

Aus dem Institut für
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. H. Lang

**Zusammenhang zwischen
Behandlungserwartung und Symptomatik
bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
vorgelegt von
Stefan Unterecker
aus Würzburg

Würzburg, im April 2003

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller
Korreferent: Priv.-Doz. Dr. med. A. Fallgatter
Dekan: Prof. Dr. med. S. Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 11.07.2003

Der Promovend ist Arzt

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

1. Erwartung als psychologische Variable.....	1
2. Behandlungserwartung und Symptomatik.....	2
2.1. Symptomatik von Psychotherapiepatienten	2
2.2. Behandlungserwartung von Psychotherapiepatienten.....	3
2.3. Behandlungserwartung als ein Faktor von Therapieerfolg....	5
3. Behandlungserwartung im Zusammenhang zu anderen Variablen.....	7
3.1. Behandlungserwartung und soziodemografische Variablen..	7
3.1.1. Behandlungserwartung und Geschlecht.....	7
3.1.2. Behandlungserwartung und Alter.....	9
3.1.3. Behandlungserwartung und Schulbildung.....	10
3.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik	11
3.2.1. Behandlungserwartung und globale Symptomatik	12
3.2.2. Behandlungserwartung und spezifische Symptomatik...	13
3.3. Behandlungserwartung und Symptomatik aus Sicht des Therapeuten.....	16
4. Methodik.....	19
4.1. Fragebogenbeschreibung.....	19
4.2. Fragebogenrücklauf.....	21
4.3. Operationalisierung.....	21

4.3.1. Behandlungserwartung der Patienten.....	21
4.3.2. Symptomatik der Patienten.....	23
4.4. Hypothesen.....	24
4.4.1. Haupthypothesen.....	24
4.4.1.1. Behandlungserwartung und globale Symptomatik....	24
4.4.1.2. Behandlungserwartung und spezifische Symptomatik.....	25
4.4.2. Nebenhypothesen.....	25
4.4.2.1. Mittelwertsunterschiede zwischen Behandlungserwartungsskalen.....	25
4.4.2.2. Behandlungserwartung und Geschlecht.....	26
4.4.2.3. Behandlungserwartung und Alter.....	26
4.4.2.4. Behandlungserwartung und Schulbildung.....	26
4.5. Statistische Verfahren.....	27
4.5.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik.....	27
4.5.2. Mittelwertsunterschiede der Behandlungserwartungsskalen.....	28
4.5.3. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen.....	28
4.5.4. Explorative Auswertung.....	29
4.5.4.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik.....	29
4.5.4.2. Varianzanalyse über die Behandlungserwartungsskalen.....	29
4.5.4.3. Vergleich der SCL-90-R mit der SCL-K-9.....	30

4.5.4.4. Vergleich der SCL-90-R mit der Diagnose.....	30
4.5.4.5. Vergleich der Psychotherapiepatienten mit Adipositas-Patienten.....	30
4.5.5. Alpha-Adjustierung.....	31
5. Ergebnisse.....	32
5.1. Stichprobenbeschreibung.....	32
5.1.1. Soziodemografische Merkmale.....	32
5.1.1.1. Geschlecht der Patienten.....	32
5.1.1.2. Alter der Patienten.....	33
5.1.1.3. Familienstand der Patienten.....	34
5.1.1.4. Schulbildung der Patienten.....	35
5.1.2. Medizinische Merkmale.....	37
5.1.2.1. Symptomatik der Patienten.....	37
5.1.2.2. Diagnose und Beeinträchtigungsschwere.....	38
5.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik.....	42
5.2.1. Behandlungserwartung und globale Belastung.....	42
5.2.2. Behandlungserwartung und spezifische Belastung.....	44
5.2.2.1. Behandlungserwartung und Somatisierung.....	44
5.2.2.2. Behandlungserwartung und Depressivität.....	46
5.2.2.3. Behandlungserwartung und Unsicherheit, Ängstlichkeit und Phobische Angst.....	47
5.3. Mittelwertsunterschiede zwischen den Behandlungserwartungsskalen.....	49

5.4. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen.....	52
5.4.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Geschlecht.....	52
5.4.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Alter.....	53
5.4.3. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Schulbildung.....	55
5.5. Explorative Auswertungen.....	56
5.5.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Beeinträchtigungsschwere.....	56
5.5.1.1. Behandlungserwartung und körperliche Beeinträchtigung.....	57
5.5.1.2. Behandlungserwartung und psychische Beeinträchtigung.....	58
5.5.1.3. Behandlungserwartung und sozial-kommunikative Beeinträchtigung.....	58
5.5.2. Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen.....	59
5.5.3. Zusammenhang zwischen SCL-90-R-Skalen und Behandlungserwartungsskalen.....	61
5.5.4. Vergleich der SCL-90-R-Skalenausprägung mit der SCL-K-9.....	63
5.5.5. Zusammenhang zwischen SCL-K-9 und Behandlungserwartungsskalen.....	65
5.5.6. Faktorenanalyse über die SCL-90-R-Items.....	66
5.5.7. Zusammenhang zwischen SCL-90-R-Items und GSI.....	69

5.5.8. Faktorenanalyse über die SCL-K-9-Items.....	71
5.5.9. Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen über die SCL-90-R-Skalen.....	72
5.5.10. Vergleich der Psychotherapiepatienten mit Adipositas-Patienten.....	75
6. Diskussion.....	79
6.1. Methodische Aspekte.....	79
6.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen.....	81
6.3. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik.....	83
6.4. Ergebnisse der explorativen Fragestellungen.....	86
6.4.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Beeinträchtigungsschwere.....	86
6.4.2. Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen.....	87
6.4.3. SCL-K-9 im Vergleich zur SCL-90-R.....	88
6.4.4. SCL-K-9-Items der Konstruktionsstichprobe im Vergleich zu unserer Stichprobe.....	90
6.4.5. Vergleich der Psychotherapiepatienten mit Adipositas-Patienten.....	91
6.5. Schlussfolgerungen.....	92
7. Zusammenfassung.....	96
8. Literaturverzeichnis.....	97

Anhang A: Deskriptive Statistik.....	105
Anhang B: Grafiken.....	107
Anhang C: Korrelationsanalysen.....	113
Anhang D: Faktorenanalysen.....	130
Anhang E: Varianzanalysen.....	142
Anhang F: t-Tests.....	153
Anhang G: Patientenfragebogen.....	160
Anhang H: Therapeutenfragebogen.....	174

1. Erwartung als psychologische Variable

A unique characteristic of human beings is that their mental representations of the past and the future powerfully influence their present feelings and behaviour (Frank, 1968, S.349)

Eine zentrale Variable in psychologischen Modellen zur Erklärung menschlichen Verhaltens ist die Erwartung des Menschen (Heckhausen, 1989). Der Einfluss, der von der Erwartungshaltung eines Menschen ausgeht, ist in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen worden und hat als Placeboeffekt allgemeine Bekanntheit erlangt (Halder, 1977). Welche Kraft sich hinter der Erwartung verbirgt, zeigt sich nämlich immer wieder in Medikamentenprüfstudien, wenn so manches Verum gegenüber der Wirkung des Placebos kapitulieren muss (vgl. Mayberg et al., 2002). Es ist also unumstritten, dass die prognostische Erwartung einen gewissen Anteil am Therapieerfolg hat. Sei es im Bereich psychischer (Halder, 1977) oder sei es im Bereich organmedizinischer Erkrankungen (Mondloch et al., 2001), der Einfluss der Erwartung des Patienten wird in jedem Falle deutlich. Außerdem ist es bemerkenswert, dass die Patientenerwartung sogar das Verhalten des Arztes beeinflusst (Cockburn & Pit, 1997), indem sich die Wahrnehmung der Erwartung des Patienten durch den Arzt als stärkster Prädiktor für eine Verschreibung von Medikamenten erweist (Britten & Ukoumunne, 1997). Somit darf davon ausgegangen werden, dass die Erwartung, die ein Patient in eine therapeutische Situation mitbringt, eine große und für den Therapieerfolg entscheidende Rolle spielt, denn: „Es ist eine bekannte psychologische Tatsache, daß Erwartungen Handlungen und Verhalten begründen“ (Schöl & Künsebeck, 1984, S.122).

