

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

**Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen als
Prädiktoren für den Erfolg stationärer psychosomatischer
Therapie**
**– Ergebnisse zur Achse I der Operationalisierten
Psychodynamischen Diagnostik (OPD)**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von Martin Peter Thomas Ringsdorf
aus Marburg an der Lahn

Mainz, 2002

Dekan:

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der Promotion: 2002

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Einleitung | 6 |
| 2. Theoretische Hintergründe | 7 |
| 2.1 Das Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) | 7 |
| 2.1.1 Ausgangsüberlegungen für eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik | 7 |
| 2.1.2 Konzeptionelle Gliederung und Datenerfassung mit der OPD..... | 10 |
| 2.1.2.1 Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen | 10 |
| 2.1.2.2 Achse II: Beziehung..... | 11 |
| 2.1.2.3 Achse III: Konflikt..... | 12 |
| 2.1.2.4 Achse IV: Struktur | 13 |
| 2.1.2.5 Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen | 14 |
| 2.1.2.6 Datenerfassung mit der OPD | 14 |
| 2.1.3 Theoried Hintergrund zur Achse I der OPD | 14 |
| 2.1.4 Kritische Betrachtung des Konzeptes der Achse I der OPD..... | 17 |
| 2.2 Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zur OPD..... | 20 |
| 2.2.1 Forschungsergebnisse zur gesamten OPD | 20 |
| 2.2.1.1. Begriffsklärungen | 20 |
| 2.2.1.1.1 Reliabilität | 20 |
| 2.2.1.1.2 Validität | 21 |
| 2.2.1.2 Zur Reliabilität der Achsen der OPD..... | 22 |
| 2.2.1.3 Zur Validität der Achsen der OPD | 24 |
| 2.2.2. Forschungsergebnisse zur Achse I der OPD..... | 26 |
| 2.2.2.1 Faktorenbildungen innerhalb der Achse I der OPD..... | 26 |
| 2.2.2.1.1 Erste Faktorenbildung mit 3 Faktoren | 27 |
| 2.2.2.1.2 Zweite Faktorenbildung mit 3 Faktoren | 30 |
| 2.2.2.1.3 Faktorenbildung mit 5 Faktoren | 31 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2.2.2 Die Prädiktor-Qualität der Achse I..... | 32 |
| 2.2.2.2.1 Ergebnisse von der Rostocker Universitätsklinik zur Prädiktor-Qualität der Achse I..... | 32 |
| 2.2.2.2.2 Ergebnisse von der Kieler Universitätsklinik zur Prädiktor-Qualität der Achse I..... | 34 |
| 2.2.2.2.3 Ergebnisse von der Hamburger Universitätsklinik zur Prädiktorqualität der Achse I..... | 36 |
| 3. Hypothesen | 38 |
| 4. Material & Methoden | 40 |
| 4.1 Setting der stationären Psychotherapie in Mainz..... | 40 |
| 4.1.1 Station..... | 40 |
| 4.1.2 Einzugsbereich..... | 40 |
| 4.1.3 Therapiedauer | 40 |
| 4.1.4 Therapieangebote / -ablauf | 41 |
| 4.1.5 Supervision | 42 |
| 4.2 Studiendesign..... | 42 |
| 4.2.1 Rahmen der Arbeit..... | 42 |
| 4.2.2 Meßzeitpunkte | 43 |
| 4.3 Verwendete Instrumente | 43 |
| 4.3.1 OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) | 43 |
| 4.3.2 GAS (Goal Attainment Scaling)..... | 45 |
| 5. Ergebnisse..... | 47 |
| 5.1 Beschreibung der Stichprobe | 47 |
| 5.1.1 Beurteilung des Signifikanzniveaus..... | 49 |
| 5.1.2 Statistische Verteilung der Itemangaben der Achse I der OPD | 49 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.2 Überprüfung der Hypothesen..... | 51 |
| 5.2.1 Überprüfung der Hypothesen 1 und 2..... | 51 |
| 5.2.2 Überprüfung der Hypothese 3..... | 60 |
| 5.2.3 Überprüfung der Hypothese 4..... | 62 |
| 5.2.4 Faktorenanalysen der Achse I der OPD (Hypothese 5) | 63 |
| 6. Diskussion | 69 |
| 6.1 Prädiktorenfunktion der Achse I der OPD..... | 69 |
| 6.1.1 Positive Prädiktoren (Hypothese 1)..... | 70 |
| 6.1.2 Negative Prädiktoren | 73 |
| 6.1.2.1 Einzelne Items der Achse I der OPD als negative Prädiktoren (Hypothese 2)..... | 73 |
| 6.1.2.2 Negative Prädiktoren, die sich erstmals in der Mainzer Studie zeigen..... | 76 |
| 6.1.2.3 Negative Prädiktoren mit der Angabe " nicht beurteilbar" (Hypothese 3)..... | 78 |
| 6.1.3 Faktoren mit Prädiktorenwert (Hypothese 4) | 78 |
| 6.2 Faktorenlösungen zur Achse I der OPD (Hypothese 5)..... | 80 |
| 6.3 Methodenkritik | 81 |
| 7. Zusammenfassung und Ausblick..... | 83 |
| 7.1 Zusammenfassung | 83 |
| 7.2 Ausblick..... | 86 |
| 8 Literaturverzeichnis | 88 |
| 9 Anhang..... | 98 |

1. Einleitung

Die Forschung zu den Faktoren die den Erfolg einer Psychotherapie bedingen hat eine lange Tradition und ist von entscheidender Wichtigkeit für das Verständnis von Psychotherapie.

Zu den Faktoren, die den erfolgreichen Verlauf einer Therapie beeinflussen gehören das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen des Patienten. Ein wichtiger Schritt zur systematischen Erfassung dieser Eigenschaften und Erwartungen des Patienten war die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). WIETERSHEIM ET AL. (2000) fordern die eingehende Untersuchung der prognostischen Validität der Items der Achse I der OPD. Genau zur Beleuchtung dieser Fragestellung leistet diese Arbeit einen direkten Beitrag: die Achse I der OPD "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen" soll in der vorliegenden Arbeit auf ihre Verwendbarkeit zur Vorhersage des Erfolgs stationärer psychosomatischer Therapie untersucht werden.

Zuvor wird die Geschichte der OPD, ihre Entstehung, ihr Konzept und die selbstgesetzten Aufgaben beleuchtet und anhand der vorliegenden Literatur diskutiert.

Die herrschende Unzufriedenheit der Psychotherapeuten mit phänomenologisch orientierten diagnostischen Klassifikationsschemata wie der ICD-10, rührt unter anderem daher, daß die dort definierten Diagnosen nur sehr eingeschränkt Hinweise für eine psychodynamische Therapieplanung erlauben. An dieser Stelle setzt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik an, die diese Hinweise für psychodynamische Therapieplanung geben will. Von 1992 an vom Arbeitskreis-OPD entwickelt, fand dieses diagnostische System in Forschungskreisen viel Beachtung. In Bezug auf die Achse I "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen" soll neben der Frage der Vorhersagbarkeit von Therapie-Erfolg auch die Diskussion um eine Bildung von Faktoren innerhalb der Items dieser Achse näher beleuchtet und im Kontext der vorliegenden Mainzer Studie weitergeführt werden.

2. Theoretische Hintergründe

2.1 Das Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)

2.1.1 Ausgangsüberlegungen für eine Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Auf welchem Hintergrund wurde die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) entwickelt? Das kann in seiner Wichtigkeit und Notwendigkeit nicht klarer gesagt werden als von den Vätern dieses neuen Konzeptes selbst:

"Selbst wenn man in Rechnung stellt, daß die psychoanalytische Begriffsbildung im Spannungsfeld von *Hermeneutik* (Interpretation) und *empirischer Wissenschaft* steht, drängt sich der Eindruck auf, daß die Vieldeutigkeit der Begriffe von der Mehrheit der Psychoanalytiker nicht nur geduldet, sondern aktiv erhalten wird. Ein Hintergrund ist vermutlich, daß *der nicht falsifizierbare Status quo* von Theorie und Praxis dem psychoanalytischen Narzißmus am wenigsten Kränkung zumutet und jeder einzelne seine Befriedigungserlebnisse in klinischen Diskussionen, in denen aufgrund der Begriffe kein Widerspruch möglich und damit auch keine Meinungsrevision nötig ist, ausleben kann" (ARBEITSKREIS OPD 2001, S.23-24)

Wichtig ist im Blick auf die Entstehung der OPD diese von Wissenschaftlern lang und oft beklagte Tatsache der Vieldeutigkeit und Unschärfe psychoanalytischer Begriffe. So gibt es z.B. kein Lexikon der Psychoanalyse, in dem die psychoanalytischen Fachbegriffe definiert wären. Nicht weil die Psychoanalyse nicht genug Begriffe geschaffen hätte, sondern weil es bisher keine Einigkeit über die genaue Definition der Inhalte gibt. Die OPD bietet Ansätze dieses Manko zu beheben, insofern als die dort verwendeten Begriffe genau erklärt und definiert werden und dadurch als Basis für Diskussionen verwendet werden können. Die OPD trägt somit durch genaue Beschreibung der verwendeten, meist dem psychoanalytischen Hintergrund entliehenen

Begrifflichkeiten zur Klärung und Kommunizierbarkeit der psychoanalytischen Theorie bei. Dies gibt erhebliche Hilfestellung für künftige Diskussionen und Forschungsvorhaben.

Im Hinblick auf die Operationalisierung ist zu sagen, daß im Bereich der Psychiatrie eine lange Tradition von Bemühungen um klassifikatorische Diagnostik und standardisierter Befunderhebung herrscht (DILLING 1993, MÖLLER 1989). Operationalisierung bedeutet die Definition diagnostischer Klassen anhand von beobachtbaren und überprüfbaren Beschreibungen (ARBEITSKREIS OPD 2001, S.10). In Deutschland hat sich bis zum Anfang der 90er Jahre ein deskriptives operationalisiertes Diagnose-System etabliert: die "International Classification of Diseases – ICD" in ihrer nunmehr 10. Auflage (ICD-10) und darin das, die psychiatrischen und psychosomatischen Krankheiten betreffende, Kapitel V (DILLING ET AL. 1991). Daneben existiert außerdem das "Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders – DSM" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1987, 1994) auf das jedoch hier, wegen seiner geringeren Verbreitung im deutschen Sprachraum, nicht näher eingegangen werden soll.

Die ICD hat im Laufe der Jahre viele Veränderungen erfahren und stellt in ihrer jetzigen 10. Fassung eine umfassende Klassifikation dar, in der alle somatischen, psychosomatischen und psychischen Störungen aufgeführt sind. Dabei weist diese Klassifikation einen größtenteils atheoretischen Ansatz auf und versucht auf Begriffe wie Neurose, Psychose oder Endogenität zu verzichten und sich somit auf eine deskriptive Klassifikation zu begrenzen.

Das Kapitel V klassifiziert mit diesem Anspruch den Bereich psychischer Störungen auf der Grundlage definierter psychopathologischer Zeit- und Verlaufskriterien. (DILLING ET AL. 1994). Den Schwerpunkt bilden hier einfach zu beobachtende oder leicht explorierbare Daten, die mit bestimmten Algorithmen zu Diagnosen verknüpft werden. Dieses System garantiert eine hohe Reliabilität (Wiederholbarkeit) der Daten mit gleichzeitiger guter Kommunizierbarkeit von Diagnosen und präziser Erfassung auf symptomatologischer Ebene (STIEGLITZ ET AL. 1992, FREYBERGER ET AL. 1992).

Was die Verwendung der ICD-10 in der Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin angeht, regte sich allerdings aus den Reihen vor allem psychoanalytisch arbeitender Psychotherapeuten und Psychosomatiker Kritik an diesem diagnostischen System, das durch sein rein deskriptives Vorgehen keinerlei Ansätze für eine

Indikationsstellung zu einer psychotherapeutischen Behandlung bietet (z.B. STRUPP 1996). Außerdem wurde von Seiten dieser Kritiker wiederholt betont, daß bei dem Kapitel V der ICD, das die psychischen und psychosomatischen Krankheiten klassifiziert, die Validität zugunsten der Reliabilität vernachlässigt wurde (SCHNEIDER & FREYBERGER 1990, SCHNEIDER & HOFFMANN 1992). Gemeint ist mit letzterem, daß die Diagnosestellung zwar zuverlässig reproduzierbar ist und auch verschiedene Beurteiler zu einem gleichen Ergebnis kommen, jedoch dieses Urteil nicht deswegen auch einer genauen Beschreibung der Problematik des Patienten entspricht. Psychodynamisch orientierten Therapeuten fehlten z.B. Aussagen zum subjektiven Krankheitserleben, zum Strukturniveau im Sinne der Ich-Psychologie (nach BLANCK & BLANCK 1974) und zu intrapsychischen und interpersonellen Konflikten.

Auf dem Hintergrund dieser Unzufriedenheit mit der ICD-10 und mit der Definition psychoanalytischer Begrifflichkeiten bildete sich 1992 der Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (AK-OPD), der sich die Erarbeitung einer ebensolchen operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) zum Ziel setzte. Diese OPD sollte sich am ICD-Modell orientieren und dieses um psychodynamisch relevante Achsen ergänzen.

In 5 autonomen Arbeitsgruppen wurden die späteren 5 – im Kap. 2.2 beschriebenen – Achsen der OPD entwickelt. Nach Diskussionen und Überarbeitungen wurden diese Achsen in einer groß angelegten, mehrere Zentren einschließenden Studie in der Praxis geprüft (u.a. RUDOLF ET AL. 1996, FREYBERGER ET AL. 1996) und letztlich in dem Buch "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD), Grundlagen und Manual" (ARBEITSKREIS OPD 1996) vorgelegt.

Dieses diagnostische System erfreute sich von Beginn an großer Resonanz in der klinischen Forschung. Es wurde nach ersten Erfahrungen überarbeitet und liegt nun in dieser überarbeiteten Fassung vor, beschrieben in der 2. und 3. Auflage des Manuals (ARBEITSKREIS OPD 1998 und 2001). In dieser Arbeit wurde noch die Arbeitsfassung der OPD (die sogenannte OPD-1) verwendet, da zur Zeit der Durchführung der zugrunde liegenden Studie die später veröffentlichten Fassungen noch nicht verfügbar waren.

Es fanden inzwischen verschiedene Tagungen zur OPD statt, deren Ergebnisse z.T. schon in eigenen Büchern vorgelegt wurden (SCHAUENBURG ET AL. 1998, SCHNEIDER & FREYBERGER 2000). Gegenwärtig wird außerdem innerhalb des

Arbeitskreises OPD an einer Kurzform des OPD-Bogens gearbeitet, da durch den bisherigen Umfang nur ein Einsatz in der Beurteilung von Patienten, die sich in stationäre Therapie begeben, sinnvoll erscheint (CIERPKA ET AL. 2001). Ein OPD Manual für die psychodynamische Beurteilung von Kindern und Jugendlichen steht vor der Veröffentlichung. Zusätzlich liegt bereits eine englische Fassung der OPD vor (OPD TASK FORCE 2001), die eine Verwendung und Forschung mit der OPD im angloamerikanischen Sprachraum ermöglicht und auf eine weite Verbreitung hoffen läßt. Weitere fremdsprachliche Ausgaben (in italienisch, spanisch und ungarisch) sind in Vorbereitung (vgl. ARBEITSKREIS OPD 2001).

2.1.2 Konzeptionelle Gliederung und Datenerfassung mit der OPD

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik gliedert sich in 5 Achsen, die im folgenden vorgestellt werden. Die einzelnen Achsen sind wiederum in Einzelbeurteilungen, die sogenannten Items unterteilt, die einzeln im Grad ihrer Ausprägung vom Beurteiler eingeschätzt werden. Zur Gruppierung der Items einer Achse zu Faktoren wurden für die Achse I Faktorenlösungen erarbeitet, die im Kapitel 2.2.2.1 diskutiert werden (zu den folgenden Ausführungen vgl. ARBEITSKREIS OPD 1996, 2001, SCHULZ 1998, HÜTTMANN 1998).

2.1.2.1 Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Für die Indikationsstellung zur Therapie hat die Art des Krankheitserlebens und der Krankheitsverarbeitung eine große Bedeutung. Dies ist unabhängig davon, ob eine somatische (körperliche) Behandlung bei Patienten mit organischen Krankheiten indiziert ist oder ob die Frage der differentiellen Psychotherapie-Indikation abgeklärt werden soll. Jede Behandlungsmethode stellt mehr oder weniger große Ansprüche an die emotionale und kognitive Bereitschaft des Patienten zur Kooperation. Vor dem Hintergrund divergierender Konzepte der Copingforschung werden hier realitätsnahe

und praxisrelevante indikationsleitende Gesichtspunkte erfaßt. Diese beziehen sich auf

- die Art und Schwere der vorliegenden Erkrankung,
- das gesellschaftliche Umfeld,
- die Arzt-Patient-Beziehung,
- das psychosoziale Umfeld,
- Persönlichkeitsmerkmale und
- die Behandlungsmotivation.

Die einzelnen, vom Beurteiler in der Ausprägung einzuschätzenden, Items der Achse I sind in Kapitel 4.3.1 aufgeführt.

Wegen der Bedeutung der Achse I für die vorliegende Arbeit soll auf ihren theoretischen Hintergrund ausführlich in Kapitel 2.3 eingegangen werden.

2.1.2.2 Achse II: Beziehung

Mit Hilfe der Achse II sollen die für den Patienten charakteristischen Erlebens- und Verhaltensweisen so abgebildet werden, wie sie sich in seinem gegenwärtigen und vergangenen sozialen Beziehungen typischerweise ereignen bzw. ereignet haben. Dabei sind in ersten Linie jene zwischenmenschlichen Interaktionen gemeint, welche die dysfunktionelle Beziehungsgestaltung des Patienten mit seinen Beziehungspartnern beschreiben.

Die Formulierung dieser habituellen Beziehungsmuster erfolgt auf der Grundlage von im klinisch diagnostischen Gespräch beobachteten und erzählten Verhaltensweisen. Als Hilfe für den Diagnostiker wurde hier ein teilstrukturiertes Interviewverfahren erarbeitet. Grundsätzlich wird zwischen der Erlebensperspektive des Patienten und jener des Therapeuten unterschieden. Hierbei werden für die 2 Perspektiven je 2 Betrachtungsweisen mit jeweils bis zu 3 zutreffenden Beziehungsstrukturen (also maximal 12) eingeschätzt und in eine Rangreihe gebracht. Erfaßt werden die Beziehungsmuster des Patienten mit Hilfe folgender vorgefaßter Formulierungen:

Perspektive A: Das Erleben des Patienten

- Der Patient erlebt sich immer wieder so, daß.....
- Der Patient erlebt andere immer wieder so, daß.....

Perspektive B: Das Erleben anderer / des Untersuchers

- Der Untersucher / andere erleben den Patienten immer wieder so, daß...
- Der Untersucher / andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, daß....

Es stehen zur Beurteilung 30 verschiedene Beziehungsstrukturen zur Auswahl, diese werden im Manual zur OPD einzeln aufgeführt (ARBEITSKREIS OPD 1996). Sie beschreiben 13 verschiedenen Verhaltensmuster, wie z. B. Bestätigen, Beschützen, Kontrollieren, Herabsetzen und Angreifen.

Diese zur Beurteilung von Interaktionsverhalten herangezogenen Kategorien entstammen der Tradition der zirkumplexen Modelle interpersonellen Verhaltens, die menschliches Verhalten auf den Dimensionen Zuneigung und Kontrolle abbilden (vgl. BENJAMIN 1974 und KIESLER 1983). Außerdem basiert die Beziehungachse auf Elementen des "zentralen Beziehungskonfliktthemas (ZBK)" (LUBORSKY & CHRISTOPH 1990) und der strukturellen Analyse sozialen Verhaltens (BENJAMIN 1993), die in den Bewertungsbogen integriert sind.

2.1.2.3 Achse III: Konflikt

Unbewußte und zeitlich überdauernde Konflikte sind der Ansatzpunkt für die Konfliktachse der OPD. Konflikt wird als unzureichende Problemlösung verstanden, es wird jedoch insgesamt weitgehend auf entwicklungspsychologische Annahmen, das Dreiinstanzenmodell (Ich / Es / Über-Ich) und psychoanalytische vieldeutige Termini verzichtet. Nach dem psychoanalytischen Neuroseverständnis werden die auftretenden Symptome als Verarbeitungs- und Kommunikationsversuche im Rahmen zentraler innerer Konflikte gesehen. Die in der OPD dargestellten Grundkonflikte, die bei mangelnder Integration zu Symptomen führen können, sind:

1. Abhängigkeit vs. Autonomie
2. Unterwerfung vs. Kontrolle
3. Versorgung vs. Autarkie
4. Selbstwertkonflikte (narzißtische Konflikte, Selbst- vs. Objektwert)
5. Über-Ich und Schuldkonflikte (egoistische vs. prosoziale Tendenzen)
6. Ödipal-sexuelle Konflikte

7. Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz)
8. Mangelhafte Konfliktwahrnehmung
9. Konflikthafte äußere Lebensbelastung

In Anlehnung an die Modi der Konfliktverarbeitung wurde eine für verschiedene Konfliktbereiche durchdeklinierte Konfliktypologie erarbeitet, die jeweils einen aktiven (progressiven, kontraphobischen via Reaktionsbildung) von einem passiven (regressiven) Verarbeitungsmodus unterscheidet. Es wird eine Beurteilung aller oben genannten Konfliktbereiche für den Patienten abgegeben und 2 davon werden als "Hauptkonfliktbereiche" benannt. Die Beurteilung erfolgt hierbei in der Abstufung "nicht vorhanden" (0) - "vorhanden und wenig bedeutsam" (1) - "vorhanden und bedeutsam" (2) - "vorhanden und sehr bedeutsam" (3) - "nicht beurteilbar" (9).

2.1.2.4 Achse IV: Struktur

"Strukturelle" Aspekte umfassen die Gesamtheit von Persönlichkeitsmerkmalen, die im Zuge der lebensgeschichtlichen Entwicklung zu festgefügt psychischen Dimensionen geworden sind. Strukturelle Muster zeigen sich, für andere sichtbar, im interaktionellen Handeln. Für den Untersucher werden sie zugänglich in der Begegnung mit dem Patienten und durch die Schilderungen des Patienten über dessen Alltag und Lebensgeschichte. Es werden folgende 6 Kategorien zur Einschätzung struktureller Fähigkeiten betrachtet:

1. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
2. Fähigkeit zur Selbststeuerung
3. Fähigkeit zur Abwehr
4. Fähigkeit zur Objektwahrnehmung
5. Fähigkeit zur Kommunikation
6. Fähigkeit zur Bindung
7. Gesamteinschätzung der Struktur

Die Strukturachse dient zur Beurteilung, ob ein Proband auf den Ebenen jeweils ein hoch integriertes, mäßig integriertes, gering integriertes oder desintegriertes Niveau aufweist. Dies wird zusätzlich in einem Gesamturteil zusammengefaßt.

2.1.2.5 Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen

In dieser Achse werden die syndromal-deskriptiven Diagnosen nach ICD-10 Kapitel V abgebildet. Die Achse V ist keine psychodynamische Achse. Allerdings trägt die OPD mit diesem Vorgehen der Bedeutung einer weltweiten Verständigung auf einheitliche Kategorien psychiatrischer und neurotischer Krankheitsbilder Rechnung. Den besonderen Bedürfnissen der psychotherapeutischen und psychosomatischen Praxis entsprechend werden von der OPD Ergänzungen zur ICD-10 im Bereich der Persönlichkeitsstörungen (z.B. die Übernahme der narzißtischen Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM-IV) sowie der Kategorie "psychische Einflüsse auf andernorts klassifizierte Erkrankungen" vorgeschlagen.

2.1.2.6 Datenerfassung mit der OPD

Erhoben werden die Befunde in einem speziell manualisierten Interview, das eine gewisse Erfahrung und ein eigenes Training erfordert. Entsprechende Trainingsseminare werden von autorisierten Trainern angeboten (Gesamtdauer 60 Stunden). Besonders wichtig ist dieses Training, da bei der OPD die verwendeten Begrifflichkeiten und Konstrukte genau definiert sind und bei nicht mit der OPD geschulten Ratern "Vor-Ansichten" tragend werden könnten, die durch eine falsche Verwendung der Begrifflichkeiten die Ergebnisse verfälschen (vgl. HOFFMANN 1998).

2.1.3 Theoriehintergrund zur Achse I der OPD

Da sich diese Arbeit mit der Achse I der OPD (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) beschäftigt, soll auf deren Entwicklung und Hintergründe eingegangen werden.

Allgemeine Hintergründe zur Achse I

Von den Herausgebern der OPD wurde zur Achse I seit ihrer Entstehung einiges an allgemeinen Hintergründen zur Achse I angeführt und erläutert.

Der Begriff Krankheitserleben wurde neu eingeführt, dabei sollten gegenüber dem Krankheitsverhalten die emotionalen und affektiven Prozesse stärker betont werden.

