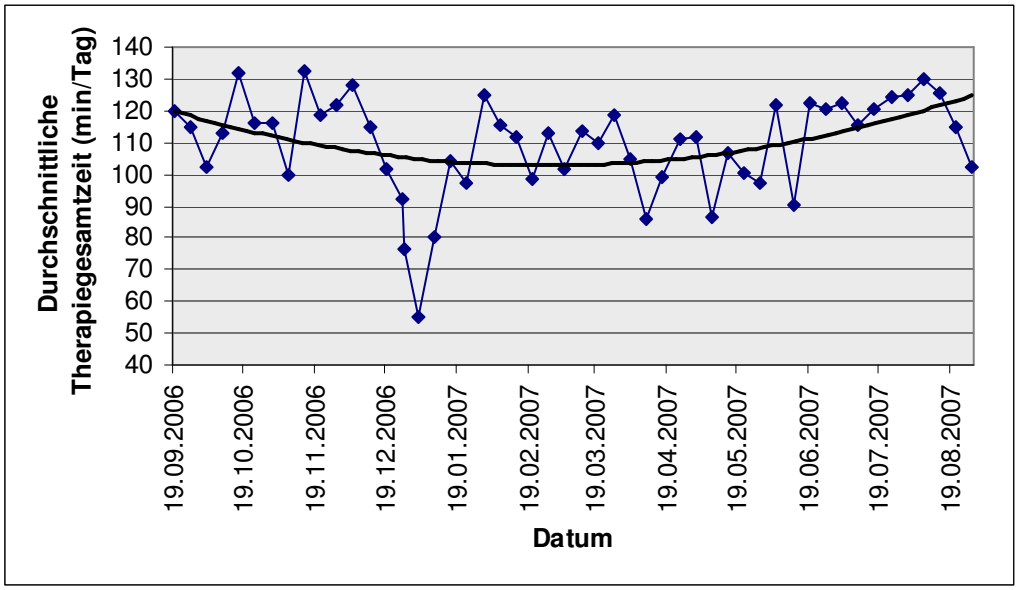


Abbildung 5: Durchschnittlich geleistete Therapieminuten im Untersuchungszeitraum pro Tag.

Ebenfalls abgebildet ist eine Trendlinie, die für den Zeitraum um Februar 2007 ein relatives Minimum an geleisteter Therapiezeit zeigt.

4.1.3 Die mittlere psychosomatischen Symptomlast im Untersuchungszeitraum

Der Verlauf der symptomatischen Belastung über den Untersuchungszeitraum hinweg wird im Folgenden sowohl anhand der GSI-Mittelwerte sowie der mittleren GSI-Differenzen zu den jeweiligen Vorwochen graphisch dargestellt. Die entsprechenden Tabellen finden sich im Anhang 8.5.

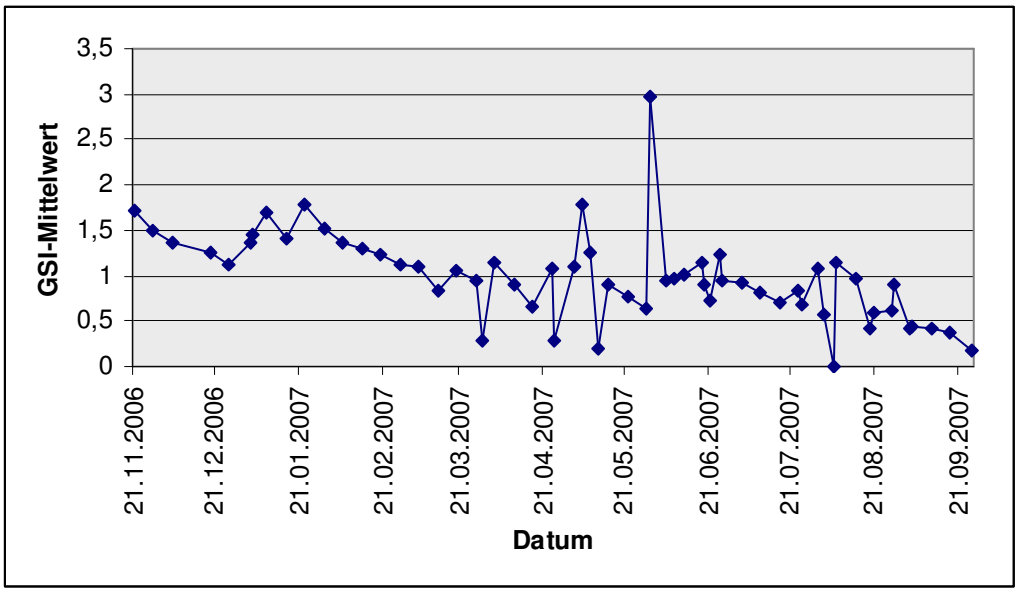


Abbildung 6: GSI-Mittelwerte im Untersuchungszeitraum.

Abbildung 6 zeigt die GSI-Mittelwerte zwischen dem 21.11.2006 und dem 21.09.2007. Da in dieser Darstellung alle jeweils anwesenden Patienten eingerechnet sind, sollte die Kurve nicht isoliert interpretiert werden. Beispielsweise könnten Wochen mit überdurchschnittlich vielen Neuaufnahmen, die evtl. stärker belastet sind, den Kurvenverlauf maßgeblich beeinflussen. Auf die Trendlinie wird aus diesem Grund in obiger Abbildung verzichtet.

Daher wird in der folgenden Darstellung die *durchschnittliche Differenz* der GSI-Werte zur jeweiligen Vorwoche gezeigt. Anreisewochen sind somit nicht mehr berücksichtigt. Die Kurve kann daher eher im Sinne einer „Netto-Symptomveränderung“ verstanden werden.

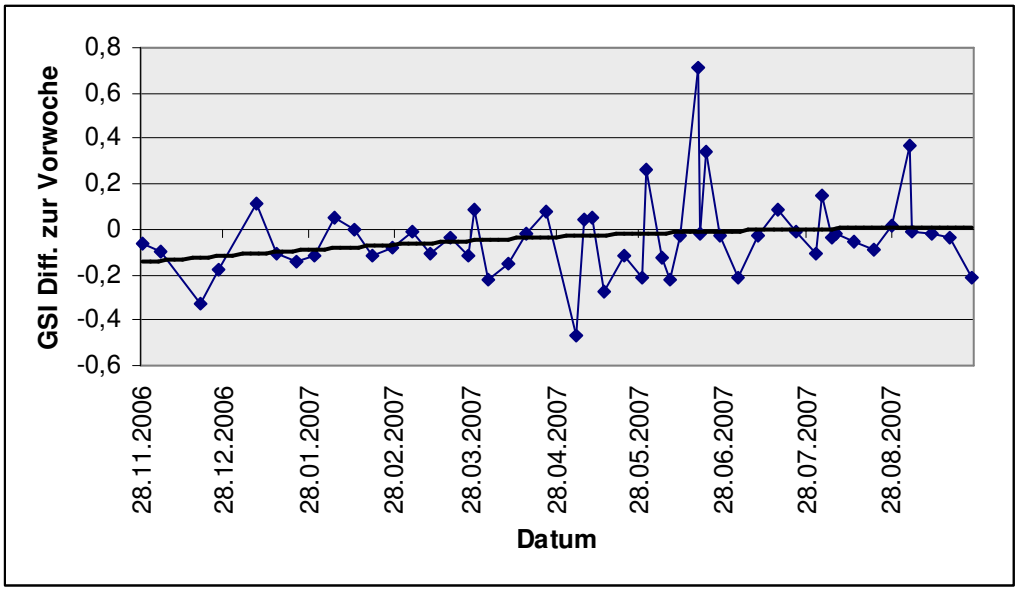


Abbildung 7: GSI-Differenzen zu den Vorwochen im Untersuchungszeitraum.

Die Trendlinie offenbart des Weiteren einen leichten Rückgang der Symptomverbesserungen (negative Werte stehen für eine Verbesserung der Symptomlage). Insgesamt liegen die Werte aber mit einem Gesamtmittelwert von *M* = -,07 (siehe Anhang 8.5) im negativen Bereich. Generell erfahren die Patienten also regelmäßig eine leichte Symptomverbesserung.

4.1.4 Das mittlere Vermeidungsniveau

Da die FAMOS-Daten nicht im wöchentlichen Rhythmus erhoben wurden, sondern nur bei Beginn und Ende des Aufenthaltes im ZPR, wird auf eine datumsabhängige Darstellung deskriptiver Kennwerte verzichtet. Stattdessen werden in folgender Tabelle die Mittelwerte der Vermeidungsmotivation bei Startmessung (*Vermeid.1*), das Verhältnis aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation bei Startmessung (*Verh.Verm./Annäher.1*) sowie die Differenz der Vermeidungsmotivation zwischen Start- und Schlussmessung (*VermeidPrä-Post*) unter Berücksichtigung des Geschlechts gezeigt:

Tabelle 15: Mittelwerte der Vermeidungsmotivation bei Startmessung, der Differenz aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation bei Startmessung und des Verhältnisses Vermeidung/Annäherung bei Startmessung nach Geschlechtern getrennt.

Geschlecht		Vermeid.1	VermeidPrä-Post	Verm./Annäh.1
Männer	*M*	3,67	0,21	1,09
	SD	0,45	0,21	0,15
	N	25	14	25
Frauen	*M.*	3,92	0,16	1,10
	SD	0,45	0,43	0,13
	N	33	18	33
Insgesamt	*M.*	3,81	0,18	1,09
	SD	0,46	0,35	0,14
	N	58	32	58

Obige Tabelle zeigt, dass Frauen zu Beginn der Therapie durchschnittlich über mehr Vermeidungsmotivation verfügen als Männer. Ihr Verhältnis Vermeidung/Annäherung ist ebenfalls höher als bei Männern. Die Prä-Post-Differenz der Vermeidungsmotivation fällt dagegen geringer aus als bei männlichen Patienten. Zur Absicherung der Unterschiede gegen den Zufall wurde folgende ANOVA berechnet:

Tabelle 16: ANOVA der in Tabelle 15 dargestellten Variablen in Bezug zum Geschlecht.

		Quadrat-summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signi-fikanz
Vermeid.1 * Geschlecht	Zw. d. Gr. (Komb.)	,878	1	,878	4,311	,042
	Inn. d. Gr.	11,398	56	,204		
	Insgesamt	12,276	57			
VermeidPrä-Post * Geschlecht	Zw. d. Gr. (Komb.)	,016	1	,016	,127	,724
	Inn. d. Gr.	3,716	30	,124		
	Insgesamt	3,732	31			
Verm./Annäh.1 * Geschlecht	Zw. d. G. (Komb.)	,001	1	,001	,057	,812
	Inn. d. Gr.	1,146	56	,020		
	Insgesamt	1,147	57			

Lediglich der Geschlechtsunterschied bei der Vermeidungsmotivation zu Therapiebeginn (erster Tabellenabschnitt) erreicht signifikantes Niveau, $F(1, 8.8) = 4.3$, $p < .05$. Dieser Unterschied im Antwortverhalten stimmt mit den bei Grosse Holtforth und Grawe (2002, S. 76) angegebenen geschlechtsspezifischen Eigenschaften des FAMOS überein.

4.1.5 Die mittlere Tageszielzufriedenheit im Untersuchungszeitraum

Im folgenden Abschnitt sind die Veränderungen der durchschnittlichen Tageszielbeurteilung über den Untersuchungszeitraum hinweg dargestellt. Zunächst erfolgt eine Graphik der subjektiven Einschätzungen der Patienten auf der visuellen Analogskala (die entsprechende Tabelle findet sich in Anhang 8.7).

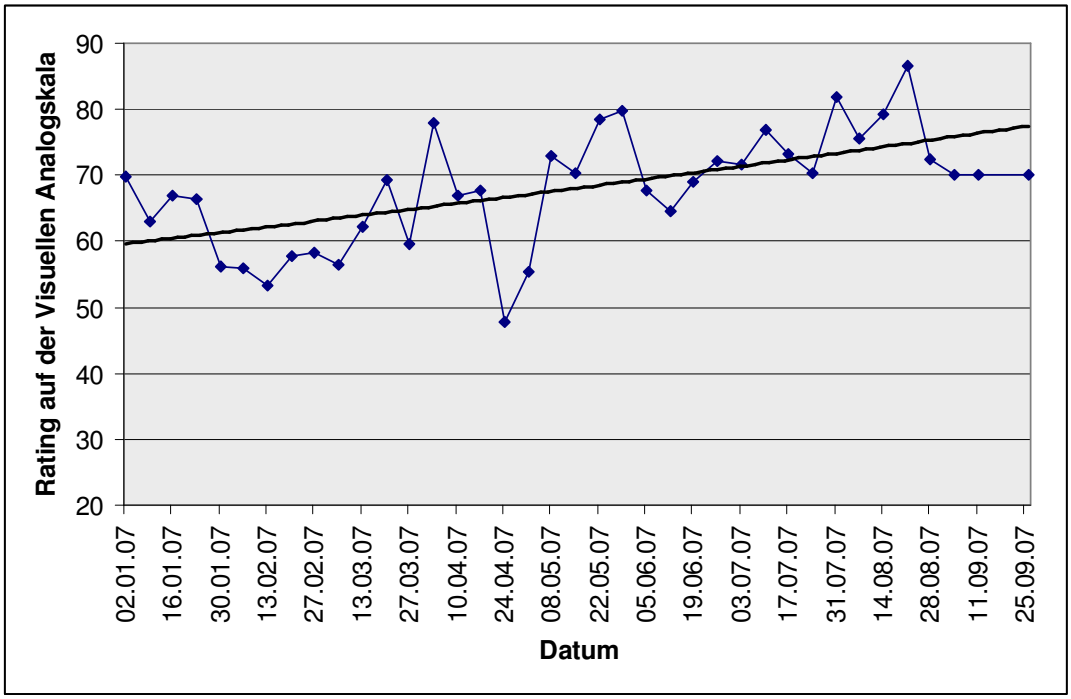


Abbildung 8: Tageszielrating der Patienten auf der Visuellen Analogskala im Untersuchungszeitraum.

Der Abbildung wurde ferner eine Trendlinie beigefügt, die (obwohl polynomisch angelegt) fast linear erscheint. Selbsteinschätzungsdaten auf der visuellen Analogskala liegen von Anfang Januar bis Ende September 2007 vor. In dieser Zeit hat sich die durchschnittliche Zufriedenheit der Patienten mit ihrer Tageszielerreichung offensichtlich etwas gesteigert.

Die nächste Abbildung zeigt den Verlauf der durchschnittlichen Tageszielratings durch den Versuchsleiter, sowie die Trendlinie über den Untersuchungszeitraum (Tabelle in Anhang 8.7).

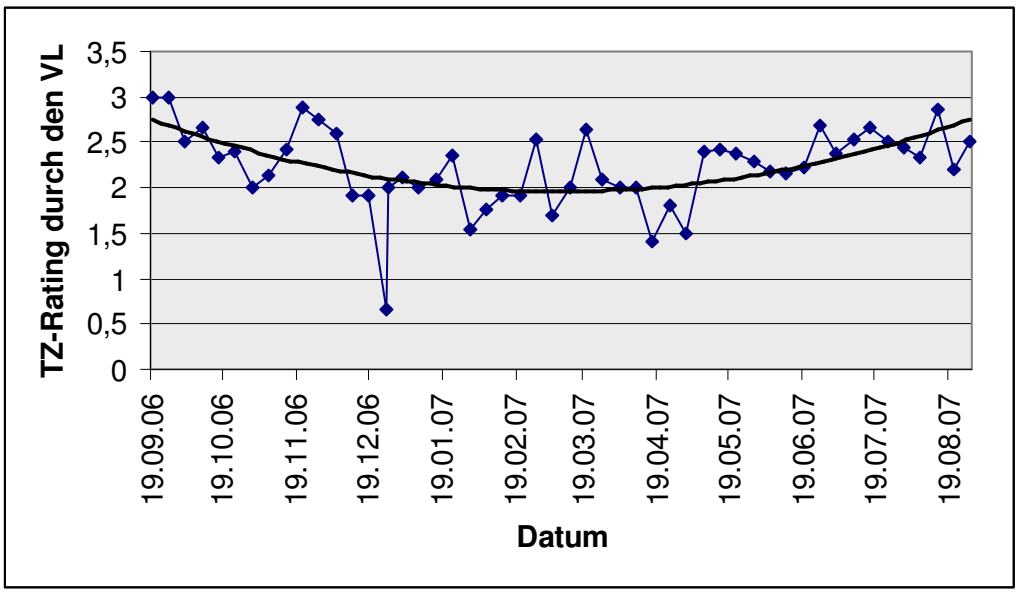


Abbildung 9: Tageszielrating durch den Versuchsleiter.

Für diesen Datenbereich liegen Werte vom 19.09.2006 bis 19.08.2007 vor, also über einen längeren Zeitraum als bei der Selbstbeurteilung, weil das Versuchsleiterrating auch ohne Anwesenheit der Patienten nach Aktenlage bzw. unter Rückgriff auf das Archiv vorgenommen wurde. Die Trendlinie beschreibt eine leicht u-förmige Kurve, mit einem relativen Minimum in der Zeit um Februar und März 2007.

4.1.6 Beschreibung der OPD-Konflikt-Verteilung

Es folgt eine Darstellung der Häufigkeiten der diagnostizierten OPD-Konflikte und Modi.

Tabelle 17: Kreuztabelle der OPD-Konflikte und Modi.

			Modus		Gesamt
			Aktiv	Passiv	
Konflikt	Autonomie-vs.-Abhängigkeit	Anzahl	4	2	6
		% von Konflikt	66,7%	33,3%	100,0%
		% von Modus	40,0%	33,3%	37,5%
	Versorgung-vs.-Autarkie	Anzahl	3	1	4
		% von Konflikt	75,0%	25,0%	100,0%
		% von Modus	30,0%	16,7%	25,0%
	Selbstwert-vs.-Objektwert	Anzahl	2	3	5
		% von Konflikt	40,0%	60,0%	100,0%
		% von Modus	20,0%	50,0%	31,3%
	Schuld	Anzahl	1	0	1
		% von Konflikt	100,0%	,0%	100,0%
		% von Modus	10,0%	,0%	6,3%
Gesamt		Anzahl	10	6	16
		% von Konflikt	62,5%	37,5%	100,0%
		% von Modus	100,0%	100,0%	100,0%

Wie bereits erwähnt, konnte nur mit einer Teilmenge von 17 Personen ein OPD-Interview durchgeführt werden. Ein einem der Fälle konnte kein Konflikt eindeutig zugewiesen werden, sodass letztlich nur 16 Patienten in die Konfliktanalyse einbezogen wurden.

Tabelle 17 zeigt des Weiteren, dass die Konflikte Autonomie-vs.-Abhängigkeit (sechs Fälle), Versorgung-vs.-Autarkie (vier Fälle) und Selbstwert-vs.-Objektwert (fünf Fälle) am häufigsten diagnostiziert wurden. Bei zehn Patienten wurden aktive Modi diagnostiziert, bei sechs Patienten passive.

Für weitere deskriptive Informationen zum Datensatz sei auf die beiliegende Daten-CD verwiesen.

4.2 Der Einfluss der Therapiezeit – kontemporär

4.2.1 Hypothese 1a)

Zur Überprüfung der Hypothese, dass sich die *Anzahl* der Therapieminuten (UV), die ein Patient im Laufe einer Woche erhält, reduzierend auf seine psychosomatische Symptomlast

(AV) auswirkt, wurden gemischte Modelle konstruiert, die die Beziehungen zwischen den durchschnittlichen Minutenwerten der Therapieelemente und der Symptomlast der Patienten bezogen auf die jeweils zurückliegende Woche abbildeten.

Zunächst wird die Wirkung der gesamten Therapiezeit (*Gesamtzeit/Tag*) auf den globalen Kennwert der SCL-90-R, den Global Severity Index, betrachtet:

Tabelle 18: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses der Gesamt-Therapiezeit auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	134,309	138,296	,000
Gesamtzeit/Tag	1	275,099	5,643	,018

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 18 zeigt einen signifikanten Effekt der Variablen „Gesamtzeit/Tag“ auf die abhängige Variable „Global Severity Index“, $F(1, 275.1) = 5.64$, $p < .05$. Wie aus der Parameterschätzung (***Tabelle 19***) ersichtlich, handelt es sich hierbei um einen Effekt mit negativer Richtung. Das heißt, dass eine Zunahme von „Gesamtzeit/Tag“ ist mit einer Abnahme des GSI verbunden ist.

Tabelle 19: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 18.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,305	0,111	134,309	11,760	0,000	1,085	1,524
Gesamtzeit/Tag	-0,002	0,001	275,099	-2,375	0,018	-0,003	0,000

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Hypothese 1a) wird somit durch diese Ergebnisse gestützt. Das globale Maß „Gesamtzeit/Tag“ hat nach der Datenlage einen reduzierenden Einfluss auf die psychosomatische Symptomlast.

4.2.2 Hypothese 1b)

Hypothese 1b) besagt, dass die *Art* der therapeutischen Intervention für die in Hypothese 1a) festgestellte Wirkung maßgeblich ist. Im Folgenden wurde daher eine Analyse auf Ebene thematisch gruppierter Therapiezeitvariablen durchgeführt. Die einzelnen Therapieelemente wurden hierzu wie unter Kap. 3.4.2.1 erläutert, zusammengefasst.

Zunächst wurde der Einfluss der gesamten Einzelgespräche und der gesamten verbalen Gruppentherapien betrachtet.

Tabelle 20: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse der Variablen „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	86,851	121,253	,000
Einzelkontakt/Tag	1	246,975	,082	,775
Verb.Gruppen/Tag	1	266,048	3,249	,073

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Beide Variablen weisen keine signifikanten Effekte auf. Das Ausmaß der verbalen Gruppentherapien sowie des Einzelkontaktes scheinen also keine wesentlichen Auswirkungen auf die psychosomatische Symptomlast auszuüben, womit zwei Teilannahmen aus Hypothese 1b) nicht aufrechterhalten werden können. Die dritte Annahme betrifft die nonverbalen Gruppentherapien und wird im folgenden Modell untersucht.

Tabelle 21: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse der verbalen und nonverbalen Gruppentherapien auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	93,203	135,283	,000
Verb.Gruppen/Tag	1	270,518	2,582	,109
Nonverb.Gruppen/Tag	1	247,158	4,057	,045

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Die Modellberechung verweist auf einen signifikanten Effekt der Variablen „Nonverb.Gruppen/Tag“, $F(1, 247.16) = 4.06$, $p < .05$. Auch in diesem Modell bleibt der Einfluss der verbalen Gruppentherapien unterhalb der Signifikanzgrenze.

Eine Betrachtung der Schätzung der festen Parameter findet sich in folgender Tabelle:

Tabelle 22: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 21.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,154	0,099	93,203	11,631	0,000	0,957	1,351
Verb.Gruppen/Tag	0,004	0,002	270,518	1,607	0,109	-0,001	0,009
Nonverb.Gruppen/Tag	-0,003	0,001	247,158	-2,014	0,045	-0,005	0,000

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Gemäß der Erwartung in Hypothese 1b) weist die Variable „Nonverb.Gruppen/Tag“ eine negative Effektrichtung auf. Patienten, die mehr nonverbale Gruppentherapien erhalten, erfahren somit im Allgemeinen eine Senkung ihrer psychosomatischen Symptomlast.