2. Behandlungserwartung und Symptomatik

Während die somatische und die psychische Symptomatik eines Patienten wichtige Kriterien für das Einleiten und die Art der Therapie sind, wird die Behandlungserwartung des Patienten noch zu wenig beachtet oder als Indikationskriterium berücksichtigt. Dabei stellt die Behandlungserwartung einen wichtigen Aspekt der subjektiven Krankheitstheorie dar (Faller, 2000).

2.1. Symptomatik von Psychotherapiepatienten

Psychotherapeutische Patienten bieten dem Therapeuten ein breites Spektrum an Symptomen. Diese reichen von den im Laienverständnis klassisch psychischen Störungsbildern bis weit hinein in den Bereich somatischer Symptome. Aus einem bestimmten Muster an Symptomen lässt sich die einzelne Diagnose ableiten. Fünf häufige Diagnosegruppen bei den Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz sind depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Faller, 1997). Allerdings passt nicht jeder Patient in eine „Diagnoseschublade“, denn 37% der Psychotherapiepatienten erhält eine Zweit- und 22% sogar eine Drittdiagnose (Geiser et al., 2000). Andere Untersuchungen berichten davon, dass bei einem Drittel der Psychotherapiepatienten neben der psychischen eine somatische Diagnose zu stellen ist (Scheidt et al., 1998). Trotz aller Uneindeutigkeit ist die Diagnose schon allein deswegen von herausragender Bedeutung, da sie ein wesentliches Kriterium für die Indikation verschiedener Behandlungsmethoden darstellt. Außerdem stellt die Ebene, auf der sich ein Symptom manifestiert, einen wichtigen Anhaltspunkt für den Aufbau einer Laienätiologie dar, so dass Patienten mit somatischen Symptomen eine somatogene Krankheitsauffassung haben und

Patienten mit psychischer Symptomatik eher von einer psychischen Verursachung ausgehen (Thebaldi et al., 1996). Aufgrund dieses Zusammenhangs ist es von Nutzen, die Lagentheorie eines Patienten, die zudem mit den Behandlungserwartungen korreliert (Zenz et al., 1989), zu ermitteln, gerade wenn bei einer Diagnose unterschiedliche Therapieformen Erfolg versprechend sind.

2.2. Behandlungserwartung von Psychotherapiepatienten

Als einer der ersten rückte Plaum (1968) die Behandlungserwartungen von Patienten in den Mittelpunkt des Interesses. Er entwarf einen Behandlungserwartungsfragebogen mit 18 Items, auf den später immer wieder verschiedene Autoren zurückgekommen sind (z.B. Scheer & Moeller, 1976, Schöl & Künsebeck, 1984). Die meisten der überwiegend „neurotischen“ Patienten erwarteten sowohl somatische als auch psychische Therapieelemente (Plaum, 1968). In einer Stichprobe von Kurpatienten mit hauptsächlich psychovegetativen Störungen ergab eine Faktorenanalyse über Behandlungserwartungsitems neben Psychotherapie und Organmedizin die Faktoren Schonung und Hilfe zur vermehrten Zufriedenheit (Fersching, 1981). Lediglich zwei Faktoren erbrachte eine andere Faktorenanalyse bei ambulanten psychosomatischen Patienten. In diesen Faktoren bildete sich wiederum zum einen ein „Wunsch nach Hilfestellung bei seelischen und sozialen Problemen“ und zum anderen ein „Wunsch nach klassisch-organmedizinischer Versorgung“ ab (Schöl & Künsebeck, 1984, S.125). Eine Clusteranalyse über die Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten ergab die drei Patienten-Cluster Organpatient, Psychotherapiepatient und indifferenter Patient (Schneider et al., 1990a). In einer Arbeit, die sich verstärkt psychischen Therapieelementen widmete, konnte die in vielen Untersuchungen lediglich

global gefundene psychische Behandlungserwartung an einer Stichprobe von Psychotherapiepatienten mittels Clusteranalyse differenziert werden. Es kam zu einer 2-Cluster-Lösung, in der in einem Cluster die Patienten eine umfangreiche Intervention mit persönlicher Wärme und Führung erwarteten und im zweiten Cluster die Patienten Wärme und Einmischung ablehnten und einen neutralen und objektiven Therapeuten erwarteten. Dieser Unterschied kann als eine Differenzierung zwischen einem humanistischen und einem behavioralen Ansatz gesehen werden (Begley & Lieberman, 1970). Deshalb ist es vielversprechend, auf der Seite der psychischen Behandlungserwartung verschiedene Qualitäten von Behandlungserwartung zu unterscheiden.

Eine weitere Untersuchung der Behandlungserwartungen von Psychotherapiepatienten ergab folgende unterschiedliche Dimensionen in der Reihenfolge subjektiver Bedeutsamkeit: An der Spitze standen klärungs- und einsichtsorientierte Behandlungserwartungen, im Mittelfeld fanden sich Wünsche nach Veränderung der interpersonellen Situation, weiter hinten standen Erwartungen einer eher passiven Behandlungsmaßnahme, und am Ende fanden sich Wünsche nach Behandlung mit Naturheilmitteln und Medikamenten (Faller, 1998). Auch diese Einteilung verdeutlicht die Vielschichtigkeit und Komplexität der Behandlungserwartungen von Psychotherapiepatienten, die es notwendig machen, genauer „hinzusehen“, um die Frage zu klären, ob es verschiedene Arten von Behandlungserwartungen gibt und inwieweit diese sich in ihrer Ausprägung unterscheiden.

Die Behandlungserwartung in der vorliegenden Arbeit entspricht der Prozessenerwartung (vgl. Faller et al., 2000a). Das Ausmaß, in dem die Patienten dem einzelnen Behandlungserwartungsitem zustimmen, darf als implizite Bewertung dafür verstanden werden, wie wichtig ihnen dieses ist (Deck et al., 1998). Deshalb wird nicht zwischen der Behandlungserwartung im engeren Sinne und einer Bewertung der einzelnen erwarteten Behandlungsmaßnahmen unterschieden. Der Begriff der Behandlungserwartung wird synonym zu „Behandlungspräferenz“ verwendet.

2.3. Behandlungserwartung als ein Faktor von Therapieerfolg

Die Behandlungserwartung des Patienten spielt im Rahmen der subjektiven Krankheitstheorie neben Ursachenvorstellungen und Therapiezielen eine entscheidende Rolle und hat sich damit als wichtiger Einflussfaktor im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung herauskristallisiert (Faller, 1997, 2000). Auch im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation spielen Behandlungserwartungen eine wichtige Rolle, was sich darin äußert, dass sie eine wesentliche Variable in einem Prozessmodell zum Behandlungsabbruch darstellen (Lang et al., 1999). Außerdem kann die Behandlungserwartung als ein wichtiger Aspekt der Motivation des Patienten für eine Psychotherapie verstanden werden, und die Motivation wiederum ist für den Erfolg einer Psychotherapie ein entscheidender Faktor (Schneider et al., 1999). Patienten, die bei Therapiebeginn hoch motiviert sind und erwarten, dass ihnen die Therapie hilft, haben am wahrscheinlichsten eine erfolgreiche Therapie (Luborsky et al., 1971). Eine Stichprobe stationär behandelter Psychiatriepatienten ergab sogar einen signifikanten Zusammenhang zwischen Therapeutenerwartung und Symptomreduktion beim Patienten, wohingegen die Erwartung der Patienten in keinem Zusammenhang zur Symptomatik gebracht werden konnte (Martin & Sterne, 1975).