An generellen Hintergründen wird hierbei zum einen die Frage der Behandlungsmotivation genannt, auf die von der Complianceforschung eingegangen wird (BECKER ET AL. 1982, BASLER 1990). Zum anderen wird die Frage der Krankheitsverarbeitung hervorgehoben, mit der sich die Streßforschung mit Theorien zu Coping und Krankheitsbewältigung näher beschäftigt. Unterscheidbar sind hierbei verschiedene Coping-Modelle, das reiz-orientierte, das reaktions-orientierte (THOITS 1983) und der transaktionale Ansatz (LAZARUS 1966, LAZARUS & FOLKMANN 1984). Coping kann entweder verstanden werden als erfolgreicher Anpassungsprozeß (biologische Bedeutung nach LEVINE 1983) oder als breites Muster von Reaktionen, die mobilisiert werden, um eine Situation zu handhaben (LAZARUS & FOLKMANN 1984). Es werden dabei verschiedene Copingmechanismen diskutiert, wobei sich diese Einteilungen je nach Autor beträchtlich unterscheiden (z.B. VAILLANT 1971, HAAN 1972, BILLING & MOOS 1981, LAZARUS & FOLKMANN 1984, CARVER ET AL. 1989, STREPTOE 1991). Hierbei ergänzen sich Coping und Abwehr. Die Abwehr kann als anpassungsfördernde Ich-Leistung verstanden werden, die wie das Coping integriert im Individuum abläuft (STEFFENS & KÄCHELE 1988). Während die Abwehr eher der intrapsychischen Regulation (Affektverarbeitung) dient, befaßt sich das Coping in Ergänzung dazu mit der realitätsnahen und problemlösenden Anpassungsaufgabe im Prozeß der Krankheitsbewältigung.

Die Achse I betrachtet weiterhin das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen vor dem Hintergrund der spezifischen Erkrankung und auf der Basis von 5 weiteren Überlegungen:

1. Art und Schwere der vorliegenden Erkrankung:

Die Erkrankung selbst wirkt als Stressor (z.B. über Behinderungen, reale vitale Gefährdung, Stigmatisierung durch die Umwelt, Behandlungsprozeduren, krankheitsbedingten Arbeitsplatzverlust). Es gibt hierbei keinen linearen Zusammenhang

zwischen der Schwere der Erkrankung und dem empfundenen Leidensdruck.

2. Die Bedeutung des gesellschaftlichen Kontextes und die Arzt-Patient-Beziehung:

Eine Arzt-Patient-Beziehung mit zugrunde liegendem organischem Krankheitsmodell kann Somatisierung und Chronifizierung beim Patienten fördern (s. FRANZ & BAUTZ 1990, SIMON 1991, BECKMANN 1984).

3. Das psychosoziale Umfeld:

Krankheits- und behandlungsbezogene Standard- und Wertevorstellungen im sozialen Umfeld des Patienten haben große Bedeutung für sein Krankheitserleben und seine Krankheitsverarbeitung. Daneben kommt der sozialen Unterstützung eine wichtige Rolle zu (CRAIG & BOARDMAN 1990, PENNEBAKER & WATSON 1991).

4. Persönlichkeitsmerkmale des Patienten:

Die Art der Persönlichkeit strukturiert zu einem großen Anteil die emotionalen, kognitiven und handlungsrelevanten Voraussetzungen für das Krankheitserleben und die Ressourcen für die Krankheitsverarbeitung. Die hierbei relevanten Persönlichkeitsmerkmale sind Trait-Variable (zeitlich überdauernde "stabile" Persönlichkeitsmerkmale), gleichzeitig bieten sie den Rahmen dafür, inwieweit situative Faktoren (State-Variable) auf Krankheitserleben und -verarbeitung einen Einfluß nehmen.

5. Die Behandlungsmotivation:

Es gibt zwar wenig empirische Forschung zum Begriff der Psychotherapiemotivation, jedoch liegen verschiedene Erklärungsmodelle zur Therapiemotivation vor. Zum einen existiert das kognitive Erklärungsmodell (KRAUSE 1966, KÜNZEL 1979) und zum anderen ein Modell, welches kognitive und affektive Aspekte einschließt (MUCK & PAAL 1968, SCHNEIDER ET AL. 1989). Hinzu kommt, daß die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren sich deutlich in den Ansprüchen an den Patienten wie Belastbarkeit, Fähigkeit zur Introspektion etc. unterscheiden (SCHNEIDER ET AL. 1989, SCHNEIDER 1990).

Für die Achse I der OPD ist letztlich kein einheitlicher Theoriehintergrund vorhanden. Angeführt wird von den Herausgebern im Manual als Bezugsrahmen die Copingforschung (LAZARUS 1993, STEPTOE 1991) und das Konzept der Abwehr (im Vergleich STEFFENS & KÄCHELE 1988). Die einzelnen Items der Achse I (s. Kap. 4.3.1) sind jedoch nicht direkt aus diesen Konzepten oder anderen, bereits bestehenden psychologischen Instrumenten abgeleitet, vielmehr wurde die Achse I auf der Basis dieser Forschung eigenständig entworfen. Die Herausgeber der OPD äußern sich dazu mehrfach, z.B.: "Der Verzicht auf eine theoretisch stärker verankerte Messung der Krankheitsverarbeitung sollte durch den Vorteil einer hohen klinischen Relevanz ausgeglichen werden" (SCHNEIDER ET AL. 2000, S.454) und "Angesichts dieses doch vielfältig theoretisch 'überladenen' Gegenstandes (gemeint sind die Konstrukte des Copings und der Abwehr), haben wir uns bei der Operationalisierung der Krankheitsverarbeitung entschieden, praxisnah vorzugehen" (SCHNEIDER ET AL. 2000, S.455). Weiter heißt es an anderer Stelle: "Auf diesem Hintergrund haben wir bei der Konzeptualisierung der Achse I weitgehend auf eine Modellexplikation zugunsten einer praxisnahen – indikationsrelevanten – Operationalisierung verzichtet." (SCHNEIDER ET AL. 1996, S.248).

Was in Abhandlungen über die Theorien, die der Achse I zugrunde liegen, angeführt wird, sind Erläuterungen von bisherigen Forschungsansätzen zum Krankheitsverhalten, konkret zu Coping und Abwehr. Sie belegen erneut, daß ein Patient nicht nur seine Krankheit, sondern auch sich selbst mit seiner Geschichte in die psychotherapeutische Behandlung mit einbringt: Eine Erkenntnis, die wohl inzwischen als Allgemeingut betrachtet werden kann.

2.1.4 Kritische Betrachtung des Konzeptes der Achse I der OPD

Bei aller Bedeutung dieser neu geschaffenen systematischen operationalisierten psychodynamischen Diagnostik gibt es noch eine Reihe von Kritikpunkten an der gegenwärtigen Form der OPD und speziell der Achse I der OPD. Sie werden teilweise in der

zusammenfassenden Darstellung von Umfrageergebnissen zur OPD angeführt (RUDOLF & SCHNEIDER 2000).

Als Hauptproblem der Achse I wird dabei ihre Heterogenität bezeichnet. Dies wird in den folgenden 6 Kritikpunkten ausgeführt:

1. Die Achse I hat keine einheitliche stringente Theoriegrundlage, sie verknüpft unterschiedliche Konzepte der psychotherapeutischen Medizin und der Copingforschung.
2. Verknüpft werden die Beschreibungen somatischer (Konzilpatienten) und psychischer (Psychotherapiepatienten) Störungen. Diese sind jedoch je nach Patient im einzelnen teilweise oder gänzlich unzutreffend.
3. Außerdem werden Beschreibungen aus der Perspektive des Patienten und solche aus der Perspektive des Untersuchers verknüpft. Subjektiv Erlebtes oder Objektivierbares muß vom Rater getrennt werden. Außerdem können aus beiden Perspektiven bewußte und unbewußte Aspekte des Patienten beschrieben werden.
4. Es werden unterschiedliche Zeitfenster für einzelne Items verwendet (eine Woche bei Leidensdruck, unbestimmt lange Zeit bei sekundärem Krankheitsgewinn).
5. Die durchgehende Einteilung in niedrig / mittel / hoch ist nicht immer anhand einer eindeutigen Kriterienliste objektivierbar.
6. Außerdem fehlt eine genügend differenzierte und präzisierte Anzahl von Ankern, d.h. Beispielen, welche die Begriffe und die Einteilungskriterien in den einzelnen Items erläutern.

Damit werden die wichtigsten Kritikpunkte an der Achse I von den Herausgebern der OPD selbst genannt. Zu betonen ist noch einmal die Tatsache, daß es keinen einheitlichen Theoriedruck zur Achse I der OPD gibt. Es wird zwar mehrfach auf andere psychologische Forschung, wie z.B. die Copingforschung, verwiesen, jedoch ist eine direkte Ableitung der einzelnen Items der Achse I aus bestehenden psychologischen Modellen nicht ersichtlich. Bei kritischer Betrachtung erweist sich die Achse I als eine Zusammenstellung von 19 größtenteils unabhängigen Einzel-Items, die unter dem Titel "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen" mehr nach

sichtbaren Zusammenhängen als auf der Basis vorhergehender Forschungsergebnisse gruppiert wurden. Zum Entstehen der Achse I heißt es im Manual: "Für Achse I, das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen sprach die offensichtliche Relevanz dieser – eher aus der kognitiven Psychologie entlehnten – Kategorien" (ARBEITSKREIS OPD 1996, S. 21).

Zur Verdeutlichung des Unterschiedes zu den anderen – sachlich besser fundierten – Achsen der OPD sei nachfolgend auf den jeweiligen Theorie-Hintergrund hingewiesen.

- Der "**Beziehungsachse**" **Achse II** liegen die Fragebogen "Zentrales Beziehungskonfliktthema" (LUBORSKY & CRITS-CHRISTOPH 1990) und "Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens" (BENJAMIN 1993) zugrunde.
- Die "**Konfliktachse**" **Achse III** orientiert sich eng an psychoanalytischen Theorien (DÜHRSSSEN 1981 zitiert nach HÜTTMANN 1998).
- Bei der "**Strukturachse**" **Achse IV** wird aufbauend auf verschiedenen Modellen psychischer Struktur eine eigene Vorstellung der Struktur erarbeitet und dargelegt. Grundlage waren das "topographische Strukturmodell" nach FREUD (1933), das "Charakterstrukturmodell" aufbauend auf ABRAHAM (1925), das Modell der Neurosenstruktur nach SCHULTZ-HENCKE (1951) und das "Strukturmodell des Ich, des Selbst und der Beziehungen" synoptisch beschrieben von RUDOLF (1993).
- Die **Achse V** "**Psychische und Psychosomatische Störungen**" schließlich orientiert sich weitestgehend an den symptomal-deskriptiven Beschreibungen der ICD-10 (WHO 1993).

Bisher wurde noch keine Einigung zur Überarbeitung der Achse I erreicht. Diese möglicherweise anstehende Überarbeitung ist jedoch innerhalb der "Arbeitsgruppe Achse I" unter Leitung von W. Schneider (Universität Rostock) in der Diskussion. Auch eine Hilfe bei der Auswertung der Achse I in Form einer von den Herausgebern der OPD autorisierten Faktorenanalyse, welche die einzelnen Items in Gruppen zusammenfaßt, erfolgt möglicherweise mit der nächsten Überarbeitung des Instruments und Manuals.

2.2 Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zur OPD

In der vorliegenden Arbeit sollen speziell die Ergebnisse zur Achse I der OPD diskutiert werden. Zur besseren Einordnung in den Rahmen der gesamten OPD soll zuvor jedoch im folgenden in kurzer Form erst die Literatur zur gesamten OPD diskutiert werden. Diese beschäftigen sich vor allem mit der Frage der Etablierung der OPD als valides und reliables Forschungsinstrument. Anschließend wird ausführlicher auf Literatur eingegangen, die sich speziell mit der Achse I der OPD beschäftigt. Hierbei wird besonders der Frage nach dem prognostischen Wert in Hinblick auf das Therapie-Ergebnis und der Frage nach einer möglichen, die Auswertung erleichternden, Faktorenbildung aus den einzelnen Items nachgegangen.

2.2.1 Forschungsergebnisse zur gesamten OPD

2.2.1.1. Begriffsklärungen

Zunächst sollen einige grundlegende Erklärungen zu den Begriffen der Validität und der Reliabilität und ihrer Bedeutung im Rahmen der OPD gegeben werden (vgl. hierzu CIERPKA ET AL. 2001).

2.2.1.1.1 Reliabilität

Reliabilität bedeutet Verlässlichkeit, gemeint ist die Wiederholbarkeit eines Testergebnisses (unabhängig davon, was eigentlich wirklich gemessen wurde). Wichtig ist für die OPD vor allem die Inter-Rater-Reliabilität, die gegeben ist, wenn verschiedene Beurteiler zu gleichen Ergebnissen kommen. Die klassische Testtheorie geht davon aus, daß höhere Reliabilität auch höhere Validität einschließt (LIENERT 1969). Dies kann für

die OPD jedoch aus leicht ersichtlichen Gründen nicht direkt vorausgesetzt werden: Beobachtungsnahe, z.B. am Verhalten orientiert operationalisierte Kategorien würden sicherlich durch die leichte Beobachtbarkeit zu einer höheren Inter-Rater-Reliabilität führen. Jedoch würden solche Kategorien nicht einem hohen Anspruch an inhaltlicher Validität der psychodynamischen Konstrukte entsprechen können. Die Psychodynamik ist komplex und kann daher auch nur in relativ komplexen Kategorien mit möglichst wenig Inhaltsverlust abgebildet werden. Daher war die Zielsetzung bei der Operationalisierung der psychodynamischen Diagnostik eine möglichst gute Reliabilität kompromißhaft mit dem wichtigen Ziel inhaltlicher Validität zu verbinden.

2.2.1.1.2 Validität

Validität bedeutet Gültigkeit, gemeint ist die Genauigkeit, mit der das gemessen wird, was gemessen werden soll. Im Fall der OPD ist die Frage ob die Achsen das messen, was durch Festlegung der verschiedenen psychoanalytischen Konstrukte vorgegeben wurde. Genauer betrachtet können nach FISSENI (1990) 3 Arten von Validität unterschieden werden:

1. Inhaltliche Validität

Sie gilt als gegeben, wenn die zugrunde liegenden Konstrukte, durch den Inhalt der einzelnen Achsen hinreichend definiert werden. Diese Validität ist nicht numerisch erfaßbar.

Im Falle der OPD wird von den Herausgebern die inhaltliche Validität als durch die Expertendiskussion bei der Entstehung der OPD gegeben angesehen (weitere Ausführungen dazu Kap. 2.2.1.3).

2. Kriteriumsbezogene Validität

Die kriteriumsbezogene Validität schließt die Übereinstimmungsvalidität (Übereinstimmung mit Ähnliches messenden Fragebögen) und die Vorhersagevalidität (Vorhersage des Therapie-Erfolges) ein.

Für die **Übereinstimmungsvalidität** spricht, wenn andere Instrumente bei der Messung ähnlicher Konstrukte zu vergleichbaren Ergebnissen kommen. Für die

Vorhersagevalidität (prädiktive Validität) ist relevant zu betrachten, ob es gelingt, Therapieprozesse zu beschreiben und Veränderungen im Verlauf festzumachen bzw. die Patienten in Gruppen mit höherer oder geringerer Wahrscheinlichkeit für einen guten Therapie-Erfolg einzuteilen. Auf letztere Frage gehen die Ergebnisse der im Kapitel 2.2.2.2 vorgestellten Studien und der vorliegenden Studie ein.

3. Konstruktvalidität

Die Konstruktvalidität beschäftigt sich mit der Frage, ob die Kategorien und die Achsen die zugrunde gelegten Konstrukte repräsentieren. Noch etwas weitergehend lässt sich fragen, ob mit der OPD die Achsen operationalisiert wurden, die für eine psychodynamische Diagnostik notwendig sind? Sind andere Achsen notwendig oder können bestehende verschmolzen werden? Die Möglichkeit zur Konstruktvalidierung ist für jede Achse sehr unterschiedlich, da jeweils geprüft werden muß, ob die zugrunde gelegten Konstrukte den OPD-Achsen eindeutig zuzuordnen sind. Bei der Achse I stellt sich speziell die Frage, ob die zugrunde gelegten Konstrukte als solches faßbar und klar definiert sind. Andernfalls muß die Frage nach der Konstruktvalidität der Achse I eventuell auch als nicht eindeutig klärbar eingeschätzt werden.

2.2.1.2 Zur Reliabilität der Achsen der OPD

Es liegen Ergebnisse der Reliabilitätsprüfungen der Achsen der OPD nach sieben klinischen Studien mit insgesamt 269 Patienten vor (CIERPKA ET AL. 2001). Dabei wurden Ergebnisse der Achsen I - IV diskutiert. Die Achse V wurde nicht betrachtet, da sie nicht wie die anderen Achsen der OPD den Anspruch hat psychodynamische Vorgänge zu operationalisieren, sondern eng an die ICD-10 angelehnt ist, deren Reliabilität bereits als nachgewiesen gilt.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß mehrere Bedingungen die Reliabilität der OPD beeinflussen:

1. das Rater-Training
2. der Einsatz der OPD im Kontext der klinischen Routineversorgung
3. die klinische Vorerfahrung der Rater

Belege hierfür finden sich in der folgenden Tabelle.

Tab. 2.1: Ergebnisse der Reliabilitätsstudien zu Achse I - IV der OPD (Cierpka et al. 2001),
Angaben in gewichteten Kappa-Werten

| Achse | klinische Routine | Forschungsbedingungen | klinisch unerfahrene Rater |
|-------|-------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|
| I | 0,47 / 0,43 | keine Daten | keine Daten |
| II | 0,50 / 0,45 | 0,62 / 0,56 (Range 0,48-0,70) | 0,42 |
| III | 0,40 / 0,43 | 0,61 (nur eine Studie) (Range 0,48-0,71) | 0,33 |
| IV | 0,30 / 0,48 | 0,71 / 0,70 (Range 0,60-0,81) | 0,55 0,70 für die Gesamteinschätzung |

Zur Interpretation der Kappa-Werte gilt:

Kappa = **0,4-0,5** gilt als **mittlere** Inter-Rater-Reliabilität

Kappa = **0,5-0,6** gilt als **gute** Inter-Rater-Reliabilität

Kappa = **0,6-0,8** gilt als **sehr gute** Inter-Rater-Reliabilität

Somit sind die Reliabilitäten unter Forschungsbedingungen durchgehend im guten bis sehr guten Bereich. In der klinischen Routine, die vor allem einen beträchtlichen Zeitdruck bedeutet, sind die Reliabilitätswerte etwas schlechter, jedoch bis auf die Ausnahme der Bewertungen der Achse IV (Struktur) durchaus noch im mittleren Bereich. Bei der Einschätzung durch gut angeleitete, aber klinisch unerfahrene Studenten zeigte sich vor allem eine mangelnde Reliabilität in der Einschätzung der Achse III (Konflikt) und in geringerem Maße auch der Achse II (Beziehung). Im Blick auf die Konfliktachse weist dies auf die Notwendigkeit klinischer Erfahrung zum Verständnis und zur reliablen Einschätzung von unbewußten Konflikten hin, was durch die Komplexität der Beurteilung der beim Patienten unbewußten Konflikte durchaus nachvollziehbar erscheint. Unglücklicherweise liegen keine Daten über die Reliabilität der Achse I unter Forschungsbedingungen und mit klinisch unerfahrenen Ratern vor. Der Richtigkeit der Schlußfolgerung der OPD Herausgeber "es kann als sicher gelten, daß unter Forschungsbedingungen ebenfalls (wie bei den Achsen II - IV) deutlich bessere Werte als die berichteten (in der klinischen Routine) erreicht werden" (CIERPKA ET AL. 2001), wäre empirisch noch zu überprüfen; diese Frage wird jedoch mit den Daten der vorliegenden Arbeit nicht beantwortet werden können.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß die 7 Studien an 6 Kliniken mit insgesamt 269 Patienten gute bis befriedigende Werte für die Reliabilität im Forschungskontext belegen. Die Reliabilitäten in der klinischen Routine sind zum Teil noch unbefriedigend, wobei im Vergleich beachtet werden muß, daß auch etwa das ICD in der klinischen Praxis ebenfalls nur mäßig reliabel ist (SEIBEL ET AL. 1997) und die sich in diesem Anwendungsbereich ergebenden Schwierigkeiten daher möglicherweise als unspezifisch angesehen werden können. Insgesamt untermauern die bisherigen Studien die Reliabilität der OPD, wenn diese unter Forschungsbedingungen zur Anwendung kommt. (Vgl. hierzu CIERPKA ET AL. 2001, FREYBERGER ET AL. 1996)

2.2.1.3 Zur Validität der Achsen der OPD

Die Frage der Validität der OPD wird im folgenden getrennt nach inhaltlicher, Kriteriums- und Konstruktvalidität diskutiert, wobei nur bei der inhaltlichen Validität auf die 4 psychodynamischen Achsen der OPD (I - IV) zusammen eingegangen wird. Bei der kritischen Diskussion der Nachweise der Kriteriums- und Konstruktvalidität der OPD soll – um den Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht zu sprengen – nur auf die Achse I eingegangen werden, die auch als einzige bei der hier vorgelegten Arbeit Verwendung findet.

1. Inhaltliche Validität

Zum Beleg der inhaltlichen Validität für alle Achsen werden von den Autoren der OPD folgende Argumente herangezogen (CIERPKA ET AL. 2001):

1. 40-50 Experten konnten sich während der Entwicklung der Merkmale sowie ihrer Beschreibung "relativ leicht einigen".
2. Pate standen "bewährte" Konzepte aus der Psychoanalyse, Instrumente aus der psychologischen Diagnostik und Psychotherapieforschung.
3. Die Operationalisierung fand Anerkennung von anderen Fachleuten, die zu den OPD Tagungen eingeladen wurden.
4. Es gab überwiegend positive Resonanz in den OPD-Trainingseminaren ("Plausibilität und Nachvollziehbarkeit der Kategorien" wurde gelobt).

Diese Belege für die inhaltliche Validität der OPD sind sehr kritisch zu betrachten. Die

Qualität der OPD wird von ihren Entwicklern aus dem Postulat der eigenen Expertise hergeleitet, was von der Beweisführung zumindest etwas problematisch ist. Ebenso kritisch sind die positiven Meinungen von Tagungsteilnehmern zu sehen, die keineswegs in ihrer Bedeutung als Qualitätsbeleg überbewertet werden dürfen. Es muß jedoch betont werden, daß die Autoren der OPD selbst kritisch um Weiterentwicklung ihres Instrumentes bemüht sind und z.B. die Schwierigkeit der Validitätsprüfung anhand des Vergleichs mit anderen Instrumenten – zumindest für die Achse I – selbst betonen.

2. Kriteriumsvalidität

Zum Beleg der **Kriteriumsvalidität** der Achse I wurden Übereinstimmungen mit dem Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FMP) von SCHNEIDER ET AL. (1989) herangezogen, der direkte Vergleich ist jedoch nur bei 5 von 19 Items möglich. Für Item 2 lagen die Übereinstimmungen je nach Studie bei $r = 0,31 / 0,35 / 0,35$, für Item 7 fand sich $r = 0,43 / 0,33 / 0,41$ und für die Items 9, 11, 14 wird von CIERPKA ET AL. (2001) von "vergleichbaren Werten" gesprochen. Die Werte für die Korrelation r liegen somit alle im mäßig aussagekräftigen Bereich. Eingeschränkt wird die Überprüfbarkeit der Konstruktvalidität allerdings dadurch, daß der Vergleich mit anderen Fragebögen nur für 26,3% der Items, also nur einem geringen Anteil, überhaupt möglich ist.

Zum Beleg der **prädiktiven Validität** (Vorhersagevalidität) der Achse I sind die beiden in den folgenden Kapiteln diskutierten Studien der Universitätskliniken Kiel und Rostock, sowie die Ergebnisse der hier vorliegenden Studie, zu betrachten.

3. Konstruktvalidität

Zum Nachweis der Konstruktvalidität der Achse I werden die – im Kapitel 2.2.2.1 erläuterten – Faktorenanalysen herangezogen: "Die Faktorenlösung stellt sich als plausibel dar und unterstützt die bei Konstruktion der Achse zugrundegelegten Hypothesen." (CIERPKA ET AL. 2001, S. 126). Jedoch soll künftig keine faktorielle Auswertung durchgeführt werden, sondern eine Strukturierung der Achse I nach inhaltlichen Subskalen.

Auch hier ist Kritik anzumerken. Die Tatsache, daß eine Faktorenaufteilung möglich ist, ist nicht verwunderlich, da diese Faktorenanalysen als explorative Verfahren erwartungsgemäß zu irgendeiner Art von Faktorenbildung kommen. Das Vorhandensein einer

solchen Faktorenlösung begründet noch keine Validität. Wenn nun diese Faktorenlösung nicht künftige Verwendung bei Auswertungen findet, sondern nur zu einer inhaltlichen Gruppierung der Items führen soll, dann wird damit keine scheinbare theoretische Lücke geschlossen. Eine Strukturierung der Items der Achse I trat durchaus nicht erstmals durch die rechnerische Erstellung der Faktoren zu Tage, denn eine Gruppierung der Items – nach inhaltlichen Gesichtspunkten, die überhaupt zur Entstehung der Achse I führten – wurde schon im Manual (ARBEITSKREIS OPD 1996) mitgeliefert.

2.2.2. Forschungsergebnisse zur Achse I der OPD

Zur Achse I der OPD gibt es drei verschiedene Ansätze die einzelnen Items in drei (FRANZ ET AL. 2000, THOMASIVS ET AL. 2001) bzw. fünf Faktoren zusammenzufassen (WIETERSHEIM ET AL. 2000).

Außerdem wurden bisher 3 Studien publiziert, die sich direkt mit Items der Achse I der OPD als Prädiktoren für den Erfolg stationärer psychosomatischer Therapie befassen.