Anschließend wurden die verbleibenden beiden gruppierten Therapiezeitvariablen „Soziother./Tag“ und „Sonstige/Tag“ betrachtet:

Tabelle 23: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Soziother./Tag“ und „Sonstige/Tag“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	119,700	153,485	,000
Soziother./Tag	1	253,838	8,939	,003
Sonstige/Tag	1	286,582	,040	,842

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Obige Tabelle zeigt einen signifikanten Effekt der Variablen „Soziother./Tag“, $F(1, 253.84) = 8.94$, $p < .05$. Die Gruppe der sonstigen Therapien bleibt in dieser Berechnung unterhalb der Signifikanzgrenze. Die Parameterschätzung offenbart die Richtung des Effektes:

Tabelle 24: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 23.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,326	0,107	119,700	12,389	0,000	1,114	1,538
Soziother./Tag	-0,005	0,002	253,838	-2,990	0,003	-0,007	-0,002
Sonstige/Tag	0,000	0,002	286,582	0,199	0,842	-0,003	0,004

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Erwartungsgemäß zeichnet sich auch die Gruppe der Soziotherapien durch einen Effekt in negativer Richtung aus, was abermals dafür spricht, dass ein Ansteigen dieser Zeitvariablen mit einem Absinken der Symptomlast verbunden ist.

Abschließend wurde ein gemischtes Modell berechnet, das die Zeit beim Bezugstherapeuten (*Bezugsther./Tag*) und die Zeiten des Kontaktes mit der Pflege (*PflegeEinzel/Tag*) als Variablen integriert.

Tabelle 25: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Bezugsther./Tag“ und „PflegeEinzel/Tag“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	69,362	143,300	,000
Bezugsther./Tag	1	216,224	4,939	,027
PflegeEinzel/Tag	1	230,297	,397	,529

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Für die Variable „Bezugsther./Tag“ existiert ein signifikanter Effekt, $F(1, 216.22) = 4.94$, $p < .05$. Die Schätzung der festen Parameter in der nächsten Tabelle gibt dessen Richtung an:

Tabelle 26: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 25.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,109	0,093	69,362	11,971	0,000	0,924	1,294
Bezugsther./Tag	0,007	0,003	216,224	2,222	0,027	0,001	0,014
PflegeEinzel/Tag	-0,002	0,003	230,297	-0,630	0,529	-0,007	0,004

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Entgegen der Erwartung verläuft der Effekt von „Bezugsther./Tag“ in positiver Richtung. Mit steigender Zeit beim Bezugstherapeuten sollte also auch das Beschwerdeniveau der Patienten steigen. Es kann hierbei möglicherweise davon ausgegangen werden, dass ein erhöhtes Beschwerdeniveau bereits Ursache des vermehrten Kontaktes mit dem Bezugstherapeuten ist (vgl. Kapitel 5: Diskussion).

Zusammenfassend kann für drei der sechs in Hypothese 1b) genannten Therapieelemente ein Zusammenhang mit der psychosomatischen Symptomlast nachgewiesen werden. Für eine Variable (Bezugsther./Tag) verläuft der Effekt hierbei entgegen der angenommenen Richtung.

4.3 Der Einfluss der Therapiezeit – wochenübergreifende Betrachtung

4.3.1 Hypothese 2a)

Die Untersuchung von Hypothese 2a), d. h. der Annahme, dass der Einfluss der Therapiezeit auch über mehrere Wochen hinweg nachweisbar ist, gestaltete sich dahingehend als schwierig, dass die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen für die hier berechneten Modelle nicht gewährleistet werden konnte. Für alle Modellresiduen konnte im Shapiro-Wilk-Test die Nullhypothese der Normalverteilung nicht aufrechterhalten werden, d. h. alle $p < .05$.

Trotz dieser Einschränkung werden im Folgenden einige Modellberechnungen präsentiert. Die Analyse wurde mit einem Modell begonnen, das die gesamten Therapiezeiten der gegenwärtigen Woche (*Gesamtzeit/Tag*), der Vorwoche (*TheraZeitGes1.Vorwoche*) und der zweiten Vorwoche (also der vorletzten Woche) (*TherazeitGes2.Vorwoche*) gemeinsam berücksichtigt.

Tabelle 27: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“, „TheraZeitGes1.Vorwoche“ und „TheraGes2.Vorwoche“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	208,837	25,360	,000
Gesamtzeit/Tag	1	218,700	,055	,816
TheraZeitGes1.Vorwoche	1	223,927	,237	,627
TheraZeitGes2.Vorwoche	1	215,841	1,560	,213

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie in ***Tabelle 27*** ersichtlich, zeigt keine der Variablen einen signifikanten Einfluss auf den GSI. Gemäß der Auswertungsstrategie wurde im Anschluss an die Analyse der Einflüsse von Globalzeiten gezielt nach den Effekten auf der Ebene thematisch gruppierter Therapie-

zeiten gesucht. Da auch hier keinerlei signifikante Effekte zu entdecken waren, erfolgt die Ergebnisdarstellung nun in verkürzter Form.

Tabelle 28: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt1.Vorwoche“ und „NonverbaleGruppen1.Vorwoche“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	74,270	117,451	,000
Einzelkontakt1.Vorwoche	1	278,866	1,128	,289
NonverbaleGruppen1.Vorwoche	1	255,728	2,190	,140

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 29: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt1.Vorwoche“ und „Soziother1.Vorwoche“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	97,035	97,470	,000
Einzelkontakt1.Vorwoche	1	275,161	1,747	,187
Soziother1.Vorwoche	1	249,294	,052	,820
Physio1.Vorwoche	1	268,466	,627	,429

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 30: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Soziother1.Vowoche“, „Physio1.Vorwoche“ und „Sonstige1.Vorwoche“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	94,311	103,443	,000
Soziother1.Vorwoche	1	257,115	,002	,962
Physio1.Vorwoche	1	272,844	,670	,414
Sonstige1.Vorwoche	1	290,822	,099	,754

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Von ***Tabelle 28*** bis ***Tabelle 30*** sind verschiedene gemischte Modelle dargestellt, welche die thematisch gruppierten Zeitvariablen der jeweiligen Vorwochen in unterschiedlichen Kombinationen berücksichtigen. Keines der Modelle kann eine signifikante Variable zur Erklärung der GSI-Varianz vorweisen.

Hypothese 2a) kann somit durch die Ergebnisse nicht aufrechterhalten werden. Nochmals sei jedoch auf die Einschränkungen der Berechnungen in diesem Abschnitt hingewiesen, die aus der Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen herrühren.

4.3.2 Hypothese 2b)

Zur Überprüfung des Trends der Symptomreduktion über die Aufenthaltswochen der Patienten hinweg, wurden zunächst gemischte Modelle berechnet, welche die Nummer der jeweiligen Wochen der Studienteilnahme (*WochenNr*) als Variable mit berücksichtigen[30].

Die Wochennummer wurde zuerst gemeinsam mit der globalen Therapiezeit analysiert:

Tabelle 31: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag" und „WochenNr" auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	166,739	158,433	,000
Gesamtzeit/Tag	1	279,203	7,273	,007
WochenNr	1	80,039	25,219	,000

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 31 zeigt für beide Variablen hochsignifikante Effekte: Gesamtzeit/Tag: $F(1, 279.20) = 7.27$, $p < .05$; WochenNr: $F(1, 80.04) = 25.22$, $p < .05$. Die Parameterschätzung liefert folgende Daten:

Tabelle 32: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 31.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,594	0,127	166,739	12,587	0,000	1,344	1,844
Gesamtzeit/Tag	-0,002	0,001	279,203	-2,697	0,007	-0,003	0,000
WochenNr	-0,049	0,010	80,039	-5,022	0,000	-0,068	-0,029

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Für die beiden signifikanten Effekte gehen die Schätzungen in die erwarteten negativen Richtungen. Je länger sich die Patienten in Behandlung befinden (also je größer die Wochennummer), bzw. je mehr Therapie sie in einer Woche erhalten, desto geringer fällt ihre Symptomlast aus.

Im Anschluss wurde die *Art* des Trends der Wochennummern näher untersucht. Zu diesem Zweck wurde das Quadrat der Wochennummern (*Quad.Wo.Nr*) als Variable mit ins Modell aufgenommen.

[30] Es sei nochmals darauf verwiesen, dass die Aufenthaltswochen der Patienten nicht notwendigerweise den Wochen der Studienteilnahme entsprechen müssen (vgl. Kapitel 3.3). Die Variable „WochenNr" kann aber als *Annäherung* an die Aufenthaltsdauer aufgefasst werden.

Tabelle 33: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „WochenNr“ und „Quad.Wo.Nr“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	187,922	187,875	,000
WochenNr	1	155,808	13,070	,000
Quad.Wo.Nr	1	140,646	5,574	,020
WochenNr * Quad.Wo.Nr[31]	1	135,062	3,945	,049

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 33 zeigt für beide Variablen des Modells und für deren Interaktion signifikante Effekte: WochenNr: $F(1, 155.81) = 13.07$, $p < .05$; Quad.Wo.Nr: $F(1, 140.65) = 5.57$, $p < .02$; WochenNr*Quad.Wo.Nr: $F(1, 135.06) = 3.95$, $p < .05$. Die Parameterschätzung liefert folgende Werte:

Tabelle 34: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 33.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,549	0,113	187,922	13,707	0,000	1,326	1,772
WochenNr	-0,154	0,043	155,808	-3,615	0,000	-0,238	-0,070
Quad.Wo.Nr	0,013	0,006	140,646	2,361	0,020	0,002	0,025
WochenNr * Quad.Wo.Nr	0,000	0,000	135,062	-1,986	0,049	-0,001	0,000

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie im zuvor berechneten Modell zeigt sich auch hier für die Wochennummern ein Effekt in negativer Richtung. Mit zunehmender Aufenthaltsdauer verringert sich also – erwartungsgemäß – die psychosomatische Symptomlast. Die quadrierten Wochennummern erlangen in obiger Parameterschätzung einen positiven Effekt. Das bedeutet, dass ein U-förmiger Zusammenhang zwischen Wochennummer und GSI angenommen werden kann. Beginnend bei einem hohen Ausgangsniveau der Symptomlast sollte sich diese gegen Aufenthaltsmitte deutlich verringern, um vor der Entlassung nochmals anzusteigen. Auf die Interpretation des nur knapp signifikanten Interaktionsterms aus Wochennummer und quadrierter Wochennummer wird aus Anschaulichkeitsgründen verzichtet.

Abbildung 10 zeigt die aus der Parameterschätzung des Modells gewonnene Verlaufskurve der mittleren Symptomlast über einen Zeitraum von 9 Wochen (die mittlere Dauer der Studienteilnahme betrug 8,57 Wochen, vgl. ***Tabelle 11***).

[31] Der Interaktionsterm wird im SPSS-Output mit einem „*“ dargestellt, also dem Produkt zweier Koeffizienten.

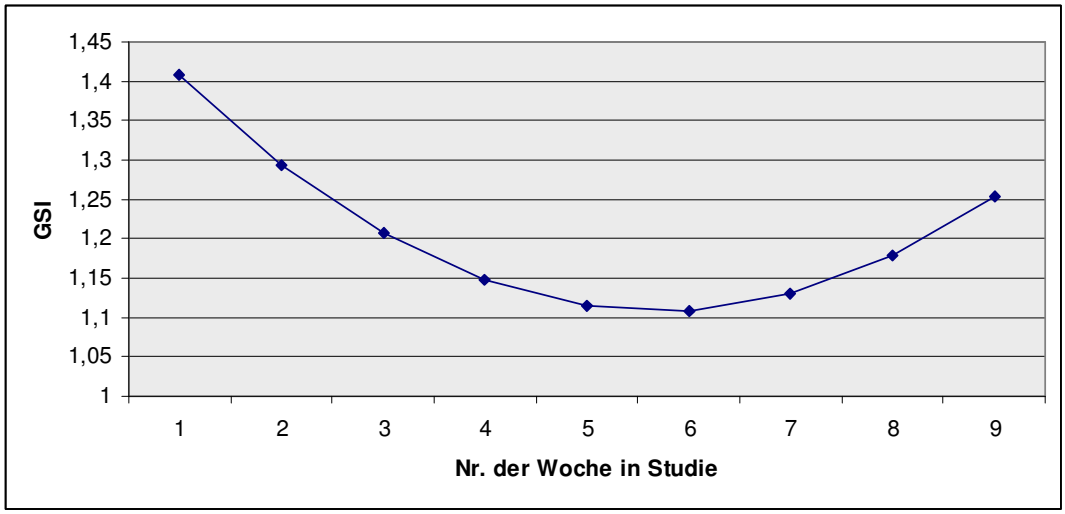


Abbildung 10: Verlauf der durchschnittlichen Beschwerdekurve über die Zeit der Studienteilnahme.

Hypothese 2b) findet somit Unterstützung durch die gefundenen Ergebnisse. Der Trend einer über die Aufenthaltsdauer hinweg nachlassenden Symptomlast ist eindeutig nachweisbar. Darüber hinaus handelt es sich hierbei um einen positiv-quadratischen Zusammenhang, der gegen Aufenthaltsmitte der Patienten ein relatives Beschwerdeminimum bewirkt.

4.4 Der Einfluss motivationaler Schemata

4.4.1 Hypothese 3a)

Zur Überprüfung der Hypothese, dass ein geringeres Ausmaß an Vermeidungsmotivation bzw. ein günstigeres Verhältnis aus Annäherungs- und Vermeidungsmotivation bei der ersten Messung mit einer deutlicheren Symptomreduktion über die gesamte Behandlungsdauer einhergeht, wurden verschiedene Modelle berechnet, die jeweils eine aus dem FAMOS gewonnene Variable und eine oder mehrere Zeitvariablen gemeinsam als unabhängige Variablen beinhalteten. Zunächst wurde die Höhe der Vermeidungsmotivation bei Startmessung (*Vermeid.1*) gemeinsam mit der globalen Therapiezeit (*Gesamtzeit/Tag*) untersucht.

Tabelle 35: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“ und „Vermeid.1“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	140,920	,518	,473
Gesamtzeit/Tag	1	268,671	,057	,812
Vermeid.1	1	137,795	4,335	,039
Gesamtzeit/Tag * Vermeid.1	1	270,132	,000	,988

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 35 zeigt, dass die Variable „Vermeid.1“ in signifikantem Zusammenhang zum GSI steht, $F(1, 137.8) = 4.33$, $p < .05$. Bemerkenswert ist weiter, dass der Effekt von „Gesamtzeit/Tag“ kein signifikantes Niveau mehr erreicht, während dies im Modell ohne Vermeidungsmotivation noch der Fall war (Kapitel 4.2.1). Ebenfalls nicht signifikant ist die Interaktion aus „Gesamtzeit/Tag“ und „Vermeid.1“.

Wie aus ***Tabelle 36*** ersichtlich, ergibt die Parameterschätzung des Modells für „Vermeid.1“ einen Effekt in positiver Richtung. Mehr Vermeidungsmotivation bei der Startmessung der Patienten ist also mit einem erhöhten psychosomatischen Symptomlevel über die gesamte Aufenthaltsdauer verbunden, wie in Hypothese 3a) vorhergesagt.

Tabelle 36: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 35.

Parameter	Schätzung	SE	Df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	-0,695	0,966	140,920	-0,720	0,473	-2,605	1,215
Gesamtzeit/Tag	-0,001	0,006	268,671	-0,239	0,812	-0,013	0,011
Vermeid.1	0,522	0,251	137,795	2,082	0,039	0,026	1,019
Gesamtzeit/Tag * Vermeid.1	0,000	0,002	270,132	0,015	0,988	-0,003	0,003

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Im folgenden Modell wurde statt der Vermeidungsmotivation das Verhältnis aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation (*Verh.Verm./Annäher.1*) untersucht. Wiederum wurde diese Variable gemeinsam mit dem Maß der globalen Therapiezeit betrachtet.

Tabelle 37: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Verh.Verm./Annäher.1“ und „Gesamtzeit/Tag“ aus den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	111,840	1,265	,263
Verh.Verm./Annäher.1	1	106,180	7,251	,008
Gesamtzeit/Tag	1	275,175	,198	,657
Verm./Annäh.1 * Gesamtzeit/Tag	1	276,127	,564	,453

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie im zuvor beschriebenen Fall zeigt sich ein signifikanter Einfluss der Motivationsvariablen, $F(1, 106.18)$, $p < .05$, während die Therapiezeit wie die Interaktion der beiden Variabeln keine signifikante Wirkung mehr zu haben scheint.

Die Schätzung der festen Parameter deutet wiederum auf eine erwartungsgemäße Effektrichtung von „Verh.Verm./Annäher.1“ hin:

Tabelle 38: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 37.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	-0,951	0,846	111,840	-1,125	0,263	-2,628	0,725
Verh.Verm./Annäher.1	2,039	0,757	106,180	2,693	0,008	0,538	3,539
Gesamtzeit/Tag	0,002	0,005	275,175	0,445	0,657	-0,007	0,012
Verm./Annäh.1 * Gesamtzeit/Tag	-0,003	0,004	276,127	-0,751	0,453	-0,011	0,005

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wird also der Quotient aus Vermeidungsmotivation und Annäherungsmotivation bei der ersten Messung der Patienten größer (mehr Vermeidungsmotivation in Relation zu weniger Annährungsmotivation), so steigt auch die psychosomatische Symptomlast im Allgemeinen an. Hypothese 3a) findet somit Unterstützung durch die Ergebnisse.

4.4.2 Hypothese 3b)

Zur Untersuchung der Interaktionshypothese zwischen der Therapiezeit und den motivationalen Schemata wurden verschiedene gemischte Modelle berechnet, die den Interaktionstermen aus motivationalen und therapiezeitbezogenen Variablen besondere Aufmerksamkeit widmeten. Moderierende Effekte motivationaler Schemata sollten als signifikante Interaktionen zutage treten. Wie im letzten Abschnitt schon gezeigt, erwies sich die Interaktion von „Gesamtzeit/Tag“ und „Vermeid.1“ als nicht signifikant, ebenso wenig wie die Interaktion aus „Verm./Annäh.1“ und „Gesamtzeit/Tag“. Auf globaler Ebene findet sich somit keine Unterstützung der Moderatorhypothese. Betrachtet man jedoch die Ebene der thematischen Therapiezusammenfassungen, zeigen sich Hinweise eines moderierenden Effektes:

Tabelle 39: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Verm./Annäh.1“, „Nonverb.Gruppen/Tag“ und „Soziother./Tag“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	107,176	3,469	,065
Verm./Annäh.1	1	103,716	12,304	,001
Nonverb.Gruppen/Tag	1	226,003	,390	,533
Soziother./Tag	1	250,417	3,892	,050
Verm./Annäh.1 * Nonverb.Gruppen/Tag	1	222,046	,147	,702
Verm./Annäh.1 * Soziother./Tag	1	249,793	5,333	,022

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Obige Tabelle zeigt ein gemischtes Modell zur gemeinsamen Untersuchung von „Verm./Annäh.1“, „Nonverb.Gruppen/Tag“ und „Soziother./Tag“. Die motivationale Variable erreicht, wie auch in den zuvor gezeigten Modellen, signifikantes Niveau, $F(1, 103.72) =$

12.30, $p < .05$. Der Effekt der Soziotherapien liegt auf der Signifikanzgrenze, $F(1, 226.0) = .39$, $p = .05$. Ebenfalls signifikant stellt sich die Interaktion aus „Verm./Annäh.1“ und „Soziother./Tag“ dar, $F(1, 249.79) = 5.33$, $p < .05$. Dieses Ergebnis spricht somit für die moderierende Funktion der motivationalen Variablen in diesem Modell. Die Parameterschätzungen führen zu folgenden Werten:

Tabelle 40: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 39.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	-1,542	0,828	107,176	-1,862	0,065	-3,184	0,099
Verh.Verm./Annäher/1	2,615	0,745	103,716	3,508	0,001	1,136	4,093
Nonverb.Gruppen/Tag	-0,006	0,010	226,003	-0,625	0,533	-0,027	0,014
Soziother./Tag	0,024	0,012	250,417	1,973	0,050	0,000	0,047
Verm./Annäh.1 * Nonverb.Gruppen/Tag	0,004	0,009	222,046	0,383	0,702	-0,015	0,022
Verm./Annäh.1 * Soziother./Tag	-0,024	0,011	249,793	-2,309	0,022	-0,045	-0,004

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Da die beiden signifikanten Haupteffekte auch eine signifikante Interaktion untereinander aufweisen, wird auf die isolierte Interpretation der Haupteffekte verzichtet.

Die graphische Interaktionsdarstellung dieses Modells erfolgt in der nächsten Abbildung:

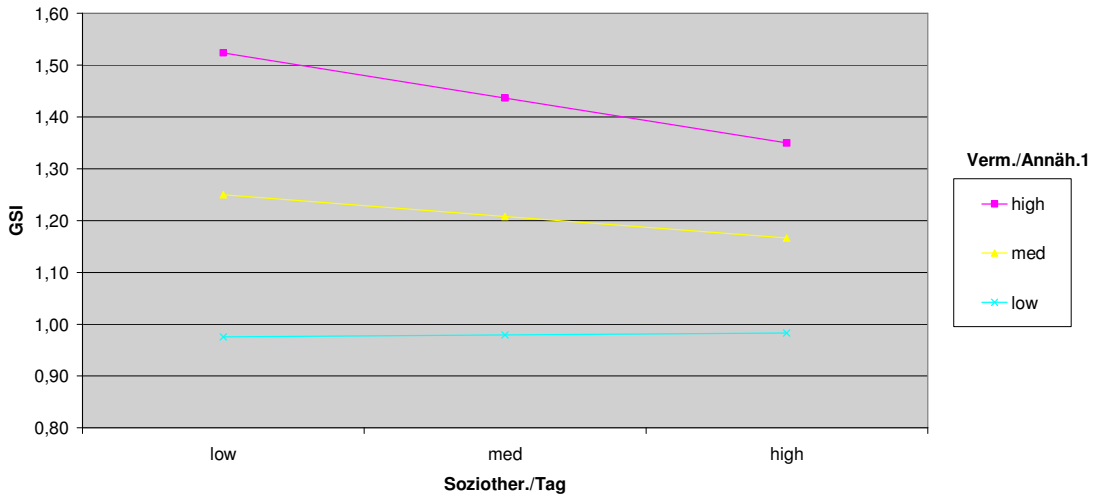


Abbildung 11: Interaktion aus „Soziother./Tag“ und „Verm./Annäh.1“.

Die Abbildung deutet darauf hin, dass Patienten mit unterschiedlich stark ausgeprägter relativer Vermeidungsmotivation in unterschiedlichem Maße von Soziotherapie profitieren können. Entgegen des vorhergesagten Zusammenhangs zeigt sich diese Wirkung jedoch in der Richtung, dass Patienten mit einem *höheren* Vermeidungs-Annäherungsquotienten *mehr*

(relativen) Gewinn aus einer intensiveren soziotherapeutischen Zuwendung ziehen können. Patienten mit geringer ausgeprägtem Vermeidungs-Annäherungsmotivationsverhältnis profitieren nicht in gleicher Weise von einer Steigerung der Soziotherapie. Bei ihnen scheint eine Steigerung der Zeit in Soziotherapien kaum Auswirkungen zu haben. Allerdings befindet sich der Beschwerdelevel dieser Gruppe auf einem wesentlich geringeren Ausgangsniveau, was somit für die zentrale – *ungünstige* – Bedeutung eines erhöhten Verhältnisses aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation spricht.