Ein weiterer Aspekt ist die Übereinstimmung der Behandlungserwartung des Patienten mit der des Therapeuten. Sie ist deshalb von Bedeutung, da eine Diskrepanz einen Prädiktor für den Abbruch einer psychotherapeutischen Behandlung darstellt (Baekeland & Lundwall, 1975). Die Dropout-Rate von Psychotherapiepatienten wird darüber hinaus von der Kongruenz zwischen therapeutischem Setting und individueller Behandlungsvorliebe bestimmt; bei vorhandener Übereinstimmung brechen Klienten mit geringerer Wahrscheinlichkeit ihre Therapie vorzeitig ab (5%) als bei Nichtübereinstimmung (21%, Elkin et al., 1999). Weiterhin stehen die Behandlungserwartungen mit der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung im Zusammenhang, welche den

Therapieerfolg vorhersagen kann (Faller & Rudolf, 1998). Außerdem haben die Behandlungserwartungen selbst pfadanalytisch einen direkten prädiktiven Effekt auf die globale Besserung (Hansson & Berglund, 1987).

Deshalb gilt es zu berücksichtigen, dass die Behandlungserwartungen im Einzelfall über Therapieerfolg oder -misserfolg entscheiden können. Die Erwartungen des Patienten stellen in jedem Fall einen Faktor des Therapieerfolges dar (Halder, 1977) und eine angemessene Berücksichtigung der Behandlungserwartung ist somit eine Grundvoraussetzung, damit ein hilfreicher Gesprächskontakt zustande kommen kann (Schöl & Künsebeck, 1984).

Aus diesen Gründen ist es wichtig und notwendig, die Behandlungserwartungen des Patienten stärker als bisher in das Blickfeld der für den Therapieerfolg relevanten Variablen zu rücken.

3. Behandlungserwartung im Zusammenhang zu anderen Variablen

Nachdem die wichtige Rolle der Behandlungserwartung im therapeutischen Setting angerissen wurde, soll nun beschrieben werden, mit welchen anderen Variablen die Behandlungserwartung im Zusammenhang steht. Dadurch soll es ermöglicht werden, Behandlungserwartungen besser verstehen und einordnen zu können.

3.1. Behandlungserwartung und soziodemografische Variablen

Zunächst einmal muss berücksichtigt werden, dass sich das Klientel einer psychotherapeutischen Ambulanz - was soziodemografische Variablen angeht - keineswegs als repräsentatives Bevölkerungsabbild darstellt. Vielmehr befinden sich in psychotherapeutischer Behandlung überwiegend jüngere Menschen, Personen weiblichen Geschlechts und Personen mit höherem Schulabschluss (Faller et al., 1997, Scheidt et al., 1998, Faller & Rudolf, 1998). In jedem Fall muss man sich also bei Untersuchungsergebnissen einer psychotherapeutischen Stichprobe die Tatsache deren Vorselektion vergegenwärtigen. Dennoch liefert der Einfluss einzelner soziodemografischer Variablen auf die Behandlungserwartung unterschiedliche Ergebnisse.

3.1.1. Behandlungserwartung und Geschlecht

Für die Variable „Geschlecht“ liegen widersprüchliche Ergebnisse vor, was den moderierenden Einfluss auf die Behandlungserwartungsskalen angeht. Schon beim Vergleich verschiedener Aspekte von Laientheorien zur Bewältigung psychischer und psychosomatischer Probleme unterschieden sich die beiden

3. Behandlungserwartung im Zusammenhang zu anderen Variablen

Geschlechter: Frauen schrieben eher psychischen Faktoren (Furnham & Henley, 1988) und Männer körperlichen Faktoren mehr Effektivität zu (Furnham, 1989). Außerdem neigten Frauen vermehrt zu psychogener und Männer eher zu somatogener Kausalattribution von Symptomen (Thebaldi et al., 1996). Dadurch erklärt sich ein Befund, nach dem Frauen eine erhöhte psychotherapeutische Behandlungserwartung aufwiesen (Nübling, 1991). Auch in einer Clusteranalyse über Behandlungserwartungen zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Während Frauen im Cluster des „Organpatienten“ unterrepräsentiert waren, war das Geschlechterverhältnis im Cluster des Psychotherapiepatienten genau anders herum (Schneider et al., 1990a).

Die Tragweite, die von einer vermeintlich oder tatsächlich unterschiedlichen Behandlungspräferenz der beiden Geschlechter ausgeht, zeigte sich in einer Studie, in der Ärzte in einer allgemeinmedizinischen Praxis Frauen eher eine medikamentöse Behandlungserwartung zuschrieben als Männer und ihnen deshalb auch häufiger ein Medikament verschrieben haben (Cockburn & Pit, 1997).

Andererseits gab es in einer Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten keinen Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern auf den vier Behandlungserwartungsskalen „interpersonell“, „einsichtsorientiert“, „passiv“ und „somatisch“ (Faller, 1998).

Aufgrund dieser Ergebnisse stellt sich die Frage ob das Geschlecht einen moderierenden Einfluss auf psychische und somatische Behandlungserwartungsskalen ausübt.

3.1.2. Behandlungserwartung und Alter

Etwas klarer als beim Geschlecht ist die Studienlage zur Variable Alter. Je älter ein Klient ist, desto stärker sind seine passiven und somatischen Behandlungserwartungen ausgeprägt (Faller, 1998). Dies entspricht anderen Befunden, die einen Zusammenhang zwischen Alter und somatischem Krankheitsmodell (Faller, 1997) und eine positive Korrelation zwischen der Präferenz symptomzentrierter Verhaltensanweisungen und Alter nachwiesen (Halder-Sinn et al., 1980). Auch bei Patienten, die einen praktischen Arzt aufsuchten, zeigte sich, dass jüngere Patienten eher psychosoziale und ältere Patienten eher naturalistische Krankheitstheorien (welche jeweils signifikant mit entsprechenden Behandlungserwartungen korrelierten) aufwiesen (Zenz et al., 1989). In einer Stichprobe stationärer psychosomatischer Kurpatienten fand sich ein positiver Zusammenhang zwischen Alter der Patienten und Ausmaß an organmedizinischer Orientierung (Fersching, 1981).

Eine stärkere symptomorientierte Behandlungserwartung älterer Patienten ist erklärbar durch die tatsächliche Zunahme körperlicher Beschwerden im Alter (Peters & Löwenberg, 1993) und durch die steigende Wahrscheinlichkeit von somatischen Funktionseinschränkungen im Alter (Nübling, 1991). Ein weiterer Erklärungsansatz liegt darin, dass jüngere Menschen eine Tendenz zu psychogener Attribuierung und ältere eher eine somatogene Kausalattribution von Symptomen aufweisen (Thebaldi et al., 1996). Dies liegt in der unterschiedlichen Sozialisation und dem daraufhin entstandenen Krankheitsmodell begründet (Nübling, 1991).

Die Variable Alter scheint also positiv mit einer somatisch orientierten Behandlungserwartung zu korrelieren.