Auf diese beiden Forschungsansätze – Faktorenbildung und Prädiktoren – soll in den folgenden Abschnitten näher eingegangen werden.

2.2.2.1 Faktorenbildungen innerhalb der Achse I der OPD

Bevor auf die beiden explorativen Faktorenlösungen eingegangen wird, soll erst die im Manual aufgeführte konzeptionelle und inhaltlich begründete Aufteilung der Achse I der OPD in 4 Bereiche (ARBEITSKREIS OPD 1996) vorgestellt und in Tab. 2.2 zusammengefaßt werden.

Tab. 2.2: Inhaltliche Gliederung der Achse I der OPD (nach Arbeitskreis OPD 1996)

| Inhaltliche Bereiche | Items der Achse I |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Schweregrad des somatischen bzw. psychischen Befundes | 1. Schweregrad des somatischen Befundes 2. Schweregrad des psychischen Befundes |
| 2. Leidensdruck bzw. Beschwerdeerleben | 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 6. Sekundärer Krankheitsgewinn 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung |
| 3. Behandlungserwartungen und Inanspruchnahmebereitschaft | 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie 10. Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung 11. Motivation zur Psychotherapie 12. Motivation zur körperlichen Behandlung 13. Compliance |
| 4. Ressourcen | 16. Psychosoziale Integration 17. Persönliche Ressourcen 18. Soziale Unterstützung |
| nicht integrierte Items | 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung 14. Somatische Symptomdarbietung 15. Psychische Symptomdarbietung |
| mehrfach aufgeführte Items | keine |

Es wird jedoch von den Herausgebern der OPD keine faktorielle Aufgliederung der 19 Items der Achse I vorgelegt, die den vorgestellten 4 inhaltlichen Bereichen entspricht. Statt dessen erfolgten explorative Faktorenanalysen, die zweimal zu 3 Faktoren (FRANZ ET AL. 2000, THOMASIU ET AL. 2001) und in einer dritten Berechnung zu 5 Faktoren führten (WIETERSHEIM ET AL. 2000). Diese Faktorenbildungen werden im folgenden erläutert.

2.2.2.1.1 Erste Faktorenbildung mit 3 Faktoren

Die Faktorenbildung innerhalb der Achse I der OPD von FRANZ ET AL. (2000) beruht auf Daten der Multizenter-Studie der Konsildienste der psychosomatischen Abteilungen von 4 deutschen Universitätskliniken (Düsseldorf, Köln, München, Rostock). Die Stichprobengröße dieser Studie war $n = 307$. Zur Reduktion der Datenkomplexität wurde eine explorative Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt. Letztlich wurden 3 Faktoren ermittelt, die in Tab. 2.3 aufgeführt sind.

Tab. 2.3: Faktorenlösung nach FRANZ ET AL. (2000)

| Faktor | Items der Achse I |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Einsicht | 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie 11. Motivation zur Psychotherapie 13. Compliance 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung |
| 2. psychische Ressourcen | 2. Schweregrad des psychischen Befundes 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 15. Psychische Symptomdarbietung 16. Psychosoziale Integration 17. Persönliche Ressourcen 18. Soziale Unterstützung |
| 3. Körper | 1. Schweregrad des somatischen Befundes 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung 10. Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung 12. Motivation zur körperlichen Behandlung 14. Somatische Symptomdarbietung |
| nicht integrierte Items | 6. Sekundärer Krankheitsgewinn |
| mehrfach aufgeführte Items | keine |

Das Item 6 ("sekundärer Krankheitsgewinn") war bei dieser 3-faktoriellen Aufgliederung nicht zuzuordnen. Die Gesamtvarianzaufklärung lag bei 54%.

Im Faktor 1 sammeln sich Einsichts- und Motivationszentrierte Merkmale, Faktor 2 faßt soziale und psychische Ressourcen zusammen und Faktor 3 repräsentiert die körperbezogenen Items der Achse I der OPD.

Die 3 Faktoren wurden außerdem auf Korrelationen mit der klinischen Beeinträchtigung der Patienten überprüft. Die klinische Beeinträchtigung wurde hierbei mit anderen psychologischen und Symptom-Fragebögen gemessen. Zusätzlich wurde eine Korrelation mit der Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Konsilgespräch und einer günstigen Erfolgsprognose des Untersuchers überprüft, hierzu machten die Untersucher Angaben nach dem Konsilgespräch. Ermittelt wurden die in Tabelle 2.4 aufgeführten Korrelationen.

Tab. 2.4: Korrelationen aufbauend auf der Faktorenlösung nach FRANZ ET AL. (2000)

| Faktor | Korrelation mit | Rangkorrelations-Ausmaß (r) |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Einsicht | <ul style="list-style-type: none"> • dem Gesamtsummenwert des IIP • der Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Konsilgespräch • einer günstigen Erfolgsprognose des Untersuchers • der SCL-90-R-Subskala "Depressivität" | <ul style="list-style-type: none"> • 0.33 • 0.40 • 0.45 • 0.30 |
| 2. psychische Ressourcen | <ul style="list-style-type: none"> • dem BSS Gesamtwert • dem GSI (General Severity Index des SCL-90-R) • den SCL-90-R-Subskalen "Zwanghaftigkeit", "Depressivität", "Psychotizismus" • dem Gesamtsummenwert des IIP | <ul style="list-style-type: none"> • -0.54 • -0.45 • -0.43 • -0.43 • -0.41 • -0.30 |
| 3. Körper | <ul style="list-style-type: none"> • der körperlichen Subskala des BSS | <ul style="list-style-type: none"> • 0.38 |

Anmerkung zu Tab. 2.4: SCL-90-R: Symptom Check List 90, revised; IIP: Inventar zur Darstellung Interpersonaler Probleme; BSS: Beschwerde Score

Die Korrelationen liegen mit Werten von $r = 0.30-0.54$ alle im mäßigen bis guten Bereich und sind inhaltlich nachvollziehbar.

Patienten mit höherer Einsicht (höhere Werte im Faktor 1) geben gleichzeitig mehr interpersonelle Probleme an (höhere Werte im IIP). Dies ist deutbar im Sinne der Notwendigkeit einer gewissen Einsicht, um interpersonelle Probleme bei sich selber wahrzunehmen. Interessanterweise läßt sich ein Zusammenhang einer hohen Zufriedenheit des Untersuchers mit dem Konsilgespräch und gleichzeitig günstiger Erfolgsprognose für eine Psychotherapie nur in Verbindung mit einer hohen Einsicht nachweisen. Von entscheidender Bedeutung als Voraussetzung für eine günstige Prognose und gleichzeitige Zufriedenheit mit dem Konsilgespräch scheint für den Therapeuten zu sein, ob der Patient seine Einsicht vermitteln kann.

Gute psychische Ressourcen (Faktor 2) zeigen einen Zusammenhang mit verhältnismäßig geringer Symptomstärke, gemessen mit verschiedenen Fragebögen.

Es zeigt sich außerdem ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Faktor 3 "Körper" und der körperbezogenen Subskala des BSS-Fragebogens.

2.2.2.1.2 Zweite Faktorenbildung mit 3 Faktoren

Eine weitere explorative Aufteilung in 3 Faktoren kommt von THOMASIU ET AL. (2001). Sie wurde mit Daten der Hamburger Universitätsklinik erstellt, die Stichprobengröße betrug $n = 54$. Es handelt sich jedoch ausschließlich um 14-25 jährige Drogenabhängige, die eine ambulante Familientherapie machten (siehe auch die genauere Beschreibung dieser Studie in Kap. 2.2.2.2.3).

Die Tab. 2.5 dargestellte explorative Faktorenlösung ergab 3 Faktoren bei einer Gesamt-Varianzaufklärung von 77%.

Tab. 2.5: Faktorenlösung nach THOMASIU ET AL. (2001)

| Faktor | Items der Achse I |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Somatik | 1. Schweregrad des somatischen Befundes 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge 10. Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung 12. Motivation zur körperlichen Behandlung 14. Somatische Symptomdarbietung |
| 2. Psychotherapiemotivation und günstige Voraussetzungen | 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie 11. Motivation zur Psychotherapie 13. Compliance 16. Psychosoziale Integration 17. Persönliche Ressourcen 18. Soziale Unterstützung 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung |
| 3. Sensibilität für psychische Belastung | 2. Schweregrad des psychischen Befundes 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 6. Sekundärer Krankheitsgewinn 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie 15. Psychische Symptomdarbietung |
| nicht integrierte Items | keine |
| mehrfach aufgeführte Items | Item 9 |

Das Ergebnis deckt sich für den Faktor "Somatik", abgesehen vom zusätzlichen Item 8 (Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge), mit den Ergebnissen von FRANZ ET AL. (2000). Die anderen beiden Faktoren stimmen jedoch nicht überein. Dennoch bietet auch diese zweite 3-faktorielle Aufteilung der Items eine inhaltlich nachvollziehbare Möglichkeit.

2.2.2.1.3 Faktorenbildung mit 5 Faktoren

Die Faktorenbildung von WIETERSHEIM ET AL. (2000) beruht auf Daten der psychosomatischen Ambulanz der **Universitätsklinik Rostock**.

Die Stichprobengröße lag hierbei bei $n = 449$. Es wurden in einer explorativ angelegten Faktorenanalyse 5 Faktoren ermittelt (per PCA-Faktorenanalyse, varimax-rotiert). Diese Faktoren erklärten insgesamt 68% der Varianz und verteilten sich wie aus Tabelle 2.6 ersichtlich.

Tab. 2.6: Faktorenlösung nach WIETERSHEIM ET AL. (2000)

| Faktoren (mit Varianzaufklärung) | Items der Achse I |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Somatik (30,6%) | 1. Schweregrad des somatischen Befundes 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung 10. Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung 12. Motivation zur körperlichen Behandlung 14. Somatische Symptomdarbietung |
| 2. Psyche (13,3%) | 2. Schweregrad des psychischen Befundes 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie 11. Motivation zur Psychotherapie 15. Psychische Symptomdarbietung |
| 3. Einsichtsfähigkeit (11,2%) | 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung |
| 4. Ressourcen (6,8%) | 16. Psychosoziale Integration 17. Persönliche Ressourcen 18. Soziale Unterstützung |
| 5. Compliance (6,2%) | 6. Sekundärer Krankheitsgewinn (neg.) 11. Motivation zur Psychotherapie 13. Compliance |
| nicht integrierte Items | keine |
| mehrfach aufgeführte Items | Item 11 |

Das Item 11 (Motivation zur Psychotherapie) tritt mehrfach auf. Dies ist jedoch inhaltlich verständlich, da die Motivation zur Psychotherapie sowohl in den Bereich der Psyche fällt, als auch in direkter Beziehung zur Compliance steht. Auch die Zugehörigkeit der anderen Items zu den jeweiligen Faktoren ist durchaus inhaltlich nachvollziehbar.

In Bezug auf diese möglichen Faktorenlösungen zur Achse I der OPD verweisen die Herausgeber der OPD jedoch darauf, daß eine Auswertung nach Faktoren nicht erstrebenswert ist, da hierbei – im Gegensatz zur Einzelbetrachtung aller 19 Items – wichtige Informationen verloren gingen. Unter Zuhilfenahme der Ergebnisse der Faktorenanalysen und von Clusteranalysen soll lediglich die Achse I der OPD nach inhaltlichen Subskalen strukturiert werden (CIERPKA ET AL. 2001). Mit diesem Hinweis erscheint jedoch der Sinn der Faktorenlösung fraglich, da diese inhaltliche Gliederung der Achse I bereits im Manual zur OPD (ARBEITSKREIS OPD 1996) mitgeliefert wurde (s. Kap. 2.2.2.1).

2.2.2.2 Die Prädiktor-Qualität der Achse I

Speziell zur Prädiktor-Qualität der Achse I wurden vor kurzem Ergebnisse von den Universitäten Rostock, Kiel und Hamburg vorgelegt. Diese sollen im folgenden diskutiert werden.

2.2.2.2.1 Ergebnisse von der Rostocker Universitätsklinik zur Prädiktor-Qualität der Achse I

Die folgenden Ergebnisse entstammen einer Studie über die stationäre psychosomatische Therapie an der **Rostocker Universitätsklinik** in den Jahren 1996-97 (SCHNEIDER ET AL. 2000).

Die Stichprobengröße der Studie war $n = 87$ bzw. $n = 111$. Es wurden 3 Items der Achse I der OPD auf ihren Vorhersagewert für den Therapie-Erfolg untersucht. Ausgewählt wurden dazu die 3 Items, denen aufgrund theoretischer Überlegungen am ehesten Prädiktorenfunktion zugetraut wurden.

Die untersuchten Items waren:

- Item 7: Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge
- Item 9: Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie
- Item 15: Symptomdarbietung: Psychische Symptome im Vordergrund

Die Erfolgsmessung erfolgte mittels Auswertung der Symptomfragebögen IIP und

SCL-90-R, wobei jeweils die Werte zu Beginn und zum Ende der stationären Therapie verglichen wurden. Zu jedem der betrachteten OPD-Items wurden die Patienten nach der Bewertung in den Items als "hoch" oder "mittel + niedrig" in 2 Gruppen eingeteilt.

Anschließend wurde untersucht, wie sich diese Gruppen in Bezug auf den Therapieerfolg unterscheiden. Die Testzeitpunkte waren Beginn und Ende der Therapie. Die Stichprobengrößen waren für Item 15: $n = 111$; für Item 9: $n = 87$; leider liegt keine Angabe über die Stichprobengröße für Item 7 vor.

Als Ergebnis dieser Studie – im Hinblick auf die Prädiktor-Qualität der Achse I – kann festgehalten werden, daß Patienten mit Einschätzung des Therapeuten als "hoch" in jeweils einem der 3 Items mehr von der Psychotherapie profitiert haben als die für das jeweilige Item als "mittel" oder "niedrig" eingeschätzten Patienten.

Weitere Ergebnisse derselben Studie wurden von CIERPKA ET AL. (2001) veröffentlicht. Als Prädiktoren für den Erfolg stationärer Psychotherapie eignen sich nach dieser zweiten Veröffentlichung außerdem die folgenden Items (Erfolgsmessung über den Nachweis von Veränderungen im IIP):

- Item 10: Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung (neg. Korrelation)
- Item 13: Compliance
- Item 14: somatische Symptome im Vordergrund (neg. Korrelation)

Diese Ergebnisse sind allesamt inhaltlich plausibel. Die Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge, die Einschätzung von Psychotherapie als geeignete Behandlungsform und die Dominanz psychischer Symptome sind genau wie eine gute Compliance des Patienten inhaltlich stimmig in Relation zu sehen mit einem hohen Erfolg der Therapie. Im Gegensatz dazu sind die Dominanz somatischer Symptome und die patientenseitige Einschätzung einer körperlichen Behandlung als geeignete Behandlungsform verständlicherweise mit einem geringen Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung verbunden.

Folgende Kritik ist zu dieser Studie allerdings anzumerken:

Für manche Items sind in den beiden Veröffentlichungen nur die SCL-90-R Ergebnisse, bei anderen Items nur die IIP Ergebnisse als Maß für den Therapieerfolg angeführt. Es ist nicht ersichtlich, warum nicht jeweils die Ergebnisse beider Fragebögen verwendet

wurden, bzw. warum nicht der Therapie-Erfolg generell als ein aus den Ergebnissen beider Fragebögen errechneter Wert den Berechnungen der Studie zugrunde gelegt wird. Es liegt nahe, daß das jeweils nicht genannte Instrument keine signifikante Veränderung durch die Therapie nachweisen kann und daß somit die Effekte nicht ganz so groß sind, wie die veröffentlichten Ergebnisse den Anschein erwecken.

2.2.2.2.2 Ergebnisse von der Kieler Universitätsklinik zur Prädiktor-Qualität der Achse I

In der **Kieler Gruppenpsychotherapiestudie** mit einer Laufzeit von 2½ Jahren wurde die OPD als Prädiktor für den Therapie-Erfolg stationärer Therapie untersucht (STRAUB ET AL. 1997, STAUB & BURGMEIER-LOHSE 1994, HÜTTMANN 1998 und SCHULZE 1998). Die Stichprobengröße in dieser Studie betrug $n = 30$. Die Erfolgsmessung erfolgte mittels einer Betrachtung von 10 Kriterien für den Erfolg der Therapie. Diese Kriterien entstammten 3 verschiedenen Perspektiven:

1. einer globalen Beurteilung des Patienten über das Ergebnis der Therapie bzw. das Erreichen von Therapiezielen,
2. einer globalen Beurteilung des Therapeuten über das Ergebnis der Therapie bzw. das Erreichen von Therapiezielen,
3. Prä-Post-Vergleiche von Angaben der Patienten in Fragebögen

Die Patienten wurden nach Erreichen einer bestimmten Anzahl von Erfolgs-Kriterien in Gruppen mit geringem, mittleren und ausgeprägtem Behandlungserfolg zusammengefaßt:

1. eher geringer Behandlungserfolg (0-3 Kriterien erreicht): $n = 8$; (28,6%)
2. mittlerer Behandlungserfolg (4-6 Kriterien erreicht): $n = 11$; (39,3%)
3. ausgeprägter Behandlungserfolg (>6 Kriterien erreicht): $n = 9$; (32,1%)

Diese 3 Gruppen mit unterschiedlichem Therapie-Erfolg wurden in Hinblick auf die Beurteilung in den Items der Achse I der OPD verglichen. Dabei zeigten die Ergebnisse keine statistisch bedeutsamen Unterschiede, aber zumindest Tendenzen für eine Prädiktor-Qualität einzelner Items:

Positive Prädiktoren:

- Item 7: Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge
- Item 11: Motivation zur Psychotherapie
- Item 13: Compliance
- Item 15: Psychische Symptome im Vordergrund
- Item 16: Psychosoziale Integration
- Item 17: Persönliche Ressourcen

Negative Prädiktoren:

- Item 3: Leidensdruck
- Item 4: Beeinträchtigung des Selbsterlebens
- Item 6: Sekundärer Krankheitsgewinn

Außerdem litten die erfolgreichsten Patienten generell weniger unter somatischen Symptomen, was sich darin zeigte, daß Fragen nach somatischen Beschwerden (Item 1: Schweregrad des somatischen Befundes, Item 5: Ausmaß der körperlichen Behinderung, Item 8: Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge) fast durchgängig als nicht beurteilbar gewertet wurden.

Diese Ergebnisse sind inhaltlich gut nachvollziehbar. Es zeigt sich, daß ein hohes Maß von Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge, Motivation zur Psychotherapie, Compliance, psychosozialer Integration und persönlichen Ressourcen die Wahrscheinlichkeit für einen guten Therapie-Erfolg erhöht. Zusätzlich zeigt sich in den Ergebnissen, daß bei Überwiegen der psychischen Symptome, bzw. bei Nichtvorhandensein körperlicher Symptome (wenn Fragen zur Somatik als "nicht beurteilbar" eingeschätzt werden) eine Psychotherapie erfolversprechend ist. Ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn spricht dagegen, daß der Patient ein genügendes Interesse an seiner Heilung hat, da er zu viele Vorteile aus seinem Krankheitszustand zieht. Dies wirkt letztlich der Heilungstendenz entgegen. Nähere Betrachtung verdient die Tatsache, daß das Item 3 (Leidensdruck) mit anderen als negativer Prädiktor für den Erfolg der Therapie herausgestellt wird. Der Leidensdruck zeigte sich in hoher Ausprägung als hinderlich für den Therapie-Erfolg. Ein hoher Leidensdruck weist vermutlich auf eine extrem schwere Erkrankung hin, die verständlicherweise auch eher therapierefraktär ist. Dennoch könnte z.B. ein mittelgradiger Leidensdruck förderlich sein für die Motivation des Patienten zur Psychotherapie. Bei einer hohen

Beeinträchtigung des Selbsterlebens ist ebenfalls mit einer schweren Störung des Patienten zu rechnen, die den Behandlungserfolg deutlich erschwert.

Positiv sticht bei der Betrachtung der Daten heraus, daß der Therapie-Erfolg realitätsnah in einem komplexen Verfahren aus mehreren einzeln betrachteten Parametern berechnet wurde und nicht nur anhand einzelner psychologischer Fragebögen. Dies ist jedoch möglicherweise gleichzeitig eine der Erklärungen dafür, daß die Items der OPD Achse I nur mit geringer Signifikanz einzeln Prädiktor-Qualität zeigen.

Gleichzeitig muß zu dieser Studie kritisch angemerkt werden, daß

1. eine sehr kleine Stichprobe vorliegt ($n = 30$) und
2. keine signifikanten Ergebnisse vorliegen, sondern nur Tendenzen sichtbar werden.

Die Ergebnisse können also keineswegs als gesicherte Fakten gewertet werden, sondern bestenfalls Anhaltspunkte für weitere Forschung geben.

2.2.2.2.3 Ergebnisse von der Hamburger Universitätsklinik zur Prädiktorqualität der Achse I

Eine weitere aktuelle – allerdings von der Auswahl der Patienten her sehr spezielle – Studie stammt von der Hamburger Universitätsklinik (THOMASIVUS ET AL. 2001), diese Untersuchung wurde auch schon in Kapitel 2.2.2.1.2 erwähnt. Die untersuchte Therapieform war eine ambulante Familientherapie von adoleszenten und jungen erwachsenen Drogenabhängigen (Alter 14-25 Jahre).

Die untersucht wurden 54 Patienten, die Therapiedauer betrug im Mittel 6 Monate bei einer durchschnittlichen Anzahl von 9,7 Therapiesitzungen. Zu beachten ist jedoch, daß nur diejenigen Patienten in Stichprobe mit einbezogen wurden, welche die Therapie regulär beendeten und mindestens eins der im folgenden aufgeführten 3 möglichen Therapieziele erreichten. Der Teil der Patienten, der diese Einschlußkriterien der Studie erfüllte ist, wenn man das schwierige Klientel der jugendlichen Drogenabhängigen betrachtet vermutlich nur ein kleiner Teil der Patienten, die eine ambulante Therapie begonnen haben. Die 3 Therapieziele waren:

1. Opiatabstinenz (erreicht von 72,6% der Patienten)
2. "Verbesserung des familiären Funktionsniveaus" (erreicht von 83,8% der Patienten)
3. "Verbesserung des psychischen Funktionsniveaus" (erreicht von 64,5% der Patienten)

Die Überwachung der Opiatabstinenz erfolgte mittels Drogenscreening, die Messung des "familiären und psychischen Funktionsniveaus" geschah jeweils anhand von Parametern des "Diagnostic and Statistic Manual of Mental disorders, DSM-IV" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994).

Definitionskriterium für den Therapie-Erfolg war das Erreichen von mindestens 2 Therapiezielen. Als Prädiktoren für den Erfolg der Therapie fanden sich auf dem 10%-Signifikanz-Niveau 2 Items der Achse I der OPD:

- "Motivation zur Psychotherapie" (Item 11)
- "Compliance" (Item 13)

Diese beiden Prädiktoren sind inhaltlich leicht nachvollziehbar und stehen mit den Ergebnissen der anderen beiden Studien aus Kiel und Rostock in Einklang.

Allerdings waren die Ergebnisse aus Hamburg nur im 10%-Niveau signifikant, können also nur als Tendenzen gewertet werden. Hinzu kommt das Problem, daß die eher geringe Stichprobengröße von 54 Patienten die Aussagekraft zusätzlich einschränkt. Bei einer größeren Stichprobe, die auch Therapieabbrecher und Patienten, welche keines der 3 Therapieziele erreichten einbezieht, hätten sich womöglich noch weitere Prädiktoren ergeben können

3. Hypothesen

Die im folgenden dargestellten Hypothesen basieren größtenteils auf dem – sich nach Diskussion der existierenden Forschung zur OPD andeutenden – Zusammenhang einzelner Items der Achse I der OPD mit dem Erfolg der stationären psychosomatischen Therapie.

Zum einen soll überprüft werden, ob sich dieser Zusammenhang mit den Daten der vorliegenden Studie bestätigen läßt. Zum anderen sollen Zusammenhänge von Veränderungen der Patienten im Rahmen der stationären psychosomatischen Therapie mit den 3 Faktoren der im vorhergehenden bereits erläuterten Faktorenlösung (s. Kap. 2.2.2.1.1) von FRANZ ET AL. (2000) untersucht werden.

Diese Faktorenlösung beinhaltet die folgenden 3 Faktoren

1. Faktor "Einsicht" (Items 7, 8, 9, 11, 13, 19)
2. Faktor "psychische Ressourcen" (Items 2, 3, 4, 15, 16, 17, 18)
3. Faktor "Körper" (Items 1, 5, 10, 12, 14)

Hypothese 1:

Der Therapie-Erfolg ist größer, falls der Therapeut folgende Items der Achse I der OPD für den Patienten als "hoch" einschätzt:

- Item 7: Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge
- Item 9: Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie
- Item 11: Motivation zur Psychotherapie
- Item 13: Compliance
- Item 15: Symptomdarbietung: Psychische Symptome im Vordergrund
- Item 16: Psychosoziale Integration
- Item 17: persönliche Ressourcen

(CIERPKA ET AL. 2001, SCHNEIDER ET AL. 2000, STRAUß ET AL. 1997, SCHULZE 1998, THOMASIUß ET AL. 2001)

Hypothese 2:

Der Therapie-Erfolg ist geringer, falls der Therapeut folgende Items der Achse I der OPD für den Patienten als "hoch" einschätzt:

- Item 3: Leidensdruck
- Item 4: Beeinträchtigung des Selbsterlebens
- Item 6: Sekundärer Krankheitsgewinn
- Item 10: Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung
- Item 14: Somatische Symptome im Vordergrund

(CIERPKA ET AL. 2001, STRAUß ET AL. 1997, SCHULZE 1998)

Hypothese 3:

Der Therapie-Erfolg ist größer, falls der Therapeut folgende Items der Achse I der OPD für den Patienten als "nicht beurteilbar" einschätzt:

- Item 1: Schweregrad des somatischen Befundes
- Item 5: Ausmaß der körperlichen Behinderung
- Item 8: Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge

(STRAUß ET AL. 1997, SCHULZE 1998)

Hypothese 4:

Der Therapie-Erfolg ist größer, falls der Therapeut den Patienten mit einem hohen Wert im Faktor 1 ("Einsicht") der Achse I der OPD einschätzt.