Dasselbe Modell wurde im Folgenden nochmals berechnet, unter Verwendung der Vermeidungsmotivation anstelle des Verhältnisses aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation. Die Ergebnisse entsprechen im Wesentlichen denen des vorherigen Modells:

Tabelle 41: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Vermeid.1", „Nonverb.Gruppen/Tag" und" Soziother./Tag" auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	130,907	3,180	,077
Vermeid.1	1	129,920	10,534	,001
Nonverb.Gruppen/Tag	1	188,296	3,417	,066
Soziother./Tag	1	258,491	5,232	,023
Vermeid.1 * Nonverb.Gruppen/Tag	1	187,414	2,720	,101
Vermeid.1 * Soziother./Tag	1	263,541	6,543	,011

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wieder erweist sich der Haupteffekt der motivationalen Variablen als signifikant, $F(1, 129.9) = 10.53$, $p < .05$. Ebenfalls signifikant zeigen sich die Variablen „Soziother./Tag", $F(1, 258.49) = 5.23$, $p < .05$ sowie die Interaktion dieser beiden Variablen, $F(1, 263.54) = 6.54$, $p < .05$. Die Parameterschätzung des Modells zeigt, dass die Effektrichtungen denen des vorhergehenden Modells entsprechen:

Tabelle 42: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 41.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	-1,659	0,930	130,907	-1,783	0,077	-3,499	0,181
Vermeid.1	0,788	0,243	129,920	3,246	0,001	0,308	1,268
Nonverb.Gruppen/Tag	-0,021	0,011	188,296	-1,848	0,066	-0,043	0,001
Soziother./Tag	0,033	0,014	258,491	2,287	0,023	0,005	0,062
Vermeid.1 * Nonverb.Gruppen/Tag	0,005	0,003	187,414	1,649	0,101	-0,001	0,011
Vermeid.1 * Soziother./Tag	-0,010	0,004	263,541	-2,558	0,011	-0,017	-0,002

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wieder soll lediglich die Interaktion der Haupteffekte interpretiert werden. Sie ist in folgender Graphik dargestellt:

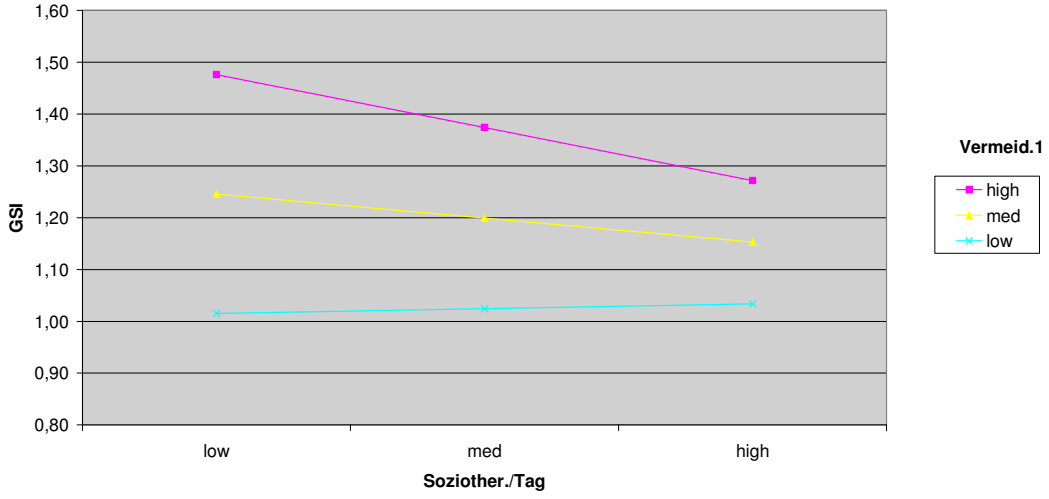


Abbildung 12: Interaktion aus Soziother./Tag und Vermeid.1.

Die Abbildung ähnelt der Interaktionsdarstellung der Variablen „Soziother./Tag“ und „Verm./Annäh.1“ im zuletzt berechneten Modell. Wieder lässt sich festhalten, dass Patienten mit einer höheren Vermeidungsmotivation offenbar stärker von mehr Soziotherapie profitieren können. Sie zeichnen sich durch ein generell höheres Symptomniveau aus als weniger vermeidende Patienten, die nach dieser Darstellung weniger Nutzen aus einem Anstieg der Soziotherapiedosis ziehen können.

Hypothese 3b) kann angesichts der dargestellten Modelle als nur teilweise gestützt betrachtet werden. Eine moderierende Wirkung von „Vermeid.1“ und „Verm./Annäh.1“ konnte für einige Modelle gezeigt werden. Der interaktionelle Zusammenhang stellt sich aber entgegen der Vorhersage so dar, dass Patienten mit höherer (relativer) Vermeidungsmotivation *mehr* Gewinn aus dem Anstieg der Therapiezeiten ziehen können, wenn auch auf allgemein höherem Symptomniveau.

4.4.3 Hypothese 3c)

Zur Überprüfung der Hypothese, dass die Prä-Post-Differenzen aus FAMOS und SCL-90-R miteinander zusammenhängen, wurden bivariate Korrelationen berechnet. Zunächst wurden die Prä-Post-Differenzen über alle Diagnosegruppen gemeinsam korreliert. Da der FAMOS nur zu Beginn und am Ende der Behandlung ausgegeben wurde, die SCL-90-R aber in wö-

chentlichem Abstand, wurde deren Prä-Post-Differenz durch Rückgriff auf den ersten bzw. letzten ausgefüllten Fragebogen berechnet. Für den FAMOS zeigte sich ein erhebliches Ausmaß an fehlenden Messwerten, wie ***Tabelle 43*** zeigt. Der hohe Missing-Data-Anteil beim FAMOS (nur 32 Fälle im Vergleich zu 67 bei der SCL-90-R) lässt sich damit erklären, dass sich beim FAMOS ein einmaliges Nichtausfüllen des Fragebogens letztlich im Ausfall der Person aus diesem Teil der Studie niederschlug, da nur zwei Messzeitpunkte vorgesehen waren. Vereinzelte Ausfälle bei der SCL-90-R erlaubten hingegen dennoch in den meisten Fällen die Berechnung einer Prä-Post-Differenz, da, wenn beispielsweise der letzte Fragebogen nicht ausgefüllt wurde, der vorletzte für diese Berechnung herangezogen wurde. Dieses Vorgehen stellt somit streng genommen lediglich eine Annäherung an die Prä-Post-Differenz dar, da z. B. der Zeitpunkt „Post“ im Einzelfall mehrere Wochen vor Abreise liegen kann. Diese Ergebnisse unterliegen somit gewissen Einschränkungen.

Tabelle 43: Korrelation nach Pearson: Prä-Post Differenzen aus Vermeidungsmotivation und GSI, alle Diagnosen.

		GSIDiffPräPost	VermeidPrä-Post
GSIDiffPräPost	Korrelation nach Pearson	1	,300*
	Signifikanz (1-seitig)		,048
	N	67	32

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (1-seitig) signifikant.

Die Korrelation der beiden Prä-Post-Differenzen über alle Diagnosegruppen beträgt r = .30 und erreicht damit signifikantes Niveau, $p < .05$.

Betrachtet man die in der nächsten Tabelle gezeigten Korrelationen getrennt nach Diagnosegruppen, so zeigt sich, dass das Zusammenhangsmaß für Patienten mit Diagnosen des ICD-10-Kapitels F 3 (affektive Störungen) bei r = .43 liegt, was jedoch auf Grund der reduzierten Stichprobe kein signifikantes Ergebnis mehr darstellt.

Tabelle 44: Korrelation nach Pearson: Prä-Post-Differenzen aus Vermeidungsmotivation und GSI, Diagnosegruppe ICD-10, F 3.

		GSIDiffPräPost	VermeidPrä-Post
GSIDiffPräPost	Korrelation nach Pearson	1	,425
	Signifikanz (1-seitig)		,074
	N	31	13

Für die Gruppe der Patienten mit F4-Diagnosen nach ICD-10 (neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) wird eine Korrelation von $r = .64$ berechnet, was angesichts der, auch hinsichtlich der GSI-Werte noch stärker reduzierten Stichprobe ebenfalls kein signifikantes Niveau darstellt.

Tabelle 45: Korrelation nach Pearson: Prä-Post-Differenzen aus Vermeidungsmotivation und GSI, Diagnosegruppe F 4.

		GSIDiffPräPost	VermeidPrä-Post
GSIDiffPräPost	Korrelation nach Pearson	1	,643
	Signifikanz (1-seitig)		,084
	N	9	6

Hypothese 3c), der Versuch einer Replikation der Ergebnisse von Grawe (2004, vgl. ***Tabelle 5***, S. 28), kann somit nur sehr stark eingeschränkt aufrechterhalten werden. Ein Zusammenhang zwischen Symptomrückgang und Reduktion der Vermeidungsmotivation der Patienten kann aber angenommen werden.

4.5 Der Einfluss der Tageszielerreichung

4.5.1 Hypothese 4a)

Zur Überprüfung der Hypothese, dass eine größere Zufriedenheit mit den Tageszielen – gemessen mit der visuellen Analogskala – einen reduzierenden Einfluss auf die psychosomatische Symptomlast hat, wurden gemischte Modelle berechnet, die die Variable des Tageszielratings der Patienten (*VisAnRatingPat*) als unabhängige Variable integrierten. Diese wurde jeweils gemeinsam mit verschiedenen Zeitvariablen in einem Modell untersucht.

Tabelle 46: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „VisAnRatingPat“ und „Gesamtzeit/Tagauf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	200,069	16,247	,000
VisAnRatingPat	1	171,611	,023	,879
Gesamtzeit/Tag	1	180,199	,346	,557
VisAnRatingPat * Gesamtzeit/Tag	1	175,531	,007	,935

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 46 zeigt eine Modellrechnung mit der globalen Zeitvariablen „Gesamtzeit/Tag“. Keine der Variablen erreicht signifikantes Niveau. Auf dieser Ebene betrachtet, scheint sich also kein Effekt des Tageszielratings in prädiktiver Weise bemerkbar zu machen.

Als nächstes wurden Modelle untersucht, die thematisch gruppierte Therapiezeitvariablen gemeinsam mit „VisAnRatingPat“ analysieren.

Tabelle 47: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „VisAnRatingPat“ und „Einzelkontakt/Tag“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	203,257	43,302	,000
VisAnRatingPat	1	174,893	2,226	,137
Einzelkontakt/Tag	1	168,980	1,305	,255
VisAnRatingPat * Einzelkontakt/Tag	1	166,594	1,656	,200

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Zunächst wurde die Modellkombination von „VisAnRatingPat“ und „Einzelkontakt/Tag“ betrachtet. Auch hier zeigt sich kein signifikanter Effekt einer beteiligten Variablen.

Dieselbe Prozedur wurde im Folgenden unter Verwendung verschiedener gruppierter und nicht gruppierter Zeitvariablen jeweils in Kombination mit „VisAnRatingPat“ durchgeführt. In keinem der Modelle zeigte sich ein signifikanter Effekt der Variablen „VisAnRatingPat“. Auf die Darstellung dieser Ergebnisse wird hier verzichtet. Hypothese 4a) kann somit nicht aufrechterhalten werden. Das Tageszielrating der Patienten auf der visuellen Analogskala scheint also keinen relevanten Vorhersagewert für die psychosomatische Symptomlast zu besitzen.

4.5.2 Hypothese 4b)

Hypothese 4b) betrifft die Variable „VisAnRatingPat“ in ihrer Eigenschaft als abhängige Variable. Zu ihrer Untersuchung wurden gemischte Modelle berechnet, welche die Einflüsse verschiedener Therapiezeitvariablen auf die Zufriedenheit mit der Tageszielerreichung analysieren.

Wie bei der Untersuchung der bisherigen Hypothesen wurde zunächst der Zusammenhang auf der Ebene der Globalvariablen „Gesamtzeit/Tag“ betrachtet.

Tabelle 48: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses von „Gesamtzeit/Tag“ auf das „VisAnRating-Pat“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	266,780	352,102	,000
Gesamtzeit/Tag	1	322,751	,510	,476

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Wie ***Tabelle 48*** zeigt, kann auf dieser Betrachtungsebene kein Effekt der Zeitvariablen auf die abhängige Variable „VisAnRatingPat“ nachgewiesen werden.

Eine Analyse auf Ebene gruppierter Therapiezeitvariablen wurde im folgenden Modell durchgeführt:

Tabelle 49: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt/Tag“, „Verb.Gruppen/Tag“ und „ Nonverb.Gruppen/Tag“ auf das „VisAnRatingPat“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	261,730	421,534	,000
Einzelkontakt/Tag	1	312,219	1,205	,273
Verb.Gruppen/Tag	1	294,294	1,189	,276
Nonverb.Gruppen/Tag	1	304,728	,012	,913

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Auch die Variablen „Einzelkontakt/Tag“, „Verb.Gruppen/Tag“ und „Non-verb.Gruppen/Tag“ erweisen sich als nicht signifikant in ihrer Wirkung auf das „VisAnRatingPat“.

Im nächsten Modell wurden weitere gruppierte Therapiezeitvariablen betrachtet:

Tabelle 50: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Soziother./Tag“, „Physio./Tag“ und „Sonstige/Tag“ auf das „VisAnRatingPat“ unter Berücksichtigung des Geschlechtes.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	285,471	373,796	,000
Geschlecht	1	65,633	8,441	,005
Soziother./Tag	1	310,920	1,302	,255
Physio./Tag	1	275,293	,307	,580
Sonstige/Tag	1	322,408	,203	,653
Sonstige/Tag(Geschlecht)	1	320,221	4,849	,028
Soziother./Tag * Physio./Tag	1	266,363	1,302	,255

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Wie ***Tabelle 50*** zeigt, findet sich in der Modellkombination „Soziother./Tag“, „Physio./Tag“ und „Sonstige/Tag“ erstmals ein signifikanter Geschlechtseffekt wieder, $F(1, 65.63) = 8.44$, $p < .05$ sowie eine signifikante Interaktion des Geschlechts mit der Variablengruppe „Sonstige/Tag“, $F(1, 320.22) = 4.85$, $p < .05$. Die Parameterschätzung des Modells ergibt:

Tabelle 51: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 50.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	63,818	3,989	206,575	15,997	0,000	55,953	71,683
[Geschlecht=1]	11,230	3,865	65,633	2,905	0,005	3,512	18,948
[Geschlecht=2]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
Soziother./Tag	-0,091	0,080	310,920	-1,141	0,255	-0,249	0,066
Physio./Tag	-0,461	0,831	275,293	-0,554	0,580	-2,097	1,175
Sonstige/Tag	0,244	0,160	302,279	1,519	0,130	-0,072	0,560
Sonstige/Tag ([Geschlecht=1])	-0,404	0,184	320,221	-2,202	0,028	-0,766	-0,043
Sonstige/Tag ([Geschlecht=2])	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
Soziother./Tag * Physio./Tag	0,021	0,018	266,363	1,141	0,255	-0,015	0,057

a Dieser redundante Parameter wird auf null gesetzt.
Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Zur Darstellung der Interaktion aus „Geschlecht“ und „Sonstige/Tag“ wurde eine Graphik aus den Parameterschätzungen erstellt, die in folgender Abbildung dargestellt ist:

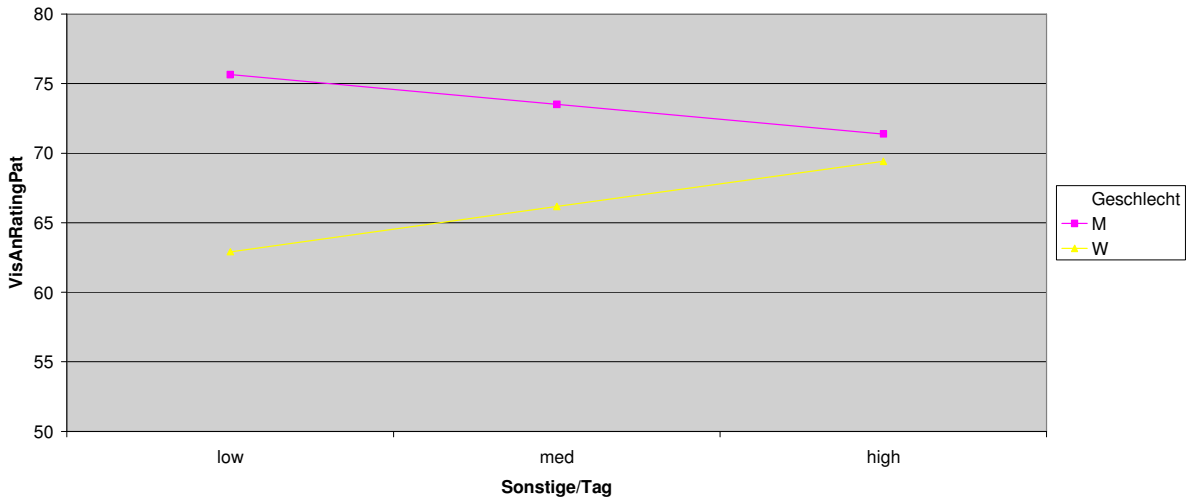


Abbildung 13: Interaktion von Sonstige/Tag und Geschlecht.

Offenbar führt bei Frauen ein Anstieg der Therapien aus „Sonstige/Tag“ zu einer besseren Zufriedenheit mit den Tageszielen, während für Männer ein gegenteiliger Zusammenhang zu gelten scheint. Ihre Zufriedenheit lässt mit dem Therapiezeitanstieg nach.

Um diesen Zusammenhang näher zu betrachten, wurden Modelle berechnet, welche die unter der Sammelrubrik „Sonstige/Tag“ zusammengefassten Therapien getrennt betrachten. Zunächst wurde die Arbeitstherapie (*Arbeit/Tag*) analysiert:

Tabelle 52: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Arbeit/Tag“ und „Geschlecht“ auf das „VisAnRatingPat“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	45,491	1350,905	,000
Geschlecht	1	45,491	4,580	,038
Arbeit/Tag	1	218,391	5,238	,023
Arbeit/Tag(Geschlecht)	1	218,391	7,324	,007

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Erneut zeigt sich sowohl ein signifikanter Haupteffekt der Therapiezeitvariablen, $F(1, 218.39) = 5.24$, $p < .05$; des Geschlechts, $F(1, 45.49) = 4.6$, $p < .05$ sowie der Interaktion der beiden Variablen, $F(1, 218.39) = 7.32$, $p < .05$.

Tabelle 53: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 52.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	62,970	2,513	45,420	25,056	0,000	57,910	68,031
[Geschlecht=1]	7,786	3,638	45,491	2,140	0,038	0,460	15,112
[Geschlecht=2]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
Arbeit/Tag	1,077	0,419	219,352	2,569	0,011	0,251	1,903
Arbeit/Tag([Geschlecht=1])	-1,167	0,431	218,391	-2,706	0,007	-2,017	-0,317
Arbeit/Tag([Geschlecht=2])	0(a)	0,000	.	.	.	.	.

a Dieser redundante Parameter wird auf null gesetzt.
Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Die mithilfe obiger Parameterschätzung gewonnene Interaktionsdarstellung erfolgt in der nächsten Graphik:

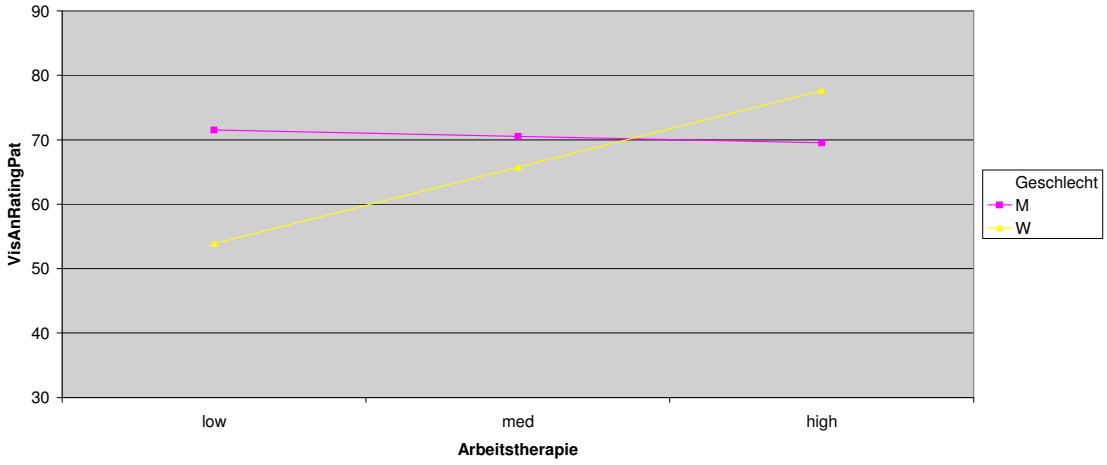


Abbildung 14: Interaktion der Variablen der „Arbeitstherapie“ und des „Geschlechts“.

Während Frauen in ihrer Tageszielbeurteilung offenbar zufriedener werden, wenn sich ihre Zeit in Arbeitstherapien erhöht, scheint dies für Männer nicht zuzutreffen. Ihre Zufriedenheit ändert sich kaum.

Weitere Modelle mit Einzelvariablen aus der Rubrik „Sonstige/Tag“ wurden berechnet. Es zeigten sich keine weiteren signifikanten Effekte.

Schließlich wurden Modelle bezüglich der unter der Rubrik „Nonverb.Gruppen/Tag“ zusammengefassten Variablen betrachtet. Ein signifikanter Einfluss einer Therapiezeitvariablen zeigte sich nur in einem der Fälle und zwar für die Bewegungstherapie (*Bew./Tag*):

Tabelle 54: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Bew./Tag“ auf das „VisAnRatingPat“ unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	56,507	1279,142	,000
Geschlecht	1	56,507	1,512	,224
Bew./Tag	1	289,768	2,766	,097
Bew./Tag(Geschlecht)	1	289,768	3,991	,047

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Wieder zeigt sich eine signifikante Interaktion der Therapiezeitvariablen (Bew./Tag) und des Geschlechtes, $F(1, 289.77) = 3.99$, $p < .05$. Folgende Parameterschätzungen wurden für das Modell ermittelt:

Tabelle 55: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 54.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	65,393	2,636	55,162	24,811	0,000	60,111	70,675
[Geschlecht=1]	4,656	3,787	56,507	1,230	0,224	-2,928	12,241
[Geschlecht=2]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
Bew./Tag	-0,807	0,336	296,253	-2,403	0,017	-1,468	-0,146
Bew./Tag ([Geschlecht=1])	0,881	0,441	289,768	1,998	0,047	0,013	1,748
Bew./Tag ([Geschlecht=2])	0(a)	0,000	.	.	.	.	.

a Dieser redundante Parameter wird auf null gesetzt.
Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Die Werte führen zur folgenden graphischen Darstellung der Interaktion:

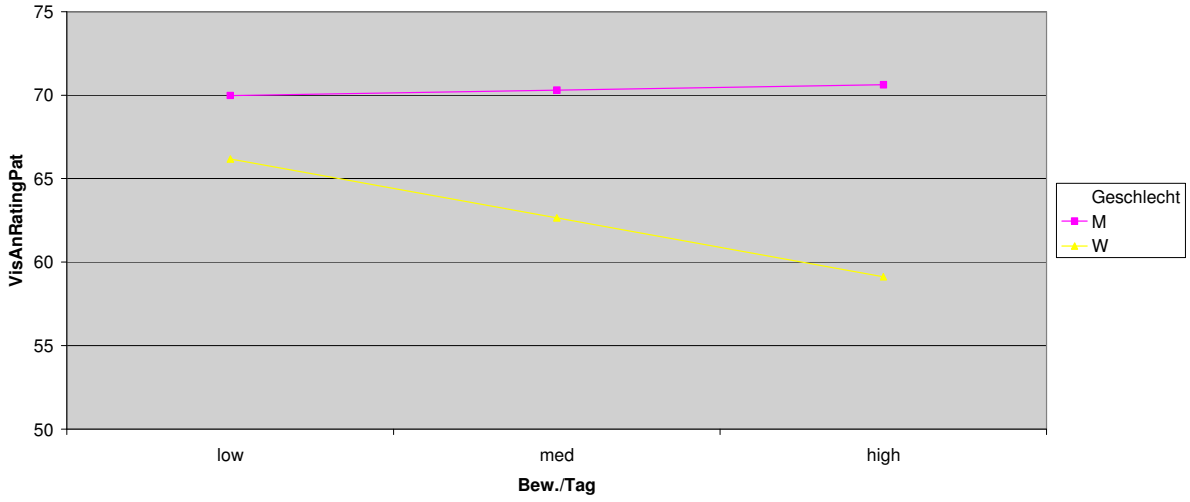


Abbildung 15: Interaktion von „Bew./Tag“ und „Geschlecht“.