3.1.3. Behandlungserwartung und Schulbildung

Neben höherem Alter ist wiederholt ein Zusammenhang zwischen einer niedrigeren Schulbildung und einem stärkeren Wunsch nach organmedizinischer Behandlung beschrieben worden (Faller, 1998), was sich in einer negativen Korrelation zwischen einer Behandlungspräferenz „Anteilnehmende Schonung“ und sowohl Schulbildung als auch Einkommen widerspiegelt (Halder-Sinn et al., 1980). Patienten mit niedrigerer Schulbildung haben eher eine medizinisch-somatisch orientierte Behandlungserwartung (Nübling, 1991). Für Abiturienten hingegen wird eine geringere symptomorientierte Behandlungserwartung beschrieben (Peters & Löwenberg, 1993) bzw. – wie es an anderer Stelle heißt – es besteht eine signifikant negative Korrelation zwischen Mittlerer Reife und Abitur einerseits und medizinisch-somatischer Behandlungserwartung andererseits (Nübling, 1991). Ein ähnliches Bild zeichnet ein Vergleich zwischen den Behandlungserwartungen einer studentischen Stichprobe einer psychotherapeutischen Beratungsstelle und der psychosomatischen Poliklinikpatienten von Plaum (1968). Während bei den Psychosomatikpatienten beispielsweise (in Klammern prozentuale Zustimmung) das Herausfinden der körperlichen Ursache (80%), ein straffer Behandlungsplan (67%), das Hinzuziehen des Chefarztes (60%) und das Verschaffen eines Kuraufenthaltes (53%) mit zu den wichtigsten Behandlungserwartungen zählten, lag die Zustimmungsrate bei den studentischen Psychotherapieklienten bei diesen eher somatischen Behandlungserwartungsitems um bis zu 50% niedriger (Scheer & Moeller, 1976a). Weiterhin wird von einer positiven Korrelation zwischen psychotherapeutischer Behandlungspräferenz auf der einen und Berufsausbildung auf der anderen Seite berichtet (Halder-Sinn et al., 1980). Außerdem wird ein Überwiegen einer psychogenen Kausalattribution der Symptome bei besser Ausgebildeten beschrieben (Thebaldi et al., 1996). Patienten der Unterschicht erwarten einen eher aktiven

Therapeuten und sie tendieren zum Therapieabbruch, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden (Overall & Aronson, 1963).

Aufgrund der zitierten Befunde muss von einem Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Schulbildung ausgegangen werden. Patienten mit höherer Schulbildung dürften eher eine psychische, Patienten mit niedrigerer Schulbildung eher eine somatische Behandlungserwartung aufweisen.

Alles in allem spielen soziodemografische Variablen bei der Untersuchung der Behandlungserwartungen von Psychotherapiepatienten eine wichtige Rolle.

3.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik

Da die Symptomatik des Psychotherapiepatienten für die Diagnosestellung und somit für die Therapie von enormer Wichtigkeit ist und die Behandlungserwartungen für einen erfolgreichen Therapieverlauf von Bedeutung sind, stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen Symptomatik und Behandlungserwartung gibt. Wenn dies nämlich der Fall wäre, könnte anhand der jeweiligen Symptomatik viel gezielter auf die Behandlungserwartung und damit auf die Therapiemotivation des Patienten eingegangen und eingewirkt werden.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik muss bei den Befunden grob zwischen einer quantitativen und einer qualitativen Behandlungserwartung unterschieden werden. Während erstere das Ausmaß an Erfolgserwartung misst, beinhaltet der Aspekt der Qualität unterschiedliche Arten von Behandlungserwartungen.

3.2.1. Behandlungserwartung und globale Symptomatik

Verschiedene Befunde beschreiben einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer quantitativen Behandlungserwartung und der Symptomatik in der Richtung, dass eine höhere, optimistischere Behandlungserwartung mit geringerer Symptomatik korreliert. In einer Pfadanalyse wurde den Behandlungserwartungen von stationären Psychatriepatienten eine zentrale Position zugeschrieben. Sie wurden signifikant von der Symptomatik zu Therapiebeginn vorhergesagt ($r=-.31$) und übten selbst einen prädiktiven Effekt auf die Symptomatik zu Therapieende aus ($r=-.22$, Hansson & Berglund, 1987). Dieser Befund verdeutlicht, dass mit zunehmender Symptomatik die Erwartung an die Behandlung abnimmt, was wiederum ein höheres Ausmaß an Symptomen am Ende der Therapie zur Folge hat. Die prädiktive Stärke der Behandlungserwartung wird von Pearson & Girling (1990) bestätigt. Diese wiesen nach, dass Symptome in der SCL-90 drei Monate nach einer ambulanten psychodynamischen Gruppentherapie durch die Behandlungserwartungsskala (TEQ) der Claybury Selection Battery und der Therapeutenrankings zu Beginn vorhergesagt werden konnten. Ein ähnliches Bild zeigte sich - wenn auch nicht signifikant - nach einem Jahr. Hingegen zeigen andere Untersuchungsergebnisse, dass es keinen Zusammenhang zwischen prognostischen Erwartungen und Symptomen der psychiatrischen Patienten gibt (Martin & Sterne, 1975). Dass ein hohes Ausmaß an Behandlungserwartung in Verbindung mit starkem Leidensdruck sich durchaus auch kontraproduktiv auswirken kann, zeigt eine Untersuchung im Rahmen einer stationären Psychotherapie, in der unrealistisch hohe Behandlungserwartungen zu Enttäuschung und Therapieabbruch führten (Ruff & Werner, 1987).

Aufgrund der verschiedenen Untersuchungsbefunde stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen den Behandlungserwartungen des Patienten und seiner globalen psychischen Symptomatik gibt.

3.2.2. Behandlungserwartung und spezifische Symptomatik

Die Behandlungserwartung lässt sich bei genauerer Untersuchung in verschiedene Skalen unterteilen (Halder-Sinn et al., 1980, Eisler et al., 1973, Faller, 1998). Einzelne Behandlungserwartungsdimensionen wiederum weisen ein unterschiedliches Ausmaß an Zusammenhang zur Symptomatik auf. In einer Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten erzielten Patienten mit somatoformen Störungen auf der Skala „somatische Behandlungserwartung“, die Items wie z.B. Medikamente, Kur, oder Ruhe und Schonung abbildet, höhere Werte als andere Diagnosegruppen (Faller, 1998). Außerdem bestand ein negativer Zusammenhang zwischen Dauer der Symptomatik und der Ausprägung somatischer Behandlungserwartungen (Faller, 1998), der möglicherweise einen Lernprozess weg von einer somatisch geprägten und hin zu einer psychischen subjektiven Krankheitstheorie abbildet. Die Somatisierung psychischer Symptome scheint ein häufiges Phänomen zu sein, da viele Patienten dazu tendieren, ihre Störung physisch zu sehen und dann verständlicherweise eine physisch orientierte Behandlung erwarten (Martin & Sterne, 1975). An anderer Stelle findet sich für eine Gruppe stationärer Psychotherapiepatienten eine einzige signifikante Korrelation zwischen SCL-90-R-Skalen und psychotherapeutischer Behandlungserwartungen, und zwar eine negative zur Skala Somatisierung ($r=-.18$). Dieser Befund bedeutet, dass Personen mit hohen Werten auf der Somatisierungsskala eine geringe Präferenz für psychotherapeutische Maßnahmen haben und eine passivere Rolle in der Behandlung bevorzugen (Schneider et al., 1999).