(FRANZ ET AL. 2000)

Hypothese 5:

Es lassen sich mit den Daten der Studie eine 3-faktoriellen und eine 5-faktorielle Faktorenlösung erstellen, die den vorgestellten Faktorenlösungen von FRANZ ET AL. (2000), THOMASIU ET AL. (2001) und WIETERSHEIM ET AL. (2000) weitestgehend entsprechen.

4. Material & Methoden

4.1 Setting der stationären Psychotherapie in Mainz

Dem hier im weiteren beschriebenen Setting psychoanalytischer stationärer Psychotherapie liegt ein Konzept zugrunde, welches sowohl auf klinischen Erfahrungen von ARFSTEN & HOFFMANN (1978) als auch auf Überlegungen von JANSSEN (1983, 1985, 1987) aufbaut. Durch eigene Erfahrungen wurde dieses Konzept weiterentwickelt (BASSLER 1994).

Zu den folgenden Ausführungen vgl. BASSLER & HOFFMANN (1993), BASSLER (1994), BASSLER (1995), BASSLER ET AL. (1995), MUTHMANN (2000) und RODENHÄUSER (2000).

4.1.1 Station

Es stehen an der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universitätsklinik Mainz 18 Betten zur Aufnahme von stationären Patienten zur Verfügung.

4.1.2 Einzugsbereich

Das Versorgungsgebiet erstreckt sich auf ganz Rheinland-Pfalz sowie Teile des Saarlandes, Hessens und Nordrhein-Westfalens. Es wird somit das Mainzer Umfeld mit einem Radius von ca. 150 km abgedeckt.

4.1.3 Therapiedauer

Die vorhergesehene Aufenthaltsdauer der Patienten während des Erhebungszeitraumes betrug 12 Wochen, konnte jedoch bei Bedarf und Dafürhalten des Patienten um einige

Wochen verlängert werden. Im Frühjahr 1997 wurde eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer auf 6 Wochen eingeführt, diese betraf jedoch nur wenige der in die vorliegende Studie aufgenommenen Patienten.

4.1.4 Therapieangebote / -ablauf

An der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Mainz standen während des Untersuchungszeitraumes folgende Therapieformen zur Verfügung:

- Pro Woche erhielt jeder Patient eine Stunde an **Einzeltherapie** bei einem der drei die Station betreuenden Therapeuten. Die Therapeuten hatten eine ärztliche oder psychologische Basisausbildung und befanden sich in einer therapeutischen Ausbildung oder hatten diese bereits abgeschlossen.
- Zudem nahmen die Patienten zweimal wöchentlich für jeweils 1½ Stunden an einer psychoanalytisch fundierten **Gruppentherapie** teil (vgl. HOFFMANN & HOCHAPFEL 1999). Die Gruppengröße lag hierbei bei 6-7 Teilnehmern und die Gruppe war halboffen konzipiert; Leiter der Gruppe war in den meisten Fällen derselbe Therapeut, der die Patienten auch in der Einzeltherapie betreute. Das halboffene Gruppenkonzept bedingt bei einer Behandlungsdauer von etwa 12 Wochen eine beständige leichte Patientenfluktuation.
- Zusätzlich nahm jeder Patient zweimal pro Woche an einer **Gestaltungstherapie** teil.
- Als weitere Angebote waren **konzentrierte Bewegungstherapie, physikalische Therapie, Krankengymnastik und autogenes Training** nutzbar.
- Hinsichtlich der medizinisch-somatischen Seite erfolgte bei stationärer Aufnahme eine **internistisch-neurologische Untersuchung** und es gab anschließend zweimal wöchentlich die Möglichkeit, an einer sogenannten **Körpersprechstunde** teilzunehmen.
- Außerdem konnten jeden Abend im Rahmen der 1½-stündigen **Visite des Pflegeteams** aktuelle Probleme besprochen werden. Hierbei sollten ausdrücklich keine unbewussten Konfliktanteile der Patienten angesprochen werden.

4.1.5 Supervision

Es gab 3 Formen der Supervision:

- Zum einen erfolgte eine Supervision der behandelnden Therapeuten durch einen erfahrenen Psychotherapeuten, in der Regel den Oberarzt der Station. Hierbei thematisierten die Therapeuten Behandlungsschwierigkeiten und es wurde nach Möglichkeit für jeden Patienten ein Therapiefokus festgelegt.
- Daneben wurden in der täglichen einstündigen Stationsbesprechung von Pflorgeteam und Therapeuten die einzelnen Patienten besprochen. Hierbei wurden die verschiedenen therapeutischen Ebenen skizziert, um die zugrundeliegende Psychodynamik zu erschließen.
- Zudem erfolgte alle 2 Wochen eine 1½-stündige Supervision des gesamten Stations-teams durch einen niedergelassenen Psychoanalytiker.

4.2 Studiendesign

4.2.1 Rahmen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des Forschungsprojektes "Evaluation stationärer psychosomatischer Behandlung" an der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin des Mainzer Universitätsklinikums. Durchgeführt wurde diese Studie in den Jahren 1994-1998 mittels Erhebungen durch Fragebögen und Interviews. Dies geschah jeweils zu Therapiebeginn, Therapieende und in 2 Katamnesen, 6 Wochen und ein Jahr nach Entlassung. Durch diese Katamnesen sollte eine Vorstellung über die Stabilität des Therapie-Erfolges erlangt werden.

Außer den hier beschriebenen und in der vorliegenden Arbeit verwendeten Meßinstrumenten wurden in dem Forschungsprojekt noch weitere Meßinstrumente eingesetzt

(siehe Anhang), deren Ergebnisse in anderen Arbeiten (MUTHMANN 2000, RODENHÄUSER 2000) vorgelegt wurden und noch werden.

4.2.2 Meßzeitpunkte

Die Patienten, welche die Einschlußkriterien erfüllten und sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten, wurden zu den in Tab.4.1 genannten Zeitpunkten gebeten mittels dem GAS Therapieziele zu formulieren, bzw. später gebeten zum Erreichen dieser Ziele Angaben zu machen. Außerdem gaben auch die Therapeuten mittels der OPD eine Einschätzung zu den einzelnen Patienten ab (zu den einzelnen Verfahren s. Kap. 4.3).

Tab.4.1: Art und Zeitpunkte der verwendeten Instrumente dieser Arbeit

| Meßzeitpunkte | Verfahren Patient | Verfahren Therapeut |
|----------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| T1 = 2 Wochen vor Aufnahme | | |
| T2 = 3 Wochen nach Aufnahme | Erstellen der GAS-Ziele | OPD |
| T3 = 2 Wochen vor Entlassung | GAS | |
| T4 = 6 Wochen nach Entlassung (1. Katamnese) | GAS | |
| T5 = 1 Jahr nach Entlassung (2. Katamnese) | GAS | |

Anmerkung zu Tab.4.1: GAS: Goal Attainment Scaling

OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

4.3 Verwendete Instrumente

4.3.1 OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik)

Die Konzeptentwicklung und die theoretischen Hintergründe der OPD wurden bereits im Kapitel 2 "Theoretische Hintergründe" ausführlich diskutiert. Grundlage dieser Arbeit sind die Daten aus dem diagnostischen Fragebogen "Operationalisierte Psycho-

dynamische Diagnostik (OPD)" (ARBEITSKREIS OPD 1996). In unserer Studie wurde die OPD vom Therapeuten in der 3. Woche nach Aufnahme des jeweiligen Patienten zur stationären psychosomatischen Therapie ausgefüllt. Bei der Verwendung des OPD-Bogens und der Interpretation der erhobenen Daten müssen einige Voraussetzungen der Anwendung berücksichtigt werden:

- "Voraussetzung für die Verwendung der OPD ist die Anerkennung der Existenz und Berechtigung psychoanalytischer Basiskonzepte, wie das des dynamischen Unbewußten, der Übertragung und Gegenübertragung, des inneren Konfliktes oder der verinnerlichten Selbst- und Objektbilder (Selbst- und Objektrepräsentanzen). Nur auf diesem Hintergrund ist die OPD ein geeignetes Instrument (der Diagnose-Klassifikation)" (ARBEITSKREIS OPD 1996, S.8).
- "Die Interraterübereinstimmung ist nur gegeben bei vorheriger Absolvierung eines Rater-Trainings, derzeit mit einem Mittelwert von 60 Stunden angesetzt" (ARBEITSKREIS OPD 1996, S.9).

Verwendet wurden in der vorliegenden Arbeit nur die Daten der Achse I von insgesamt 5 Achsen, daher wird auch nur diese Achse I im folgenden beschrieben. Weitere Erläuterungen zur Achse I und zu den anderen Achsen der OPD finden sich im Kapitel 2.1.

Die **Achse I der OPD "Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen"** besteht aus den 19 einzelnen Items:

1. Schweregrad des somatischen Befundes
2. Schweregrad des psychischen Befundes
3. Leidensdruck
4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens
5. Ausmaß der körperlichen Behinderung
6. Sekundärer Krankheitsgewinn
7. Einsichtsfähigkeit für psychosomatische Zusammenhänge
8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge
9. Patienteneinschätzung der geeigneten Behandlungsform: Psychotherapie
10. Patienteneinschätzung der geeigneten Behandlungsform: körperliche Behandlung
11. Motivation zur Psychotherapie
12. Motivation zur körperlichen Behandlung

13. Compliance
14. Symptomdarbietung: die somatische Symptomatik stellt sich dar
15. Symptomdarbietung: die psychische Symptomatik stellt sich dar
16. Psychosoziale Integration
17. Persönliche Ressourcen
18. Soziale Unterstützung
19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung zum Ausmaß der Erkrankung

Die Grundlage der OPD-Auswertung ist ein ausführliches Interview, welches sich durch eine offene Gesprächsführung auszeichnet, die genügend Raum für Übertragung und Gegenübertragung zuläßt. Generell werden die verschiedenen Items der Achsen der OPD durchgehend in einer 4-stufigen Abstufung mit den Einteilungen "niedrig" (1) - "mittel" (2) - "hoch" (3) erfaßt, zusätzlich besteht die Möglichkeit zur Einschätzung als "nicht beurteilbar" (9). Da diese Studie 1994 vor der offiziellen Veröffentlichung der OPD (ARBEITSKREIS OPD 1996) begonnen wurde, wurde die zu diesem Zeitpunkt verfügbare Arbeitsfassung der OPD verwendet. Diese unterscheidet sich von der heute vorliegenden Version nur durch die heute zusätzlich zur Verfügung stehende Item-Einschätzung "nicht ausgeprägt" (0). Zur Vermeidung von Mißdeutungen ist ein von autorisierten Trägern angebotenes Rater-Training nötig, zusätzlich liegen inzwischen Erläuterungen zum Inhalt der verschiedenen Items im Manual der OPD vor (ARBEITSKREIS OPD 1996, 1998, 2001).

4.3.2 GAS (Goal Attainment Scaling)

Das GAS (Goal Attainment Scaling) ist ein Verfahren zur Messung des Therapie-Erfolgs auf einer vom Patienten selbst erstellten Erfolgsskala (BOLM 1994). Der Patient stellt 3 individuelle Therapieziele auf die auf einer von ihm selbst festgelegten fünfstufigen Skala gemessen werden. Dabei gibt der Patient den gegenwärtigen Zustand an und definiert mögliche Verbesserung, mögliche starke Verbesserung, mögliche Verschlechterung und mögliche starke Verschlechterung. Anhand dieser Skala wird nach Abschluß der Therapie der Therapie-Erfolg beurteilt. Diese Beurteilung geschah jeweils direkt zum Abschluß der Therapie und 6 Wochen sowie 1 Jahr nach Ende der Therapie, wodurch auch Aussagen über den Langzeiterfolg der stationären

psychosomatischen Therapie möglich sind. Als erfolgreich wurden die Patienten gewertet, die in mindestens zweien der 3 definierten Therapieziele eine leichte bis starke Verbesserung angeben konnten.

Dieses Vorgehen läßt sich an einem Beispiel verdeutlichen:

Zu Beginn der stationären Aufnahme wurde der Patient zu einem Einzelgespräch mit einem der die Studie durchführenden Doktoranden gebeten. In diesem Gespräch wurden mit dem Patienten gemeinsam drei persönliche Therapieziele herausgearbeitet und schriftlich festgehalten.

Um das Erreichen der Therapieziele zu einem späteren Zeitpunkt besser beurteilen zu können, wurde zunächst vom Patient der gegenwärtige Zustand beschrieben (z.B. 0 = "Ich traue mich nicht mehr alleine aus dem Haus"). Dann sollte eine leichte Verbesserung des Problems erdacht und schriftlich fixiert werden (z.B. + = "Ich traue mich wieder an bestimmte, mir vertraute Orte und kaufe auch wieder selbstständig ein"). Auch eine mögliche starke Verbesserung sollte formuliert werden (z.B. ++ = "Ich kann mich wieder überall hinbegeben und unternehme alleine und ohne Angst Fernreisen").

Eine leichte Verschlechterung (z.B. - = "Ich traue mich gar nicht mehr aus dem Haus, auch in Begleitung nicht mehr") wurden ebenso wie eine starke Verschlechterung (z.B. -- = "Ich verlasse mein Bett nicht mehr und habe alle Sozialkontakte verloren") schriftlich fixiert. Jedes der drei Therapieziele wurde in diesen 5 Abstufungen festgehalten und dem Patienten zu den späteren 3 Beurteilungspunkten wieder vorgelegt, so daß er seine Fortschritte unter der Therapie einzustufen vermochte.

5. Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung ist eine Längsstudie, bei der 129 Patienten vom Beginn ihrer stationären psychosomatischen Therapie an bis hin zur letzten Katamnese 1 Jahr nach Entlassung untersucht wurden.

Die Patienten waren im Durchschnitt 36 Jahre alt und es waren überwiegend Frauen (Tab. 5.1)

Tab. 5.1: Soziodemographische Daten

| Soziodemographische Daten | |
|---------------------------|----------------------------------|
| Alter | 36 Jahre ($\pm 9,6$) |
| Geschlecht | 65,6 % weiblich, 34,4 % männlich |

Als Diagnose wurde für 34% der Patienten somatoforme Beschwerden gestellt, bei 46% der Patienten wurde eine Psychoneurose und bei 48% der Patienten eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (Tab. 5.2). Da im Rahmen dieses Diagnosesystems Haupt- und Nebendiagnosen gestellt wurden, addieren sich die Prozentzahlen zu mehr als 100%.

Tab. 5.2: Absolute und relative Häufigkeiten der Diagnosen

| Diagnosen | absolute Häufigkeit | prozentuale Häufigkeit |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|
| somatoforme Beschwerden | 41 | 34,2% |
| Psychoneurosen | 55 | 45,8% |
| Persönlichkeitsstörungen | 60 | 48,0% |

Die Dauer der Behandlung betrug im Mittel 95 Tage bei einer Standardabweichung von 27 Tagen (Tab. 5.3).

Tab. 5.3: Durchschnittliche Dauer der Behandlung in Tagen

| | Mittelwert | Standardabweichung | n |
|--------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------|
| Dauer der Behandlung in Tagen | 94,72 | ±26,58 | 125 |

Die Erfolgsmessung wurde vorgenommen mittels der Ergebnisse im "Goal Attainment Scaling" (GAS), bei dem die Patienten ihr eigenes Erreichen oder Verfehlen von drei – zu Therapiebeginn von ihnen selbst individuell festgelegten – Therapiezielen beurteilen (Erläuterungen und Beispiel s. Kap. 4.3.2). Das Erreichen einer positiven oder stark positiven Veränderung für mindestens 2 von 3 Therapiezielen wurde als erfolgreiche Therapie gewertet. Das entsprechende Nicht-Erreichen von mindesten 2 Therapiezielen wurde als nicht erfolgreiche Therapie gewertet.

Es gaben – wie aus der Tabelle 5.4 ersichtlich – zum Abschluß der Therapie 65,5% der Patienten an 2 oder 3 Ziele erreicht zu haben. 6 Wochen nach Entlassung ging der Anteil der erfolgreich behandelten Patienten auf 60% zurück. Dies steht vermutlich in Zusammenhang mit dem Verlassens des geschützten Rahmens des stationären Aufenthaltes. Bei der letzten Katamnese 1 Jahr nach Entlassung gaben schließlich 62% der Patienten ein Erreichen von 2 oder 3 Therapiezielen an. Dabei ist zu beachten, daß die Stichprobengröße sich – je länger die Behandlung zurücklag – aufgrund unbekannt verzogener oder nicht mehr auskunftsbereiter Patienten von 113 (zum Ende der Therapie) über 105 (6 Wochen später) auf 100 Patienten (bei der 1-Jahres-Katamnese) verringerte.

Tab.5.4: Therapieerfolgsstatistik nach Meßzeitpunkten, Angaben in Anzahl der Patienten (Prozentwerte in Klammern)

| Meßzeitpunkt | Anzahl der nicht erfolgreich behandelten Patienten | | | Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten | | | Stichprobengröße (n) |
|--------------------------|----------------------------------------------------|-----------------|------------|----------------------------------------------|------------------|------------|----------------------|
| | kein Ziel erreicht | 1 Ziel erreicht | zusammen | 2 Ziele erreicht | 3 Ziele erreicht | zusammen | |
| Ende der Therapie | 17 (15%) | 22 (19,5%) | 39 (34,5%) | 30 (26,5%) | 44 (39%) | 74 (65,5%) | 113 |
| 6 Wochen nach Entlassung | 21 (20%) | 21 (20%) | 42 (40%) | 23 (21,9%) | 40 (38,1%) | 63 (60%) | 105 |
| 1 Jahr nach Entlassung | 12 (12%) | 26 (26%) | 38 (38%) | 24 (24%) | 38 (38%) | 62 (62%) | 100 |

5.1.1 Beurteilung des Signifikanzniveaus

Zur Beurteilung des Signifikanzniveaus wurden folgende Werte zugrunde gelegt:

0,10 (10%) \geq Signifikanz \geq 0,05 (5%): Tendenz (Irrtumswahrscheinlichkeit 5-10%)

0,05 (5%) \geq Signifikanz \geq 0,01 (1%): signifikant (Irrtumswahrscheinlichkeit 1-5%)

0,01 (1%) \geq Signifikanz: hochsignifikant (Irrtumswahrscheinl. < 1%)

5.1.2 Statistische Verteilung der Itemangaben der Achse I der OPD

Die Verteilung der Wertungsangaben, mit denen die Beurteiler (in dieser Studie gleichzeitig die Therapeuten) die Patienten in der Ausprägung der einzelnen 19 Items der OPD einschätzen, ist in der Tabelle 5.5 aufgeführt.

Die Einschätzungen "niedrig", "mittel" und "hoch" wurden durchgehend genutzt. Eine Häufung der Wertung "nicht beurteilbar" tritt nur bei Fragen auf, die sich auf einen körperlichen Befund beziehen. Das häufige Fehlen eines körperlichen Befundes erklärt sich durch die spezielle Stichprobe der Studie, die sich nur auf Patienten der stationären psychosomatischen Therapie bezieht.

Tab.5.5: Verteilung der Itemangaben für die Achse I der OPD, Angaben in Anzahl der Patienten, welche die jeweilige Einschätzung erhielten (Prozentwerte in Klammern)

| Item | niedrig | mittel | hoch | nicht beurteil- bar | fehlend | n |
|-------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|-------------|-----|
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 54 (43,2%) | 37 (29,6%) | 14 (11,2%) | 19 (15,2%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 2. Schweregrad des psych. Befundes | 9 (7,2%) | 56 (44,8%) | 57 (45,6%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 3. Leidensdruck | 15 (12,0%) | 54 (43,2%) | 53 (42,4%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens | 18 (14,4%) | 48 (38,4%) | 56 (44,8%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 5. Ausmaß der körperl. Behinderung | 53 (42,4%) | 38 (30,4%) | 19 (15,2%) | 14 (11,2%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | 34 (27,2%) | 59 (47,2%) | 29 (23,2%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenhänge | 49 (39,2%) | 57 (45,6%) | 16 (12,8%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenhänge | 35 (28,0%) | 47 (37,6%) | 13 (10,4%) | 29 (23,2%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie | 24 (19,2%) | 57 (45,6%) | 41 (32,8%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandlung | 32 (25,6%) | 27 (21,6%) | 13 (10,4%) | 52 (41,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 11. Motivation zur Psychotherapie | 38 (30,4%) | 57 (45,6%) | 27 (21,6%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 12. Motivation zur körperl. Behandlung | 17 (13,6%) | 23 (18,4%) | 30 (24%) | 55 (44%) | 0 | 125 |
| 13. Compliance | 38 (30,4%) | 71 (56,8%) | 14 (11,2%) | 2 (1,6%) | 0 | 125 |
| 14. Somatische Symptomdarbietung | 34 (27,2%) | 30 (24%) | 42 (33,6%) | 18 (14,4%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 15. Psychische Symptomdarbietung | 30 (24,%) | 53 (42,4%) | 39 (31,2%) | 2 (1,6%) | 1 (0,8%) | 125 |
| 16. Psychosoziale Integration | 23 (18,4%) | 75 (60%) | 25 (20%) | 2 (1,6%) | 0 | 125 |
| 17. Persönliche Ressourcen | 32 (25,6%) | 64 (51,2%) | 27 (21,6%) | 2 (1,6%) | 0 | 125 |
| 18. Soziale Unterstützung | 34 (27,2%) | 71 (56,8%) | 17 (13,6%) | 3 (2,4%) | 0 | 125 |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung | 50 (40%) | 61 (48,8%) | 12 (9,6%) | 2 (1,6%) | 0 | 125 |

5.2 Überprüfung der Hypothesen

5.2.1 Überprüfung der Hypothesen 1 und 2

Von den in Kapitel 3 für diese Arbeit formulierten Hypothesen sollen zunächst die Hypothesen 1 und 2 überprüft werden. Diese besagen, daß einige Items der Achse I der OPD in direktem Zusammenhang stehen mit dem Erfolg der stationären Psychotherapie. Die Hypothese 1 besagt, daß als positive Prädiktoren die Items 7, 9, 11, 13, 15, 16 und 17 mit dem Erfolg der Therapie in Beziehung stehen. Die Hypothese 2 besagt, daß als negative Prädiktoren die Items 3, 4, 6, 10 und 14 bei Einschätzung "hoch" mit geringem Erfolg der Therapie in Beziehung stehen.

Die Erfolgsmessung wurde wie in Kapitel 5.1 erläutert mittels dem Verfahren des GAS (Goal Attainment Scaling) vorgenommen:

Die drei erfaßten Meßzeitpunkte waren zum Ende der stationären Therapie sowie 6 Wochen und 1 Jahr nach Entlassung. Für jeden Meßzeitpunkt erfolgt eine getrennte Datenauflistung in einer Tabelle.

In diesen 3 Tabellen (Tab. 5.6 – 5.8) sind jeweils die Daten zu allen Items der Achse I der OPD aufgenommen. Dadurch konnten neben den nach den Hypothesen zu überprüfenden Zusammenhängen auch explorative Fragestellungen berücksichtigt werden.

Relevant ist bei dieser Überprüfung von Zusammenhängen zwischen den Angaben für die einzelnen Items der Achse I der OPD und dem mittels GAS gemessenen Therapieerfolg die Betrachtung der Unterschiede zwischen tatsächlich erfolgreich behandelten Patienten und der statistisch zu erwartenden Anzahl (Werte in Klammern). Die statistisch zu erwartende Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten für eine Itemeinschätzung bezeichnet die – nach Anteil der in der Gesamtstichprobe erfolgreich behandelten Patienten – berechnete Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten auf Grundlage der Anzahl der Patienten dieser speziellen Itemeinschätzung.

Die Unterschiede in den Stichprobengrößen erklären sich dadurch, daß die für das jeweilige Item als "nicht beurteilbar" eingeschätzten Patienten nicht in die Berechnungen für dieses Item miteinbezogen wurden.

Da die 1-Jahres-Ergebnisse den dauerhaften Therapie-Erfolg abbilden und daher von besonderer Wichtigkeit sind, wurden die entsprechenden Tabellen (Tab. 5.6) zuerst aufgeführt, anschließend die Ergebnisse zu den Meßzeitpunkten 6 Wochen nach Ende der Therapie (Tab 5.7) und direkt zum Ende der Therapie (Tab. 5.8).

In der folgenden Tabelle 5.6 sind die Ergebnisse zum Meßzeitpunkt 1 Jahr nach Ende der Therapie aufgeführt.