Die Abbildung verdeutlicht, dass ein Anstieg der Bewegungstherapie-Zeit für Frauen offenbar zu einem Absinken der Zufriedenheit mit den Tageszielen führt, während Männer hingegen eine leichte Zufriedenheitssteigerung hierdurch erfahren.

Hypothese 4b) kann somit nur unter Einschränkungen aufrechterhalten werden. Die Variable „VisAnRatingPat“ als abhängige Variable konnte nur in einigen Modellen durch die Therapiezeitvariablen hinlänglich vorhergesagt werden. Generell kann nach der Datenlage nicht gesagt werden, dass mehr Therapie zu einem höheren Zufriedenheitsgrad mit den Tageszielen führt.

4.5.3 Hypothese 4c)

Um zu überprüfen, inwiefern das Selbsteinschätzungsmaß „VisAnRatingPat“ mit dem Fremdeinschätzungsmaß „TZRatingVL“ übereinstimmt, wurde ein gemischtes Modell berechnet mit „TZRatingVL“ als unabhängige Variable und „VisAnRatingPat“ als abhängige Variable:

Tabelle 56: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses von „TZRatingVL“ auf das „VisAnRatingPat“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	250,660	229,853	,000
TZRatingVL	1	306,793	54,098	,000

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Der Effekt von „TZRatingVL“ erweist sich, wie aus obiger Tabelle ersichtlich, als hochsignifikant in seiner Vorhersagekraft auf „VisAnRatingPat“, $F(1, 306, 79) = 54.1$, $p < .05$. Die Parameterschätzung in folgender Tabelle zeigt, dass der Effekt in der erwarteten Richtung auftritt:

Tabelle 57: Schätzung der festen Effekt des Modells aus Tabelle 56.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	47,407	3,127	250,660	15,161	0,000	41,249	53,565
TZRatingVL	9,063	1,232	306,793	7,355	0,000	6,639	11,488

Abhängige Variable: VisAnRatingPat.

Aufgrund des positiven Vorzeichens des Effekts von „TZRatingVL“ kann angenommen werden, dass beide Werte miteinander steigen bzw. fallen. Der erste Teil von Hypothese 4c) kann somit durch die Daten unterstützt werden. Selbst- und Fremdeinschätzung der Tageszielerreichung decken sich offenbar stark.

Der zweite Teil von Hypothese 4c) orientiert sich an den Hypothesen 4a) und 4b), wobei anstelle der Selbsteinschätzungsvariablen „VisAnRatingPat“ die Fremdeinschätzung durch den Versuchsleiter „TZRatingVL“ im Vordergrund steht. Zunächst wurde die Variable „TZRatingVL“ als unabhängige Variable untersucht. Analog zum bisherigen Vorgehen wurde die Analyse mit einem Modell begonnen, welches eine gemeinsame Betrachtung mit der globalen Zeitvariablen „Gesamtzeit/Tag“ ermöglicht.

Tabelle 58: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“ und „TZRatingVL“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	281,777	32,100	,000
TZRatingVL	1	232,956	,038	,846
Gesamtzeit/Tag	1	236,595	1,138	,287
TZRatingVL * Gesamtzeit/Tag	1	229,911	,087	,768

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 58 zeigt, dass auf dieser Betrachtungsebene keine signifikante Wirkung von einer der Variablen oder deren Interaktion ausgeht. Die Analyse wurde auf Ebene der gruppierten Therapiezeitvariablen fortgeführt. Zunächst wurden die Einzelkontakte in die Berechnung mit aufgenommen.

Tabelle 59: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt/Tag“ und „TZRatingVL“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	151,654	84,065	,000
TZRatingVL	1	238,591	3,471	,064
Einzelkontakt/Tag	1	246,136	3,315	,070
TZRatingVL * Einzelkontakt/Tag	1	238,454	5,659	,018

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie aus ***Tabelle 59*** ersichtlich, verfehlen die Haupteffekte von „TZRatingVL“ und „Einzelkontakt/Tag“ nur knapp signifikantes Niveau. Ihre Interaktion liegt dagegen klar im signifikanten Bereich, $F(1, 238.45) = 5.66$, $p < .05$. Die Parameterschätzung des Modells führt zu folgenden Daten:

Tabelle 60: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 59.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	Konf. Interv. 95 % U.-Gr.
Konst. Term	1,217	0,133	151,654	9,169	0,000	0,955	1,479
TZRatingVL	-0,083	0,045	238,591	-1,863	0,064	-0,172	0,005
Einzelkontakt/Tag	-0,008	0,004	246,136	-1,821	0,070	-0,017	0,001
TZRatingVL * Einzelkontakt/Tag	0,005	0,002	238,454	2,379	0,018	0,001	0,010

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Unter Verwendung dieser Schätzungen wurde folgende Interaktionsgraphik erstellt:

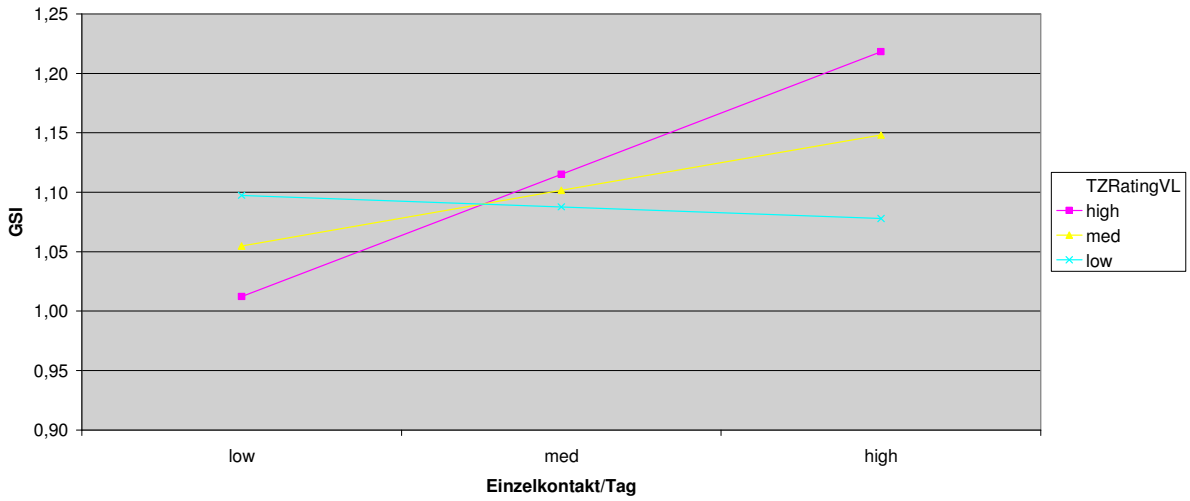


Abbildung 16: Interaktion von „Einzelkontakt/Tag“ und „TZRatingVL“.

Wie die Abbildung verdeutlicht, scheint die Wirkung von mehr Zeit in Einzelkontakten für Patienten, deren Tageszielerreichung vom Versuchsleiter unterschiedlich eingeschätzt wurde, stark zu variieren. Während Patienten mit hohem Wert auf der Variable „TZRatingVL“ offenbar eine größere Symptomlast tragen, wenn sie mehr Einzeltherapie erhalten, scheint für Patienten mit niedrigem „TZRatingVL“ das Gegenteil zuzutreffen. Ihr GSI-Wert nimmt bei Therapiedosissteigerung leicht ab. Damit liegt ein äußerst unerwartetes Ergebnis vor, das zu diskutieren sein wird.

Es wurden weitere gemischte Modelle unter Verwendung von „TZRatingVL“ und den thematisch gruppierten Therapiezeitvariablen als gemeinsame unabhängige Variablen berechnet. In keinem der Modelle traten signifikante Effekte auf.

Die Variable „TZRatingVL“ wurde im Anschluss als abhängige Variable untersucht. Wiederum wurde mit einer Analyse auf Ebene der globalen Therapiezeit begonnen.

Tabelle 61: Gemischtes Modell zur Untersuchung des Einflusses von „Gesamtzeit/Tag“ auf das „TZRatingVL“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	376,458	184,052	,000
Gesamtzeit/Tag	1	429,890	1,800	,180

Abhängige Variable: TZRatingVL.

Wie ***Tabelle 61*** zeigt, besteht auf dieser Ebene kein signifikanter Zusammenhang zwischen „Gesamtzeit/Tag“ und „TZRatingVL“.

Dem bisherigen Vorgehen entsprechend, wurden nach der Analyse auf globaler Therapiezeitebene, Modelle mit thematisch gruppierten Zeitvariablen berechnet. Begonnen wurde mit den Variablen „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“.

Tabelle 62: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“ auf das „TZRatingVL“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	360,057	244,645	,000
Einzelkontakt/Tag	1	427,829	5,703	,017
Verb.Gruppen/Tag	1	415,496	8,131	,005
Einzelkontakt/Tag * Verb.Gruppen/Tag	1	424,810	4,982	,026

Abhängige Variable: TZRatingVL.

Sowohl die beiden Haupteffekte als auch deren Interaktion erweisen sich als signifikant, wie in obiger Tabelle gezeigt wird, „Einzelkontakt/Tag“: $F(1, 427.83) = 5.70$, $p < .05$; „Verb.Gruppen/Tag“: $F(1, 415.5) = 8.13$, $p < .05$; Interaktion der Variablen: $F(1, 424.81) = 4.98$, $p < .05$. Die Parameterschätzung wird in ***Tabelle 63*** wiedergegeben:

Tabelle 63: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 62.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 %	
						O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	1,850	0,118	360,057	15,641	0,000	1,618	2,083
Einzelkontakt/Tag	0,007	0,003	427,829	2,388	0,017	0,001	0,013
Verb.Gruppen/Tag	0,022	0,008	415,496	2,851	0,005	0,007	0,037
Einzelkontakt/Tag * Verb.Gruppen/Tag	-0,001	0,000	424,810	-2,232	0,026	-0,001	0,000

Abhängige Variable: TZRatingVL.

Die Werte ermöglichen die Erstellung der Interaktionsgraphik:

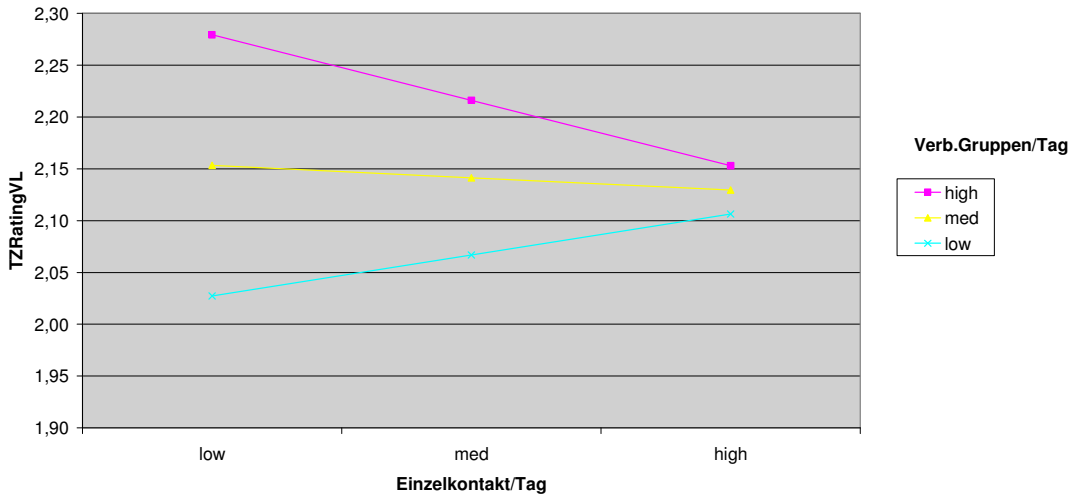


Abbildung 17: Interaktion von „Einzelkontakt/Tag“ und „Verb.Gruppen/Tag“.

Wie aus obiger Darstellung ersichtlich, scheint sich die Zeitdauer in Einzelkontakten auf Patienten, die viel bzw. wenig verbale Gruppentherapien erhalten, unterschiedlich auszuwirken. Während Patienten, die wenig Zeit in verbalen Gruppentherapien verbringen, offensichtlich eher besser im Tageszielrating durch den Versuchsleiter abschneiden, wenn ihre Zeitdauer in Einzelkontakten steigt, verhält sich dies für Patienten mit hohen Werten bei „Verb.Gruppen/Tag“ umgekehrt. Erhöht sich ihre Dosis an Einzeltherapie, fällt das Rating ihrer Tagesziele schlechter aus. Auch dieses Ergebnis verhält sich entgegen der Erwartungen und bedarf einer kritischen Betrachtung in der Diskussion.

Um die unerwarteten Ergebnisse des letzten gemischten Modells weiter zu untersuchen, wurden zwei der unter der Variablen „Einzelkontakt/Tag“ zusammengefassten Therapien in eine Modellberechnung aufgenommen, die Einzelkontakte im Rahmen der Kunsttherapie (*KunstEinzel/Tag*) und die Einzelkontakte im Rahmen der Musiktherapie (*MusikEinzel/Tag*).

Tabelle 64: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „KunstEinzel/Tag“ und „MusikEinzel/Tag“ auf das „TZRatingVL“.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	56,878	1432,114	,000
KunstEinzel/Tag	1	395,998	4,921	,027
MusikEinzel/Tag	1	430,532	,660	,417

Abhängige Variable: TZRatingVL.

Die Berechnung offenbart einen signifikanten Effekt von „KunstEinzel/Tag“, $F(1, 396.0) = 4.92$, $p < .05$. Die Parameterschätzung des Modells folgt in untenstehender Tabelle:

Tabelle 65: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 64.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	Konf. Interv. 95 % U.-Gr.
Konst. Term	2,127	0,056	56,878	37,843	0,000	2,015	2,240
KunstEinzel/Tag	0,028	0,013	395,998	2,218	0,027	0,003	0,053
MusikEinzel/Tag	0,013	0,016	430,532	0,812	0,417	-0,019	0,046

Abhängige Variable: TZRatingVL.

Anhand des positiven Effekts von „KunstEinzel/Tag“ lässt sich schließen, dass dies Variable gemeinsam mit der AV steigt bzw. fällt, was den Erwartungen entspricht. Mehr kunsttherapeutischer Einzelkontakt wäre demnach mit einer besseren Bewertung der Tageszielumsetzung durch den Versuchsleiter verbunden.

Entsprechende Berechnungen wurden für alle Therapien durchgeführt, die unter der Variablen „Einzelkontakt/Tag“ zusammengefasst sind. Es traten hierbei keine weiteren signifikanten Effekte auf.

Bezüglich der Beurteilung von Hypothese 4c) kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Selbst- und Fremdeinschätzung der Tageszielratings einerseits stark zusammenhängen, wenn nur das Ausmaß ihrer Übereinstimmung betrachtet wird. Andererseits führt der Einsatz der beiden Maße als abhängige und unabhängige Variable im Kontext verschiedener Therapiezeitvariablen zu stark unterschiedlichen Ergebnissen, die teilweise schwer interpretierbar ausfallen.

4.6 Explorative Datenbetrachtung – Die Bedeutung der OPD-Konflikte

Die explorative Betrachtung der gesammelten Daten befasst sich mit den Ergebnissen der OPD-Konflikt-Diagnostik.

Für die folgenden Berechnungen gemischter Modelle wurde die Varianzstruktur *AR(1)* (autoregressiv erster Ordnung) gewählt, da das Akaike-Kriterium dieser Struktur für diesen Datenbereich ein günstigeres „Goodness-Of-Fit“ attestiert.

Im ersten Abschnitt steht der Modus (aktiv/passiv, vgl. Kap. 3.4.4.1) des ersten der beiden diagnostizierten Konflikte im Vordergrund. Entsprechend der Grundfrage dieser Arbeit wurde auch diese Variable im Zusammenhang mit den verschiedenen Therapiezeitvariablen betrachtet. Wiederum wurde mit einer Analyse auf Ebene der Gesamttherapiezeit begonnen:

Tabelle 66: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Gesamtzeit/Tag“, „Modus“ und „Geschlecht“ auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	39,752	95,807	,000
Geschlecht	1	17,877	12,300	,003
Modus	1	17,882	1,103	,308
Gesamtzeit/Tag	1	106,176	10,432	,002
Geschlecht * Modus	1	17,863	5,585	,030

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Tabelle 66 zeigt eine signifikante Wirkung der Variablen „Geschlecht“, $F(1, 17.89) = 12.3$, $p < .05$ und „Gesamtzeit/Tag“, $F(1, 106.18) = 10.43$, $p < .05$ sowie eine signifikante Interaktion zwischen „Modus“ und „Geschlecht“, $F(1, 17.86) = 5.59$, $p < .05$.

In der folgenden Tabelle finden sich die Parameterschätzungen des Modells:

Tabelle 67: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 66.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	2,273	0,282	21,643	8,061	0,000	1,688	2,858
[Geschlecht=1]	-1,407	0,385	18,477	-3,657	0,002	-2,214	-0,600
[Geschlecht=2]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
[Modus=1,00]	-0,818	0,337	17,563	-2,431	0,026	-1,527	-0,110
[Modus=2,00]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
Gesamtzeit/Tag	-0,003	0,001	106,176	-3,230	0,002	-0,004	-0,001
[Geschlecht=1] * [Modus=1,00]	1,133	0,479	17,863	2,363	0,030	0,125	2,141
[Geschlecht=1] * [Modus=2,00]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
[Geschlecht=2] * [Modus=1,00]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
[Geschlecht=2] * [Modus=2,00]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.

a Dieser redundante Parameter wird auf null gesetzt.
Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie in verschiedenen anderen bereits berechneten Modellen findet sich auch hier ein negativer Effekt der Variablen Gesamtzeit/Tag, was auf deren symptomlast-senkenden Einfluss hindeutet. Der Interaktionseffekt wird in folgender Graphik dargestellt:

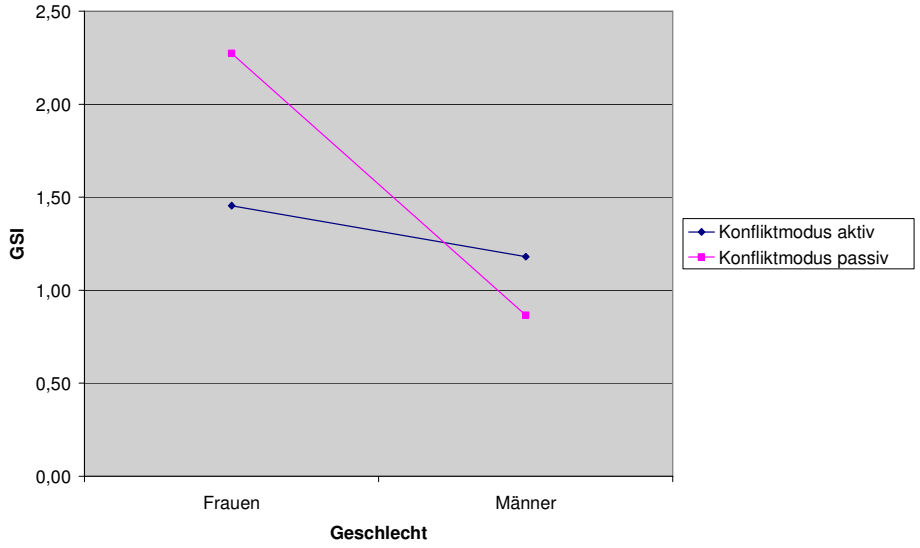


Abbildung 18: Interaktion von Geschlecht und Modus.

Wie aus obiger Abbildung ersichtlich, scheint der Konfliktmodus für Männer eine andere Bedeutung zu besitzen als für Frauen. Während männliche Patienten eher bei passivem Modus eine Symptomerleichterung erfahren, profitieren Patientinnen offenbar von einem aktiven Modus.

Im nachfolgenden Modell wurde der Typus des diagnostizierten OPD-Konfliktes (*Konflikt1*) als Variable mit aufgenommen.

Tabelle 68: Gemischtes Modell zur Untersuchung der Einflüsse von „Geschlecht", „Konflikt1" und „Gesamtzeit/Tag" auf den GSI.

Quelle	Zähler-df	Nenner-df	F-Wert	Signifikanz
Konst. Term	1	22,236	82,378	,000
Geschlecht	1	11,770	8,654	,013
Konflikt1	3	11,538	4,519	,025
Gesamtzeit/Tag	1	104,889	10,492	,002

Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie in ***Tabelle 68*** dargestellt, erweisen sich alle am Modell beteiligten Variablen als signifikant: Geschlecht: $F(1, 11.78) = 8.65$, $p < .05$; Konflikt1: $F(3, 11.54) = 4.5$, $p < .05$; Gesamtzeit/Tag: $F(1, 104.89) = 10.5$, $p < .05$.

Die Parameterschätzung in folgender Tabelle erlaubt die Interpretation der Effekte:

Tabelle 69: Schätzung der festen Parameter des Modells aus Tabelle 68.

Parameter	Schätzung	SE	df	T-Statistik	Signifikanz	Konf. Interv. 95 % O.-Gr.	U.-Gr.
Konst. Term	2,255	0,421	11,327	5,351	0,000	1,331	3,179
[Geschlecht=1]	-0,710	0,241	11,770	-2,942	0,013	-1,238	-0,183
[Geschlecht=2]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
[Konflikt1=1]	-0,729	0,475	10,653	-1,534	0,154	-1,779	0,321
[Konflikt1=2]	-0,913	0,476	11,018	-1,920	0,081	-1,960	0,134
[Konflikt1=3]	0,026	0,480	10,799	0,054	0,958	-1,032	1,084
[Konflikt1=4]	0(a)	0,000	.	.	.	.	.
Gesamtzeit/Tag	-0,003	0,001	104,889	-3,239	0,002	-0,005	-0,001

a Dieser redundante Parameter wird auf null gesetzt.
Abhängige Variable: Global Severity Index.