Was einzelne psychische Symptomkomplexe angeht, wurde von Sennekamp & Hautzinger (1994) beschrieben, dass sie keinen Zusammenhang zwischen Therapieerwartung (Erwartungs-BDI) des Patienten und Behandlungsergebnis (BDI) bei einer Stichprobe depressiver stationärer und ambulanter Patienten fanden. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei Patienten mit sozialer Phobie ein negativer Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik

auf verschiedenen Skalen der Depressions- und Angstmessung. Es fand sich darüber hinaus eine negative Korrelation zwischen Dauer der Angststörung und Behandlungserwartung, wohingegen Therapieabbruch in keinem Zusammenhang zur Behandlungserwartung stand (Safren et al., 1997). Als ein zur Behandlungserwartung eng verwandtes Konstrukt gilt die Behandlungsmotivation (Peters & Löwenberg, 1993). Für diese wiederum ist ein Zusammenhang zur Symptomatik beschrieben, so dass Patienten mit einer somatopsychischen Erkrankung eine sehr niedrige, Patienten mit neurotischen oder psychischen Symptomen eine sehr hohe Motivation für eine Psychotherapie haben (Schneider et al., 1990b). Außerdem lag umso weniger eine psychogene Krankheitsauffassung vor, je mehr somatische Symptome ein Patient aufwies (Thebaldi et al., 1996). Eine weitere Untersuchung, die im Krankheitskonzept von Patienten eine zumindest teilweise Übereinstimmung von einzelnen Symptomen und dazu passender somatischer bzw. psychischer Behandlungserwartung findet, schildern Scheer und Möller (1976b). Auch wenn eine organmedizinische Behandlungserwartung nicht mit Körperbeschwerden korrelierte, gab es auf der anderen Seite signifikante Zusammenhänge zwischen körperlicher Schonung als Behandlungserwartung und Kreuzschmerzen, oder zwischen einer psychotherapeutischen Therapieerwartung und Erröten, Hitzewallungen und Kloßgefühl.

Ruff & Werner (1987) berichten über diverse Zusammenhänge zwischen dem Gießener Beschwerdebogen und dem Wunsch nach Behandlung bei 480 stationären Psychotherapiepatienten. Dabei fanden sie eine hochsignifikante Korrelation zwischen körperlichem Leidensgefühl und dem Wunsch nach einer körperlichen Behandlung. Entsprechend bestand ein hoher Zusammenhang zwischen seelischem Leidensgefühl und dem Behandlungswunsch „Psychotherapie“. Während sich auch zwischen körperlicher Symptomatik und Wunsch nach Psychotherapie eine signifikante Korrelation fand, ergab sich umgekehrt bei Patienten mit psychischer Symptomatik kein somatischer Behandlungswunsch.

3. Behandlungserwartung im Zusammenhang zu anderen Variablen

Auch Schneider et al. (1990a) fanden für eine Stichprobe stationärer Patienten in einer Clusteranalyse einen Zusammenhang zwischen Symptomen und Behandlungserwartungen. Patienten mit Ängsten und Depressionen fanden sich überwiegend im Cluster „Psychotherapiepatienten“ wieder, das eine psychotherapeutische Behandlungserwartung aufwies. Hingegen waren beim „Organpatienten“ organische Symptome und eine organische Behandlungserwartung überrepräsentiert.

Einen der ersten Befunde dafür, dass es einen Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik gibt, lieferte Plaum (1968) an einer Stichprobe stationärer psychosomatischer Patienten. In einer Faktorenanalyse über Behandlungserwartungsitems und Ursachenvorstellungsitems ergaben sich drei Faktoren, die eine psychische Organisation, eine körperliche Organisation der Krankheit und Patienten mit psychosozialem Fehlverhalten unterschieden. Eine Korrelation dieser Faktoren mit Symptomen deckte unterschiedliche Zusammenhänge auf: So litten Patienten mit psychischer Behandlungserwartung vermehrt unter Symptomen depressiver Verstimmung (trübe Stimmung, Neigung zum Weinen, Konzentrationsschwäche) und allgemeiner Ängstlichkeit. Patienten mit organischem Pathogenese- und Behandlungserwartungsverständnis klagten eher über somatoforme Symptome, wie rasche Erschöpfbarkeit, Gehstörungen, Nacken- und Schulterschmerzen, Schluckbeschwerden oder Druckgefühl im Kopf.

Auch in einer Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten fanden sich signifikante Zusammenhänge zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik. Diese ergaben sich für die Skala Verstimmungsstörungen der Kieler Änderungssensitiven Symptomliste (KASSL, Zielke, 1979) und deren Faktoren Depressive Verstimmungen, Nervosität und innere Anspannung und Überbelastung auf der einen und Psychotherapieerwartung auf der anderen Seite und erreichten mit Korrelationskoeffizienten zwischen $r=0,39$ und $r=0,27$ ein substantielles Ausmaß. Eine medizinische Therapieerwartung hingegen besaß keinen Zusammenhang zu diesen Symptomen (Nübling, 1991).

Insgesamt werfen die Befunde die Frage auf, ob es einen Zusammenhang zwischen einer somatisch orientierten Behandlungserwartung und somatischen Symptomen gibt. Außerdem stellt sich die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen einzelnen psychischen Symptomkomplexen, wie Depression oder Angst, und psychischen Behandlungserwartungen gibt.

3.3. Behandlungserwartung und Symptomatik aus Sicht des Therapeuten

Neben den Symptomangaben des Patienten kann die Diagnose als eine Methode der Beschreibung der Schwere und der Art der Symptomatik des Patienten aus der Sicht des Therapeuten verstanden werden. Wenn auch der Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und psychiatrischer Diagnose insgesamt eher gering zu sein scheint, so lassen sich im Detail dennoch signifikante Korrelationen finden: Die Behandlungserwartung einer persönlichen Verhaltensänderung war bei psychotischen, neurotischen und Alkoholpatienten höher als bei Patienten mit transienter Persönlichkeitsstörung; die Erwartung der Behandlung eines physischen Symptoms war bei neurotischen Patienten höher als bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung und bei Alkoholpatienten höher als bei Patienten mit transienter und dauerhafter Persönlichkeitsstörung (Eisler et al., 1973).

Wenn man die Rangreihen von Behandlungserwartungen zwischen „neurotischen“ Patienten, Ulcus-Patienten und Patienten mit körperlichen Erkrankungen aus den Praxen niedergelassener Ärzte vergleicht, so ergeben sich zumindest zwischen „neurotischen“ Patienten auf der einen und Ulcus-Patienten und körperlich kranken Patienten auf der anderen Seite prägnante Unterschiede: Während für erstere das Gewinnen von Selbstvertrauen, die Verringerung von Hemmungen und die Überwindung von Partnerschwierigkeiten am wichtigsten waren, waren es für die Ulcus- bzw. Somatik-Patienten

das Herausfinden einer körperlichen Ursache, Schonung, Änderung der Lebensweise und Kur. „Neurotische“ Patienten wiesen somit ein „innenbezogenes, persönlichkeitsorientiertes Krankheitskonzept“, Ulcus-Patienten und somatisch kranke Patienten im Gegensatz dazu ein „außenbezogenes streßorientiertes Krankheitskonzept“ auf (Ahrens & Elsner, 1981, S.107). Auffällig ist darüber hinaus der mittlere Itemscore über die Items zu „Vorstellungen über Therapeutische Hilfe“: „Neurotische“ Patienten erreichten auf der 5-stufigen Skala von 1 bis 5 mit 2,82 einen deutlich höheren Wert als Ulcus-Patienten, welche mit 2,18 weit vor den Somatik-Patienten mit 1,45 lagen (Ahrens & Elsner, 1981).