Tab.5.6: Erfolgsmessung mittels GAS **1 Jahr nach Ende der Therapie**. Die aufgeführten Zahlen entsprechen der Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten (die statistisch zu erwartende Anzahl ist in Klammern angegeben).

| Item | Einschätzung | | | Statistik |
|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------------------------------------|
| | niedrig | mittel | hoch | |
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 25 (23,3) | 20 (20,3) | 6 (7,4) | χ^2 : ,976 df: 2; Sign.: ,614; n=83 |
| 2. Schweregrad des psych. Befundes | 7 (5,6) | 33 (28,8) | 20 (25,6) | χ^2 : 5,864; df: 2; Sign.: ,053 ; n=96 |
| 3. Leidensdruck | 7 (8,8) | 34 (28,1) | 19 (23,1) | χ^2 : 6,168; df: 2; Sign.: ,046 ; n=96 |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens | 11 (10,6) | 26 (23,1) | 23 (26,3) | χ^2 : 2,061; df: 2; Sign.: ,357; n=96 |
| 5. Ausmaß der körperl. Behinderung | 27 (24,0) | 21 (21,5) | 7 (9,5) | χ^2 : 2,801; df: 2; Sign.: ,246; n=87 |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | 23 (17,5) | 25 (27,5) | 12 (15) | χ^2 : 6,816; df: 2; Sign.: ,033 ; n=96 |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenhänge | 21 (23,1) | 28 (28,8) | 11 (8,1) | χ^2 : 3,286;df: 2; Sign.: ,193; n=96 |
| 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenhänge | 18 (18,2) | 20 (22,6) | 11 (8,2) | χ^2 : 3,464;df: 2; Sign.: ,177; n=78 |
| 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie | 9 (10,0) | 27 (29,4) | 24 (20,6) | χ^2 : 2,251;df: 2; Sign.: ,324; n=96 |
| 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandlung | 18 (15,5) | 11 (13,1) | 5 (5,4) | χ^2 : 1,905 ;df: 2; Sign.: ,386; n=57 |
| 11. Motivation zur Psychotherapie | 12 (17,5) | 35 (30) | 13 (12,5) | χ^2 : 6,885 ;df: 2; Sign.: ,032 ; n=96 |
| 12. Motivation zur körperl. Behandlung | 9 (7,4) | 14 (12,0) | 9 (12,5) | χ^2 : 3,921;df: 2; Sign.: ,141; n=56 |
| 13. Compliance | 15 (18,1) | 36 (34,3) | 9 (7,4) | χ^2 : 2,442;df: 2; Sign.: ,295; n=96 |
| 14. Somatische Symptomdarbietung | 19 (16,0) | 17 (15,4) | 15 (19,7) | χ^2 : 4,806;df: 2; Sign.: ,090 ; n=83 |
| 15. Psychische Symptomdarbietung | 14 (15,6) | 26 (25,0) | 20 (19,4) | χ^2 : ,611;df: 2; Sign.: ,737; n=96 |
| 16. Psychosoziale Integration | 10 (11,9) | 36 (33,8) | 14 (14,4) | χ^2 : 1,216 ;df: 2; Sign.: ,545; n=96 |
| 17. Persönliche Ressourcen | 15 (15,0) | 26 (29,4) | 19 (15,6) | χ^2 : 2,978 ;df: 2; Sign.: ,226; n=96 |
| 18. Soziale Unterstützung | 11 (14,9) | 39 (36,0) | 9 (8,1) | χ^2 : 3,631 ;df: 2; Sign.: ,163; n=95 |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung | 21 (22,5) | 32 (31,3) | 7 (6,3) | χ^2 : ,555;df: 2; Sign.: ,758; n=96 |

Ein Jahr nach Ende der Behandlung lassen sich aus dieser Studie folgende Ergebnisse hervorheben:

Die Patienten mit schwerem psychischen Befund (Item 2) und jene mit hohem Leidensdruck (Item 3) waren jeweils unter der statistisch zu erwartenden Anzahl erfolgreich. Die Patienten mit mittlerem Schweregrad des psychischen Befundes und jene mit mittlerem Leidensdruck waren jeweils über der statistisch zu erwartenden Anzahl erfolgreich.

Diese beiden Ergebnisse lassen sich in dem Sinne deuten, daß sowohl ein schwerer psychischer Befund als auch ein hoher Leidensdruck Anzeichen einer schweren Krankheit sind, die auch seltener erfolgreich zu therapieren ist. Eine mittlere Ausprägung von psychischem Befund und Leidensdruck ist jedoch dem Erfolg der Therapie förderlich. Für den psychischen Befund läßt sich vermuten, daß die mittlere Ausprägung auf ein psychisches Problem hinweist, welches sich nicht wie bei hohen Ausprägung des psychischen Befundes therapieresistent zeigt. Ähnlich ist der mittlere Leidensdruck zu deuten, der für den Patienten Anreiz zu Therapie und Veränderung seiner Situation zu sein scheint und nicht wie bei einem hohen Leidensdruck auf eine extrem schwere – und extrem schwer therapierbare – Erkrankung hinweist.

Der hohe sekundärer Krankheitsgewinn (Item 6) zeigt sich inhaltlich in Relation zum geringeren Erfolg der Therapie, während sich ein geringer sekundärer Krankheitsgewinn als Prädiktor für einen hohen Therapie-Erfolg erweist. Dies ist inhaltlich leicht nachvollziehbar, da ein sekundärer Krankheitsgewinn des Patienten von seinem Krankheitszustand für die Veränderungen hinderlich sein kann.

Eine niedrige Motivation zur Psychotherapie (Item 11) zeigt sich dem Erfolg der Therapie hinderlich und eine mittlere Ausprägung der Motivation zur Psychotherapie zeigt sich dem Erfolg förderlich. Daß die hohe Motivation zur Psychotherapie in keiner direkten Relation zum hohen Erfolg der Therapie steht, mag darauf zurückzuführen sein, daß sie in manchen Fällen ein Zeichen übertriebener Erwartung und wenig realistischen Herangehens an die Therapie sein kann.

Weiterhin zeigt sich zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Beendigung der Therapie ein Zusammenhang von starker somatischer Symptomdarbietung (Item 14) mit geringem Erfolg

der Therapie und umgekehrt. Dieser Zusammenhang ist für die Behandlungsform der stationären psychosomatischen Therapie nicht unerwartet. Jedoch wäre durchaus denkbar gewesen, daß sich kein Zusammenhang zeigt, da auch eine hohe somatische Symptomdarbietung nicht ausschließt, daß die psychischen Symptome gebessert werden und die Patienten daher ihre Therapieziele erreichen.

In der folgenden Tabelle 5.7 sind die Ergebnisse zum Meßzeitpunkt 6 Wochen nach Ende der Therapie aufgeführt.

Tab.5.7: Erfolgsmessung mittels GAS **6 Wochen nach Ende der Therapie**. Die aufgeführten Zahlen entsprechen der Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten (die statistisch zu erwartende Anzahl ist in Klammern angegeben).

| Item | Einschätzung | | | Statistik |
|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------------------------------------|
| | niedrig | mittel | hoch | |
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 25 (24,4) | 18 (18,6) | 7 (7,0) | χ^2 : ,080; df: 2; Sign.: ,961; n=86 |
| 2. Schweregrad des psych. Befundes | 5 (4,2) | 32 (30,0) | 23 (25,8) | χ^2 : 1,474; df: 2; Sign.: ,479; n=100 |
| 3. Leidensdruck | 10 (7,8) | 30 (27,0) | 20 (25,2) | χ^2 : 5,067; df: 2; Sign.: ,079 ; n=100 |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens | 8 (8,4) | 31 (25,8) | 21 (25,8) | χ^2 : 4,900; df: 2; Sign.: ,086 ; n=100 |
| 5. Ausmaß der körperl. Behinderung | 26 (24,3) | 33 (33,0) | 10 (10,1) | χ^2 : ,598; df: 2; Sign.: ,741; n=91 |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | 22 (18,0) | 26 (28,2) | 12 (13,8) | χ^2 : 3,238; df: 2; Sign.: ,198; n=100 |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenhänge | 22 (22,2) | 28 (29,4) | 10 (8,4) | χ^2 : ,933; df: 2; Sign.: ,627; n=100 |
| 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenhänge | 15 (14,5) | 19 (21,2) | 9 (7,3) | χ^2 : 1,507; df: 2; Sign.: ,471; n=77 |
| 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie | 8 (10,2) | 28 (28,2) | 24 (21,6) | χ^2 : 1,856; df: 2; Sign.: ,395; n=100 |
| 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandlung | 15 (12,9) | 13 (12,9) | 4 (6,2) | χ^2 : 2,518; df: 2; Sign.: ,284; n=57 |
| 11. Motivation zur Psychotherapie | 14 (16,8) | 30 (30,0) | 16 (13,2) | χ^2 : 2,652; df: 2; Sign.: ,266; n=100 |
| 12. Motivation zur körperl. Behandlung | 6 (5,9) | 13 (8,8) | 8 (12,3) | χ^2 : 6,780; df: 2; Sign.: ,034 ; n=55 |
| 13. Compliance | 16 (15,4) | 38 (38,0) | 6 (6,5) | χ^2 : ,157; df: 2; Sign.: ,925; n=101 |
| 14. Somatische Symptomdarbietung | 19 (16,7) | 16 (14,9) | 15 (18,4) | χ^2 : 2,414; df: 2; Sign.: ,299; n=87 |
| 15. Psychische Symptomdarbietung | 12 (14,8) | 27 (26,6) | 20 (17,7) | χ^2 : 1,998; df: 2; Sign.: ,368; n=100 |
| 16. Psychosoziale Integration | 12 (10,7) | 34 (35,6) | 14 (13,7) | χ^2 : ,601; df: 2; Sign.: ,741; n=101 |
| 17. Persönliche Ressourcen | 16 (13,7) | 28 (32,7) | 16 (13,7) | χ^2 : 3,615; df: 2; Sign.: ,164; n=101 |
| 18. Soziale Unterstützung | 20 (15,3) | 31 (35,4) | 8 (8,3) | χ^2 : 4,807; df: 2; Sign.: ,090 ; n=100 |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung | 23 (23,2) | 30 (30,3) | 7 (6,5) | χ^2 : ,092; df: 2; Sign.: ,955; n=101 |

6 Wochen nach Ende der Therapie, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Patienten wieder mit ihrem Lebensalltag außerhalb der Klinik konfrontiert waren, zeigen sich etwas andere Zusammenhänge zwischen der therapeutenseitigen Einschätzung des Patienten zu Beginn der Therapie und der Anzahl der vom Patienten als erreicht angegebenen Therapieziele:

Die Patienten mit hohem Leidensdruck (Item 3) waren zu diesem Zeitpunkt wie auch 1 Jahr später weniger erfolgreich als diejenigen mit mittlerem oder niedrigem Leidensdruck.

Patienten mit einer hohen Beeinträchtigung des Selbsterlebens (Item 4) zeigen einen unterdurchschnittlichen Erfolg der Therapie, die Patienten mit mittlerer Beeinträchtigung des Selbsterlebens einen überdurchschnittlichen Erfolg der Therapie. Die vom Therapeuten eingeschätzte hohe Beeinträchtigung des Selbsterlebens scheint wiederum ein Zeichen einer schweren und damit auch schwerer therapierbaren Erkrankung zu sein, wohingegen die mittlere Beeinträchtigung des Selbsterlebens auf ein psychisches Problem hinweist, das gut auf stationäre Psychotherapie anspricht.

Die in einem hohen Ausmaß zur körperlichen Behandlung motivierten Patienten (Item 12) zeigen sich unterdurchschnittlich erfolgreich. Dies ist leicht nachvollziehbar, da sie letztlich eine Psychotherapie und primär keine körperliche Behandlung erhielten. Warum die in einem mittleren Ausmaß zur körperlichen Behandlung motivierten Patienten jedoch erfolgreicher waren als die in geringem Ausmaß motivierten ist schwer nachvollziehbar, dieser Zusammenhang ist jedoch durch die bei diesem Item sehr verringerte Stichprobengröße (n=55) in seiner Aussagekraft eingeschränkt.

Patienten mit niedriger sozialer Unterstützung (Item 19) waren überdurchschnittlich erfolgreich, die Patienten mit einem mittleren Ausmaß an sozialer Unterstützung unterdurchschnittlich erfolgreich. Dies ist am ehesten noch verständlich unter dem Gesichtspunkt, daß die Patienten mit geringer sozialer Unterstützung nach 3 Monaten Therapie davon ausgingen auf sich allein gestellt zu sein und damit gut zurechtkamen. Die Patienten welche jedoch mit der ihnen erfahrungsgemäß entgegengebrachten sozialen Unterstützung rechneten, gaben zuhause nach 6 Wochen an, weniger Therapieziele erreicht zu haben, ein möglicher Grund hierfür wäre, daß sie weniger als erwartet von anderen unterstützt und mit ihren Problemen aufgefangen wurden.

In der folgenden Tabelle 5.8 sind die Ergebnisse zum Meßzeitpunkt direkt zum Ende der Therapie aufgeführt.

Tab.5.8: Erfolgsmessung mittels GAS **zum Ende der Therapie**. Die aufgeführten Zahlen entsprechen der Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten (die statistisch zu erwartende Anzahl ist in Klammern angegeben).

| Item | Einschätzung | | | Statistik |
|------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------------------------------------------|
| | niedrig | mittel | hoch | |
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 29 (30,5) | 22 (21,9) | 10 (8,6) | χ^2 : ,877; df: 2; Sign.: ,645; n=92 |
| 2. Schweregrad des psych. Befundes | 6 (5,8) | 34 (33,1) | 30 (31,1) | χ^2 : ,203; df: 2; Sign.: ,903; n=108 |
| 3. Leidensdruck | 10 (8,4) | 32 (31,8) | 28 (29,8) | χ^2 : 1,155; df: 2; Sign.: ,561; n=108 |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens | 10 (9,7) | 30 (29,2) | 30 (31,1) | χ^2 : ,203; df: 2; Sign.: ,903; n=108 |
| 5. Ausmaß der körperl. Behinderung | 30 (30,0) | 22 (22,2) | 12 (11,8) | χ^2 : ,020; df: 2; Sign.: ,990; n=98 |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | 24 (20,7) | 29 (33,7) | 17 (15,6) | χ^2 : 3,703; df: 2; Sign.: ,157; n=108 |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenhänge | 23 (25,3) | 37 (34,4) | 10 (10,4) | χ^2 : 1,201; df: 2; Sign.: ,549; n=108 |
| 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenhänge | 16 (16,3) | 25 (25,9) | 9 (7,8) | χ^2 : ,529; df: 2; Sign.: ,768; n=83 |
| 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie | 8 (11,0) | 34 (32,4) | 28 (26,6) | χ^2 : 2,790; df: 2; Sign.: ,248; n=108 |
| 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandlung | 18 (16,8) | 16 (16,8) | 6 (6,5) | χ^2 : ,442; df: 2; Sign.: ,802; n=62 |
| 11. Motivation zur Psychotherapie | 14 (20,1) | 36 (33,1) | 20 (16,9) | χ^2 : 7,668; df: 2; Sign.: ,022 ; n=108 |
| 12. Motivation zur körperl. Behandlung | 8 (8,0) | 14 (12,0) | 13 (14,9) | χ^2 : 1,320; df: 2; Sign.: ,517; n=61 |
| 13. Compliance | 18 (18,0) | 42 (43,7) | 10 (8,3) | χ^2 : 1,091; df: 2; Sign.: ,579; n=109 |
| 14. Somatische Symptomdarbietung | 25 (20,6) | 17 (16,8) | 18 (22,6) | χ^2 : 5,216; df: 2; Sign.: ,074 ; n=93 |
| 15. Psychische Symptomdarbietung | 13 (16,0) | 29 (30,7) | 27 (22,4) | χ^2 : 4,447; df: 2; Sign.: ,108 ; n=108 |
| 16. Psychosoziale Integration | 14 (12,2) | 42 (43,0) | 14 (14,8) | χ^2 : ,992; df: 2; Sign.: ,631; n=109 |
| 17. Persönliche Ressourcen | 16 (15,4) | 38 (39,2) | 16 (15,4) | χ^2 : ,223; df: 2; Sign.: ,894; n=109 |
| 18. Soziale Unterstützung | 19 (18,5) | 41 (40,9) | 9 (9,6) | χ^2 : ,132; df: 2; Sign.: ,936; n=108 |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung | 26 (26,3) | 35 (36,0) | 9 (7,7) | χ^2 : ,691; df: 2; Sign.: ,708; n=109 |

Die Ergebnisse zum Zeitpunkt direkt zum Ende der Therapie stellen sich wie folgt dar: Der angegebene Therapie-Erfolg direkt zum Ende der Therapie war höher bei Patienten, die als mittel oder hoch zur Psychotherapie motiviert eingeschätzt worden waren (Item 11). Zum gleichen Zeitpunkt war der Therapie-Erfolg geringer bei Patienten, die als niedrig zur Psychotherapie motiviert eingeschätzt worden waren.

Patienten mit somatischer Symptomdarbietung in hoher Ausprägung (Item 14) zeigten zum Ende der Therapie einen geringeren Therapie-Erfolg als statisch zu erwarten, während von den Patienten mit der psychischen Symptomdarbietung im Vordergrund (Item 15) zum gleichen Zeitpunkt ein überdurchschnittlicher Teil erfolgreich war.

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 1 und 2:

Für einige der Items ließen sich zumindest für einen Teil der Untersuchungszeitpunkte Zusammenhänge mit dem Erfolg der Therapie nachweisen. Die Meßzeitpunkte, zu denen sich ein Zusammenhang nachweisen ließ, sind in Klammern angegeben. Hierbei erwiesen sich als positive Prädiktoren die Items

- 15. Psychische Symptomdarbietung (zum Ende der Therapie),
- 11. Motivation zur Psychotherapie (zum Ende und 1 Jahr nach der Therapie)

und als negative Prädiktoren die Items

- 3. Leidensdruck (6 Wochen und 1 Jahr nach der Therapie),
- 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens (6 Wochen nach der Therapie),
- 6. Sekundärer Krankheitsgewinn (1 Jahr nach der Therapie),
- 14. Somatische Symptomdarbietung (zum Ende und 1 Jahr nach der Therapie).

Für einige andere der untersuchten Items ließen sich zu keinem der 3 Meßzeitpunkte Zusammenhänge mit der Messung des Therapie-Erfolgs mittels Angabe der erreichten Therapieziele nachweisen. Dies betraf folgende Items:

- 7. Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge,
- 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie,
- 10. Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung,
- 13. Compliance,
- 16. Psychosoziale Integration,
- 17. Persönliche Ressourcen.

Weiterhin zeigten einige Items ein Zusammenhang zum Therapie-Erfolg (Meßzeitpunkte in Klammern angegeben), für die ein solcher Zusammenhang in anderen Studien bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Folgende Items zeigten sich hierbei als negative Prädiktoren für den Erfolg stationärer psychosomatischer Therapie:

2. Schweregrad des psychischen Befundes (1 Jahr nach der Therapie),
12. Motivation zur körperlichen Behandlung (6 Wochen nach der Therapie),
18. Soziale Unterstützung (6 Wochen nach der Therapie).

5.2.2 Überprüfung der Hypothese 3

Die Hypothese 3 besagt, daß die Einschätzungen "nicht beurteilbar" für die Items

1. Schweregrad des somatischen Befundes,
5. Ausmaß der körperlichen Behinderung,
8. Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge

mit einem größeren Erfolg der Therapie zusammenhängt.

Die Zusammenhänge dieser Items mit dem Therapie-Erfolg mittels Angabe der erreichten Therapieziele (mittels GAS) zu jeweils den 3 Meßzeitpunkten sind in den folgenden Tabellen 5.9 – 5.11 aufgeführt.

Tab. 5.9: Erfolgsmessung mittels GAS **1 Jahr nach Ende der Therapie**. Die aufgeführten Zahlen entsprechen der Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten (die statistisch zu erwartende Anzahl ist in Klammern angegeben).

| Item | Einschätzung | | | | Statistik |
|---------------------------------------------------|--------------|-----------|----------|-------------------|--------------------------------------------|
| | niedrig | mittel | hoch | nicht beurteilbar | |
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 25 (23,9) | 20 (20,8) | 6 (7,5) | 10 (8,8) | χ^2 : 1,502; df: 3; Sign.: ,682; n=97 |
| 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung | 27 (23,9) | 21 (21,4) | 7 (9,4) | 6 (6,3) | χ^2 : 2,831; df: 3; Sign.: ,418; n=97 |
| 8. Einsicht für somatopsych. Zusammenhänge | 18 (18,2) | 20 (22,6) | 11 (8,2) | 12 (11,9) | χ^2 : 3,468; df: 3; Sign.: ,325; n=97 |

Tab.5.10: Erfolgsmessung mittels GAS **6 Wochen nach Ende der Therapie**. Die aufgeführten Zahlen entsprechen der Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten (die statistisch zu erwartende Anzahl ist in Klammern angegeben).

| Item | Einschätzung | | | | Statistik |
|---------------------------------------------------|--------------|-----------|-----------|-------------------|---------------------------------------------|
| | niedrig | mittel | hoch | nicht beurteilbar | |
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 25 (25,4) | 18 (19,3) | 7 (7,2) | 11 (9,1) | χ^2 : 1,314; df: 3; Sign.: ,726; n=101 |
| 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung | 26 (24,8) | 18 (19,9) | 10 (10,3) | 7 (6,0) | χ^2 : 1,032; df: 3; Sign.: ,794; n=101 |
| 8. Einsicht für somatopsych. Zusammenhänge | 15 (15,7) | 19 (23,0) | 9 (7,9) | 18 (14,5) | χ^2 : 4,361; df: 3; Sign.: ,225; n=101 |

Tab.5.11: Erfolgsmessung mittels GAS **zum Ende der Therapie**. Die aufgeführten Zahlen entsprechen der Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten (die statistisch zu erwartende Anzahl ist in Klammern angegeben).

| Item | Einschätzung | | | | Statistik |
|---------------------------------------------------|--------------|-----------|-----------|-------------------|---------------------------------------------|
| | niedrig | mittel | hoch | nicht beurteilbar | |
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | 29 (30,0) | 22 (21,5) | 10 (8,5) | 10 (11,1) | χ^2 : 1,216; df: 3; Sign.: ,749; n=109 |
| 5. Ausmaß der körperlichen Behinderung | 30 (30,0) | 22 (22,1) | 12 (11,7) | 7 (7,2) | χ^2 : ,032; df: 3; Sign.: ,998; n=109 |
| 8. Einsicht für somatopsych. Zusammenhänge | 16 (17,6) | 25 (28,0) | 9 (8,5) | 21 (19,6) | χ^2 : 4,232; df: 3; Sign.: ,238; n=109 |

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 3:

Wie aus den Tabellen 5.9 – 5.11 hervorgeht, ließen sich keine Zusammenhänge zwischen der Angabe "nicht beurteilbar" für die Fragen nach

- dem Schweregrad des somatischen Befundes (Item 1),
- das Ausmaß der körperlichen Behinderung (Item 5),
- der Einsichtsfähigkeit für somatopsychischen Zusammenhänge (Item 8)

finden. Dies wäre jedoch nach den Ergebnissen von STRAUß ET AL. (2000) zu erwarten gewesen, denn dort zeigten sich Patienten, für die jene Fragen nach somatischen Symptomen als "nicht beurteilbar" gewertet wurden, als tendenziell erfolgreicher in der stationären psychosomatischen Therapie. Somit konnten diese Ergebnisse durch die vorliegende Studie nicht bestätigt werden.

5.2.3 Überprüfung der Hypothese 4

Die Hypothese 4 besagt, daß höhere Werte im Faktor Einsicht (nach FRANZ ET AL. 2000, siehe auch Kap. 2.2.2.1.1) mit einem größeren Erfolg der Therapie korrelieren. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden die durchschnittlichen Summenwerte für die Einzel-Angaben aller Items der jeweiligen Faktoren gebildet und mit dem Erreichen der Ziele in Relation gesetzt. Die Ergebnisse finden sich in den folgenden Tabellen 5.12 – 5.14.

Tab.5.12: GAS-Messung **1 Jahr nach Ende der Therapie**, Angabe des Summenwertes im entsprechenden Faktor (\pm Varianz)

| Faktor | erfolgreich | nicht erfolgreich | Statistik |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. Einsicht | 11,28 (\pm3,29) | 10,14 (\pm3,20) | χ^2 : 2,547; df: 1; Sign.: ,110 ; n=96 |
| 2. Psychische Ressourcen | 14,78 (\pm 2,12) | 14,86 (\pm 2,43) | χ^2 : ,020; df: 1; Sign.: ,887; n=96 |
| 3. Körper | 6,50 (\pm3,71) | 8,08 (\pm3,85) | χ^2 : 3,776; df: 1; Sign.: ,052 ; n=96 |

Tab.5.13: GAS-Messung **6 Wochen nach Ende der Therapie**, Angabe des Summenwertes im entsprechenden Faktor (\pm Varianz)

| Faktor | erfolgreich | nicht erfolgreich | Statistik |
|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1. Einsicht | 11,00 (\pm 3,27) | 10,54 (\pm 3,33) | χ^2 : ,391; df: 1; Sign.: ,532; n=101 |
| 2. Psychische Ressourcen | 14,58 (\pm 2,09) | 15,15 (\pm 2,24) | χ^2 : 1,531; df: 1; Sign.: ,216; n=101 |
| 3. Körper | 6,32 (\pm3,82) | 7,88 (\pm3,98) | χ^2 : 3,571; df: 1; Sign.: ,059 ; n=101 |

Tab.5.14: GAS-Messung **zum Ende der Therapie**, Angabe des Summenwertes im entsprechenden Faktor (\pm Varianz)

| Faktor | erfolgreich | nicht erfolgreich | Statistik |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| 1. Einsicht | 11,13 (\pm 3,31) | 10,44 (\pm 3,35) | χ^2 : ,974; df: 1; Sign.: ,324; n=109 |
| 2. Psychische Ressourcen | 14,89 (\pm 2,08) | 14,85 (\pm 2,50) | χ^2 : ,010; df: 1; Sign.: ,921; n=109 |
| 3. Körper | 6,70 (\pm 3,84) | 7,21 (\pm 3,99) | χ^2 : ,469; df: 1; Sign.: ,494; n=109 |

Zusammenfassung der Ergebnisse zu Hypothese 4:

Bei Betrachtung des Faktors Einsicht zeigt sich 1 Jahr nach Ende der Therapie bei der Bewertung der erreichten Therapieziele ein geringer Zusammenhang, der jedoch mit einer Signifikanz von ,110 nur sehr geringe Aussagekraft hat.