Wie in obiger Tabelle gezeigt wird, kommt in diesem Modell dem Faktor „Geschlecht=1" (männlich) eine deutlich vermindernde Wirkung auf die AV der Symptomlast zu. Die Betrachtung der Konflikte zeigt für den Faktor „Konflikt1=2" (Versorgung-vs.-Autarkie) die größte negative Schätzung. Dieser Konflikt sollte also mit vergleichsweise niedrigem psychosomatischem Symptomniveau verbunden sein. Die „Gesamtzeit/Tag" zeigt, wie bereits mehrfach festgestellt, auch in diesem Modell einen negativen und damit symptomreduzierenden Effekt. Zur adäquaten Einordnung der Effekte von „Konflikt", „Modus" und „Geschlecht" wurde die bereits in Kapitel 4.1.6 präsentierte ***Tabelle 17*** (S. 98) der deskriptiven Statistik der ersten beiden Variablen zu einer Kreuztabelle aller drei Parameter erweitert:

Tabelle 70: Kreuztabelle von „Konflikt“, „Modus“ und „Geschlecht“.

Geschl.				Modus		Gesamt
				Aktiv	Passiv	
männlich	Konflikt	Autonomie-vs.-Abhängigkeit	Anzahl	2	2	4
			% v. Konflikt	50,0 %	50,0 %	100,0 %
			% v. Modus	40,0 %	66,7 %	50,0 %
		Versorgung-vs.-Autarkie	Anzahl	1	0	1
			% v. Konflikt	100,0 %	,0 %	100,0 %
			% v. Modus	20,0 %	,0 %	12,5 %
		Selbstwert-vs.-Objektwert	Anzahl	2	1	3
			% v. Konflikt	66,7 %	33,3 %	100,0 %
			% v. Modus	40,0 %	33,3 %	37,5 %
	Gesamt		Anzahl	5	3	8
			% v. Konflikt	62,5 %	37,5 %	100,0 %
			% v. Modus	100,0 %	100,0 %	100,0 %
weiblich	Konflikt	Autonomie-vs.-Abhängigkeit	Anzahl	2	0	2
			% v. Konflikt	100,0 %	,0 %	100,0 %
			% v. Modus	40,0 %	,0 %	25,0 %
		Versorgung-vs.-Autarkie	Anzahl	2	1	3
			% v. Konflikt	66,7 %	33,3 %	100,0 %
			% v. Modus	40,0 %	33,3 %	37,5 %
		Selbstwert-vs.-Objektwert	Anzahl	0	2	2
			% v. Konflikt	,0 %	100,0 %	100,0 %
			% v. Modus	,0 %	66,7 %	25,0 %
		Schuld	Anzahl	1	0	1
			% v. Konflikt	100,0 %	,0 %	100,0 %
			% v. Modus	20,0 %	,0 %	12,5 %
	Gesamt		Anzahl	5	3	8
			% v. Konflikt	62,5 %	37,5 %	100,0 %
			% v. Modus	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Die Darstellung offenbart die teilweise sehr kleine Personenzahl in den einzelnen Zellen der Tabelle. Bei beiden Geschlechtern überwiegen darüber hinaus aktive Konfliktmodi.

Schließlich wurde der Zusammenhang zwischen den OPD-Konflikten und einzelnen FAMOS-Skalen analysiert. Hintergrund dieser Betrachtung war die Frage, ob bestimmte Skalen des FAMOS möglicherweise Hinweise für die OPD-Diagnostik liefern könnten. Konkret wurde hierbei untersucht, ob sich a) der Konflikt Autonomie-Vs.-Abhängigkeit in den Unterskalen des FAMOS widerspiegelt. Dabei wurde vermutet, dass Patienten mit diesem Konflikt erhöhte Werte auf der Annäherungsskala „*Autonomie*“ und der Vermeidungsskala „*Abhängigkeit/Autonomieverlust*“, insofern der Konflikt im aktiven Modus vorliegt. Ferner wurden für Patienten mit der Konfliktdiagnose Versorgung-Vs.-Autarkie im aktiven Modus b) erhöhte Werte auf den FAMOS-Skalen „*Altruismus*“ (Annäherung) und „*Hilflosigkeit*“ (Vermeidung) erwartet. Schließlich wurde für den Konflikt Selbstwert-vs.-Objektwert im aktiven

Modus c) ein Zusammenhang mit erhöhten Werten der Skalen „*Anerkennung*“ (Annäherung) und „*Erniedrigung/Blamage*“ (Vermeidung) erwartet. Die FAMOS-Werte sind hierbei der Startmessung bei Beginn des stationären Aufenthaltes entnommen. Folgende Tabelle zeigt eine Zusammenstellung der diesbezüglichen Ergebnisse:

Tabelle 71: Mittelwerte, Minima und Maxima einzelner FAMOS-Skalen in Abhängigkeit der OPD-Konflikte und Modi.

FAMOS-Skala	OPD-Konflikte/Modi	N	Min.	Max.	SE	Mittelwert
Autonomie	Alle Patienten	58	2,50	5,00	0,654	4,138
Abhängig./Autonom.Verlust	Alle Patienten	58	2,40	5,00	0,582	4,148
Autonomie	Auton.-vs.-Abhäng./aktiv	4	3,25	5,00	0,800	3,813
Abhängig./Autonom.Verlust	Auton.-vs.-Abhäng./aktiv	4	3,40	5,00	0,661	4,150
Altruismus	Alle Patienten	58	2,00	5,00	0,687	4,102
Hilflosigkeit	Alle Patienten	58	2,50	5,00	0,678	4,006
Altruismus	Versorg.-vs.-Autark./aktiv	3	3,80	4,20	0,200	4,000
Hilflosigkeit	Versorg.-vs.-Autark./aktiv	3	3,00	4,50	0,764	3,667
Anerkennung	Alle Patienten	58	2,00	5,00	0,752	3,846
Erniedrigung/Blamage	Alle Patienten	58	1,50	5,00	0,824	3,490
Anerkennung	Selbst-vs-Objekt./aktiv	2	3,25	4,25	0,707	3,750
Erniedrigung/Blamage	Selbst-vs-Objekt./aktiv	2	2,50	2,75	0,177	2,625

Wie in ***Tabelle 71*** ersichtlich, entsprechen die Unterschiede der Skalenmittelwerte nicht den prognostizierten Differenzen. Die Tabelle zeigt jeweils die FAMOS-Skalenmittelwerte für alle Patienten (je zwei Zeilen) gefolgt von den Skalenmittelwerten der Patienten, die einen der fraglichen OPD-Konflikte im aktiven Modus[32] aufweisen (ebenfalls je zwei Zeilen), was anhand der zweiten Spalte „OPD-Konflikte/Modi“ erkennbar ist. „Alle Patienten“ meint hier all jene, von denen der FAMOS zu Beginn der Behandlung ausgefüllt wurde.

Da die Unterschiede zwischen den Gruppen bereits augenscheinlich nicht den Hypothesen entsprechen und ferner die Stichprobengröße für die einzelnen Konflikttypen extrem gering ist, wird auf die Berechnung eines Mittelwertsvergleiches (T-Test) verzichtet.

Oben formulierte Vermutungen finden somit in den Ergebnissen keine Unterstützung, was angesichts der geringen Anzahl durchgeführter OPD-Interviews nur von begrenzter Aussagekraft ist.

[32] Es wurde erwartet, dass die OPD-Konflikte im aktiven Modus mit einer deutlicheren Ausprägung der entsprechenden FAMOS-Skalen assoziiert sind als die im passiven Modus, was sich jedoch, wie dargestellt, nicht bestätigte.

5. Diskussion

5.1 Mehr Therapie führt zu besseren Ergebnissen

Das zentrale Anliegen dieser Arbeit bestand darin, einen Zusammenhang zwischen geleisteter Therapiezeit und Therapieergebnis im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlung nachzuweisen, ebenso wie die Bedeutung motivationaler Schemata in diesem Kontext hervorzuheben. Es sollte gezeigt werden, dass sich Schwankungen im Behandlungsangebot bzw. bei der Inanspruchnahme der Behandlungen deutlich auf das Beschwerdeniveau der Patienten auswirken.

Diese Hypothese wird durch die Ergebnisse gestützt. In zahlreichen gemischten Modellen aus Kapitel 4 konnten überzufällige Effekte sowohl zusammengefasster Therapieelemente als auch einzelner Therapiearten auf die psychosomatische Symptomlast nachgewiesen werden.

Unter Abschnitt 4.2 wurden Modelle dargestellt, welche die in einer Woche realisierten Therapiezeiten in Minutenwerten zu der Symptomlast derselben Woche in Bezug setzten. Hierbei wurden signifikante Effekte für die durchschnittlichen Minutenwerte der Therapiegesamtzeit, der nonverbalen Gruppentherapie und der Soziotherapie festgestellt. Für alle drei Bereiche zeigte sich, dass mehr Therapiezeit mit einer reduzierten Symptomlast verbunden ist oder anders ausgedrückt: Weniger Therapie kann mit schlechteren Ergebnissen in Verbindung gebracht werden.

Keine signifikanten Effekte konnten dagegen isoliert für die Zeiten der Einzelkontakte und der verbalen Gruppentherapie nachgewiesen werden. Speziell im Bereich der Einzeltherapien wurde mit einer signifikanten Wirkung gerechnet, da es sich hier um einen „Grundpfeiler“ des Therapiekonzeptes (vgl. Kap. 2.6) handelt. Dieses (fehlende) Ergebnis bedarf daher eines Interpretationsversuchs.

Möglicherweise könnten z. B. die Umstände der Datenerhebung speziell für den Bereich der Einzeltherapiezeiten zu besonders konservativen Ergebnissen geführt haben, da diese in den Wochenprotokollen wahrscheinlich eher über- als unterschätzt wurden. Wie in Kapitel 3.5 erläutert, wurden in Fällen von nicht im Wochenplan protokollierten Minutenwerten Schätzungen vorgenommen, die auf den normalerweise üblichen Zeiten basierten. Angesichts des allgegenwärtigen, vom Stationspersonal bestätigten, Zeitdrucks erscheint es wahrscheinlicher, dass diese Standardwerte von den Therapeuten eher unter- als überschritten wurden.

Des Weiteren finden Einzeltherapien zu einem vergleichsweise großen Grad befindensabhängig statt. Patienten in Krisen werden in der Regel häufiger gesehen. Ein möglicher Ef-

fekt einer erhöhten Kontaktdichte könnte daher durch ein größeres Symptomniveau dieser Patienten „ausgeglichen“ worden sein.

Für diese Interpretation spricht des Weiteren, dass bei Betrachtung der einzelnen unter der Rubrik „Einzelkontakte“ zusammengefassten Therapiezeiten ein weiterer Effekt zutage trat. In Kapitel 4.2.2 wurde in ***Tabelle 25*** und ***Tabelle 26*** für die Therapiezeit beim Bezugstherapeuten ein signifikanter Effekt auf die psychosomatische Symptomlast entdeckt, der durch seine positive Effektrichtung entgegen der ursprünglichen Erwartung ausfiel. In Anbetracht der Datenlage, die viele Therapiezeiteffekte in negativer – also symptomvermindernder – Richtung offenbarte, erscheint es als eine wahrscheinliche Interpretation des Ergebnisses, dass hier die Symptomlast als ursächlich für den vermehrten Kontakt aufgefasst werden kann. Die Frage der Kausalität kann hier jedoch nicht eindeutig gelöst werden. In Anlehnung an den unter Kapitel 3.6 beschriebenen Ansatz von Wold (zit. n. Nagl, 2007) ist diese Interpretation der Ergebnisse unter den möglichen Gedankenexperimenten zwar sehr wahrscheinlich, prinzipiell wäre allerdings auch die umgekehrte Wirkrichtung denkbar – mehr Therapiezeit beim Bezugstherapeuten verschlimmert die psychosomatische Symptomlast. Dies könnte in Zusammenhang mit aufdeckenden oder konfrontativen Elementen – insbesondere der Einzeltherapie – aufgetreten sein. Solche Einzelsitzungen könnten das Beschwerdeniveau verschlechtern. Dieser Zusammenhang ist letztlich nicht völlig auszuschließen. Zur Klärung dieses Problems wäre eine inhaltliche Betrachtung der Einzelsitzungen hilfreich, die hier nicht geleistet werden kann. Eine solche Betrachtung ist im Allgemeinen Gegenstand der auf Psychotherapiestationen stattfindenden Supervision.

Negative Wirkungen von Psychotherapie sind inzwischen zu einem anerkannten Faktum der Therapieforschung geworden, das in besonderer Weise für aufdeckende Therapieformen zu gelten scheint. „Es spricht einiges dafür, dass die Psychoanalyse von den klassischen Psychotherapieverfahren bezüglich unerwünschter Nebenwirkungen und Schäden besonders gefährdet ist“ (Hoffmann, Rudolf, Strauß, 2008, S. 10).

Zentral für diese Studie ist demgegenüber die Feststellung, dass mehr Therapie *im Allgemeinen* zu besseren Ergebnissen führt. Um *welche* Therapieelemente es sich hierbei im Besonderen handelt, steht weniger zur Debatte. Es soll viel eher vor einer Interpretation der Ergebnisse im Sinne konkurrierender Therapieelemente gewarnt werden. Das *Zusammenwirken* einzelner Behandlungsbausteine im „System Psychotherapiestation“ übersteigt in seiner Komplexität die Erklärungsmöglichkeiten dieser Arbeit. „Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass eine bloße ‚technizistische’ Addition hoher und differenter Therapiedosierungen nicht

ausreicht. Vor allem von Gruppenexperten wurden Forschungsstrategien entwickelt, die die komplexe Welt stationärer Psychotherapie und Psychosomatik in ihrer Prozess-Ergebnis-Verknüpfung untersuchen …“ (Schauenburg et al., 2007, S. 21).

5.2 Uneindeutige Befundlage bei wochenübergreifenden Therapiezeiteffekten

Wie in Abschnitt 4.3.1 gezeigt wurde, erwies sich die Untersuchung der Effekte geleisteter Therapiezeiten aus Vorwochen als schwierig, da die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen nicht gewährleistet werden konnte. Auch die Berechnung der gemischten Modelle unter Verwendung alternativer Kovarianzstrukturen konnte dieses Problem nicht beheben. Somit kann das Fehlen signifikanter Effekte in diesem Kontext nicht als Widerlegung der Annahme betrachtet werden, dass sich die Dosis der Therapieminuten auch über Wochen hinweg im Symptomniveau der Patienten niederschlägt.

Die Untersuchung des Trends der Symptomveränderung in Abschnitt 4.3.2 spricht dafür, die Zeit des stationären Aufenthaltes der Patienten als Ganzes zu betrachten. Es konnte gezeigt werden, dass im Allgemeinen eine Beschwerdereduktion über die Wochen der Therapie hinweg stattfindet. Die Entwicklung kann hierbei durch eine positiv-quadratische Funktion beschrieben werden, was eine u-förmige Verlaufskurve des Beschwerdepegels nahe legt. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Beobachtungen des Stationspersonals, wonach Patienten häufig nach einer relativ kontinuierlichen Phase der Besserung im Vorfeld ihrer Entlassung wieder einen „Einbruch“ ihres Befindens erleben. Dies wird mit der Angst vor der Rückkehr in das alte Milieu erklärt. Die Patienten empfinden nach ihrem mehrwöchigen Aufenthalt zuweilen eine große Unsicherheit, die Alltagsbelastungen alleine nicht bewältigen zu können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der eindeutige statistische Nachweis wochenübergreifender Wirkungen therapeutischer Kontakte nicht gelungen ist, jedoch auch nicht widerlegt werden konnte. Die Trendbetrachtung legt nahe, die einzelnen Aufenthaltswochen nicht getrennt voneinander zu interpretieren. Die Senkung der psychosomatischen Symptomlast vollzieht sich in der Regel nicht linear.

5.3 Vermeidungsmotivation steht mit höherer Symptomlast in Verbindung

Wie vermutet, stellte sich ein erhöhtes Maß an Vermeidungsmotivation als ungünstig hinsichtlich der psychosomatischen Symptomlast heraus und damit auch ungünstig in Bezug auf die therapeutischen Aussichten. Im Einklang mit der in Kapitel 2.3.1 dargestellten Literatur konnte auch in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass sowohl die Vermeidungsmotivation als auch das Verhältnis aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation bei Behandlungsbeginn in hohem Maße prädiktiv für die im Laufe des stationären Aufenthaltes regelmäßig gemessene Symptomlast sind. Die in Abschnitt 4.4.1 berechneten gemischten Modelle verdeutlichen des Weiteren, dass bei gemeinsamer Betrachtung der Therapiegesamtzeit und der Vermeidungsmotivation bzw. des Verhältnisses aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation lediglich die motivationalen Variablen signifikantes Niveau erreichen. Die Therapiegesamtzeit sowie verschiedene gruppierte Therapiezeitvariablen, die in den Berechnungen unter 4.2 noch deutlich im signifikanten Bereich lagen, verlieren bei der gemeinsamen Betrachtung mit den FAMOS-Variablen offenbar an Bedeutung. Lediglich der Bereich der Soziotherapien zeigte signifikante Effekte sowohl neben dem Verhältnis aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation (***Tabelle 39***) als auch neben der Vermeidungsmotivation (***Tabelle 41***). In beiden Fällen trat dabei eine signifikante Interaktion zwischen der Zeit der Soziotherapie und der motivationalen Variablen auf. Entgegen der Erwartung gestalteten sich diese Interaktionen allerdings so, dass ein größeres Ausmaß an Vermeidungsmotivation bzw. ein größeres Verhältnis zwischen Vermeidungs- und Annäherungsmotivation mit einer größeren Symptomreduktion einhergingen, wenn sich die Zeit in Soziotherapien erhöhte. Patienten mit weniger Vermeidungsmotivation bzw. einem geringeren Quotienten aus Vermeidungs- und Annäherungsmotivation zogen offenbar weniger Nutzen aus einem Anstieg der Soziotherapiezeiten[33]. Allerdings vollzog sich die Symptomverbesserung bei den stärker vermeidenden Patienten auf insgesamt deutlich höherem Belastungsniveau. Das heißt, die grundsätzlich ungünstige Wirkung erhöhter Vermeidungsmotivation wird durch die unerwartete Interaktionsrichtung nicht in Zweifel gezogen. Viel eher scheint plausibel, dass Patienten mit erhöhter psychosomatischer Belastung bei Therapiebeginn, einhergehend mit erhöhter Vermeidungsmotivation, im Laufe ihres stationären Aufenthaltes die größeren Aussichten auf eine relative Symptomverbesserung haben. Weniger belastete Patienten *können* sich dagegen gar nicht mehr um ein derartiges Maß verbessern.

[33] Die daraus generierte Hypothese einer besonderen Ansprechbarkeit vermeidungsmotivierter Patienten für soziotherapeutische Ansätze wäre durchaus näherer Überprüfung wert. Sie leistet möglicherweise einen Beitrag zur Diskussion um die Indikation störungs- bzw. klärungsorientierter Psychotherapien.

Die Hypothese, dass ein erhöhtes Ausgangsniveau an Vermeidungsmotivation den Therapieerfolg (die Reduktion der psychosomatischen Symptomlast) behindert bzw. reduziert, kann jedoch in dieser Form nicht aufrechterhalten werden. Diese Feststellung spricht darüber hinaus deutlich für die Unabhängigkeit der Bereiche Annäherungs- bzw. Vermeidungsmotivation und Therapiemotivation. Aus einer erhöhten Vermeidungsmotivation kann nicht auf mangelnde Therapiemotivation geschlossen werden. Dagegen ziehen offenbar gerade diese vergleichsweise stark psychosomatisch belasteten und stark vermeidenden Patienten einen deutlichen Nutzen aus der Steigerung der Soziotherapiezeit. Sie scheinen also in besonderem Maße einer intensiven Zuwendung in der therapeutischen Gemeinschaft zu bedürfen.

In Kapitel 4.4.3 wurden bivariate Korrelationen zwischen den Prä-Post-Differenzen der Kennwerte der SCL-90-R und des FAMOS berechnet. Ohne Beachtung der Diagnosegruppen konnte hierbei ein signifikanter Zusammenhang der beiden Veränderungsmaße festgestellt werden (***Tabelle 43***). Patienten, die ihre Symptomlast (GSI) im Laufe ihres Aufenthaltes deutlich reduzieren können, verringern also auch eher das Ausmaß ihrer Vermeidungsmotivation.

Zusammen mit den zuletzt diskutierten Ergebnissen spricht dies für die therapeutische Zugänglichkeit motivationaler Schemata, was den Ausführungen Grawes (1998, 2004) entspricht. Nicht repliziert werden konnten dagegen die differenziellen Zusammenhänge der beiden Veränderungsmaße für verschiedene Diagnosegruppen, was jedoch den technischen Gegebenheiten der Studie anzulasten sein könnte (vgl. Kap. 5.8: Einschränkungen)

5.4 Subjektive Tageszielerreichung und psychosomatische Symptomlast sind unabhängig voneinander

Unter Kapitel 4.5 wurden die Zusammenhänge um den Bereich der Tageszielumsetzung analysiert. Zunächst wurde die Vorhersagekraft der Selbsteinschätzung der Tageszielumsetzung anhand der visuellen Analogskala in Bezug auf die psychosomatische Symptomlast betrachtet. In Abschnitt 4.5.1 wurden verschiedene gemischte Modelle berechnet, die sowohl die Gesamttherapiezeit als auch thematisch gruppierte Therapiezeiten gemeinsam mit dem Patientenrating der Tageszielumsetzung untersuchten. In keinem der Modelle erlangte die fragliche Variable „VisAnRatingPat“ signifikantes Niveau. Entgegen der Annahme, scheint also die Selbsteinschätzung der Tageszielerreichung der Patienten wenig mit ihrer psychosomatischen Symptomlast zu tun zu haben.

Die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen subjektiver Tageszielzufriedenheit und psychosomatischer Symptomlast wurde aufgestellt, da angenommen wurde, dass die täglichen Erfolgs- und Misserfolgserlebnisse, die durch die Arbeit mit Tageszielen entstehen, das allgemeine Wohlbefinden und letztlich die psychosomatische Symptomlast beeinflussen. Für einen derartigen Zusammenhang fanden sich jedoch keine Hinweise in den vorliegenden Daten.

In Kapitel 2.5 wurde bereits darauf hingewiesen, dass häufig kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Zielerreichung und anderen Therapieerfolgsmaßen nachweisbar ist.

Ferner wäre denkbar, dass die Patienten nicht ausreichend mit dem Konzept der Tagesziele vertraut waren. Einige Studienteilnehmer gaben an, wenig mit der Arbeit an Tageszielen anfangen zu können. Vereinzelt wurden die Tageszielrunden zur gemeinsamen Evaluation der Ziele als „Pflichtübung“ aufgefasst. Es wurde berichtet, dass oftmals erst unmittelbar vor den Runden die Ziele-Spalten der Therapiepläne ausgefüllt wurden.

Schließlich könnte der fehlende Zusammenhang auf eine eingeschränkte Selbstwahrnehmung oder Unsicherheiten einiger Patienten zurückzuführen sein. Obwohl die Ziele möglichst konkret formuliert werden sollten und eine Erfolgsbeurteilung somit relativ eindeutig möglich sein sollte, fiel es manchen Studienteilnehmern oft schwer, sich selbst z. B. besonders gut zu bewerten, auch wenn alle Ziele voll erreicht wurden. Es könnte sich also um eine „Tendenz zur Mitte“ (zur „oberen Mitte“) handeln, wofür auch die Verteilung dieser Variablen mit M = 67.3 und SD = 18.3 spricht (vgl. Anhang 8.7).