Neben der Diagnose ist der Beeinträchtigungsschwerescore (BSS, Schepank, 1995) eine weitere vom Therapeuten erhobene Patientenvariable, die eine Aussage über die Symptomatik des jeweiligen Patienten beinhaltet. Im BSS werden körperliche, psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigung skaliert. In einer Stichprobe von Personen mit psychischen Symptomen innerhalb des letzten Jahres unterschieden sich Probanden mit unterschiedlicher Kausalattribution der Symptomatik in den BSS-Skalen. Psychogen Attribuierende waren über verschiedene Zeiträume hinweg signifikant stärker psychisch beeinträchtigt. In der körperlichen Beeinträchtigung hingegen unterschieden sich psychisch und somatisch Attribuierende nicht signifikant. In der sozial-kommunikativen Beeinträchtigung wiesen psychogen Attribuierende lediglich im 3-Jahres-Zeitraum einen signifikant höheren Wert auf als somatisch Attribuierende (Thebaldi et al., 1996).

Es stellt sich somit die Frage, ob die die Symptomatik der Patienten abbildenden Therapeuteneinschätzungen der Diagnose und der Beeinträchtigungsschwere im Zusammenhang zu der Behandlungserwartung der Patienten stehen. Dabei ist weiterhin interessant, wie die Höhe dieser Zusammenhänge vor allem im Vergleich zur Korrelation zwischen Behandlungserwartung und von Patienten beschriebener Symptomatik ist.

3. Behandlungserwartung im Zusammenhang zu anderen Variablen

Nach all den bisher dargelegten Untersuchungsergebnissen und aufgeworfenen Fragen bleibt zu klären, ob es einen Zusammenhang zwischen Symptomatik und Behandlungserwartung gibt, das heißt ob Psychotherapiepatienten mit den einen oder anderen Symptomen eine unterschiedliche Behandlungserwartung aufweisen.

4. Methodik

Nach einer Beschreibung der verwendeten Fragebogen (4.1.) wird der Fragebogenrücklauf dargestellt (4.2.). Dann wird die Operationalisierung der relevanten Variablen vorgenommen (4.3.), um im Anschluss daran die im Theorieteil entwickelten Fragestellungen als Hypothesen zu formulieren (4.4.). Danach werden die statistischen Verfahren, die zur Anwendung kommen, beschrieben (4.5.).

4.1. Fragebogenbeschreibung

Das Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg unterhält eine psychotherapeutische Ambulanz. Im Rahmen einer Basisdokumentation werden in der diagnostischen Phase von Patienten und jeweiligem Therapeuten Daten per Fragebogen erhoben (vgl. Faller et al., 1997). Die folgende Fragebogenbeschreibung bezieht sich auf die Form der Basisdokumentation während des Erhebungszeitraums 1997 bis 1999.

Dabei werden von den Patienten neben soziodemografischen Daten Beschwerden und Therapieziele in offener Form erhoben. Außerdem bearbeiten die Patienten die Symptom Check List (SCL-90-R, Derogatis et al., 1973, 1986; Franke, 1995). Die Behandlungserwartungen werden mit einem Fragebogen erfasst, der für die Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten konstruiert wurde (Faller, 1998) und 17 Items umfasst. Weiterhin werden Daten zu Ursachenvorstellungen, Behandlungszielen und bisherigen Behandlungen erhoben (siehe Anhang G).

Die Therapeuten erfassen im Therapeutenbogen Alter, Geschlecht, sozialen Status und Motivation des Patienten und die Umstände des Zustandekommens

des Patientenkontakts. Sie schätzen die Symptomatik qualitativ ein und quantifizieren diese im Beeinträchtigungsschwerescore (BSS, Schepank, 1995). Danach geben die Therapeuten - sofern dies möglich ist - mindestens eine Diagnose in ICD10-Verschlüsselung an. Nach Erhebung von Krankheitsanamnesedaten machen die Therapeuten Angaben zu Ursachenvorstellungen, biografischen Belastungen, Auslösesituation, aktuellen Belastungen und Ressourcen des Patienten. Die Therapeuten beurteilen die Arbeitsbeziehung, beschreiben ihr subjektives Erleben gegenüber dem Patienten, machen eine Einschätzung von prognostischen Faktoren und Angaben zur abschließenden Vereinbarung mit dem Patienten (siehe Anhang H).

Die für unsere Fragestellungen relevanten Variablen aus dem Therapeutenbogen sind Geschlecht, Alter, BSS und Diagnose. Vom Patientenfragebogen werden weitere soziodemografische Daten, die SCL-90-R und die Behandlungserwartungen verwendet.

Die Erhebung von Patienten- *und* Therapeutendaten bietet eine außerordentlich gute Möglichkeit zur Evaluation des therapeutischen Settings. So können beispielsweise Symptomatikdaten sowohl von Patienten (SCL-90-R) als auch von Therapeuten (über die ICD10-Kodierung der Diagnose und die Beeinträchtigungsschwere-Skala) für die Fragestellung nach dem Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik herangezogen werden. Dieses Vorgehen erlaubt dann auch eine Aussage zum Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Symptomatik des Patienten.

4.2. Fragebogenrücklauf

Im untersuchten Zeitraum von Januar 1997 bis Dezember 1999 vereinbarten 1016 Patienten einen Termin für ein Vorgespräch. Von diesen sind 58 (5,7%) nicht gekommen. Für die verbleibenden 958 existiert in 79,0% (n=757) ein ausgefüllter Therapeutenbogen und in 47,9% (n=459) ein ausgefüllter Patientenbogen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Rücklauf von Fragebogen (n=958)

	n (%)	Missing Data (%)	Σ
Therapeutenbogen	757 (79,0%)	201 (21,0%)	958 (100%)
Patientenbogen	459 (47,9%)	499 (52,1%)	958 (100%)

4.3. Operationalisierung

Die Variablen, die der Beantwortung unserer Fragestellungen dienen sollen, werden nun im einzelnen beschrieben.

4.3.1. Behandlungserwartung der Patienten

Die Behandlungserwartung wird folgendermaßen erfasst: Auf die Frage: „Wie sehr würden Ihnen die folgenden Behandlungsmaßnahmen helfen?“ folgen 17 Items, die anhand einer 5-stufigen Skala (überhaupt nicht, ein wenig, ziemlich, stark, sehr stark) zu beantworten sind (siehe Anhang G). Die Antworten der Patienten auf diese Items wurden einer Faktorenanalyse unterzogen (vgl. Faller, 2000), bei der sich drei inhaltlich unterschiedliche Faktoren ergaben: gesprächsorientierte, verhaltensorientierte und somatisch orientierte Behandlungserwartung (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Jeweilige Items der drei Behandlungserwartungsskalen

Skala	Item
Gesprächsorientierte Behandlungserwartung (Cronbachs $\alpha = 0,78$)	in Gesprächen meine Schwierigkeiten klären Gespräche über meine inneren Konflikte Partnergespräche Gespräche über meine Kindheit
Verhaltensorientierte Behandlungserwartung (Cronbachs $\alpha = 0,80$)	Übung neuer Verhaltensweisen praktische Übungen Einüben von Selbstsicherheit ein straffer Behandlungsplan neue Dinge ausprobieren
Somatisch orientierte Behandlungserwartung (Cronbachs $\alpha = 0,72$)	Medikamente von Verpflichtungen entlasten Naturheilmittel eine körperliche Ursache herausfinden Beratung über eine gesündere Lebensführung eine Kur Ruhe und Schonung

Das Item „Hypnose“ wurde aufgrund unzureichend eindeutiger Ladung in allen drei Faktoren in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt.

Für die Patienten wird durch Mittelwertbildung aus den jeweiligen Items für jede der drei Skalen ein Wert gebildet, der die Ausprägung der einzelnen Behandlungserwartungsdimension widerspiegelt.