Bei der Auswertung nach den Faktoren von FRANZ ET AL. (2000) zeigte sich jedoch als Nebenbefund ein Zusammenhang zwischen einem niedrigen Wert im Faktor Körper und einem erfolgreichen Erreichen der Therapieziele für die Zeitpunkte 6 Wochen und 1 Jahr nach Ende der Therapie. Diese Zusammenhänge sollten jedoch aufgrund ihrer eher geringen Signifikanz nicht überbewertet werden und konnten auch zum Zeitpunkt des Endes der stationären Therapie noch nicht nachgewiesen werden.

5.2.4 Faktorenanalysen der Achse I der OPD (Hypothese 5)

Mit den vorliegenden Daten wurden eine 5-faktorielle und eine 3-faktorielle explorative Faktorenlösung erstellt, die beide im folgenden vorgestellt und mit den bereits existierenden Faktorenlösungen verglichen werden sollen.

Die mit den Daten der vorliegenden Mainzer Studie durchgeführte Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation ergab 5 Faktoren mit einem Eigenwert größer 1. Es wurden jeweils nur die Items in einen Faktor einbezogen, deren Faktorladungen über 0,50 lagen. Die 5 erstellten Faktoren erschließen insgesamt eine Gesamtvarianz von 67,2%. Die Komponentenmatrix dieser Faktorenlösung ist in Tabelle 5.15 zusammengefaßt.

Zusätzlich zur Erstellung dieser 5 Faktoren wurde die Anzahl der Faktoren auf 3 verkleinert, wobei bei der Varimax-Rotation die Anzahl der Faktoren im voraus festgelegt wurde. Diese Verkleinerung der Faktorenzahl wurde durchgeführt, um Vergleiche zu den Faktorenlösungen von FRANZ ET AL. (2000) und THOMASIUS ET AL. (2001) zu ermöglichen. Diese zweite Faktorenlösung mit 3 Faktoren klärt immerhin noch eine Gesamtvarianz von 55,7% auf. Gewertet wurden hierbei jene Items, bei denen die Faktorladungen über 0,40 lagen. Die Komponentenmatrix dieser 3-faktoriellen Faktorenlösung aus den Mainzer Daten ist in der Tabelle 5.17 zusammengefaßt.

Tab.5.15: Komponentenmatrix der aus den Daten der vorliegenden Studie erstellten Faktorenlösung mit 5 Faktoren (F); gewertet wurden die Items, deren Faktorenladungen über ,50 lagen

| Item | F 1 | F 2 | F 3 | F 4 | F 5 |
|------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | ,075 | ,489 | -,074 | ,024 | ,679 |
| 2. Schweregrad des psych. Befundes | -,038 | -,091 | ,816 | -,114 | ,175 |
| 3. Leidensdruck | ,198 | ,305 | ,681 | ,190 | -,225 |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens | ,045 | -,048 | ,838 | -,135 | ,131 |
| 5. Ausmaß der körperl. Behinderung | ,358 | ,538 | ,088 | ,160 | ,564 |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | -,260 | ,037 | ,349 | ,046 | ,640 |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenhänge | ,901 | -,143 | ,040 | ,016 | -,039 |
| 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenhänge | ,767 | ,222 | -,023 | -,040 | ,059 |
| 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie | ,799 | -,269 | ,079 | -,018 | -,045 |
| 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandlung | -,065 | ,744 | -,019 | ,185 | ,143 |
| 11. Motivation zur Psychotherapie | ,757 | -,249 | ,013 | ,184 | -,045 |
| 12. Motivation zur körperl. Behandlung | -,074 | ,808 | ,016 | ,192 | ,062 |
| 13. Compliance | ,542 | -,031 | ,096 | ,572 | -,115 |
| 14. Somatische Symptomdarbietung | -,399 | ,710 | ,054 | -,218 | ,208 |
| 15. Psychische Symptomdarbietung | ,316 | -,487 | ,257 | ,335 | ,095 |
| 16. Psychosoziale Integration | ,105 | ,251 | -,501 | ,512 | ,105 |
| 17. Persönliche Ressourcen | ,566 | -,026 | -,382 | ,358 | -,046 |
| 18. Soziale Unterstützung | -,001 | ,141 | -,161 | ,803 | ,037 |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung | ,506 | ,011 | ,101 | ,279 | -,455 |

In der nachfolgenden Tabelle 5.16 sind zwecks besserer Übersichtlichkeit noch einmal die einzelnen Items mit ihrer Zuordnung zu den gefundenen Faktoren aufgeführt und mit der Faktorenlösung von WIETERSHEIM ET AL. (2000) verglichen. Die Benennung der Faktoren erfolgt dieser Faktorenlösung entsprechend. Ein unmittelbarer Faktorenstrukturvergleich zwischen den beiden Lösungen konnte nicht berechnet werden, da uns die Daten der Stichprobe von WIETERSHEIM ET AL. (2000) nicht vorliegen.

Tab.5.16: neue Faktorenlösung mit 5 Faktoren aus den Daten der vorliegenden Studie im Vergleich zu der Faktorenlösung von WIETERSHEIM ET AL. (2000)
Die Benennung der Faktoren erfolgte in Anlehnung an die vorhandene Faktorenlösung.

| Faktor (Varianzaufklärung) | Items der Achse I der OPD | Faktorenlösung nach Wietersheim et al. | |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| | | Übereinstimmung | Unterschiede |
| 1. Einsichtsfähigkeit (21,1%) | 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenh. 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenh. 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie 11. Motivation zur Psychotherapie 13. Compliance 17. Persönliche Ressourcen 19. Angemessenheit der subjekt. Beeinträchtigung | ja ja nein nein nein nein ja | 4 Items weniger bei Wietersheim et al. |
| 2. Somatik (15,1%) | 5. Ausmaß der körperl. Behinderung 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandl. 12. Motivation zur körperl. Behandlung 14. Somatische Symptomdarbietung | ja ja ja ja | zusätzlich Item 1 bei Wietersheim et al. |
| 3. Psyche (13,1%) | 2. Schweregrad des psych. Befundes 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 16. Psychosoziale Integration (neg.) | ja ja ja nein | nicht Item 16, dafür 9, 11, 15 bei W. et al. |
| 4. Ressourcen (9,5%) | 13. Compliance 16. Psychosoziale Integration 18. Soziale Unterstützung | nein ja ja | nicht Item 13, dafür 17 bei W. et al. |
| 5. Compliance (8,5%) | 1. Schweregrad des somat. Befundes 5. Ausmaß der körperl. Behinderung 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | nein nein ja (neg.) | nicht 1, 5 dafür 11, 13 bei W. et al. |
| nicht erfaßte Items | 15. Psychische Symptomdarbietung | nein | keine bei W. et al. |
| mehrfach aufgeführte Items | 5. Ausmaß der körperl. Behinderung 16. Psychosoziale Integration | nein nein | Item 11 bei W. et al. |

Beim Vergleich mit der 5-faktoriellen Aufteilung von WIETERSHEIM ET AL. (2000) (s. Kap. 2.2.2.1.3) zeigen sich keine vollkommenen Übereinstimmungen von Faktoren. Die Faktoren **Somatik** entsprechen sich bis auf den bei unserer neuen Faktorenlösung fehlenden "Schweregrad des somatischen Befundes".

Im Faktor **Ressourcen** findet sich bei uns die "Compliance", während die "persönlichen Ressourcen" fehlen.

Alle 3 Items des Faktors **Einsichtsfähigkeit** nach WIETERSHEIM ET AL. finden sich entsprechend auch bei uns in einem Faktor vereint. Zusätzlich sind nach den Daten der Mainzer Studie jedoch die vier weiteren Items "geeignete Behandlungsform Psychotherapie", "Motivation zur Psychotherapie", "Compliance" und "persönliche Ressourcen" in diesem Faktor enthalten.

Die Faktoren **Psyche** ähneln sich, wobei bei uns die "psychosozialen Ressourcen" neu und mit negativem Vorzeichen einfließen, während die "geeignete Behandlungsform: Psychotherapie", "Motivation zur Psychotherapie" und "psychische Symptomdarbietung" fehlen.

Der Faktor **Compliance** von WIETERSHEIM ET AL. und unser Faktor 5 gleichen sich nur in einem von drei Items (Item 6 "sekundärer Krankheitsgewinn"). Dieses Item erscheint jedoch bei WIETERSHEIM ET AL. mit negativem Vorzeichen.

Allerdings finden sich die beiden Items "Schweregrad des somatischen Befundes" und "Ausmaß der körperlichen Behinderung" auch im Faktor **Somatik** bei WIETERSHEIM ET AL.. Somit läßt sich dieser Faktor **Somatik** von WIETERSHEIM ET AL. auch als bei uns in die Faktoren 2 und 5 aufgeteilt interpretieren, wobei die Zusammenziehung zu einem Faktor durchaus inhaltlich nachvollziehbar erscheint.

Das Item "psychische Symptomdarbietung" bleibt bei uns einzeln und in keinen der Faktoren integriert, wodurch die inhaltlich verständliche Wichtigkeit dieses Items unterstrichen wird.

Wie bereits erwähnt, wurde zusätzlich zur Erstellung der 5 Faktoren die Anzahl der Faktoren auf 3 verkleinert. Diese Verkleinerung der Faktorenzahl wurde durchgeführt, um Vergleiche zu den Faktorenlösungen von FRANZ ET AL. (2000) und THOMASIVS ET AL. (2001) zu ermöglichen.

Die Komponentenmatrix dieser 3-faktoriellen Faktorenlösung ist in der folgenden Tabelle 5.17 zusammengefaßt.

Tab.5.17: Komponentenmatrix der aus den Daten der vorliegenden Studie erstellten Faktorenlösung mit 3 Faktoren; gewertet wurden die Items, deren Faktorenladungen über ,40 lagen

| Item | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------|--------------|
| 1. Schweregrad des somat. Befundes | -,067 | ,721 | ,037 |
| 2. Schweregrad des psych. Befundes | ,018 | -,003 | ,834 |
| 3. Leidensdruck | ,293 | ,259 | ,517 |
| 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens | ,088 | ,017 | ,850 |
| 5. Ausmaß der körperl. Behinderung | ,259 | ,780 | ,122 |
| 6. Sekundärer Krankheitsgewinn | -,248 | ,313 | ,440 |
| 7. Einsichtsfähigkeit für psychosomat. Zusammenhänge | ,866 | -,059 | ,034 |
| 8. Einsichtsfähigkeit für somatopsych. Zusammenhänge | ,652 | ,266 | -,008 |
| 9. Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie | ,785 | -,185 | ,086 |
| 10. Geeignete Behandlungsform: körperl. Behandlung | -,129 | ,742 | -,083 |
| 11. Motivation zur Psychotherapie | ,802 | -,119 | -,037 |
| 12. Motivation zur körperl. Behandlung | -,134 | ,764 | -,071 |
| 13. Compliance | ,712 | ,129 | -,101 |
| 14. Somatische Symptomdarbietung | -,561 | ,606 | ,119 |
| 15. Psychische Symptomdarbietung | ,496 | -,247 | ,185 |
| 16. Psychosoziale Integration | ,160 | ,388 | -,610 |
| 17. Persönliche Ressourcen | ,603 | ,087 | -,469 |
| 18. Soziale Unterstützung | ,218 | ,349 | -,388 |
| 19. Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung | ,607 | -,065 | -,080 |

In der nachfolgenden Tabelle 5.18 werden zwecks besserer Übersichtlichkeit noch einmal die einzelnen Items mit ihrer Zuordnung zu den gefundenen Faktoren aufgeführt und mit den Faktorenlösungen von FRANZ ET AL. (2000) und THOMASIVS ET AL. (2001) verglichen. Angelehnt an diese beiden Faktorenlösungen erfolgt auch die Wahl der Namen für die Faktoren. Auch in diesem Fall konnte ein unmittelbarer Faktorenstrukturvergleich zwischen den verschiedenen Lösungen nicht berechnet werden, da uns die Daten der Stichproben von FRANZ ET AL. (2000) und THOMASIVS ET AL. (2001) nicht vorliegen.

Tab. 5.18: Neue Faktorenlösung mit 3 Faktoren aus den Daten der vorliegenden Studie im Vergleich mit den Faktorenlösungen von FRANZ ET AL. (2000) und THOMASIUS ET AL. (2001)
Die Benennung der Faktoren erfolgte in Anlehnung an die vorhandenen Faktorenlösungen.

| Faktor (Varianzaufklärung) | Items der Achse I der OPD | Faktorenlösung von Franz et al. | | Faktorenlösung von Thomasius et al. | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | | Übereinstimmung | Unterschiede | Übereinstimmung | Unterschiede |
| 1. Einsicht / Psychotherapiemotivation und günstige Voraussetzungen (24,1%) | 7. Einsicht psychosomat. Zusammenh. 8. Einsicht somatopsych. Zusammenh. 9. Geeignete Behandlung: Psychoth. 11. Motivation zur Psychotherapie 13. Compliance 14. Somat. Symptomdarbietung (neg.) 15. Psychische Symptomdarbietung 17. Persönliche Ressourcen 19. Angemessenheit der subj. Beeintr. | ja ja ja ja ja nein nein nein ja | 3 Items weniger bei Franz et al. | nein nein ja ja nein nein ja ja | nicht Items 7, 8, 14, 15, dafür Items 16 19 bei Th. et al. |
| 2. Körper / Somatik (17,3%) | 1. Schweregrad des somat. Befundes 5. Ausmaß der körperl. Behinderung 10. Geeignete Behandlung: körperlich 12. Motivation zur körperl. Behandlung 14. Somatische Symptomdarbietung | ja ja ja ja ja | identisch | ja ja ja ja ja | zusätzlich Item 8 bei Th. et al. |
| 3. Psychische Ressourcen / Sensibilität für psychische Belastung (14,3%) | 2. Schweregrad des psych. Befundes 3. Leidensdruck 4. Beeinträchtigung des Selbsterlebens 6. Sekundärer Krankheitsgewinn 16. Psychosoziale Integration (neg.) 17. Persönliche Ressourcen (neg.) | ja ja ja nein ja (pos.) ja (pos.) | nicht Item 6, dafür Item 15, 18 bei F. | ja ja ja nein nein | nicht Items 16, 17, dafür Items 7, 9, 15 |
| nicht erfaßte Items | 18. Soziale Unterstützung | nein | Item 6 bei F. | nein | keine bei Th. |
| mehrfach aufgeführte Items | 17. Persönliche Ressourcen | nein | keine bei F. | nein | Item 9 bei Th. |

Bei dem Vergleich unserer 3-faktoriellen Lösung ist der mit der Faktorenlösung von FRANZ ET AL. (2000) (s. Kap. 2.2.2.1.1) identische Faktor **Körper / Somatik** auffallend, der auch schon bei THOMASIUS ET AL. (2001) (s. Kap. 2.2.2.1.2) vertreten ist – mit der einzigen Änderung der dort zusätzlich integrierten "Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge" (Item 8).

Allerdings unterscheiden sich die anderen beiden – mit den Daten der vorliegenden Studie erstellten – Faktoren **Einsicht / Psychotherapiemotivation und günstige Voraussetzungen** und **Psychische Ressourcen / Sensibilität für psychische Belastung** jeweils von den anderen beiden Faktoren der bereits besprochenen Faktorenlösungen von FRANZ ET AL. (2000) und THOMASIUS ET AL. (2001). Die Überschneidungen liegen dabei bei etwas mehr als 50% der Items.

6. Diskussion

Die vorliegende Arbeit ist ein weiterer Beitrag zur empirischen Untersuchung der Achse I der OPD.

Wie schon von WIETERSHEIM ET AL. (2000) gefordert, wurde speziell die prognostische Validität der Items der Achse I der OPD eingehend untersucht. Diese Achse der OPD erhebt nach WIETERSHEIM ET AL. (2000) den Anspruch, relevant für das Zustandekommen und den Verlauf der Therapie zu sein. Diese Forderungen werden noch einmal anhand der vorliegenden Mainzer Studie zur stationären psychosomatischen Therapie untersucht.

Während im Ergebnisteil anhand von Tabellen die Ergebnisse aller Items bereits in Ansätzen diskutiert wurden, soll hier im Diskussionsteil noch mal zusammenfassend auf die Ausgangshypothesen zu dieser Arbeit eingegangen werden. Hierbei geht es um die Überprüfung der Hypothesenaussagen und den Vergleich mit den Ergebnissen anderer, bereits veröffentlichter Arbeiten.

Zusätzlich wird auf die Frage eingegangen, welche zusätzlichen Ergebnisse zur Achse I der OPD durch die vorliegende Mainzer Studie erstmals neu aufgezeigt werden konnten.

6.1 Prädiktorenfunktion der Achse I der OPD

Die Ergebnisse der vorliegenden Mainzer Studie sollen für jedes Item einzeln unter Berücksichtigung aller 3 Untersuchungszeitpunkte (direkt zum Ende der Therapie, 6 Wochen und 1 Jahr nach Ende der Therapie) diskutiert werden. Im Hinblick auf die Bewertung der Ergebnisse muß beachtet werden, daß sich die Stichprobe zu den verschiedenen Meßzeitpunkten jeweils etwas verkleinerte und damit veränderte. Dies geht darauf zurück, daß zu den späteren Zeitpunkten jeweils einige Patienten unbekannt verzogen oder nicht mehr auskunftsbereit waren.

Insgesamt ist bei der Überprüfung der Hypothesen auch zu berücksichtigen, daß die anderen vergleichbaren Studien zur OPD z.T. mit anderen Patientengruppen und mit

sich erheblich unterscheidenden Stichprobengrößen arbeiteten. Teilweise wurden Konsilpatienten untersucht, teilweise andere spezielle Patientengruppen, so bezieht sich die Hamburger Studie (THOMASIU ET AL. 2001) ausschließlich auf Drogenabhängige. Die Kieler Studie (STRAUB ET AL. 1997) befaßt sich zwar genau wie die vorliegende Mainzer Studie mit stationärer psychosomatischer Therapie, hat allerdings nur eine Stichprobengröße von 30 Patienten gegenüber 113 Patienten in dieser Studie. Zudem sind die Ergebnisse der Kieler Studie nur auf dem 10%-Signifikanz-Niveau aussagekräftig.

6.1.1 Positive Prädiktoren (Hypothese 1)

Hypothese 1 besagt, daß nach den bereits vorliegenden – und in Kapitel 2 diskutierten – Studien Zusammenhänge mit dem Therapie-Erfolg zu erwarten gewesen wären für die Items 7, 9, 11, 13, 15, 16 und 17. Lediglich für 2 Items der Achse I der OPD konnten diese erwarteten Zusammenhänge auch anhand der Daten der Mainzer Studie bestätigt werden, nämlich für die Items 11 (Motivation zur Psychotherapie) und Item 15 (Darstellung der psychischen Symptomatik). Vergleiche hierzu auch Tab. 5.6-5.8. Im folgenden werden die Ergebnisse zu den einzelnen Items diskutiert.

Item 11: Motivation zur Psychotherapie

Die zu Beginn der Therapie in ihrer Motivation zur Psychotherapie mittel oder hoch eingeschätzten Patienten zeigen sich zum **Ende der Therapie** erfolgreicher als statistisch zu erwarten. Die niedrig motiviert eingeschätzten Patienten waren entsprechend weniger erfolgreich. Dieses Ergebnis ist signifikant.

Zum Zeitpunkt **1 Jahr nach der Therapie** hingegen war von der in der Motivation zur Psychotherapie hoch eingeschätzten Patienten nur noch die statistisch zu erwartende Anzahl erfolgreich. Von den in mittlerem Maße motiviert eingeschätzten Patienten war wie zum Ende der Therapie eine höhere als die statistisch zu erwartende Anzahl erfolgreich. Von den niedrig motiviert eingeschätzten war auch weiterhin nur eine geringere als die statistisch zu erwartende Anzahl erfolgreich. Auch dieses Ergebnis ist signifikant.

Im Blick auf die Langzeitstabilität stationärer psychosomatischer Therapie zeigt sich,

daß die als in mittlerem Maße zur Psychotherapie motiviert eingeschätzten Patienten einen konstant hohen Therapie-Erfolg angeben. Die hoch motiviert eingeschätzten Patienten sind anfangs ebenfalls überdurchschnittlich erfolgreich, 1 Jahr nach der Therapie geht die Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten unter ihnen leicht zurück. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, daß die sich dem Therapeuten zu Beginn der Therapie hoch motiviert darstellenden Patienten z.T. unrealistische Erwartungen an die Therapie haben. Diese Erwartungen scheinen direkt zum Abschluß der Therapie durch hohen Erfolg bestätigt, jedoch ist dieser hohe Erfolg nicht über das Jahr nach der Therapie hinweg beständig.

Ähnlich differenzierte Ergebnisse lassen sich in anderen Studien nicht finden, da in der Mainzer Studie erstmals der Langzeiterfolg der Therapie in Zusammenhang mit der OPD gemessen wurde. Daß eine vom Therapeuten initial mit mittlerer Ausprägung eingeschätzte Therapiemotivation mit höherem Langzeiterfolg in Zusammenhang steht als eine hoch eingeschätzte Therapiemotivation, wurde bisher noch nicht beschrieben. Sowohl THOMASIU ET AL. (2001) als auch STRAUß ET AL. (1997) fanden die hohe Ausprägung als positiven Prädiktor für den Therapie-Erfolg. Allerdings bezogen sich beide Studien auf wesentlich kleinere Stichproben, was den Ergebnissen der Mainzer Studie die größere Bedeutung zukommen läßt.

Item 15: Darstellung der psychischen Symptomatik

Die Patienten, bei denen der Therapeut zu Beginn der Therapie die psychische Symptomatik hoch einschätzt, zeigen sich **zum Ende der Therapie** überdurchschnittlich erfolgreich. Die in ihrer psychischen Symptomatik niedrig eingeschätzten Patienten zeigen sich weniger erfolgreich. Dieses Ergebnis ist allerdings mit einer Signifikanz von 0,108 nur sehr begrenzt aussagekräftig.

Diese Zusammenhänge lassen sich nur direkt zum Ende der Therapie nachweisen, nicht zu den späteren Meßzeitpunkten. Möglicherweise sprechen die Patienten mit starker psychischer Symptomatik initial gut auf die Therapie an. Dieser Therapie-Erfolg scheint jedoch nicht in gleichem Ausmaße in der Zeit nach der Entlassung stabil zu sein. Dies spricht dafür, daß es für diese Patienten besonders schwierig ist bei der Rückkehr von Station in ihre normale Umgebung nicht wieder in alte Verhaltens- und Krankheitsmuster zurück zu fallen. Möglicherweise könnten speziell diese Patienten deshalb von einer weiterführenden ambulanten Therapie profitieren.

Dieses Ergebnis bestätigt die von STRAUß ET AL. (1997) in der Kieler Studie beschriebenen Zusammenhänge. Dort wurde bei stationärem Setting der Erfolg nur zum Abschluß der Therapie untersucht und ebenfalls ein Zusammenhang gefunden. Bei der Rostocker Studie zur stationären Psychotherapie von SCHNEIDER ET AL. (2000) zeigte sich die Darstellung der psychischen Symptomatik als signifikant mit dem Therapie-Erfolg korrelierendes Item. Dieses Ergebnis konnte in der Mainzer Studie nicht in der gleichen Deutlichkeit, sondern nur mit geringerer Signifikanz reproduziert werden.

Zu keinem der 3 Meßzeitpunkte waren Zusammenhänge mit dem Therapie-Erfolg für die folgenden Items nachweisbar:

- Item 7: Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge
- Item 9: Geeignete Behandlungsform: Psychotherapie
- Item 13: Compliance
- Item 16: Psychosoziale Integration
- Item 17: persönliche Ressourcen

Daß sich für diese Items kein Zusammenhang mit dem Erfolg der stationären psychosomatischen Therapie zeigte, begründet sich eventuell mit der speziellen Patientengruppe. Nach BASSLER (1994) und LACHAUER (1982) spricht einiges dafür, daß bei denjenigen Patienten, für die eine Indikation zur stationären Behandlung gestellt wird, dies auch wegen deren unsicherer Therapiemotivation geschieht, welche im Verlauf des therapeutischen Prozesses erst noch zu festigen bzw. überhaupt zu gewinnen ist. Ähnliches wäre für die Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge, die Selbsteinschätzung von Psychotherapie als die geeignete Behandlungsform, die Compliance, die psychosoziale Integration und die persönlichen Ressourcen denkbar. Möglicherweise ist es gerade für die stationäre psychosomatische Therapie kennzeichnend, daß nicht nur jene Patienten mit den für das ambulante Setting Therapie erleichternden Konstellationen (d.h. mit hohen Einschätzungen in den entsprechenden Items) einen großen Therapie-Erfolg erzielen.