5.5 Die subjektive Tageszielzufriedenheit als abhängige Variable

Hypothese 4b) betraf die subjektive Tageszielzufriedenheit der Patienten als abhängige Variable. Die Behauptung, dass mehr pauschale Therapiezeit zu mehr Tagezielzufriedenheit führt, kann durch die Ergebnislage nicht gestützt werden. Es wurde angenommen, dass die Patienten durch mehr Therapiezeit eher in die Lage versetzt werden, ihre Tagesziele zu realisieren und sich dies auf die Selbsteinschätzung der Zufriedenheit auswirken würde. Zumindest für die globale Therapiezeit traf dies so nicht zu. Dagegen ergaben sich verschiedene signifikante Effekte thematisch gruppierter Therapiezeitvariablen, jeweils im Zusammenhang signifikanter Interaktionen mit dem Geschlecht der Patienten.

Zunächst wurde eine Interaktion zwischen der Variablen „Sonstige/Tag“ und dem Geschlecht gefunden (***Abbildung 13***). Frauen sollten hiernach aus einem Anstieg dieser Therapiezeiten mehr Zufriedenheit mit ihren Tageszielen empfinden, während Männer an-

scheinend eher unzufriedener werden. Dieser nur schwer interpretierbare differentielle Geschlechtszusammenhang wurde durch die Berechnung weiterer Modelle eingehender analysiert.

Hierbei zeigte sich für den Bereich der Arbeitstherapie ebenfalls eine signifikante Geschlechtsinteraktion (***Abbildung 14***). Während Männer diesem Ergebnis zufolge keinen Nutzen aus einem Anstieg der Arbeitstherapiezeit ziehen, sollten Frauen zufriedener mit ihrer Zielerreichung werden.

Schließlich wurde eine weitere Geschlechtsinteraktion mit der Bewegungstherapie-Zeit (aus der Gruppierung „Nonverbale Therapien“) entdeckt. Dieses Ergebnis legt nahe, dass ein Anstieg der Zeit der Bewegungstherapie für Frauen offenbar zu einem Absinken der Zufriedenheit mit den Tageszielen führt, während Männer kaum davon beeinflusst zu werden scheinen (***Abbildung 15***).

Bei gemeinsamer Betrachtung der drei entdeckten signifikanten Interaktionen, stellt sich die Frage der Bedeutung der Tageszielzufriedenheit als abhängige Variable. Mit Ausnahme der Interaktion „Geschlecht-Arbeitstherapie“ sind die Befunde nur schwer interpretierbar. Warum Männer bei einem Anstieg der Therapiezeiten der Rubrik „Sonstige“ oder Frauen bei mehr Bewegungstherapie unzufriedener mir ihrer Tageszielerreichung werden sollen, kann nicht beantwortet werden.

Hingegen fällt auf, dass in zwei der drei Interaktionen weibliche Patienten eine Veränderung ihrer Tageszielzufriedenheit durch die Therapiedosissteigerung erfahren, während Männer nicht beeinflusst zu werden scheinen. Hieraus wäre die Frage abzuleiten, ob Frauen evtl. sensibler auf der visuellen Analogskala reagieren als Männer, bzw. ob bei Frauen eher ein Zusammenhang zwischen subjektiver Tageszielzufriedenheit und psychosomatischer Symptomlast besteht als bei Männern. Dies erscheint plausibel angesichts der Tatsache, dass in keinen anderen Berechnungen, welche die Tageszielzufriedenheit *nicht* beinhalteten, signifikante Geschlechtsinteraktionen aufgetreten sind. Zur Beantwortung dieser Frage wären weitere Untersuchungen notwendig.

5.6 Der Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Tageszielumsetzung

Die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Tageszielumsetzung (Hypothese 4c) erfordert eine mehrdimensionale Betrachtung. Die eine Va-

riable kann in hochsignifikanter Weise durch die andere Variable vorhergesagt werden (Kapitel 4.5.3, ***Tabelle 56*** und ***Tabelle 57***). Ein „Globalzusammenhang" besteht somit eindeutig.

Die Betrachtung der beiden Maße als abhängige bzw. unabhängige Variablen im Kontext der Therapiezeitvariablen führt hingegen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen.

Zunächst wurde das Tageszielrating des Versuchsleiters als unabhängige Variable zur Vorhersage der psychosomatischen Symptomlast analysiert. Während die Selbsteinschätzung der Patienten auf der visuellen Analogskala in keiner Modellrechnung einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage der Symptomlast leisten konnte (vgl. Kap. 4.5.1), ergab sich für die Fremdeinschätzung durch den Versuchsleiter ein – allerdings schwer interpretierbarer – Effekt. Es konnte eine signifikante Interaktion zwischen der Zeit in Einzeltherapien und dem Versuchsleiterrating festgestellt werden: Patienten, deren Tageszielrating hoch (= gut) ausfällt und die mehr Einzeltherapie erhalten, tragen demzufolge eine höhere Symptomlast. Patienten mit niedriger Fremdeinschätzung der Tagesziele profitieren hingegen leicht von einer Steigerung der Zeit in Einzeltherapien. Ihre Symptomlast sinkt in geringem Umfang (Vgl. Kapitel 4.5.3, ***Abbildung 16***). Die Deutung dieses Ergebnisses bleibt recht spekulativ. Es könnte sein, dass gerade die Patienten, die in der Fremdeinschätzung der Tageszielerreichung schlechter abschneiden, einen besonderen Bedarf an Einzeltherapie haben, der bei dieser Gruppe offenbar fruchtbar zu sein scheint, da eine Symptomlinderung damit verbunden ist. Schwerer erklärt werden kann hingegen, warum Patienten mit gutem Tageszielfremdrating bei mehr Einzeltherapie zu einer erhöhten Symptomlast neigen sollen. Spekulativ könnte vermutet werden, dass die Einzeltherapien dieser Patienten vergleichsweise aufdeckend verlaufen, da ihnen von ihren Therapeuten aufgrund des guten Gelingens der Tageszielumsetzung mehr zugemutet wird[34].

Der nächste Teil der Hypothese betraf das Tageszielrating des Versuchsleiters als abhängige Variable. Während die Selbsteinschätzung der Tageszielzufriedenheit die in Kapitel 5.5 diskutierten Geschlechtsinteraktionen mit den Bereichen „Sonstige", „Arbeitstherapie" und „Bewegungstherapie" offenbarte, zeigte das Fremdrating durch den Versuchsleiter ein anderes Muster: Hier wurde zunächst eine Interaktion zwischen der Zeit in Einzelkontakten und der Zeit in verbalen Gruppentherapien festgestellt (Kap. 4.5.3, ***Abbildung 17***). Patienten mit wenig Zeit in verbalen Gruppentherapien sollten diesem Ergebnis zufolge besser in ihrer Tageszielumsetzung eingeschätzt werden, wenn ihre Zeit in Einzelkontakten ansteigt. Dagegen sollte bei Patienten mit viel Zeit in *beiden* Therapiearten das Tageszielrating schlechter aus-

[34] Vgl. hierzu die Anmerkungen zu möglichen schädlichen Wirkungen von Psychotherapie in Kap. 5.1 in Anlehnung an Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008).

fallen. Auch dieses Ergebnis kann nur schwer interpretiert werden. Die Interaktionsdarstellung legt nahe, dass ein hohes Maß beider Therapien für sich alleine günstige Auswirkungen auf die Fremdeinschätzung der Tageszielerreichung hat, während beide Therapiearten *gemeinsam* offenbar zu Interferenzen führen.

Da diese Interpretation jedoch noch viele Fragen offen lässt, wurden die unter der Kategorie „Einzelkontakte“ zusammengefassten Variablen getrennt analysiert. Dabei trat ein weiterer signifikanter Effekt zutage: Die Zeit im Einzelkontakt der Kunsttherapie scheint mit dem Gelingen der Tageszielumsetzung bei Fremdeinschätzung zusammenzuhängen, wobei mehr Zeit mit einer besseren Zieleinschätzung verbunden ist. Dieser Effekt trat ohne Interaktionen auf und entspricht in seiner Richtung den ursprünglichen Erwartungen.

Bezüglich der Grundfrage dieses Hypothesenkomplexes, was die Therapiezeit mit der Tageszielumsetzung zu tun hat, ergibt sich ein heterogenes Bild. Ein eindeutiger Zusammenhang der Richtung „mehr Therapiezeit führt zu besserem Gelingen der Zielumsetzung“ kann weder für die Fremd- noch für die Selbsteinschätzung bei ausschließlicher Betrachtung der Therapiegesamtzeit angenommen werden. Sowohl Fremd- als auch Selbsteinschätzung der Zielerreichung führten hingegen auf Ebene der thematisch gruppierten Therapiezeiten zu signifikanten Effekten, die allerdings in den meisten Fällen schwer interpretierbar waren und zudem voneinander abwichen. Eine Interpretation auf zu „molekularer“ Ebene erscheint aus diesen Gründen unangebracht.

Hauptproblem bei der Messung der Tageszielumsetzung bleibt vermutlich der bereits im Theorieteil angesprochene (Kapitel 2.5) uneindeutige Bezugsrahmen der beiden Perspektiven, Selbst- und Fremdrating (vgl. Kapitel 5.8: Einschränkungen).

5.7 Die Bedeutung der OPD-Diagnostik für die psychosomatische Symptomlast

Der explorative Teil der Datenbetrachtung befasste sich mit der OPD-Konflikt-Diagnostik. Auch hier wurde zunächst nach differentiellen Zusammenhängen zur psychosomatischen Symptomlast gesucht. Dabei wurde eine signifikante Interaktion zwischen dem Konfliktmodus (aktiv/passiv) und dem Geschlecht der Patienten entdeckt (Kapitel 4.6, ***Abbildung 18***): Männer erleiden hiernach eine geringere Symptomlast bei passivem Modus, während Frauen eher bei aktivem Modus weniger belastet scheinen. Die ursprüngliche Annahme, dass ein aktiver Modus eher von Vorteil für die Patienten ist, gilt also nur eingeschränkt, d. h. nur für

Frauen. Es fällt bei Betrachtung dieses Ergebnisses auf, dass ein aktiver Modus bei Frauen sowie ein passiver Modus bei Männern gerade *nicht* den Geschlechtsstereotypen entsprechen. Ob dieser Umstand als günstig in Bezug auf die Symptomlast einzustufen ist, kann in der vorliegenden Arbeit nicht geklärt werden. Eine Studie zu dieser Thematik existiert inzwischen: Schmitz-Moormann (2005) untersuchte die Geschlechtseffekte im Zusammenhang mit der OPD-Diagnostik. Die Autorin beschreibt hierbei u. a. die allgemeinen Geschlechtsunterschiede in der psychologischen Forschung: „Männern wird in der Literatur eher Aktivität, Frauen Passivität attribuiert (Rudolf & Stratmann 1989)“ (a. a. O., S. 100). In ihrer Untersuchung stieß Schmitz-Moormann (2005) dagegen lediglich für die Konflikte „Versorgung-vs.-Autarkie und „Selbstwert-vs.-Objektwert“ auf signifikante Geschlechtsunterschiede im Modus des Hauptkonfliktes. Während Männer mit Versorgungskonflikt häufiger einen passiven Modus zeigen, tritt dieser Konflikt bei Frauen eher im aktiven Modus auf. Beim Selbstwertkonflikt gilt das Gegenteil: Männer zeigen hier häufiger einen aktiven Modus, Frauen häufiger einen passiven Modus. Die genannte Untersuchung trifft keine Aussagen über die Zusammenhänge zur Symptomlast der Patienten, weshalb ihr Beitrag zur Diskussion der hier aufgeworfenen Frage begrenzt bleiben muss.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde bei Betrachtung der einzelnen Konflikte ein weiteres Ergebnis entdeckt. Offenbar steht der Konflikttyp mit der Höhe der Symptomlast in Zusammenhang. Für den Konflikt „Versorgung-vs.-Autarkie“ wurde eine Verbindung zu der im Vergleich geringsten Symptomlast festgestellt. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe (bei nur vier Patienten wurde dieser Konflikt diagnostiziert) und dem Fehlen diesbezüglicher Forschungsergebnisse soll dieses Ergebnis nicht weiter kommentiert werden.

Schließlich wurde die Frage untersucht, ob die OPD-Konflikte durch die einzelnen FAMOS-Skalen abgebildet werden können. Wie ***Tabelle 71*** zeigt, konnte ein derartiger Zusammenhang nicht bestätigt werden. Hintergrund dieser Annahme war der Versuch, aus den FAMOS-Skalen Hinweise für die Konfliktdiagnostik zu ziehen, um den Diagnoseprozess somit insgesamt zu erleichtern bzw. zu stützen. Wieder muss zur weiteren Bearbeitung dieser Frage auf künftige Untersuchungen verwiesen werden.

5.8 Einschränkungen

5.8.1 Erhebung der Therapiezeiten

Eine Einschränkung der Ergebnisse resultiert in den Umständen der Erhebung der Therapiezeitvariablen (vgl. Kap. 3.5). In den Therapieplänen nicht eingetragene Minutenangaben mussten in einigen Fällen durch Schätzungen anhand üblicherweise benötigter Zeiten ersetzt werden. Hierdurch ist nicht auszuschließen, dass die Varianz der betreffenden Zeitvariablen nicht in vollem Umfang erfasst worden ist. Dies könnte vor allem die Zeiten beim Bezugstherapeuten und die Pflegekontakte betreffen, da hier die Terminplanung stärker an die individuelle Situation des Patienten angepasst wird bzw. werden kann. Gruppenangebote sind dagegen meist deutlicher durch den Rhythmus des Stationsalltages an gewisse zeitliche Vorgaben geknüpft, was eine nachträgliche Schätzung der Dauer sicherer macht. Es ist jedoch hervorzuheben, dass die Ergebnisse durch diese Ungenauigkeit allenfalls *konservativer* zu beurteilen sind, da Abweichungen der üblichen Zeitdauer der betreffenden Einzelkontakte vermutlich eher „nach unten“ als „nach oben“ stattfanden. Es ist somit wahrscheinlicher, dass zuviel Therapiezeit gemessen wurde als zuwenig.

Ein ähnliches Problem besteht in Therapiekontakten, die gar nicht erst eingetragen wurden, weil der Eintrag vergessen wurde. Wenn nicht nur die Zeitdauer, sondern auch die Unterschrift des jeweiligen Therapeuten fehlte und sich der Patient nicht mehr präzise daran erinnern konnte bzw. bei der Auswertung nicht zugegen war, wurde keine Eintragung in den Datensatz der Studie vorgenommen. Auch dieser Umstand spricht jedoch eher *für* die Bedeutung der festgestellten Effekte als dagegen, da auszuschließen ist, dass Therapiezeiten erfasst wurden, die nicht stattgefunden haben – nicht aber umgekehrt.

Ein weiteres Problem der empirischen Therapiezeitmessung liegt in ihrer mathematischen Verarbeitung. Wie erwähnt, erfüllte keines der Rechenmodelle, die wochenübergreifende Therapiezeiten integrierten, die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen (vgl. Kapitel 4.3.1). Es ist somit nicht gelungen, therapeutische Einflüsse über mehrere Wochen hinweg nachzuweisen. Zwar konnten Genesungstrends über die Aufenthaltszeit gezeigt werden, doch bleibt die Frage der zeitlichen Persistenz therapeutischer Interventionen im Rahmen dieser Studie offen.

5.8.2 Fehlende Daten

Einschränkend auf die Studie wirkt sich der beträchtliche Anteil fehlender Fragebogendaten aus. Während die Therapiepläne, wie oben beschrieben, auch ohne Anwesenheit der Patienten ausgewertet werden konnten, stellte das Nichtausfüllen der Fragebögen ein gravierenderes Problem dar. Zum einen vergaßen die Patienten in einigen Fällen, sich nach ihrem Visite-Termin den/die Fragebogen abzuholen. Zum anderen wurden nicht alle ausgegebenen Bogen ausgefüllt und wieder abgegeben. Dies führte dazu, dass die „Ausfüllquote" der Fragebogen im Untersuchungszeitraum gewissen Schwankungen unterlag. Während in einigen Wochen alle ausgegebenen Fragebogen beantwortet wurden, konnte in anderen Wochen nur etwa die Hälfte der Bogen ausgefüllt eingesammelt werden. Das genaue Ausmaß bzw. die jeweilige Ursache der fehlenden Daten kann daher nicht exakt in einer Zahl angegeben werden. Es liegen beispielsweise insgesamt 401 beantwortete SCL-90-R-Bögen vor (vgl. Anhang 8.5, ***Tabelle 72***). Zu 174 Wochen fehlen hingegen diese Fragebogen, wobei sich diese Zahl aus nicht ausgeteilten und nicht ausgefüllten Bogen zusammensetzt[35].

Fehlende Fragebogen wirkten sich ferner besonders beim FAMOS ungünstig aus. Wie im Ergebnisteil erwähnt, stehen hier 32 „komplette" FAMOS-Messungen (also Anfangs- und Schlussmessung) 67 Verlaufsmessungen der SCL-90-R gegenüber. Speziell für die Berechnungen der bivariaten Korrelationen (Kapitel 4.4.3) ist davon auszugehen, dass die geringe Stichprobengröße das Zutagetreten signifikanter Ergebnisse erschwerte. Dies gilt besonders für die Betrachtung der verschiedenen Diagnosegruppen, bei der die Anzahl der Patienten in jeder Gruppe nochmals dramatisch reduziert wurde.

Betrachtet man des Weiteren die im Vergleich zur Gesamtheit der im Untersuchungszeitraum aufgenommen Patienten (119) relativ kleine Zahl an Studienteilnehmer (67), so ergeben sich beträchtliche Einschränkungen hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse.

Trotz dieser Einschränkungen stützt sich die vorliegende Studie in absoluten Zahlen auf recht solide Stichprobengrößen. Die SCL-90-R-Daten (401) sowie die erfassten Therapiezeiten (501, vgl. ***Tabelle 73***) bilden dabei die wesentlichen Säulen des Datensatzes.

[35] Vgl. die beiliegende Daten-CD, dort die SPSS-Datei „Gesamtdaten.sav". Zu insgesamt 575 Patientenwochen (Spalte 1) liegen Daten vor.

5.8.3 Reliabilität der Diagnosen

Es ist ferner kritisch anzumerken, dass die ICD-10-Diagnosen nicht durch ein standardisiertes Verfahren (z. B. SKID) erhoben wurden, sondern, dass auf Daten aus den Entlassunterlagen der Patienten zurückgegriffen wurde. Ihre Reliabilität im Sinne der ICD-10 kann daher nicht als gesichert betrachtet werden.

Des Weiteren kann über die Reliabilität der im Interview gewonnen OPD-Diagnosen keine Aussage getroffen werden. Wie in Kapitel 3.4.4.6 erwähnt, existiert eine Untersuchung zur Reliabilität der OPD-Diagnostik bei „angelernten“ Studenten. Besonders die Konfliktachse war dabei durch eine eher unbefriedigende Reliabilität gekennzeichnet (Cierpka et al. 2001).

5.8.4 Reliabilität der Tageszielerfassung

Bezüglich der Tageszielerfassung durch Selbst- und Fremdrating wurden bereits in der Diskussion (Kapitel 5.4 – 5.6) und im Theorieteil (Kapitel 2.5) einige Probleme aufgezeigt. Neben Verständnis- und Selbstwahrnehmungsproblemen sowie Unklarheiten beim Bezugsrahmen der Beurteilung könnten weitere Probleme zur Beeinträchtigung der Datenqualität geführt haben:

Schon das Formulieren der Tagesziele stellte für viele Patienten eine große Herausforderung dar. In der Untersuchung war für die Formulierung der Ziele *und* deren Erreichung nur *eine* Antwort auf der visuellen Analogskala konzipiert. Die Patienten mussten also *beide* Bereiche gemeinsam beachten und zueinander in Beziehung setzen, um dann zu einer zusammenfassenden Bewertung zu gelangen. Diese Aufgabe stellte unter Umständen eine Überforderung dar. Eine getrennte Erfassung der Zielsetzung und Zielumsetzung hätte evtl. differenziertere Ergebnisse liefern können.

Das Rating des Versuchsleiters unterliegt in erster Linie Einschränkungen aufgrund unvollständiger Informationen zur Situation der einzelnen Patienten. Vielfach wurde das Rating in Abwesenheit der Patienten – nach Aktenlage – vorgenommen. Hierdurch wurde zwar die Anzahl der Messungen erhöht, aber gleichzeitig die Verlässlichkeit der Beurteilungen reduziert. Eine fundiertere Einschätzung der Zielerreichung hätte wahrscheinlich durch die Bezugstherapeuten vorgenommen werden können. Aus technischen Gründen war dies nicht realisierbar.

6. Resümee

Ziel dieser Arbeit war es, die Zusammenhänge zwischen Therapiezeit und Therapieergebnis unter Beachtung weiterer mutmaßlich relevanter Variablen zu untersuchen.

Es konnte dabei eindeutig gezeigt werden, dass sich Schwankungen der Therapiezeit im Therapieergebnis niederschlagen. Es ist somit von großer Bedeutung, wie viel Zeit einem Patienten im Rahmen eines stationären Psychiatrieaufenthaltes zuteil wird. Therapieausfälle sollten dringlichst verhindert bzw. ausgeglichen werden. Die Frage, welche Therapieangebote hierbei in besonderem Maße von Bedeutung sind, konnte weniger eindeutig beantwortet werden. Für die Bereiche der nonverbalen Therapie sowie der Soziotherapie konnten jedoch Anhaltspunkte für eine wesentliche Funktion bei der Reduktion der Symptomlast der Patienten gefunden werden. Nochmals sei jedoch davor gewarnt, diese Ergebnisse als Beleg der Unwirksamkeit nichtsignifikanter Therapien zu werten. Im System „Psychotherapiestation“ lassen sich die Zeitwerte einzelner Therapien nicht isoliert vom übrigen Geschehen betrachten.

Des Weiteren wurde die Bedeutung der motivationalen Schemata der Patienten untersucht und bekräftigt. In Übereinstimmung mit einer Vielzahl von Untersuchungen zeigte sich auch in der vorliegenden Arbeit, dass ein erhöhtes Maß an Vermeidungsmotivation mit mehr psychosomatischer Belastung verbunden ist. Entgegen der Hypothese behindert ein hohes Vermeidungsniveau bei Therapiebeginn jedoch nicht den Therapieerfolg. Diese Patienten tragen zwar eine größere Symptomlast als weniger vermeidende Personen, sie machen aber im Laufe ihres Aufenthaltes die größeren (relativen) Genesungsfortschritte. Die gefundenen Interaktionen sprechen sogar dafür, dass sie der Therapiezeit noch mehr bedürfen als gering vermeidende Patienten.

Der Bereich der Tageszielumsetzung, gemessen im Selbst- und Fremdrating, erbrachte mehrdeutige Ergebnisse. Der Therapieerfolg gemäß der psychosomatischen Symptomlast scheint wenig mit der Tageszielerreichung assoziiert zu sein. Unterschiedliche Geschlechtseffekte legen die Vermutung nahe, dass Frauen eher eine differenzierte Beurteilung ihrer Tageszielumsetzung vornehmen (können) als Männer. Frauen scheinen auf eine Dosissteigerung verschiedener Therapiezeiten eher mit einer Zufriedenheitsänderung hinsichtlich der Tageszielumsetzung zu reagieren als Männer.