4.3.2. Symptomatik der Patienten

Die Symptomatik der Patienten wird auf zwei Arten erfasst: zum einen durch die Symptom Check List 90-R (SCL-90-R, Derogatis et al., 1973, 1986; Deutsche Version: Franke, 1995), die der Patient ausgefüllt hat, und zum anderen durch die ICD10-kodierten Diagnosedaten und den Beeinträchtigungsschwerescore (Schepank, 1995), die vom Therapeuten ermittelt wurden.

Die SCL-90-R ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung psychischer Symptome und Belastungen, das 90 Items umfasst (SCL-90-R, Derogatis et al., 1973, 1986; Franke, 1995). Diese lassen sich den neun Skalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus und einer Zusatzskala zuordnen. Die Skalenwerte werden durch Berechnung des Mittelwertes über die zur jeweiligen Skala gehörigen Items gebildet. Darüber hinaus wird ein Gesamtmittelwert ermittelt, der die globale Belastung des Patienten darstellt. Dieser Gesamtmittelwert wird als GSI („global severity index“) bezeichnet.

Eine zunehmend an Interesse gewinnende Variante der SCL-90-R stellt die SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) dar, in die für die einzelnen Skalen jeweils nur ein Item eingeht. Der GSI-9 ist der Mittelwert über die neun Items. Die SCL-K-9 stellt somit eine ökonomische Kurzform der SCL-90-R dar. Ein wesentlicher Aspekt der Entwicklung der SCL-K-9 liegt in der Kritik hoher Skaleninterkorrelationen bei der SCL-90-R begründet, welche den hohen Umfang an Items in Zweifel ziehen. Deshalb werden über die inferenzstatistischen Auswertungen hinaus anhand des SCL-90-R-Datenmaterials Faktorenanalysen gerechnet werden, die darüber Aufschluss bringen sollen, inwieweit sich die einzelnen Faktoren voneinander abgrenzen lassen und inwieweit die den einzelnen Skalen zugeordneten Items tatsächlich auf den jeweiligen Faktoren laden. Außerdem werden die Skalenwerte der SCL-K-9 mit denen der SCL-90-R verglichen, und in Ergänzung zu Ergebnissen der SCL-90-R wird immer auch die SCL-K-9 berücksichtigt werden.

4.4. Hypothesen

Die im Theorieteil aufgeworfenen Fragestellungen werden nun - nach Auswahl und Operationalisierung der Variablen und vor Festlegung der Auswertemethoden - als Hypothesen formuliert. Zur thematischen Gewichtung wird zwischen Haupthypothesen (Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik) und Nebenhypothesen (Unterschied in Behandlungserwartung, Einfluss soziodemografischer Variablen) unterschieden. Es handelt sich bei allen aufgeführten Hypothesen um Alternativhypothesen. Die jeweiligen Nullhypothesen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht formuliert.

4.4.1. Haupthypothesen

4.4.1.1. Behandlungserwartung und globale Symptomatik

H1.1: Zwischen der gesprächsorientierten Behandlungserwartung und dem Gesamtmittelwert der SCL-90-R (GSI) besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H1.2: Zwischen der verhaltensorientierten Behandlungserwartung und dem Gesamtmittelwert der SCL-90-R (GSI) besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H1.3: Zwischen der somatisch orientierten Behandlungserwartung und dem Gesamtmittelwert der SCL-90-R (GSI) besteht ein signifikanter Zusammenhang.

4.4.1.2. Behandlungserwartung und spezifische Symptomatik

H2.1: Zwischen der somatisch orientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Somatisierung besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.2: Zwischen der gesprächsorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Depressivität besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.3: Zwischen der verhaltensorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Depressivität besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.4: Zwischen der gesprächsorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Unsicherheit besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.5: Zwischen der gesprächsorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Ängstlichkeit besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.6: Zwischen der gesprächsorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Phobische Angst besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.7: Zwischen der verhaltensorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Unsicherheit besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.8: Zwischen der verhaltensorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Ängstlichkeit besteht ein signifikanter Zusammenhang.

H2.9: Zwischen der verhaltensorientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Phobische Angst besteht ein signifikanter Zusammenhang.

4.4.2. Nebenhypothesen

4.4.2.1. Mittelwertsunterschiede zwischen Behandlungserwartungsskalen

H3.1: Die Mittelwerte der gesprächsorientierten und der somatisch orientierten Behandlungserwartung unterscheiden sich signifikant.

H3.2: Die Mittelwerte der verhaltensorientierten und der somatisch orientierten Behandlungserwartung unterscheiden sich signifikant.

H3.3: Die Mittelwerte der gesprächsorientierten und der verhaltensorientierten Behandlungserwartung unterscheiden sich signifikant.

4.4.2.2. Behandlungserwartung und Geschlecht

H4.1: Die gesprächsorientierte Behandlungserwartung unterscheidet sich signifikant zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

H4.2: Die verhaltensorientierte Behandlungserwartung unterscheidet sich signifikant zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

H4.3: Die somatisch orientierte Behandlungserwartung unterscheidet sich signifikant zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

4.4.2.3. Behandlungserwartung und Alter

H5: Zwischen der somatisch orientierten Behandlungserwartung und dem Alter besteht ein signifikanter Zusammenhang.

4.4.2.4. Behandlungserwartung und Schulbildung

H6.1: Die gesprächsorientierte Behandlungserwartung unterscheidet sich signifikant zwischen Patienten mit Hauptschulabschluss/Mittlerer Reife und Patienten mit (Fach-)Abitur.

H6.2: Die verhaltensorientierte Behandlungserwartung unterscheidet sich signifikant zwischen Patienten mit Hauptschulabschluss/Mittlerer Reife und Patienten mit (Fach-)Abitur.

H6.3: Die somatisch orientierte Behandlungserwartung unterscheidet sich signifikant zwischen Patienten mit Hauptschulabschluss/Mittlerer Reife und Patienten mit (Fach-)Abitur.

4.5. Statistische Verfahren

Zuerst wird das Vorgehen der Berechnung der Zusammenhänge dargestellt. Dann wird die Prozedur der Berechnung von Mittelwertsunterschieden zwischen den einzelnen Behandlungserwartungsskalen erläutert. Darüber hinaus werden die Verfahren zur explorativen Auswertung beschrieben. Weiterhin wird die Maßnahme der Alpha-Adjustierung erklärt. Sämtliche Berechnungen in dieser Arbeit werden mit dem Programm SPSS für Windows 10.0.7 durchgeführt.

4.5.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik

Mittels Zusammenhangsberechnungen werden die Behandlungserwartungsskalen zum einen mit dem Gesamtmittelwert der SCL-90-R-Skalen und zum anderen mit ausgewählten SCL-90-R-Skalen korreliert. Da diese Variablen nicht normalverteilt sein dürften, wird die Höhe des Zusammenhangs zwischen den jeweiligen Skalen mit dem Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten ermittelt (Bortz, 1999).

Das statistische Kriterium dafür, dass ein Ergebnis signifikant ist und so mit großer Wahrscheinlichkeit nicht einfach nur zufällig zu Stande kommt, wird in dieser Arbeit auf $p < 0,05$ festgelegt. Bei den durchgeführten Analysen wird jeweils der konkrete p-Wert genannt. Die Bedeutsamkeit einer Korrelation hingegen ist vor allem von der Höhe der Varianzaufklärung abhängig, die sich durch Quadrierung des Korrelationskoeffizienten leicht errechnen lässt. Dabei soll von einem bedeutsamen Zusammenhang erst ab einer Höhe des

Koeffizienten von 0,30 gesprochen werden, welcher einer Varianzaufklärung von 9% entspricht.