In der Kieler Studie (STRAUß ET AL. 1997) wurde für diese Patienten ein Zusammenhang mit großem Erfolg der Therapie gefunden, allerdings waren diese Ergebnisse nur in geringem Maße signifikant. Insgesamt sind die Ergebnisse der Mainzer Studie aufgrund der bedeutend höheren Stichprobengröße gewichtiger zu bewerten.

6.1.2 Negative Prädiktoren

6.1.2.1 Einzelne Items der Achse I der OPD als negative Prädiktoren (Hypothese 2)

Die Hypothese 2 besagt, daß für die Items 3, 4, 6, 10 und 14 Zusammenhänge mit dem Therapie-Erfolg zu erwarten gewesen wären.

Die Ergebnisse der vorliegenden Mainzer Studie werden im folgenden einzeln für jedes Item diskutiert (vgl. auch Tab. 5.6-5.8).

Item 3: Leidensdruck

6 Wochen nach dem Ende der Therapie hatten die in der Ausprägung ihres Leidensdrucks mit mittel und niedrig eingeschätzten Patienten mehr ihrer Therapieziele erreicht als zu erwarten. Die hoch eingeschätzten Patienten haben in geringerem als dem zu erwartenden Ausmaß ihre Therapieziele erreicht. Diese Ergebnisse zeigen jedoch nur das Signifikanzniveau einer Tendenz.

1 Jahr nach dem Ende der Therapie waren in ihrem Leidensdruck mittel eingeschätzte Patienten überdurchschnittlich erfolgreich, die hoch eingeschätzten Patienten waren unterdurchschnittlich erfolgreich und die niedrig eingeschätzten im neutralen Bereich. Diese Ergebnisse sind signifikant.

Sie lassen sich in dem Sinne deuten, daß ein hoher Leidensdruck Anzeichen einer schweren Krankheit sein kann, die seltener erfolgreich zu therapieren ist. Eine mittlere Ausprägung des Leidensdruckes ist jedoch dem Erfolg der Therapie förderlich. Der mittlere Leidensdruck scheint für den Patienten Anreiz zur Therapie als Hilfe zur Veränderung seiner Situation zu sein und nicht wie bei einem hohen Leidensdruck auf eine extrem schwere – und damit extrem schwer therapierbare – Erkrankung hinzuweisen.

Dies bestätigt die Ergebnisse von STRAUß ET AL. (1997), die einen Zusammenhang von hohem Leidensdruck mit geringem Erfolg der Therapie nachweisen konnten. Aufgrund ihrer Auswertungsmethoden konnten sie jedoch keine Aussage über Patienten mit

mittlerem Leidensdruck treffen, so daß die Bedeutung des mittleren Leidensdruckes als günstige Voraussetzung für hohen Erfolg der Therapie in der Mainzer Studie erstmals nachgewiesen werden konnte.

Item 4: Beeinträchtigung des Selbsterlebens

Die initial vom Therapeuten in ihrer Beeinträchtigung des Selbsterlebens hoch eingeschätzten Patienten waren **6 Wochen nach der Therapie** unterdurchschnittlich erfolgreich. Mit mittlerer Beeinträchtigung des Selbsterlebens eingeschätzte Patienten haben mehr Erfolg. Diese Ergebnis hat nur geringe Signifikanz.

Zu den anderen Meßzeitpunkten ließen sich keine Zusammenhänge mit dem Therapie-Erfolg nachweisen.

Die Ergebnisse spiegeln wider, daß eine hohe Beeinträchtigung des Selbsterlebens für eine schwere und damit schwer therapierbare Krankheit spricht. Die betroffenen Patienten scheinen besonders gefährdet, bei Rückkehr in ihre gewohnte Umgebung und den gewohnten Alltag kurz nach der Therapie sich ihren Therapie-Erfolg nicht in dem an Maß erhalten zu können, in dem sie ihn zu Ende der Therapie erreichten. Jedoch sind sie 1 Jahr nach Ende der Therapie wieder im durchschnittlichen Maße erfolgreich, das bedeutet, daß sich ihr Zustand längerfristig wieder stabilisiert.

In mittlerem Maße in ihrem Selbsterleben beeinträchtigte Patienten zeigen im Gegensatz dazu guten Erfolg. Damit zeigt sich wie schon beim Item 3 (Leidensdruck) die mittlere Einschätzung als positiver Prädiktor für den Erfolg stationärer Therapie.

Auch STRAUB ET AL. (1997) konnten – wenn auch mit geringer Signifikanz – nachweisen, daß die Patienten mit hoher Beeinträchtigung des Selbsterlebens weniger Therapie-Erfolg haben. Zur mittleren Einschätzung als positiver Prädiktor konnte in dieser anderen Studie aufgrund der Art der angestellten Berechnungen keine Aussage getroffen werden.

Item 6: Sekundärer Krankheitsgewinn

1 Jahr nach der Therapie geben in ihrem sekundären Krankheitsgewinn hoch eingeschätzte Patienten signifikant weniger erreichte Therapieziele an. Die im sekundären Krankheitsgewinn niedrig eingeschätzten Patienten geben zum gleichen Zeitpunkt signifikant mehr erreichte Therapieziele an. Dies deutet darauf hin, daß gerade längere Zeit nach der stationären Psychotherapie mehr ins Gewicht fällt, ob die

Patienten durch ihre Krankheit auch verstärkte soziale Unterstützung und somit sekundären Krankheitsgewinn erfahren. Ist dies der Fall, sind sie stärker gefährdet, sich langfristig ihren anfänglich vorhandenen Therapie-Erfolg nicht in vollem Ausmaß erhalten zu können und zu ihrem Krankheitsverhalten zurückzukehren. Dies mag daran liegen, daß der Einfluß des sozialen Umfeldes in Form sekundären Krankheitsgewinnes stärker auf den Patienten einwirkt, je länger die Therapie zurückliegt. Daher liegt nahe, daß eine weiterführende ambulante Therapie für diese Patienten mit hohem sekundären Krankheitsgewinn besonders hilfreich sein könnte. Andererseits könnte auch dieser Nachweis des langfristigen Einflusses von sekundärem Krankheitsgewinn Anstoß geben, diese Thematik verstärkt in die Therapie mit einzubeziehen.

Item 14: Somatische Symptome im Vordergrund

1 Jahr nach der Therapie geben in ihrer körperlichen Symptomatik hoch eingeschätzte Patienten unterdurchschnittlichen Erfolg der Therapie an. In ihrer körperlichen Symptomatik niedrig eingeschätzte Patienten geben überdurchschnittlichen Erfolg der Therapie an. Das gleiche Bild zeigt sich **zum Ende der Therapie**. Zu beiden Zeitpunkten sind diese Ergebnisse aber nur in geringem Maße signifikant.

6 Wochen nach Ende der Therapie läßt sich kein Zusammenhang zwischen der körperlichen Symptomatik und dem Erfolg der Therapie nachweisen.

Diese Ergebnisse entsprechen den Untersuchungen von STRAUß ET AL. (1997) und CIERPKA ET AL. (2001), wonach die starke körperliche Symptomatik in Zusammenhang mit geringem Therapie-Erfolg steht. Dieser Zusammenhang ist gut verständlich, da die Patienten Psychotherapie und nicht primär körperliche Therapie in Anspruch nehmen.

Item 10: Geeignete Behandlungsform: körperliche Behandlung

Zu keinem der 3 Meßzeitpunkte waren Zusammenhänge mit dem Therapie-Erfolg nachweisbar. Dies wäre aber nach den Ergebnissen von STRAUß ET AL. (1997) und CIERPKA ET AL. (2001) zu erwarten gewesen, wobei zumindest die Ergebnisse von STRAUß ET AL. (1997) nur eine geringe Signifikanz aufwiesen.

Allerdings ließ sich für die Gesamtbetrachtung der körperbezogenen Items im Faktor "Körper" (nach FRANZ ET AL. 2000) ein Zusammenhang mit dem Therapie-Erfolg nachweisen (s. Kap. 6.1.3).

6.1.2.2 Negative Prädiktoren, die sich erstmals in der Mainzer Studie zeigen

Neben den überprüften Zusammenhängen von einzelnen Items der Achse I der OPD mit dem Erfolg der Therapie lies sich außerdem im explorativen Vorgehen für 3 weitere Items (Item 2, 12, 19) ein Zusammenhang mit dem Therapie-Erfolg nachweisen.

Item 2: Schweregrad des psychischen Befundes

Die initial im Schweregrad ihres psychischen Befundes hoch eingeschätzten Patienten zeigten sich **1 Jahr nach der Therapie** unterdurchschnittlich erfolgreich. Die initial im Schweregrad ihres psychischen Befundes mittel eingeschätzten Patienten zeigten sich zum gleichen Zeitpunkt überdurchschnittlich erfolgreich. Diese Ergebnisse sind nur im 10%-Signifikanz-Niveau aussagekräftig.

Dieses Ergebnis deutet darauf hin, daß der hohe psychische Befund Ausdruck einer schweren und anscheinend auf lange Sicht auch schwer zu therapierenden Krankheit ist.

Direkt **zum Ende der Therapie** und **6 Wochen nach der Entlassung** lassen sich keine Zusammenhänge erkennen, was darauf hin deutet, daß für die Patienten mit hoch eingeschätztem Schweregrad des psychischen Befundes sich die Therapie zunächst als erfolgreich erwies, dieser Erfolg sich jedoch dauerhaft nicht im gleichen Maße stabilisierte.

Dem gegenüber scheint ein mittelschwerer psychischer Befund Ausdruck einer psychischen Problematik zu sein, die gut mit stationärer Therapie angegangen werden kann und gute Aussicht auf Langzeiterfolge hat. Die gleichen Zusammenhänge – mittlere Einschätzung als beste Voraussetzung für hohen Erfolg der Therapie – ließen sich auch für den Leidensdruck (Item 3), Beeinträchtigung des Selbsterlebens (Item 4) und Motivation zur Psychotherapie (Item 11) nachweisen.

Ähnliche Zusammenhänge wurden bisher in keiner anderen Studie nachgewiesen, wobei auch bei keiner anderen Studie zur OPD der Langzeiterfolg der Therapie gemessen und die Einschätzungen "hoch", "mittel" und "niedrig" im Vergleich betrachtet wurden. Allerdings sind die Ergebnisse der vorliegenden Mainzer Studie aufgrund der mehrfach angesprochenen großen Stichprobe und der differenzierten mehrfachen Erfolgsmessung

hoch zu bewerten.

Item 12: Motivation zur körperlichen Behandlung

Die initial vom Therapeuten in ihrer Motivation zur körperlichen Behandlung hoch eingeschätzten Patienten zeigen sich **6 Wochen nach der Therapie** signifikant weniger erfolgreich. Die im gleichen Item mittel eingeschätzten Patienten waren signifikant erfolgreicher, wobei die niedrig eingeschätzten genau den statistischen Erwartungen entsprechend erfolgreich waren.

Dieses Ergebnis ist inhaltlich schlecht nachvollziehbar. Es erscheint nicht verständlich, warum eine mittlere – also immerhin deutlich vorhandene – Motivation zur körperlichen Behandlung dem Erfolg der stationären psychosomatischen Therapie förderlich sein könnte. Allerdings ist das Ergebnis durch die speziell für dieses Item sehr kleine Stichprobengröße von $n=55$ in seiner Aussagekraft sehr eingeschränkt. Auch zeigte sich bisher in keiner anderen Studie ein derartiger Zusammenhang.

Item 18: Soziale Unterstützung

Patienten mit niedriger sozialer Unterstützung waren **6 Wochen nach Ende der Therapie** überdurchschnittlich erfolgreich, die Patienten mit einem mittleren Ausmaß an sozialer Unterstützung waren unterdurchschnittlich erfolgreich. Dieses Ergebnis ist auf dem 10%-Signifikanz-Niveau aussagekräftig.

Verständlich ist dieser Zusammenhang unter dem Gesichtspunkt, daß die Patienten mit geringer sozialer Unterstützung nach 3 Monaten Dauer der stationären Therapie vermutlich davon ausgingen, auf sich allein gestellt zu sein und – von vorneherein darauf eingestellt – damit auch entsprechend gut zurechtkamen. Jene Patienten, die jedoch mit der ihnen erfahrungsgemäß entgegengebrachten sozialen Unterstützung rechneten, gaben zuhause nach 6 Wochen an, weniger Therapieziele erreicht zu haben. Dies erklärt sich möglicherweise dadurch, daß sie weniger als erwartet von anderen unterstützt und mit ihren Problemen aufgefangen wurden.

Es erscheint auch nachvollziehbar, daß sich diese Zusammenhänge nur zu dem Zeitpunkt der ersten Eingewöhnungsphase nach 6 Wochen in der alten Umgebung zeigen. Direkt zum Ende und 1 Jahr nach Ende der Therapie sind keine Unterschiede im Zusammenhang mit der sozialen Unterstützung nachweisbar, da direkt zum Ende der Therapie der Einfluß des sozialen Umfeldes noch nicht vorhanden ist und 1 Jahr nach

der Therapie die Patienten genug Zeit hatten, sich wieder an das Maß der sozialen Unterstützung anpassen.

6.1.2.3 Negative Prädiktoren mit der Angabe "nicht beurteilbar" (Hypothese 3)

Hypothese 3 besagt, daß der Therapie-Erfolg größer ist, falls der Therapeut folgende – auf die körperlichen Beschwerden des Patienten bezogenen – Items der Achse I der OPD für den Patienten als "nicht beurteilbar" einschätzt:

- Item 1: Schweregrad des somatischen Befundes
- Item 5: Ausmaß der körperlichen Behinderung
- Item 8: Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge

Zu keinem der 3 Meßzeitpunkte waren bei dieser Studie Zusammenhänge mit dem Therapie-Erfolg nachweisbar. Damit konnten die diesbezüglichen Ergebnisse der Kieler Studie von STRAUß ET AL. (1997) nicht bestätigt werden (vgl. Tab. 5.9-5.11).

Da die Kieler Studie auf eine wesentliche kleinere Stichprobe Bezug nimmt und dabei die entsprechenden Ergebnisse zusätzlich nur als Tendenz gewertet werden können, sind die Ergebnisse der vorliegenden Mainzer Studie, die entsprechende Zusammenhänge nicht bestätigen konnten, höher zu bewerten.

Allerdings fanden sich bei Untersuchung der Hypothese 4 zum Faktor "Körper" (nach FRANZ ET AL. 2000) Ergebnisse, die inhaltlich den Ergebnissen der Kieler Studie im Hinblick auf die körperbezogenen Items nahe stehen (s. Kap. 6.1.3).

6.1.3 Faktoren mit Prädiktorenwert (Hypothese 4)

Hypothese 4 besagt, daß der Therapie-Erfolg größer ist, falls der Therapeut den Patienten mit einem hohen Wert im Faktor "Einsicht" der Achse I der OPD (nach FRANZ ET AL. 2000) einschätzt. Der Wert im Faktor "Einsicht" ist der Summenwert aus den Einschätzungen verschiedener, die Einsicht der Patienten betreffender Items (zu den einzelnen Items des Faktor "Einsicht" s. Kap. 2.2.2.1.1).

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Nur zum Zeitpunkt **1 Jahr nach Ende der Therapie** deutete sich ein Zusammenhang an, allerdings ist dieser bei einem Signifikanzwert von 0,110 nicht aussagekräftig.

Möglicherweise ließen sich diese Ergebnisse nicht reproduzieren, da auch die Faktorenanalyse der Daten der vorliegenden Mainzer Studie nicht zu dem gleichen Ergebnis wie FRANZ ET AL. (2000) mit einem solchen Faktor Einsicht kommt. Dies bedeutet, daß die verschiedenen Items in der vorliegenden Stichprobe auch nicht so stark mit einander in Relation stehen.

Zusätzlich zeigten sich jedoch Zusammenhänge zwischen einem niedrigen Wert im Faktor "Körper" und einem besserem Erfolg der Therapie zu den Zeitpunkten **6 Wochen** und **1 Jahr nach der Therapie**. Diese Zusammenhänge liegen auf dem Niveau einer Tendenz (zu den einzelnen Items des Faktor "Körper" s. Kap. 2.2.2.1.1). Dieses Ergebnis steht in Relation zu Hypothese 3, nach welcher der besserer Erfolg mit der Angabe "nicht beurteilbar" in den körperbezogenen Items in Zusammenhang stehen soll. Es ist also nicht die Angabe "nicht beurteilbar" einzelner körperbezogener Items, die zu hohem Erfolg führt sondern die insgesamt hohe Angabe bei allen körperbezogenen Items die zu einem geringen Therapie-Erfolg führt. Dies geht jedoch inhaltlich in die gleiche Richtung. Außerdem liegt eine inhaltliche Nähe vor zu demjenigen Unterpunkt von Hypothese 2, der sich auf die körperlichen Beschwerden bezieht. Auch hier ließ sich kein direkter Zusammenhang des Therapie-Erfolges mit der Einschätzung von einem einzelnen Item finden, sehr wohl aber mit der Gesamteinschätzung der körperbezogenen Items.

Damit wurde das Ergebnis von FRANZ ET AL. (2000) in Bezug auf den Faktor "Einsicht" nicht bestätigt, wohl aber indirekt Teile der Ergebnisse von STRAUß ET AL. (1997), und zwar in Bezug auf die körperbezogenen Items. Zu bedenken ist hierbei auch, daß FRANZ ET AL. (2000) Konsilpatienten untersuchten, während in der Kieler Studie von STRAUß ET AL. (1997) wie in der vorliegenden Mainzer Studie Patienten der stationären psychosomatischen Therapie untersucht wurden.

6.2 Faktorenlösungen zur Achse I der OPD (Hypothese 5)

Die mit den Daten dieser Arbeit explorativ erstellten Faktorenlösungen unterscheiden sich von den 3 bisher veröffentlichten Faktorenlösungen zur Achse I der OPD. Die Einzelheiten sind in den Tabellen 5.16 und 5.18 aufgeführt und bereits in Kapitel 5.2.4 besprochen. Eine überzeugende Übereinstimmung besteht nur im Falle des Faktors "Körper" der 3-faktoriellen Faktorenlösung von FRANZ ET AL. (2000), der eine komplette Entsprechung in unserer 3-faktoriellen Faktorenlösung findet.

Zu bedenken ist hierbei, daß die Faktorenlösungen jeweils mit Daten unterschiedlicher Patientenkollektive erstellt wurden. FRANZ ET AL. (2000) untersuchten eine Gruppe von Konsilpatienten 4 deutscher Universitätskliniken. THOMASIU ET AL. (2001) bezogen sich auf Hamburger Drogenabhängige in ambulanter Behandlung und WIETERSHEIM ET AL. (2000) erstellten ihre Faktorenlösung mittels Daten von Patienten einer psychosomatischen Ambulanz. Möglicherweise liegen die Unterschiede dieser Faktorenlösungen auch in diesen sehr unterschiedlichen Patientengruppen begründet.

Es gilt also festzuhalten, daß die bisherigen Faktorenlösungen zusammenfassend betrachtet nicht eindeutig sind. Die Faktorvalidität der Achse I muß daher zumindest in Frage gestellt werden. Dies stimmt überein mit den Schlußfolgerungen von THOMASIU ET AL. (2001).

Es liegt daher nahe, die Ergebnisse der Achse I der OPD weiter einzeln nach den einzelnen Items auszuwerten und nicht von nun an faktoriell vorzugehen. Darauf wurde bereits in den Veröffentlichungen zu Faktorenlösung der Achse I hingewiesen (CIERPKA ET AL. 2001, WIETERSHEIM ET AL. 2000). Es scheint daher sinnvoll, die Faktorenlösung völlig neu zu überarbeiten. Eine Möglichkeit hier zu wäre z.B., daß je nach Einsatzgebiet (stationär, ambulant, konsiliarisch) eigene Faktorenlösungen zu erstellen. Eventuell sollte sogar die Frage nach möglichen Faktorenlösungen für die Achse I der OPD insgesamt überdacht bzw. neu gestellt werden.

6.3 Methodenkritik

Kritisch angemerkt werden muß die Tatsache, daß die Erfolgsmessung der Therapie nur über ein Instrument (das Goal Attainment Scaling – GAS) und nicht mehrdimensional erfolgte wie ÜXKUELL (1990) fordert. Üxkuell sieht angelehnt an STRUPP & HADLEY (1977) 3 Dimensionen des Therapie-Erfolges: (1) das Verhalten – dies entspricht der Sicht der Gesellschaft, (2) das Erleben – dies entspricht der Sicht des Patienten und (3) die psychische Struktur – dies entspricht der Sicht des Therapeuten. Unsere Erfolgsmessung deckt von diesen möglichen 3 Dimensionen nur die Sicht des Patienten ab.

Auch kann bei der Erfolgsmessung mittels GAS eine Tendenz bei den Angaben des Patienten im Sinne sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden. Der Patient mag zumindest die Einschätzung haben, daß von ihm erwartet wird, mit Hilfe der Therapie die gesteckten Therapieziele erreicht zu haben.

Wichtig ist bei Betrachtung der Messung des Therapie-Erfolges weiterhin, daß es bei den Katamnesen nicht möglich ist die nach der stationären Therapie in der poststationären Zeit aufgetretenen anderen Einflüsse zu berücksichtigen. Es ist z.B. denkbar, daß die erfolgreich behandelten Patienten in der Folgezeit eine ambulante Therapie begannen – dies wäre aus den Daten dieser Studie nicht erkennbar, würde jedoch ein anderes Licht auf die Ergebnisse werfen.

Da diese Studie 1994 vor der offiziellen Veröffentlichung der OPD (ARBEITSKREIS OPD 1996) startete, wurde die zu dieser Zeit vorliegende Arbeitsfassung der OPD verwendet. Diese wurde auch in einer der zum Vergleich zitierten Studien verwendet (STRAUB ET AL. 1997). Die anderen Studien benutzen die 1996 veröffentlichte Fassung der OPD. Die Arbeitsfassung der OPD (die sogenannte OPD-1) beinhaltet eine 4-gegliederte Item-Einteilung für die Achse I (1 - niedrig, 2 - mittel, 3 - hoch, 9 - nicht beurteilbar). Im Unterschied dazu benutzt die inzwischen veröffentlichten Versionen der OPD (ARBEITSKREIS OPD 1996, 1998, 2000) eine 5-gegliederte Einteilung der möglichen Antworten für die Achse I mit der zusätzlichen Antwortmöglichkeit "nicht ausgeprägt" (0 - nicht ausgeprägt, 1 - niedrig, 2 - mittel, 3 - hoch, 9 - nicht beurteilbar).

Zusätzlich ist dem Beginn der Mainzer Studie vor der Veröffentlichung der OPD die Tatsache zuzuschreiben, daß es die inzwischen vorgeschriebenen Rater-Trainings-Seminare noch nicht gab. Die Teilnahme an diesen Seminaren wird von den Herausgebern der OPD vor Benutzung des diagnostischen Bogens gefordert als direkte Schulung der Rater im Umgang mit der OPD um Mißverständnisse mit der Terminologie der OPD zu vermeiden und dadurch eine möglichst hohe Inter-Rater-Reliabilität zu garantieren. Allerdings waren die klinisch sehr erfahrenen Therapeuten, die in dieser Studie die Rater für die OPD waren, durch Klinik-interne Weiterbildungen sehr wohl mit der OPD und ihrem Konzept vertraut. Im vergleichbaren Maß bewegt sich auch die Schulung der Rater bei den anderen, vor Veröffentlichung der OPD begonnenen Studien.

Bei den beschriebenen Ergebnisse dieser Studie liegen 9 von 14 der nachweisbaren Zusammenhänge nur auf dem Niveau der Tendenz. Dies ist jedoch auch bei anderen Veröffentlichungen, wie z.B. von STRAUß ET AL. (1997) und THOMASIU ET AL. (2001) der Fall. Außerdem waren die Zusammenhänge nur zu einem oder zweien der 3 Meßzeitpunkte für den Therapie-Erfolg nachweisbar. In keinem Punkt zeigten sich die Zusammenhänge durchgehend für alle 3 Zeitpunkte. Eine Tatsache die zwar zunächst überrascht und die Aussagekraft einzuschränken scheint, die aber auch – wie im vorhergehenden diskutiert – interessante inhaltliche Aspekte aufweist.

7. Zusammenfassung und Ausblick

7.1 Zusammenfassung

Diese Arbeit entstand im Rahmen einer Stationsstudie an der Klinik und Poliklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Die Stationsstudie wurde von September 1994 bis Mai 1998 durchgeführt und hatte die Evaluation stationärer Psychotherapie zum Ziel. Untersucht wurden insgesamt 125 Patienten. Mit Hilfe dreier Zeitpunkte zur Untersuchung des Therapie-Erfolges (zum Ende der Therapie, 6 Wochen nach und 1 Jahr nach der Therapie) sollte zusätzlich eine Vorstellung von der Stabilität der erreichten Therapie-Erfolge gewonnen werden. Einen Überblick über alle erhobenen Größen und eingesetzten psychometrischen Testinstrumente im Rahmen der Stationsstudie gewährt die Übersicht zur Mainzer Stationsstudie im Anhang.