Im explorativen Teil der Arbeit wurde untersucht, inwiefern die OPD-Diagnostik mit den übrigen erhobenen Variablen in Verbindung steht. Für Frauen wurde dabei ein Zusammenhang zwischen einem aktiven Konfliktmodus und einer geringeren Symptomlast gefunden.

Bei Männern erwies sich dagegen ein passiver Modus als günstiger. Eine Verbindung zwischen dem Konflikttypus und einzelnen FAMOS-Skalen konnte nicht nachgewiesen werden.

Als zentrales und methodisch am besten abgesichertes Ergebnis der vorliegenden Studie hervorzuheben ist der bestätigte Zusammenhang zwischen Therapiezeit und psychosomatischer Symptomlast. Ferner handelt es sich hierbei um den einzigen Themenkomplex der Arbeit, für den aufgrund der Ergebnisse direkte Empfehlungen an die Praxis ausgesprochen werden können[36].

Dass mehr Therapie zu besseren Ergebnissen führt, erscheint auch nach Laienvorstellungen als selbstverständlich. Angesichts der in Kapitel 2.1 umrissenen heftigen Auseinandersetzungen um Personalstellen, Aufenthaltslängen und als nötig erachtete therapeutische Zuwendung, scheint diese Selbstverständlichkeit in Fachkreisen zuweilen abhanden gekommen zu sein.

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag in diesem Diskurs. Sie soll auf die verdrängte und ignorierte Selbstverständlichkeit aufmerksam machen, dass fortwährende Personaleinsparungen, die sich in reduzierten Therapiezeiten niederschlagen, das Behandlungsergebnis empfindlich gefährden.

[36] Nach Grosse Holtforth und Grawe (2002) können auch aus den Ergebnissen des FAMOS unmittelbare Schlussfolgerungen – allerdings nur für die individuelle – Therapieplanung gezogen werden. Gleiches gilt für die OPD-Diagnostik.

7. Literatur

Adler, A. (1920). *Praxis und Theorie der Individualtherapie*. München: Bergmann.

Adler, A. (1927). *Studie über die Minderwertigkeit von Organen*. München Bergmann.

Ainsworth, M. D. (1982). Attachment retrospect and prospect. In C.M. Parkes & J. Stephenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour.* London: Tavistock.

Ambühl, H. Orlinsky, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In H. Ambühl, B. Strauß (Hrsg.) *Therapieziele* (S. 319-334). Göttingen: Hogrefe.

Ambühl, H. Strauß, B. (1999). Therapieziele. Ein „dunkles Kapitel" der Psychotherapieforschung? In H. Ambühl, B. Strauß (Hrsg.) *Therapieziele* (S. 7-14). Göttingen: Hogrefe.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2004). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. 4., korrigierte Auflage. Bern: Hans Huber.

Banaski, D., Grundig, E. (2003). Die Aufgabe des MDK bei der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung. In H. Kunze, L. Kaltenbach (Hrsg.), *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis* (S. 239-243), 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review, 84*, 191-215.

Baumeister, R.F. (1996). Self-Regulation and Ego-Threat. Motivated Cognition, Self-Deception, and Destructive Goal Setting. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The Psychology of Action* (pp. 27-47). New York: Guilford.

Benesch, H. (1995). *Enzyklopädisches Wörterbuch klinische Psychologie und Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.

Berking, M. & Jacobi, C. (2001). Therapiemotivation und Therapieerfolg in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Therapieziele moderieren den Zusammenhang. *DRV-Schriften, 26*, 377-379. Online Version, Zugriff: 06.08.07, unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_15008/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare__Publikationen/03__publikationen/Publikationen/Fachzeitschrift__DRV/DRV__Schriften/26__10__Rehabilitationswissenschaftliches__Kolloquium,property=publicationFile.pdf/26_10_Rehabilitationswissenschaftliches_Kolloquium

Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. (2003). Veränderung klinisch relevanter Ziele und Therapieerfolg: Eine Studie an Patienten während einer stationären Verhaltenstherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 53*, 171-177.

Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozial- und Humanwissenschaftler.* 6. Auflage. Heidelberg: Springer.

Brace, N., Kemp, R. and Snelgar, R. (2006). SPSS for Psychologists: A Guide to Data Analysis using SPSS for Windows, 3rd edition. London: Palgrave.

Brockmann, J., Schlüter, T., Eckert, J. (2003). Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. Eine vergleichende Untersuchung aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 53*, 163-170.

Bühl, A., Zöfel, P. (2002). SPSS 11. *Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. 8. Auflage. München: Pearson Studium.

Bühring, P. (2001). Psychiatrie-Geschichte. Wendepunkt 1968. *Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98*, Heft 51-52. A 3435-3436. Online-Version, Zugriff am 14.08.2007, unter http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=29920

Burgmer. M., Heuft, G., Freyberger, H.J., Roeder, N. (2003). DRGs in der Psychiatrie und der Psychotherapeutischen Medizin, Überblick über die Entwicklung alternativer Klassifikationen. *Nervenarzt, 74*, 204-210.

Burkhardt, A., Rockstroh, B., Studer, K. (2007). Generationenbeziehungen aus der Perspektive klinischer Forschung. Ambivalenzen als Deutungsmuster und Forschungskonstrukt. In F. Lettke, A. Lange (Hrsg.), *Generationen und Familien. Analysen – Konzepte – gesellschaftliche Spannungsfelder* (S. 249-269). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Carver, C. S. (1996). Some ways in which goals differ and some implications of those differences. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The Psychology of Action* (pp. 645-672). New York: Guilford.

Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüssler, G., Heuft, G., Dahlbender, R., Schauenburg, H., Schneider, G. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut, 46*(2), 122.133.

Cnaan, A., Laird, N.M., Slasor, P. (1997). Using The General Linear Mixed Model To Analyse Unbalanced Repeated Measures And Longitudinal Data. *Statistics in Medicine, 16*, 2349-2380. Online Version, Zugriff am 31.10.2007 unter: http://rds.epi-ucsf.org/ticr/syllabus/courses/25/2007/09/18/Lecture/readings/cnaan_longitudinal.pdf

Coats, E.J., Janoff-Bulman, R., Alpert, N. (1996). Approach versus avoidance goals: Differences in self-evaluation and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*(10), 1057-1067.

Cytrynbaum, S., Ginath, Y., Birdwell, J., & Brandt, L. (1979). Goal attainment scaling. A critical review. *Evaluation Review, (3)*1, 5-40.

Davison, G. C. (2000). Stepped Care: Doing More with Less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(4), 580-585.

De La Ronde, C., Swann, W.B. (1993). Caught in the crossfire: Positivity and self-verification strivings among people with low self-esteem. In R.F. Baumeister (Ed.), *Self-Esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 147-165). New York: Plenum.

Derogatis, L.R., Savitz, K.L. (1999). The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In M.E. Mariush (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Plannng and Outcomes Assessment*. Second Ed. (pp. 679-724). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Dickson, J. M., MacLeod, A. K. (2004). Anxiety, depression and approach and avoidance goals. *Cognition and Emotion*, *18*(3), 423-430.

Dickson, J. M., MacLeod, A. K. (2004). Approach and Avoidance Goals and Plans: Their Relationship to Anxiety and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*(3), June. 415–432.

Dirmaier, J. (2005). Profil psychotherapeutischer Zielsetzungen. Konstruktion und psychometrische Überprüfung eines Instruments zur therapeutenseitigen Messung von Therapiezielen. Dissertation, Online-Version, Zugriff am 04.09.2007 unter: http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=975168495&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=975168495.pdf

Dollard, J., Miller, M. E. (1950). *Personality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking and Culture.* New York: McGraw-Hill Book Company, Inc.

Donabedian, A. 1966. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society 44*, 66–203.

Drieschner**,** K.H.**,** Lammers**,** S.M.**,** van der Staak C.P. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1115-1137.

Driessen, M., Somer, B., Röstel, C., Malchow, C.P., Rumpf, H-J., Adsm, B. (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin – Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, 51,* 239-245.

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. (1985). *Stationäre Gruppenpsychotherapie. Prozesse-Effekte-Vergleiche*. Berlin: Springer.

Elliot, A.J., Sheldon, K.M., (1998). Avoidance Personal Goals and the Personality-Illness Relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*(5), 1282-1299.

Elliott, R., Fox, C.M., Beltyukova, S.A., Stone, G.E., Gunderson, J., Zhang, X., (2006). Deconstructing Therapy Outcome Measurement With Rasch Analysis of a Measure of General Clinical Distress: The Symptom Checklist–90–Revised. *Psychological Assessment ,18,* (4), 359–372.

Emmons, R. A. (1996). Striving and feeling. Personal goals and subjective well-being. In P. M. Gollwitzer & J. A. Bargh (Eds.), *The Psychology of Action* (pp. 313-337). New York: Guilford.

Emmons, R. A., & King, L. A. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1040-1048.

Emmons, R. A., King, L. A., & Sheldon, K. (1993). Goal conflict and the self-regulation of action. In Wegner & Pennebaker (Ed.), *Handbook of mental control* (pp. 528-551). London: Prentice-Hall.

Epple, N. (2006). Struktur- und Ergebnisqualität: Eine korrelative Längsschnittuntersuchung zur Qualitätssicherung stationärer Depressionstherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Konstanz.

Erikson, Erik (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.

Faller, H. (2000). Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50,* 292-300.

Finzen A. , Schädle-Deininger, H. (1979). *„Unter elenden menschenunwürdigen Umständen". Die Psychiatrie-Enquête.* Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.

Fischer, A. (2001). Rede zum Festakt und Kongress »25 Jahre Psychiatrie Enquête – Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform« am 21. November 2000 in Bonn. *Psychosoziale Umschau, 16,* 10 – 11. Online-Version, Zugriff am: 04.10.2007 unter: http://www.bpe-online.de/infopool/recht/andere/politiker/fischer_Enquête.htm.

Fisher K., Hardie, R.J. (2002). Goal attainment scaling in evaluating a multidisciplinary pain management programme. *Clinical Rehabilitation, 16*, 871–877.

Fisseni, H-J. (1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung.* Bern: Huber.

Fowles, D.C. (1994). A motivational theory of psychopathology. In: W. D. Spaulding (Hrsg.), *Integrative views of motivation, cognition and emotion. Nebraska symposium on motivation* (Vol. 41, S. 181-238). Lincoln: University of Nebraska Press.

Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version.* Göttingen: Beltz.

Freyberger, H.J., Schneider, W. (2001). ICD-10Diagnostik in der Psychotherapie. Vorteile und Möglichkeiten. *Psychotherapeut, 46*(2), 115-121.

Fritze, J. (2003). Das auf Deutschland angepasste AR-DRG-System als vollpauschalierendes Krankenhausentgeltsystem. In H. Kunze, L. Kaltenbach (Hrsg.), *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis* (S. 276-285), 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Gebhardt, R.-P., Schmidt-Michel, P.-O., Kunze, H. (2007). Evaluation der Psych-PV. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Ge-

sundheit. (Änderungsdatum: 27.07.2007), Online-Version, Zugriff am 22.08.2007 unter: http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0062_Abschlussbericht%20Psych-PV%20Umfrage%2027.07.2007.pdf

Gebhardt, R.-P., Schmidt-Michel, P.-O., Kunze, H. Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) *Bundesweite empirische Umfrage im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG).* (Stand 7. Juni 2007). PowerPoint-Präsentation, Online-Zugriff am 22.08.2007 unter: http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=3

Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Göhring, S. (2002). *Zur Messung des Konstrukts Selbstenthüllung unter besonderer Berücksichtigung der evolutionistischen Emotionstheorie*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Goldfried, M. R., Davila, J. (2005). The Role of Relationship and Technique in Therapeutic Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 421–430.

Grawe, K, Grawe-Gerber, M; Heiniger, B; Caspar, F; Ambühl, HR (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung - eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar (Hrsg.) *Psychotherapeutische Problemanalyse* (S. 189-224). Tübingen: DGVT.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, *34*, 241-258.

Grosse Holtforth, M. Grawe, K. (2000). Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata. (FAMOS). *Zeitschrift für klinische Psychologie, 29*(3), 170-179.

Grosse Holtforth, M. Grawe, K. (2002). *FAMOS. Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata.* Manual. Göttingen: Hogrefe.

Grosse Holtforth, M. Grawe, K. (2003). Der Inkongruenzfragebogen (INK). Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *32*(4), 315-323.

Grosse Holtforth, M. Grawe, K. (2004a). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36*(1), 9-21.

Grosse Holtforth, M. Grawe, K. (2004b). Konfliktdiagnostik aus der Perspektive der Konsistenztheorie. In R. W. Dahlbender, P. Buchheim, G. Schüßler (Hrsg.) *OPD. Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie.* (S.147-162). Bern: Hans Huber.

Häfner, H. (2000). Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie, 11*, 145-157.

Häfner, H. (2001). Die Psychiatrie-Enquête – historische Aspekte und Perspektiven. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.). *25 Jahre Psychiatrie-Enquête.* Band 1. (S.72-102). Online Version, Zugriff am 14.08.2007 unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/6a/00/00/apk_band_27_1.pdf

Hautzinger, M. (2002, Hrsg.). *Davison & Neale. Klinische Psychologie*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.

Heuft, G. Senf, W. (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo.* Stuttgart: Thieme.

Heuft, G., Senf, W. (1998). Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt; 95*, Heft 43, A-2685–2688.

Hildenbrand G., Janssen P.L. (2005). Aktuelle Probleme der Krankenhausplanung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Psychotherapeut, 50,* 229-235.

Hoffmann, S.O., Rudolf, G., Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut, 53*(1), 4-16.

Hohage, R. (2001). ICD-10-Diagnosen in der psychotherapeutischen Praxis. Eine Kritik. *Psychotherapeut, 46*(2), 110-114.

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). The Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 885-895.

Hoyle, R.H., Harris, M.J., Judd, C.M. (2002). *Research Methods in Social Relations.* Seventh Edition. Wadsworth Publishing.

Jacobson, N.S. Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.

Jourard, S. M. (1971). *The transparent Self.* Second Edition, New York: D. Van Nostrand Company.

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

Kendall, P.C., Norton-Ford, J.D. (1982). Therapy Outcome Research Methods. In P.C. Kendall, J.N. Butcher (Eds.) *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology* (pp. 429-460). New York: Wiley.

Kiesler, D.J. (1966). Some Myths Of Psychotherapy Research And The Search For A Paradigm. *Psychological Bulletin, 65*(2), 110-136.

Kirusek, T. J., Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. *Community Mental Health Journal, 4*(6), 443-453.

Kottje-Birnbacher, L., Birnbacher, D. (1999). Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In H. Ambühl, B. Strauß (Hrsg.) *Therapieziele* (S. 15-31). Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G., von Eye, A. (2006). Treatment Motives as Predictors of Acquisition and Transfer of Relaxation Methods to Everyday Life. *Journal Of Clinical Psychology, 62*(1), 83–96.

Krause, M.S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *The Journal of General Psychology, 75*, 9-19.

Kunze, H. (2001). Die Entwicklung der Psychiatrie-Enquête: Ziele – Kompromisse – zukünftige Aufgaben? In: AKTION PSSCHISCH KRANKE (Hrsg.). *25 Jahre Psychiatrie-Enquête.* Band 1. (S.103-127). Online Version, Zugriff am 14.08.2007 unter: http://psychiatrie.de/data/pdf/6a/00/00/apk_band_27_1.pdf

Kunze, H., Kaltenbach, L. (Hrsg.) (2003). *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis.* 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Kunze, H., Pohl, J., Krüger, U. (Autorengruppe) (1998). *Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. AKTION PSYCHISCH KRANKE, e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.). Baden-Baden: Nomos.

Kunze, H., Schmidt-Michel, P.-O. (2007). Brief an den Staatsekretär des Ministeriums für Gesundheit, Theo Schröder, vom 15. Januar 2007, Betreff: Evaluation der Psych-PV – Ressortforschung Kapitel 1502 Titel 684 04. Online-Version, Zugriff am 21.08.2007 unter:
http://psychiatrie.de/data/downloads/5d/00/00/BMGSchroederStaatsS15_1_2007_end.pdf

LaFerriere, L., Calsyn, R. (1978). Goal Attainment Scaling: An Effective Treatment Technique in Short-Term Therapy. *American Journal of Community Psychology, 6*(3), 271-282.

Lambert, M.J., Hill, C.E. (1994). Assessing Psychotherapy Outcomes and Processes. In A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 72-113). New York: Wiley.

Lambert, M.J., Lambert, J.M. (1999). Use of Psychological Tests for Assessing Treatment Outcome. In M.E. Mariush (Ed.), *The Use of Psychological Testing for Treatment Plannng and Outcomes Assessment*. Second Ed. (pp. 115-151). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Lamprecht, F. (1996). Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 46*, (283-291).

Lang, K. (2003). Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen. Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells. Dissertation, Universität Hamburg. Online Version, Zugriff am 06.08.07 unter: http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=969501285&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=969501285.pdf

Lauterbach, W. (1991). Intrapersonal Conflict, Life Stress, and Emotion. In C.D. Spielberger, I.G. Sarason, J. Strelau, J.M.T. Brebner (Eds.), *Stress and Anxiety*. Volume 13, (P.P. 85-92), New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Lewin, K. (1931). *Die psychologische Situation bei Lohn und Strafe*. Leipzig: Hirzl.

Linden, W., Wen F.K., (1990). Therapy Outcome Research, Health Care Policy, and the Continuing Lack of Accumulated Knowledge. *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* (6), 482-488.

Lorenzen, D. (1989). *Praxis der psychiatrischen Rehabilitation*. Stuttgart: Enke.

Lovitt, R. (1970). Comparison of Verbal Approach-Avoidance Behavior of Trained and Untrained Therapists. *Journal of Counselling Psychology, 17*(2), 137-140.

Lubecki, P. (2003). Die Umsetzung der Psych-PV aus Sicht der Krankenkassen. In H. Kunze, L. Kaltenbach (Hrsg.), *Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis* (S. 243-250), 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

McGlashan, T., Carpenter, W.T. (1981). Does Attitute Toward Psychosis Relate To Outcome? *American Journal Of Psychiatry*, *138*(6) 797-801.

McLaren,C, Rodger, S. (2003). Goal attainment scaling: Clinical implications for paediatric occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal,* 216–224.

McReynolds, P. (1991). The Nature and Logic of Intrapsychic Conflicts. In C.D. Spielberger, I.G. Sarason, J. Strelau, J.M.T. Brebner (Eds.), *Stress and Anxiety*. Volume 13, (P.P. 73-84), New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Meichenbaum, D., Turk, D. (1994). *Therapiemotivation des Patienten. Ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie: ein Handbuch.* Bern: Verlag Hans Huber.

Messer, S.B. (2000). A psychodynamic clinician responds to Fishman's case study proposal. *Prevention & Treatment, 3,*(1), Online-Version, Zugriff am 24.08.2007 unter: http://www.redibw.de/db/ebsco.php/search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=pre-3-1-9c&site=ehost-live

Moos, R.H., Brennan, P.L., Fondacaro, M.R., Moos, B.S. (1990). Approach and Avoidance Coping Responses Among Older Problem and Nonproblem Drinkers. *Psychology and Aging, 5* (1) 31-40.

Nagl, W. (2007) : Einführung in die Statistik. Vorlesungsskript an der Universität Konstanz. Online-Version. Zugriff am 03.11.2007 unter: http://www.uni-konstanz.de/ZE/RZ/statistik/wnagl/downloads/statisti_einf/Statbuch.pdf

Newman, M.G. (2000). Recommendations for a Cost-Offset Model of Psychotherapy Allocation Using Generalized Anxiety Disorder as an Example. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 549-555.

Pillemer, K., Müller-Johnson, K. (2007). Generationenambivalenzen. Ein neuer Zugang zur Erforschung familialer Generationenbeziehungen. In F. Lettke, A. Lange (Hrsg.), *Generationen und Familien. Analysen – Konzepte – gesellschaftliche Spannungsfelder* (S. 130-157). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Powers, W.T. (1973). *Behavior: The control of perception*. Chicago: Aldine.

Putzhammer, A., Senft, I., Fleischmann, H., Klein, H.E., Schmauß, M., Schreiber, W., Hajak, G. (2006). Der Arbeitsaltag von Ärzten im Stationsdienst. Eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken. *Nervenarzt, 77*, 372-384.

Reimer, F. (1980). Die Situation der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser nach Abschluss der Psychiatrie-Enquête. In H. Häfner, W. Picard, (Hrsg), *Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland fünf Jahre nach der Enquête.* Tagungsbericht, Band 5, (S. 23-28). Köln: Rheinland-Verlag.

Riedel, W.P. (1989). *Therapiemotivation und Therapieerfolg. Prädiktoren des Inanspruchnahmeverhaltens und deren Bedeutung für das Therapieergebnis in einer stationären Psychotherapie.* Regensburg: Roderer.

Robinson, M.D., Ode, S., Wilkowski, B.M. (2007). Neurotic Contentment: A Self-Regulation View of Neuroticism-Linked Distress. *Emotion, 7(3),* 579–591.

Schauenburg, H., Hildenbrand, G., Koch, U., Mattke, D., Neun, H., Rüddel, H. (Hrsg.), (2007). *Klinikführer. Stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen*. Stuttgart: Schattauer.

Schmitz-Moormann, S. (2005). *Mann und Frau in der OPD – der „kleine Unterschied"? Untersuchung des Einflusses des Geschlechtes von Patienten/Patientinnen und Diagnostikern/Diagnostikerinnen auf die Befunde der Achsen „Beziehung", „Konflikt" und „Struktur" der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik.* Dissertation, Universität Münster. Online-Zugriff am 18.12.2007 unter: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-2801/diss_schmitz_moormann/diss_schmitz_moormann.pdf

Schneider, W., Basler, H.-D. & Beisenherz, B. (1989). *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP).* Weinheim: Beltz Test GmbH.

Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L., Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt, 70*, 240-249.

Sharfstein, S.S., (1999). Psychotherapy and Managed Care: Compatible or Incompatible? In D.S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy Indications and Outcomes* (pp. 385-399), Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Shefler, G., Canetti, L., Weisman, H. (2001). Psychometric Properties of Goal-Attainment Scaling in the Assessment of Mann's Time-limited Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*(7), 971-979.

Sheldon, K. M., Elliot, A. J. (1999). Goal Striving, Need Satisfaction, and Longitudinal Well-Being: The Self-concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(3), 482-497.

Sladeczek, I. E., Elliott, S. N., Kratochwill, T. R., Robertson-Mjaanes S., Callan Stoiber, K. (2001). Application of Goal Attainment Scaling to a Conjoint Behavioral Consultation Case. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 12*(1), 45–58.

Smith, D.L. (1976). Goal Attainment Scaling as an Adjunct to Counselling. *Journal of Counselling Psychology, 23*(1), 22-27.

Sozialgesetzbuch, 32. vollständig überarbeitete Auflage, Stand: 30. Januar 2005. München: DTV.

Spanier, C.A., Frank, E.F., McEachran, A.B., Grochocinski, V.J., Kupfer, D.J. (1999). Maintenance Interpersonal Psychotherapy for Recurrent Depression. Biological and Clinical Correlates and Future Directions. In D.S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy Indications and Outcomes* (pp. 249-276), Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2006). *Bildung und Kultur. Bildung im Zahlenspiegel.* Online-Version. Zugriff am 18.12.2007 unter: https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1019572.