Speziell wurden in dieser Arbeit die Aspekte von Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen entsprechend der Achse I der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) herausgegriffen und unter verschiedenen Aspekten näher betrachtet. Vor allem wurde die Bedeutung von Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen als Prädiktoren für den Erfolg der Therapie untersucht. Außerdem wurden 2 explorative Faktorenlösungen zu den 19 Einzel-Items der Achse I der OPD erstellt und mit den bisher veröffentlichten Faktorenlösungen verglichen.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die psychische Symptomdarbietung (Item 15) ist das einzige Item der Achse I der OPD, das sich als **positiver Prädiktor** auszeichnet, bei dem eine hohe Ausprägung mit einem großen Therapie-Erfolg in Zusammenhang steht ist. Allerdings handelt es sich hier nur um ein Ergebnis auf dem 10%-Signifikanz-Niveau.

Bei

- dem Schweregrad des psychischen Befundes (Item 2),
- dem Leidensdruck (Item 3),
- der Beeinträchtigung des Selbsterlebens (Item 4) und
- der Motivation zur Psychotherapie (Item 11)

stehen eine mittlere Ausprägung in Zusammenhang mit großem Therapie-Erfolg.

Nicht bestätigen konnte sich ein Zusammenhang mit großem Erfolg der Therapie für:

- die Einsichtsfähigkeit für psychodynamische Zusammenhänge (Item 7),
- die Patienteneinschätzung von Psychotherapie als geeignete Behandlungsform (Item 9),
- die Compliance (Item 13),
- die psychosoziale Integration (Item 16) und
- die persönlichen Ressourcen (Item 17).

Dies liegt vermutlich in der speziellen Patientengruppe der stationären psychosomatischen Patienten, da gerade die stationäre Psychotherapie für Patienten mit scheinbar schlechteren Therapievoraussetzungen in Frage kommt und diesen Patienten mittels stationärer Psychotherapie auch geholfen werden kann.

Eigenschaft als **negative Prädiktoren** mit einem Zusammenhang von geringem Erfolg der Therapie bei einer hohen Einschätzung in dem entsprechenden Item, ließen sich – zumindest zu einem Teil der Meßzeitpunkte für den Therapie-Erfolg – nachweisen und zwar für:

- den Schweregrad des psychischen Befundes (Item 1),
- den Leidensdruck (Item 3),
- die Beeinträchtigung des Selbsterlebens (Item 4),
- den sekundären Krankheitsgewinn (Item 6),
- die Motivation zur körperlichen Behandlung (Item 12) und
- die Symptomdarbietung: somatische Symptome im Vordergrund (Item 14).

Kein Zusammenhang mit geringem Therapie-Erfolg ließ sich nachweisen für die Einschätzung, daß der Patient von einer körperlichen Behandlung als geeignete Behandlungsform (Item 10) ausgeht.

Bei der sozialen Unterstützung (Item 18) zeigte sich die mit der mittleren Ausprägung eingeschätzte Patientengruppe 6 Woche nach Beendigung der Therapie als am wenigsten erfolgreich.

Das Ergebnisse von STRAUß ET AL. (1997), daß jene Patienten erfolgreich sind, für welche die auf körperliche Beschwerden bezogenen Item-Fragen der Achse I (nach Schweregrad des körperlichen Befundes, nach Ausmaß der körperlichen Behinderung und nach Einsichtsfähigkeit für somatopsychische Zusammenhänge) als nicht beurteilbar eingeschätzt werden, ließen sich nicht bestätigen.

Ein Zusammenhang vom Faktor "Einsicht" (in dem nach FRANZ ET AL. 2000 einsichtsbezogene Items der Achse I zusammengezogen sind) mit hohem Therapie-Erfolg ließ sich nicht bestätigen. Allerdings zeigte sich ein Zusammenhang des Faktors "Körper" (körperbezogene Fragen) mit hohem Therapie-Erfolg 6 Wochen und 1 Jahr nach der Therapie.

Die explorativ erstellten 3- und 5-faktoriellen Faktorenlösungen unterscheiden sich weitestgehend von den bereits veröffentlichten Faktorenlösungen. Dies mag an den unterschiedlichen Patientengruppen liegen, verlangt aber letztendlich eine weitere Überprüfung der faktoriellen Validität der Achse I der OPD.

Insgesamt nimmt diese Studie eine Sonderstellung in der bisherigen Forschung zur OPD ein, da erstmals auch der Langzeiterfolg in Form einer 1-Jahres-Katamnese mit erfaßt wurde und in die Auswertungen mit einging.

Abschließend und im Vergleich mit der bisherigen Forschung zur Achse I der OPD stellen sich die Fragen nach der prognostischen Validität und nach der faktoriellen Validität uneinheitlich dar und bedürfen weiterer Klärung.

7.2 Ausblick

Wie schon CIERPKA ET AL. (2001, S. 132) anmerken, "muß sich die OPD daran messen lassen, ob sie dem einzelnen Kliniker in seiner psychotherapeutischen Praxis so von Hilfe ist, daß er sie gerne und häufig einsetzt". Zusätzlich wird sich die Akzeptanz und das Gewicht der OPD letztlich mit der Akzeptanz ihrer Übersetzungen und deren Verwendung in der internationalen Forschungs- und Kliniklandschaft zeigen, da kritisch angemerkt werden muß, daß die bisherige Forschung, die überwiegend an deutschen Universitätskliniken durchgeführt wurde, gleichzeitig bedeutet, daß die Forschung überwiegend durch Arbeitsgruppen erfolgte, denen Mitherausgeber der OPD angehören oder vorsitzen.

Vor der Veröffentlichung stehen zusätzlich eine neu überarbeitete Version der OPD, eine Kurzform für den Einsatz im Klinikalltag sowie eine speziell für Kinder und Jugendliche konzipierte Variante der OPD. Auch diese neuen Versionen werden allesamt ihre Akzeptanz, Praktikabilität und Forschungsrelevanz unter Beweis stellen müssen. Schwerpunkte der Forschung werden die Gütekriterien in Form von Validität, Reliabilität und prognostischer und diagnostischer (Therapie-Indikations-bezogener) Relevanz sein.

Von grundsätzlichem Interesse wäre auch eine Form der OPD, welche Veränderung bzw. Gesundung der Patienten messen kann. Auch THOMASIU ET AL. (2001, S. 371) sehen Perspektiven einer eigenen Forschungs-OPD "mit dem Ziel einer reliablen Messung des Zustandes eines Patienten sowie Möglichkeiten der Veränderungsmessung, um feinere Veränderungsschritte im Therapieprozess abzubilden".

Die prognostische Relevanz ist für die Items der Achse I der OPD nur in geringem Maße und für nur wenige der 19 Items gesichert. Möglicherweise besteht die Relevanz der Achse I der OPD weniger in der prognostischen Aussage als in der Hilfe bei der differentiellen Therapie-Indikation. Allerdings sind diese Fragen nicht vollkommen zu trennen, da die Therapie-Indikations-Stellung letztlich auf den Erfolgsaussichten der zu wählenden Therapie basiert, dieser Erfolg müßte also vorhersagbar sein.

Insgesamt zeigt diese Arbeit auf, daß die prädiktive und die faktorielle Validität der Achse I der OPD sich in den verschiedenen Studien inklusive der vorliegenden Mainzer Studie nicht einheitlich darstellen. In Zukunft sollte auch vermehrt Augenmerk auf die Frage der Therapie-Indikations-Stellung mittels der OPD gelegt und konkrete Studien dazu durchgeführt werden. Dies gibt interessante Ansätze für weiterer Forschung mit den in Kürze erscheinenden Neufassungen der OPD.

8 Literaturverzeichnis

ABRAHAM, K. (1925) "Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung" Int Psychoanal Bibliothek **16**: 1-64

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) "Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders (3rd ed. rev.)" Task force on DSM-III-R, APA, Washington DC

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) "Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders (4th ed.)" Task force on DSM-IV, APA, Washington DC

ARBEITSKREIS OPD (1996) "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Anleitung und Manual", 1. Auflage, Huber, Bern

ARBEITSKREIS OPD (1998) "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Anleitung und Manual", 2. Auflage, Huber, Bern

ARBEITSKREIS OPD (2001) "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Anleitung und Manual", 3. Auflage, Huber, Bern

ARFSTEN, A.J., HOFFMANN, S.O. (1978) "Stationäre psychoanalytische Psychotherapie als eigenständige Behandlungsform", Praxis Psychotherapie **23**: 233-245

BECKMANN, D. (1984) "Grundlagen der medizinischen Psychologie", Medizinische Psychologie, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

BASLER, H.D. (1990) "Das Verhältnis der Compliance Forschung zum Patienten" in: Schneider, W. (Hrsg.): Indikationen zur Psychotherapie, Beltz, Weinheim, Basel, 167-182

BASSLER, M. (1994) "Qualitätssicherung von stationärer Psychotherapie-Evaluation der differentiellen Wirkung von psychoanalytisch fundierter Psychotherapie. Eine Studie zum Therapieerfolg mit 1-Jahres-Katamnese bei 295 stationär behandelten Patienten", Habilitationsschrift, Universität Mainz, Fachbereich Medizin (Habilitation 1994, Veröffentlichung Universität Mainz 1995)

BASSLER, M. (1995) "Prognosefaktoren für den Erfolg psychoanalytisch fundierter Psychotherapie", Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse **41**: 77-97

BASSLER, M., HOFFMANN, S.O. (1993) "Die therapeutische Beziehung im Rahmen stationärer Psychotherapie", Psychother Psychosom med Psychol **43**: 325-332

BASSLER, M., KRAUTHAUSER, H., HOFFMANN, S.O. (1995) "Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie?", Psychother Psychosom med Psychol **45**: 167-175

BECKER, M.H., MAIMANN, L.A., KIRSCHT, J.B., HÄFNER, D.P., DRACHMAN, R.H., TAYLOR, D.W. (1982) "Wahrnehmungen des Patienten und Compliance: Neuere Untersuchungen zum Health Belief Model " in: Haynes, R.B., Taylor, D.W., Syckett, D.L. (Hrsg.): Compliance-Handbuch, Oldenburg, München, Wien, 94-132

BENJAMIN L.S. (1974) "A structural analysis of social behaviour (SASB)", Psychol Rev **81**: 392-425

BENJAMIN L.S. (1993) "Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders", Guildford Press, New York, London

BILLING, A.G., MOOS, R.H. (1981) "The role of coping response and social resources in attenuating the impact of stressful life events", J Beh Med **4**: 139-157

- BLANCK, G., BLANCK, R. (1974) "Ego psychology I. Theory and practise" Columbia Univ Press, New York
- BOLM, W. (1994) "Goal Attainment Scaling: Gütemaß und praktische Erfahrungen bei 397 psychiatrischen Behandlungsverläufen, Teil 1", Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie **42**: 128-138
- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, K. (1989) "Assessing coping strategies: A theoretically based approach", J Personal Soc Psychol **56**: 267-283
- CIERPKA, M., GRANDE, T., STASCH, M., OBERBRACHT, T., SCHNEIDER, W., SCHÜSSLER, G., HEUFT, G., DAHLBENDER, R., SCHAUBENBURG, H., SCHNEIDER, G. (2001) "Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)", Psychotherapeut **46**: 122-133
- CRAIG, T.K., BOARDMAN, A.P. (1990) "Somatization in primary care settings" in: Bass, C.M. (Hrsg.): Physical Symptoms and psychological illness, Blackwell, Oxford, 73-104
- DILLING, H. (1993) "Zur Geschichte nosologischer Klassifikationen der Psychiatrie", in Schneider, W., Freyberger, H.J.; Muhs, A., Schüßler, G. (Hrsg.): Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10, Kapitel V. Eine kritische Auseinandersetzung, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 15-21
- DILLING, H., MOMBOUR, W., SCHMIDT, M.H., SCHULTE-MARKWORT, E. (1994) "Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F)", Huber, Bern
- DÜHRSEN, A. (1972) "Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnisse", Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- FISSENI, H.J. (1990) "Lehrbuch der psychologischen Diagnostik", Hogrefe, Göttingen

FRANZ, C., BAUTZ, M. (1990) "Das Interaktionsverhalten des Patienten mit chronisch unbehandelbarem Schmerz" in: Basler, H.D., Franz, C., Körner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P., Seemann, H. (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie, Springer, Berlin, 431-447

FRANZ, M., DAHLBENDER, R.W., GÜNDEL, H., HAKE, K., KLAUER, T., SCHMITZ, N., KESSLER-SHEELER, S., SIOL, T., SCHNEIDER, W. (2000) "Ergebnisse der Multizentersudie zur OPD-Achse 1 im Konsildienst", in: Schneider, W., Freyberger, H.J. (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, Huber, Bern, 162-178

FREUD, S. (1933) "New introductory lessons on psychoanalysis", Standard edition, Hogarth Press, London, Vol 22, 5-182

FREYBERGER, H.J., DITTMANN, V., STIEGLITZ, R.D., DILLING, H. (1994) "ICD-10 in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Feldstudie in den deutschsprachigen Ländern", Nervenarzt **61**: 109-127

FREYBERGER, H. J., DIERSE, B, SCHNEIDER, W., STRAUß, B., HEUFT, G., SCHAUBURG, H., POUGET-SCHORS, D., SEIDLER, G.H., KÜCHENHOFF, J., JANSSEN, P.L., HOFFMANN, S.O. (1996) "Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie", Psychother Psychosom med Psychol **46**: 356-365

HAAN, N. (1972) "Coping and defending", Academic Press, New York

HOFFMANN, S.O. (1998) "Die Entwicklung einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik" in: Schauburg, H., Freyberger, H. J., Cierpka, M., Buchheim P. (Hrsg.): OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, Huber, Bern, 97-106

HOFFMAN, S.O., HOCHAPFEL, G. (1999) "Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin", Schattauer, Stuttgart, New York

HÜTTMANN, B. (1998) "Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Rahmen stationärer Gruppenpsychotherapie: Erste Erfahrungen mit den Achsen III und IV der OPD-1 (Konflikt und Struktur)", Dissertation, Universität Kiel, Fachbereich Medizin

JANSSEN, P.L. (1983) "Behandlungsmodelle der stationären Psychosomatik und Psychotherapie", Praxis Psychotherapie Psychosomatik **28**: 95-102

JANSSEN, P.L. (1985) "Auf dem Weg zu einer integrativen analytisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung", Forum Psychoanalyse, Band 1, 293-307

JANSSEN, P.L. (1987) "Psychoanalytische Therapie in der Klinik", Klett, Stuttgart

KIESLER, D.J. (1983) "The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions" Psychol. Rev. **90**: 185-211

KRAUSE, M.S. (1966) "A cognitive theory of motivation for treatment", J Gen Psychol **75**: 9-19

KÜNZEL, R. (1979) "Motivation zur Psychotherapie" in: Bastine, R. et al. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie, Beltz, Weinheim

LACHAUER, R. (1982) "Motivation und Arbeitsbündnis in der stationären Psychotherapie", Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik **27**: 117-123

LAZARUS, R.S. (1966) "Psychological stress and the coping process", McGraw Book Company, New York

LAZARUS, R.S., FOLKMANN, S. (1984) "Stress, appraisal and coping", Springer, Berlin, Heidelberg, New York

LAZARUS., R.S. (1993) "Coping theory and research: present, past and future",
Psychosom Med **55**: 234-247

LEVINE, S. (1983) "Coping: An overview" in: Ursin, H., Mursin, R. (Hrsg.): Biological
and psychological basis of psychosomatic disease", Pergamon, Oxford, 15-26

LIENERT, G.A. (1969) "Testaufbau und Testanalyse", 3. Auflage, Hogrefe, Göttingen

LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P. (1990) "Understanding transference", Basic
Books, New York

MÖLLER, H.J. (1989) "Standardisierte psychiatrische Befunderhebung" in: Kisker, K.P.,
Lauter, H., Meyer, J.-F., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.): Brennpunkte der Psychiatrie,
Diagnostik, Datenerhebung, Krankenversorgung, Springer, Berlin, Heidelberg, New
York, 13-45

MUCK, M., PAAL, J. (1968) "Kriterien der Behandelbarkeit und ihre Feststellung im
Interview", Psyche **22** :770-777

MUTHMANN, C.S. (2000) "Die Bedeutung interpersoneller Probleme für Verlauf und
Erfolg stationärer psychosomatischer Behandlung – Ergebnisse einer 1-Jahres-
Katamnese", Dissertation, Universität Mainz, Fachbereich Medizin

OPD TASK FORCE (2001) "Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD):
Foundations and Manual", Hogrefe and Huber, Ashland, USA

PENNEBAKER, J.W., WATSON, D. (1991) "The psychology of somatic symptoms" in:
Kirmayer, L.J., Robins, J.M. (Hrsg.): Current concepts of somatization: Research and
clinical perspectives, American Press, London, 21-35

RODENHÄUSER, H. (2000) "Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Rahmen stationärer psychosomatischer Behandlung", Dissertation, Universität Mainz, Fachbereich Medizin

RUDOLF, G. (1993) "Das Strukturmodell der Persönlichkeit", in: Rudolf, G., Psychotherapeutische Medizin, Enke, Stuttgart, 55-83

RUDOLF, G., GRANDE, T., OBERBRACHT, C., JAKOBSEN T. (1996) "Erste Empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)", Zeitschrift Med Psychother **42**: 343-357

RUDOLF, G., SCHNEIDER, W. (2000) "Ergebnisse einer Umfrage" in: Schneider, W., Freyberger, H.J. (Hrsg.): Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, Huber, Bern, 158-161

SCHAUENBURG, H., FREYBERGER, H. J., CIERPKA, M., BUCHHEIM P. (1998) (Hrsg.) "OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik", Huber, Bern

SCHNEIDER, W., BASLER, H.D., BEISENHERZ, B. (1989) "Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FMP)", Beltz, Weinheim

SCHNEIDER, W. (1990) "Die Psychotherapiemotivation – Behandlungsvoraussetzung oder ein zu vernachlässigendes Konzept?" in: Schneider, W. (Hrsg.): Indikationen zur Psychotherapie, Beltz, Weinheim, 183-203

SCHNEIDER, W., FREYBERGER, H.J. (1990) "Diagnostik in der psychoanalytischen Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung deskriptiver Klassifikationsmodelle" Forum Psychoanal **6**: 316-330

SCHNEIDER, W., HOFFMANN, S.O. (1992) "Diagnostik und Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen" *Fundam Psychiat* **6**: 137-142

SCHNEIDER, W., FREYBERGER, H.J., TETZLAFF, M., WIETERSHEIM, J. V., KRIEBEL, R., DIERSE, B., JANSSEN, P. (1996) "Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD): Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen" in Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, T. (Hrsg.): *Lindauer Texte*, Springer, Berlin, Heidelberg, 248-260

SCHNEIDER, W., FREYBERGER, H.J. (2000) (Hrsg.) "Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik", Huber, Bern

SCHNEIDER, W., KLAUER, T, FREYBERGER, H.J., HAKE, K., WIETERSHEIM, J. V. (2000) "Die Achse 1 (Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen) der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD)", *Psychother Psychosom med Psychol* **50**: 454-463

SCHULZ, N. (1998) "Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik im Rahmen stationärer Gruppenpsychotherapie: Erste Erfahrungen mit den Achsen I und II (Krankheitserleben und Beziehungen) der OPD-1", Dissertation, Universität Kiel, Fachbereich Medizin

SCHULTZ-HENCKE, H. (1951) "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie", Thieme, Stuttgart

SEIBEL, U., MICHELS, R., HOFF, P., SCHAUB, R.T., DROSTE, R., FREYBERGER, H.J., DILLING, H. (1997) "Multiaxiales System des Kapitels V (F) der ICD-10", *Nervenarzt* **68**: 231-238

SIMON, G.E. (1991) "Somatization and psychiatric disorders" in: Kirmayer, L.J., Robbins, J.M. (Hrsg.): *Current concepts of somatization: Research and clinical perspectives*. American Psychiatric Press, London, 37-62

- STEFFENS, W., KÄCHELE, H. (1988) "Abwehr und Bewältigung – Mechanismen und Strategien. Wie ist eine Integration möglich?" in: Kaechele H., Steffens W.: Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten, Springer, Berlin, 1-50
- STEPTOE, A. (1991) "Psychological coping, individual differences and psychological stress responses" in Cooper, C.L., Payne, R. (Hrsg.): Personality and stress: Individual differences in the stress process, Wiley, Chichester, 205-233
- STRAUB, B., BURGMEIER-LOHSE, M. (1994) "Prozeß-Ergebnis-Zusammenhänge in der analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie – Eine Erkundungsstudie im stationären Rahmen", Psychotherapeut **39**: 239-250
- STRAUB, B., HÜTTMANN, B., SCHULZ, N. (1997) "Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik" PPM **47**: 58-63
- STRUPP, H.H. (1996) "Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung", Psychotherapeut **41**: 84-87
- STRUPP, H.H., HADLEY, S.W. (1977) "A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy", American-Psychologist **32**: 187-196
- THOITS, P. (1983) "Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature" in: Kaplan, L. (Hrsg.): Psychological stress. Trends in theory and research, Academic Press, New York

THOMASIU, R., WEILER, D., SACK, P.-M., SCHINDLER, A., GEMEINHARDT, B., SCHUHBERT, C., KÜSTNER, U. (2001) "Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bei familientherapeutisch behandelten Drogenabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter", *Psychother Psychosom med Psychol* **51**: 365-372

UEXKÜLL, T. v. (1990) "Psychosomatische Medizin", Urban & Schwarzenberg, München

VAILLANT, G.E. (1971) "Theoretical Hierarchy of adaptive ego mechanisms", *Arch Gen Psychiat* **24**: 107-118

WHO (1993) "ICD-10, Chapter V (F), Multiaxial scheme", WHO, Genf

WIETERSHEIM, J. v., SCHNEIDER, W., KRIEBEL, R., FREYBERGER, H., TETZLAFF, M. (2000) "Entwicklung und erste Evaluierung der Achse Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD)", *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* **29**: 109-116,

9 Anhang

1. Studiendesign der Mainzer Studie zur stationären psychosomatischen Therapie
2. Bogen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)
(nicht in der online-Version)

Studiendesign der Mainzer Studie zur Stationären Psychosomatischen Therapie

| Die Mainzer Stationsstudie 1994-1998 Meßinstrumente und Zeitpunkte | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Zeitpunkte | vor Aufnahme | in der 3. Woche | 2. Woche vor Entlassung | 6 Wochen nach Entlassung | 1 Jahr nach Entlassung |
| PatientIn | Bas1 Bas2 SCL90 IIP KKG FKS GBB GTS | GRID STAI PSACH TABpat FAMpat | GRID STAI SCL90 IIP KKG TABpat VEV FKS GBB | Bas2a STAI SCL90 IIP KKG VEV FAMpat | Bas2b GRID STAI SCL90 IIP KKG FKS GBB VEV FAMpat |
| Partner d. Patienten | | FAMpart | | FAMpart | FAMpart |
| Therapeut | Bas3 Bas4 | PSKB TABther GRID-F BSS OPD | Bas5 PSKB TABther GRID-F | | |
| UntersucherIn | | GRID-F GAS | GRID-F GAS | GRID-F GAS | GRID-F GAS |
| Pflegeteam | GRID-F (bei Aufnahme) | | | | |

Danksagung

Ich bedanke mich bei dem Leiter der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz für die Überlassung des Themas.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Betreuer an der gleichen Klinik für die Betreuung und Unterstützung bei der Durchführung dieser Arbeit. Für die Hilfe bei der statistischen Auswertung und die geduldige Hilfestellung bei allen auftretenden Fragen gilt ihm mein herzlichster Dank.

Ebenso bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern der Station für ihre freundliche Unterstützung und bei Frau S. die Hilfe bei der Eingabe der Daten in den Computer.

Ein ganz spezieller Dank geht an alle Patienten, die durch Ihre Teilnahme an der Studie diese Arbeit erst möglich gemacht haben.

Mein persönlicher Dank geht an die Mitbewohnern meiner 2 ehemaligen WGs für Unterstützung in allen Lebenslagen, außerdem an Charlotte D., Heiko S., Henrike R. und Jörg V. die mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben; und natürlich an Herrn Prof. Dr. Dr. Helmut D..

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern und meiner Schwester für die Unterstützung während meines ganzen Studiums und des Schreibens dieser Seiten.

Lebenslauf

Name: Martin Ringsdorf

Geboren: naiv und furchtlos am 16. Dezember 1970 in Marburg an der Lahn

Schulbildung

1977-1981 Maler-Becker-Grundschule, Mainz

1981-1990 Gymnasium-Gonsenheim, Mainz

1990 Abitur

Zivildienst

1991-1992 Zivildienst bei der Schullandheim-Vereinigung Winterburg e.V.

Hochschulbildung

1992 Studium der Physik an der Universität Heidelberg

1992-99 Studium der Medizin an der Universität Mainz

1999 3. Medizinische Staatsexamen

Praktisches Jahr

10/98-01/99 Pädiatrie, Stadtkrankenhaus Rüsselsheim

02/99-05/99 Innere Medizin, Allgemeines Krankenhaus, Wien

06/99-08/99 Chirurgie, Allgemeines Krankenhaus, Wien

Arzt im Praktikum

02/00-07/00 Chirurgie

Tameside General Hospital, Ashoton-under-Lyne / Greater Manchester, GB

08/00-01/01 Innere Medizin

Gartnavel General Hospital, Glasgow, GB

02/01-07/01 Innere Medizin

Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, GB