Strauß, B., Burgmeier-Lohse, M. (1993). Ergebnisse aus den einzelnen Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29*, 237-286.

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

Strupp, H.H., Binder, J.L. (1991). *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Tress, W., Henry, W.P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N., Scheibe, G. (1996). Das Modell des Zyklisch-Maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut, 41*, 215-224.

Varble, D. L. (1968). Relationship between the Therapists' Approach-Avoidance Reactions to Hostility and Client Behavior in Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*(3), 237-242.

Veith, A. (1997). *Therapiemotivation. Zur Spezifizierung einer unspezifischen Variable.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Waskow I.E., Parloff, M.B. (1975). *Psychotherapy Change Measures*. Rockville: National Institute of Mental Health.

Wegner, D. M., Pennebaker, J. W. (1993). *Hanbook of mental control.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Winer, B.J. (1971). *Statistical Principals in Experimental Design*. New-York: McGraw-Hill.

Worrell, M. (1997). An existential-phenomenological perspective on the concept of 'resistance' in counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly, 10*(1) 5-15.

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

Zentrum für Psychiatrie Reichenau. (2006). *Konzeptbroschüre der Station 61, Stand: März 2006*. Abteilung Psychotherapeutische Medizin. Unveröffentlichtes Manuskript.

Zentrum für Psychiatrie Reichenau. (2007). *Konzeptbroschüre der Station 61, Stand: Juni 2007*. Abteilung Psychotherapeutische Medizin. Unveröffentlichtes Manuskript.

Zentrum für Psychiatrie Reichenau. (2007). *Manual. Standards und Ablaufroutinen der Stationen 60 und 61*. Abteilung 2 – Psychotherapeutische Medizin. Unveröffentlichtes Manuskript.

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

Zwerenz, K. (2006). *Statistik. Datenanalyse mit Excel und SPSS. 3*. Auflage. München: R. Oldenbourg Verlag.

Zwerenz, R. (2005). *Psychotherapie und Motivation. Motivation zur psychotherapeutischen Bearbeitung beruflicher Belastungen und Konflikte bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen.* Hamburg: Verlag Dr. Kovac.

8. Anhang

8.1 Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie

Codenummer:

Information und Einverständniserklärung

Hintergrund und Ablauf der Untersuchung
In dieser Studie untersuchen wir den Einfluss von Schwankungen und Unterschieden im therapeutischen Angebot auf die Therapieergebnisse. Das heißt, wir wollen überprüfen, ob es einen Unterschied macht, wie viel und welche Art von Therapie Sie während Ihres Aufenthaltes im ZPR wöchentlich erhalten. Sicherlich haben Sie bereits bemerkt, dass nicht jede Woche das gleiche Therapieprogramm durchgeführt wird oder, dass Ihre Mitpatienten möglicherweise nicht einen völlig gleichen Wochenplan haben wie Sie selbst.
Für diese Untersuchung würden wir daher gerne jede Woche Ihren Wochenplan auswerten. Eventuell stellen wir Ihnen dazu einige Rückfragen. Dies wäre jeweils dienstags im Anschluss an die Visite. Die Untersuchung soll aber kein Kontrollwerkzeug darstellen, sondern lediglich klären, an welchen Angeboten Sie teilgenommen haben und was vielleicht ausgefallen ist. Sie können also nichts falsch machen und müssen sich für nichts rechtfertigen.
Als nächstes erhalten Sie jede Woche (ebenfalls dienstags) ein bis zwei kurze Fragebögen, die Sie abends bei der Tageszielrunde bitte ausgefüllt abgeben. Einer der Bögen soll erfassen, wie es Ihnen zu Zeit geht. Sie werden darin nach verschiedenen Beschwerden gefragt. Der andere Bogen fragt nach persönlichen Wünschen und Abneigungen. Uns interessiert hierbei, ob auch diese Wünsche und Abneigungen mit Ihrem Befinden in Zusammenhang stehen und wie sich dies im Laufe der Therapie verändert.
Für die Beantwortung der Fragebögen benötigen Sie etwa 10 bis 15 Minuten (an den Terminen, an denen Sie zwei Bögen bekommen, entsprechend doppelt so lange).
Schließlich werde ich gegen Ende Ihres Aufenthaltes im ZPR ein ca. einstündiges Interview mit Ihnen führen, bei dem Ihre Biographie im Zentrum stehen soll.

Rechte
Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie können zu jedem Zeitpunkt die Untersuchung beenden, ohne einen Grund anzugeben und ohne, dass Ihnen ein Nachteil daraus entstehen würde.

Datenschutz
Alle Angaben, die wir von Ihnen bekommen, werden vertraulich behandelt. Alle Bögen, auf denen Ihre Angaben notiert werden, haben nur eine Nummer, keinen Namen, und alle Daten werden in anonymisierter Form gespeichert. Niemand außer den unterzeichnenden Universitätsmitarbeitern erhält Zugriff auf Ihre Daten. Auch wenn Ergebnisse der gesamten Studie berichtet oder veröffentlicht werden, ist kein Rückschluss auf eine einzelne Person möglich.

Einverständniserklärung
- Ich habe die vorausgehenden Informationen verstanden und bin zusätzlich von den Mitarbeitern der Untersuchung über die Studie aufgeklärt worden.
- Meine Fragen wurden von den Mitarbeitern für mich befriedigend und umfassend beantwortet.
- Ich weiß, dass ich die Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass alle meine Angaben vertraulich behandelt werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

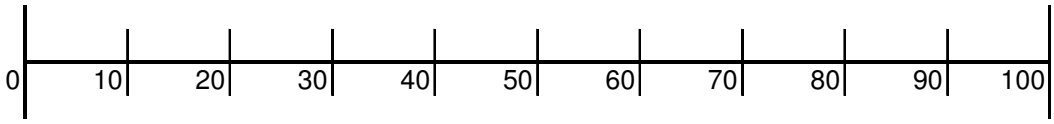
Unterschrift Untersuchungsleiter: _____

Matthias Holzapfel, Universität Konstanz

8.2 Visuelle Analogskala zur Erfassung der Tagesziel(um)setzung

Datum: Codenummer:

Bitte beurteilen Sie auf dieser Skala Ihre Zufriedenheit hinsichtlich Ihrer Tageszielplanung- und Umsetzung der letzten Woche. Wie gut ist es Ihnen gelungen, für Sie persönlich wichtige Ziele zu setzen? Wie gut konnten Sie diese Ziele verwirklichen? Machen Sie an dieser Stelle der Geraden ein Kreuz.



Überhaupt nicht gelungen Sehr gut gelungen

8.3 Formular zur Erfassung der Therapiezeiten

Datum: Modul: Codenr.:

Wochenplanauswertung

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa/So
Abendrunde						
Achtsamkeitsgruppe						
Arbeitstherapie						
Backen für die Kaffeerunde						
Bewegungstherapie						
Bewegungstherapie, Einzel						
DBT-Info-Gruppe						
Entspannung in der Gruppe						
Ergotherapie						
Fertigkeiten-Training						
Gemeinsamer Abend						
Gruppenpsychotherapie						
Imaginationsübung						
Kaffeerunde						
Kochen f. gem. Abendessen						
Kunsttherapie						
Kunsttherapie, Einzel						
Krisengespräch						
Massage						
Musiktherapie						
Musiktherapie, Einzel						
Pflege Einzelgespräch						
Physiotherapie, KG						
Schwimmen						
Sozialdienst						
Sportgruppe						
Sporttherapie						
Stationsversammlung						
Tagesziel-Runde						
Tanz und Bewegung						
Therapeut Einzelgespräch						
Visite						

Tagesziel-Rating Versuchs-leiter für ges.Woche (0-3)	

8.4 OPD Erhebungsbogen

Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) – Erhebungsbogen

Erhebungsdatum ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Erhebungszentrum Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Patient Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Alter ☐☐ Geschlecht ☐ (1 = weiblich, 2 = männlich)

Diagnostiker Code ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Alter ☐☐ Geschlecht ☐ (1 = weiblich, 2 = männlich)

Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen	nicht vorhanden (0)	niedrig (1)	mittel (2)	hoch (3)	nicht beurteilbar (9)
01. Schweregrad der somatischen Symptome					
02. Schweregrad der psychischen Symptome					
03. Leidensdruck					
04. Beeinträchtigung des Selbsterlebens					
05. Ausmaß der körperlichen Behinderung					
06. Sekundärer Krankheitsgewinn					
07. Einsicht in psychodynamische/-somatische Zusammenhänge					
08. Einsicht in somatopsychische Zusammenhänge					
09. Einschätzung des Patienten bzgl. geeigneter Behandlung: Psychotherapie					
10. Einschätzung des Patienten bzgl. geeigneter Behandlung: körperliche Behandlung					
11. Motivation zur Psychotherapie					
12. Motivation zur körperlichen Behandlung					
13. Compliance					
14. Somatische Symptomdarbietung					
15. Psychische Symptomdarbietung					
16. Psychosoziale Integration					
17. Persönliche Ressourcen für die Krankheitsbewältigung					
18. Soziale Unterstützung					
19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung					

Achse II – Beziehung

			Item			Item
Erleben des Patienten (P):	P. erlebt sich	1. Nr.	☐☐	P. erlebt Andere	1. Nr.	☐☐
		2. Nr.	☐☐		2. Nr.	☐☐
		3. Nr.	☐☐		3. Nr.	☐☐
Erleben Anderer (A) / des Untersuchers (U)	A. / U. erleben/t P.	1. Nr.	☐☐	A. / U. erleben/t sich	1. Nr.	☐☐
		2. Nr.	☐☐		2. Nr.	☐☐
		3. Nr.	☐☐		3. Nr.	☐☐

Optional: beziehungsdynamische Formulierung

Achse III – Konflikt	nicht vorhanden (0)	wenig bedeutsam (1)	bedeutsam (2)	sehr bedeutsam (3)	nicht beurteilbar (9)
1.1 Autonomie vs. Abhängigkeit					
1.2 Unterwerfung vs. Kontrolle					
1.3 Versorgung vs. Autarkie					
1.4 Selbstwertkonflikt					
1.5 Schuldkonflikt					
1.6 Ödipal-sexueller Konflikt					
1.7 Identitätskonflikt					
2 Eingeschränkte Konflikt- u. Gefühlswahrnehmung					
3 Konfliktbahnende äußere Lebensbelastung					

wichtigster Konflikt			zweitwichtigster Konflikt		
Modus der Verarbeitung des wichtigsten Konflikts	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar

Achse IV – Struktur	gut integriert (1)	(1,5)	mäßig integriert (2)	(2,5)	gering integriert (3)	(3,5)	desintegriert (4)	nicht beurteilbar (9)
1.1 Selbstwahrnehmung								
1.2 Selbststeuerung								
1.3 Abwehr								
1.4 Objektwahrnehmung								
1.5 Kommunikation								
1.6 Bindung								
2 Gesamteinschätzung								

Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen

Va: Psychische Störungen:	ICD-10 (Forschungskriterien)	DSM-IV (optional)
Hauptdiagnose:	F ☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 1:	F ☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 2:	F ☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 3:	F ☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐

Vb: Persönlichkeitsstörungen:	ICD-10 (F60.xx oder F61.x)	DSM-IV (optional)
Hauptdiagnose:	F ☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 1:	F ☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐

Bei Diagnosen sowohl auf Achse Va als auch Vb: Welche Störung steht klinisch im Vordergrund? (1 = Achse Va ; 2 = Achse Vb) ☐

Bei Diagnosen nach DSM-IV (sowohl psychische als auch Persönlichkeitsstörungen): Welche Störung steht klinisch im Vordergrund? (1 = psychische; 2 = Persönlichkeitsstörung) ☐

Vc: Körperliche Erkrankungen:	ICD-10 (nicht Kapitel V (F) !)	DSM-IV (optional)
Hauptdiagnose:	☐☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 1:	☐☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 2:	☐☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐
weitere Diagnose 3:	☐☐☐.☐☐	☐☐☐.☐☐

8.5 Deskriptive Statistik der mittleren GSI-Werte und GSI-Vorwochendifferenzen

Tabelle 72: Mittlerer GSI und mittlere GSI-Differenz zur Vorwoche über den Untersuchungszeitraum.

GSI-Mittelwert

Datum	Mittelwert	N	Standardab-weichung
21.11.2006	1,73	10	0,74
28.11.2006	1,51	10	0,55
05.12.2006	1,37	12	0,82
19.12.2006	1,26	14	0,70
26.12.2006	1,13	13	0,78
03.01.2007	1,37	9	0,91
04.01.2007	1,46	1	.
09.01.2007	1,69	12	0,87
16.01.2007	1,40	10	0,74
23.01.2007	1,77	10	0,67
30.01.2007	1,53	11	1,05
06.02.2007	1,36	10	0,88
13.02.2007	1,31	11	0,91
20.02.2007	1,24	10	0,90
27.02.2007	1,12	11	0,85
06.03.2007	1,11	15	0,87
13.03.2007	0,84	11	0,69
20.03.2007	1,05	10	0,78
27.03.2007	0,96	11	0,81
29.03.2007	0,29	1	.
03.04.2007	1,14	10	0,74
10.04.2007	0,91	11	0,84
17.04.2007	0,67	6	0,41
24.04.2007	1,07	4	0,58
25.04.2007	0,28	1	.
02.05.2007	1,10	5	0,91
05.05.2007	1,78	1	.
08.05.2007	1,26	8	0,59
11.05.2007	0,19	1	.
15.05.2007	0,90	7	0,61
22.05.2007	0,77	7	0,52
29.05.2007	0,65	8	0,39
30.05.2007	2,97	1	.
05.06.2007	0,96	12	0,73
08.06.2007	0,98	1	.
12.06.2007	1,01	12	0,75
18.06.2007	1,14	1	.
19.06.2007	0,91	10	0,72
21.06.2007	0,72	1	.
25.06.2007	1,23	1	.
26.06.2007	0,95	12	0,68
03.07.2007	0,93	14	0,52

Mittlere GSI-Differenz zur Vorwoche

Datum	Mittelwert	N	Standardab-weichung
28.11.2006	-0,06	9	0,45
05.12.2006	-0,10	10	0,51
19.12.2006	-0,33	3	0,54
26.12.2006	-0,18	12	0,24
09.01.2007	0,11	7	0,23
16.01.2007	-0,11	7	0,22
23.01.2007	-0,15	6	0,36
30.01.2007	-0,12	8	0,50
06.02.2007	0,06	10	0,24
13.02.2007	0,00	10	0,22
20.02.2007	-0,12	10	0,24
27.02.2007	-0,08	9	0,15
06.03.2007	-0,01	11	0,31
13.03.2007	-0,10	10	0,21
20.03.2007	-0,04	7	0,34
27.03.2007	-0,11	10	0,35
29.03.2007	0,09	1	.
03.04.2007	-0,22	7	0,27
10.04.2007	-0,15	7	0,18
17.04.2007	-0,02	6	0,53
24.04.2007	0,08	3	0,19
05.05.2007	-0,47	1	.
08.05.2007	0,04	4	0,48
11.05.2007	0,06	1	.
15.05.2007	-0,28	3	0,33
22.05.2007	-0,11	6	0,16
29.05.2007	-0,21	7	0,47
30.05.2007	0,27	1	.
05.06.2007	-0,13	7	0,28
08.06.2007	-0,22	1	.
12.06.2007	-0,02	11	0,18
18.06.2007	0,71	1	.
19.06.2007	-0,02	10	0,23
21.06.2007	0,34	1	.
26.06.2007	-0,03	9	0,14
03.07.2007	-0,21	10	0,32
10.07.2007	-0,03	11	0,21
17.07.2007	0,08	8	0,14
24.07.2007	-0,01	2	0,31
31.07.2007	-0,11	5	0,14
02.08.2007	0,15	1	.
06.08.2007	-0,03	1	.

10.07.2007	0,81	12	0,50
17.07.2007	0,70	8	0,24
24.07.2007	0,83	2	0,15
25.07.2007	0,69	6	0,32
31.07.2007	1,07	7	0,81
02.08.2007	0,57	1	.
06.08.2007	0,00	1	.
07.08.2007	1,14	7	0,78
14.08.2007	0,96	5	0,56
19.08.2007	0,42	1	.
21.08.2007	0,59	3	0,24
27.08.2007	0,61	1	.
28.08.2007	0,91	5	0,41
03.09.2007	0,42	2	0,20
04.09.2007	0,43	1	.
11.09.2007	0,41	1	.
18.09.2007	0,38	1	.
26.09.2007	0,17	1	.
Insgesamt	1,11	401	0,75

07.08.2007	-0,01	6	0,08
14.08.2007	-0,05	5	0,13
21.08.2007	-0,09	1	.
28.08.2007	0,02	2	0,06
03.09.2007	0,36	1	.
04.09.2007	-0,01	1	.
11.09.2007	-0,02	1	.
18.09.2007	-0,03	1	.
26.09.2007	-0,21	1	.
Insgesamt	-0,07	283	0,29

8.6 Deskriptive Statistik der Therapiegesamtzeit (min/Tag)

Tabelle 73: Deskriptive Statistik der Gesamttherapiezeit über den Untersuchungszeitraum.

Gesamttherapiezeit (min/Tag)			
Datum	Mittelwert	N	Standardab-weichung
19.09.2006	120,00	1	.
26.09.2006	115,00	1	.
03.10.2006	101,96	2	6,31
10.10.2006	113,10	3	4,12
17.10.2006	131,67	3	2,89
24.10.2006	116,05	5	25,56
31.10.2006	116,05	6	26,50
07.11.2006	99,87	7	30,12
14.11.2006	132,55	7	19,82
21.11.2006	118,84	8	16,51
28.11.2006	121,92	8	19,69
05.12.2006	128,29	10	45,77
12.12.2006	114,86	10	27,78
19.12.2006	101,48	13	31,13
26.12.2006	92,31	14	28,63
27.12.2006	76,43	1	.
02.01.2007	54,95	13	10,32
09.01.2007	80,25	16	18,65
16.01.2007	104,39	15	53,61
23.01.2007	96,93	12	34,68
30.01.2007	125,00	12	32,42
06.02.2007	115,60	13	39,94
13.02.2007	111,70	13	34,91
20.02.2007	98,39	12	38,47
27.02.2007	112,77	13	26,75
06.03.2007	101,87	15	21,78
13.03.2007	113,74	13	32,31
20.03.2007	109,94	11	40,82
27.03.2007	118,49	14	21,92
03.04.2007	104,61	14	31,46
10.04.2007	85,78	11	28,32
17.04.2007	99,29	7	50,75
24.04.2007	111,19	6	41,42
01.05.2007	111,60	6	42,47
08.05.2007	86,54	10	43,62
15.05.2007	106,52	8	59,44
22.05.2007	100,54	8	13,68
29.05.2007	97,04	11	28,24
05.06.2007	121,66	13	22,52
12.06.2007	90,48	15	28,68
19.06.2007	122,54	15	18,40
26.06.2007	120,76	15	14,50

03.07.2007	122,69	13	9,41
10.07.2007	115,49	13	19,47
17.07.2007	120,71	13	20,25
24.07.2007	124,52	12	24,93
31.07.2007	125,14	10	34,29
07.08.2007	130,08	9	24,87
14.08.2007	125,24	9	27,91
21.08.2007	115,10	7	25,57
28.08.2007	102,29	5	24,90
Insgesamt	108,72	501	32,80

8.7 Deskriptive Statistik der Einschätzungen der Tageszielzufriedenheit

Tabelle 74: Deskriptive Statistik des Tageszielrating der Patienten und des Versuchsleiters.

TZRatingVL			
Datum	Mittelwert	N	Standardab-weichung
19.09.2006	3,00	1	.
26.09.2006	3,00	1	.
03.10.2006	2,50	2	0,71
10.10.2006	2,67	3	0,58
17.10.2006	2,33	3	0,58
24.10.2006	2,40	5	0,89
31.10.2006	2,00	6	0,63
07.11.2006	2,14	7	0,38
14.11.2006	2,43	7	0,54
21.11.2006	2,88	8	0,35
28.11.2006	2,75	8	0,46
05.12.2006	2,60	10	0,97
12.12.2006	1,91	11	1,04
19.12.2006	1,92	13	1,04
26.12.2006	,67	12	1,07
27.12.2006	2,00	1	.
02.01.2007	2,11	9	0,78
09.01.2007	2,00	10	1,05
16.01.2007	2,10	10	0,74
23.01.2007	2,36	11	0,81
30.01.2007	1,55	11	0,52
06.02.2007	1,77	13	0,60
13.02.2007	1,92	12	1,00
20.02.2007	1,91	11	0,70
27.02.2007	2,54	13	0,66
06.03.2007	1,69	13	0,86
13.03.2007	2,00	10	0,67
20.03.2007	2,64	11	0,51
27.03.2007	2,09	11	0,70
03.04.2007	2,00	11	0,78
10.04.2007	2,00	6	0,63
17.04.2007	1,40	5	0,55
24.04.2007	1,80	5	0,84
01.05.2007	1,50	6	1,05
08.05.2007	2,40	5	0,55
15.05.2007	2,43	7	0,54
22.05.2007	2,38	8	0,52
29.05.2007	2,30	10	0,68
05.06.2007	2,17	12	0,58
12.06.2007	2,15	13	0,80
19.06.2007	2,23	13	0,73
26.06.2007	2,69	13	0,48

VisAnRatingPat			
Datum	Mittelwert	N	Standardab-weichung
02.01.2007	69,78	9	24,11
09.01.2007	63,00	11	22,67
16.01.2007	66,89	9	7,67
23.01.2007	66,30	10	8,77
30.01.2007	56,09	11	18,90
06.02.2007	56,00	12	17,01
13.02.2007	53,33	9	18,08
20.02.2007	57,82	11	20,19
27.02.2007	58,31	13	19,13
06.03.2007	56,46	13	21,43
13.03.2007	62,30	10	18,99
20.03.2007	69,36	11	15,83
27.03.2007	59,55	11	14,57
03.04.2007	78,00	11	12,25
10.04.2007	67,00	6	23,32
17.04.2007	67,80	5	16,44
24.04.2007	47,80	5	22,14
01.05.2007	55,33	6	27,22
08.05.2007	73,00	5	20,19
15.05.2007	70,29	7	15,78
22.05.2007	78,50	8	12,99
29.05.2007	79,70	10	15,38
05.06.2007	67,67	12	12,27
12.06.2007	64,50	10	19,59
19.06.2007	69,00	12	16,24
26.06.2007	72,15	13	15,18
03.07.2007	71,54	13	18,30
10.07.2007	76,85	13	15,30
17.07.2007	73,20	10	17,58
24.07.2007	70,38	8	16,72
31.07.2007	82,00	8	10,52
07.08.2007	75,50	8	17,52
14.08.2007	79,17	6	3,76
21.08.2007	86,60	5	4,67
28.08.2007	72,50	2	17,68
04.09.2007	70,00	1	.
11.09.2007	70,00	1	.
26.09.2007	70,00	1	.
Insgesamt	67,32	326	18,30

03.07.2007	2,38	13	0,65
10.07.2007	2,54	13	0,52
17.07.2007	2,67	12	0,49
24.07.2007	2,50	10	0,53
31.07.2007	2,44	9	0,53
07.08.2007	2,33	9	0,50
14.08.2007	2,86	7	0,38
21.08.2007	2,20	5	0,45
28.08.2007	2,50	2	0,71
Insgesamt	2,18	437	0,80