4.5.2. Mittelwertsunterschiede der Behandlungserwartungsskalen

Da alle Klienten den gesamten Behandlungserwartungsfragebogen vorgelegt bekamen und somit zu sämtlichen Behandlungserwartungsskalen Auskunft erteilt haben, handelt es sich um abhängige Stichproben. Deshalb werden die mittleren Behandlungserwartungen mit t-Tests bei gepaarten Stichproben jeweils miteinander verglichen und somit auf signifikante Unterschiede überprüft. Die einzelne Testung erfolgt zweiseitig.

4.5.3. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen

Da die Variable Geschlecht nominalskaliert ist, werden die Mittelwerte auf den drei Behandlungserwartungsskalen für männliche und weibliche Patienten mittels t-Tests für unabhängige Stichproben miteinander verglichen. Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und einer somatisch orientierten Behandlungserwartung wird mit dem nichtparametrischen Maß einer Spearman-Rangkorrelation errechnet, da nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann (Bortz, 1999). Die Variable Schulbildung ist ebenso wie das Geschlecht nominalskaliert. Die Patienten mit (Fach-)Abitur werden den Patienten mit Hauptschulabschluss bzw. Mittlerer Reife gegenübergestellt und die Mittelwerte auf den drei Behandlungserwartungsskalen mittels t-Tests für unabhängige Stichproben miteinander verglichen. Die Hypothesentestung erfolgt in allen drei Auswertungsfällen zweiseitig.

4.5.4. Explorative Auswertung

Zusätzlich zu den hypothesengeleiteten Fragestellungen werden explorativ weitere Auswertungen vorgenommen, für die es keine Hypothesen gibt. Dabei wird der Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungsschwerescore - die vom Therapeuten eingeschätzte Symptomatik des Patienten - und den Behandlungserwartungen des Patienten errechnet. Als weitere Fremdeinschätzung der Symptomatik soll die vom Therapeuten gestellte Diagnose auf unterschiedliche Behandlungserwartungen des Patienten untersucht werden. Außerdem werden SCL-90-R-Ergebnisse mit denen der SCL-K-9 verglichen und Faktorenanalysen über beide Verfahren gerechnet. Schließlich wird die Gruppe der Psychotherapiepatienten mit einer Gruppe von Adipositas-Patienten verglichen.

4.5.4.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik

Um den Zusammenhang zwischen den ordinal skalierten Beeinträchtigungsschwerescores und den intervallskalierten Behandlungserwartungsskalen zu berechnen, bedarf es einer nonparametrischen Korrelation mit dem Spearman-Koeffizienten (Bortz, 1999).

4.5.4.2. Varianzanalyse über die Behandlungserwartungsskalen

Es wird eine Varianzanalyse gerechnet, in der als abhängige Variablen die Behandlungserwartungsskalen eingehen und als Faktor die psychischen Diagnosen mit den Kategorien affektive Störung, Anpassungsstörung, Angststörung, somatoforme/dissoziative Störung und Persönlichkeitsstörung. Dadurch ergibt sich Aufschluss darüber, ob sich die verschiedenen Diagnosegruppen in den einzelnen Behandlungserwartungsskalen unterscheiden.

4.5.4.3. Vergleich der SCL-90-R mit der SCL-K-9

Zunächst werden die Ergebnisse der hier untersuchten Stichprobe in den SCL-90-R-Skalen mit denen der SCL-K-9 verglichen. Danach werden über die hypothesengetesteten hinaus alle möglichen Korrelationen zwischen den Behandlungserwartungsskalen auf der einen und den SCL-90-R- bzw. SCL-K-9-Skalen auf der anderen Seite errechnet. Daraus lässt sich das Ausmaß an Spezifität signifikanter Ergebnisse bei Testung der Zusammenhangshypothesen ableiten. Weiterhin verschafft der Vergleich der SCL-90-R- mit den SCL-K-9-Korrelationen Informationen über die Validität der SCL-K-9-Skalen. Zusätzlich wird eine Faktorenanalyse über die SCL-90-R gerechnet, um zu überprüfen, ob die einzelnen Items auf den Skalen entsprechenden Faktoren laden. Die Berechnung des Zusammenhangs aller einzelner SCL-90-R-Items mit dem Gesamtmittelwert GSI soll das Vorgehen der Konstruktion der SCL-K-9 für die hier untersuchte Stichprobe nachvollziehen. Über die Items, die bezogen auf die jeweilige Skala die höchste Korrelation zum GSI aufweisen, wird dann eine Faktorenanalyse gerechnet.

4.5.4.4. Vergleich der SCL-90-R mit der Diagnose

Als weitere explorative Auswertestrategie dient eine Varianzanalyse, in der als abhängige Variablen die SCL-90-R-Skalen und als Faktor die psychischen Diagnosen verwendet werden. Dieses Vorgehen soll aufzeigen, inwieweit Therapeut und Klient in Beschreibung und Bezeichnung der Symptomatik übereinstimmen.

4.5.4.5. Vergleich der Psychotherapiepatienten mit Adipositas-Patienten

Über die genannten explorativen Auswertungen hinaus wird eine Subgruppe von Adipositas-Patienten mit den Patienten mit psychischer Diagnose verglichen. Damit kann direkt eine Gruppe von Psychotherapiepatienten mit

einer Gruppe somatischer Patienten in den Variablen Behandlungserwartung und Symptomatik verglichen werden.

4.5.5. Alpha-Adjustierung

Alle genannten Fragestellungen beziehen sich auf das selbe Datenmaterial. Damit es nicht zu einer Kumulierung des Alpha-Fehlers kommt, wird im Rahmen einer Alpha-Adjustierung das globale Signifikanzniveau von 5% für die hypothesengeleiteten Fragestellungen nach Bonferroni durch die Anzahl der zu testenden Haupthypothesen (12) geteilt (Bortz, 1999). Dadurch ergibt sich für die einzelnen Hypothesen ein Alpha-Niveau von jeweils 0,42%.

5. Ergebnisse

Zunächst wird die Stichprobe anhand von soziodemografischen Daten, den SCL-90-R-Skalenwerten, der Diagnose und der Beeinträchtigungsschwere beschrieben (5.1.). Dann werden hypothesengeleitet verschiedene Korrelationen zwischen den Behandlungserwartungsskalen auf der einen Seite und dem Gesamtmittelwert der SCL-90-R-Skalen (5.2.1.) und einzelnen SCL-90-R-Skalen (5.2.2.) auf der anderen Seite errechnet. Im Anschluss daran wird mittels t-Tests überprüft, ob sich die Behandlungserwartungsskalen in ihren Ausprägungen unterscheiden (5.3.). Danach werden die Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Geschlecht (5.4.1.) bzw. Alter (5.4.2.) bzw. Schulbildung (5.4.3.) getestet. Zu guter letzt werden die Ergebnisse zu den explorativen Fragestellungen dargestellt (5.5.).

5.1. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe wird anhand von soziodemografischen Variablen (Geschlecht, Alter, Familienstand und Schulbildung) und Symptomvariablen (SCL-90-R-Skalenwerte, Diagnose) beschrieben.

5.1.1. Soziodemografische Merkmale

5.1.1.1. *Geschlecht der Patienten*

Frauen sind mit 61,6% in unserer Stichprobe gegenüber Männern (38,4%) deutlich überrepräsentiert (Tabelle 3).

Tabelle 3: Geschlecht der Patienten (n=776)

	n	%
männlich	298	38,4
weiblich	478	61,6
Gesamt	776	100,0
Missing Data	2	
Σ	778	

Das deutliche Überwiegen von weiblichen gegenüber männlichen Psychotherapiepatienten wird auch in der Abbildung offensichtlich (Abbildung 1).

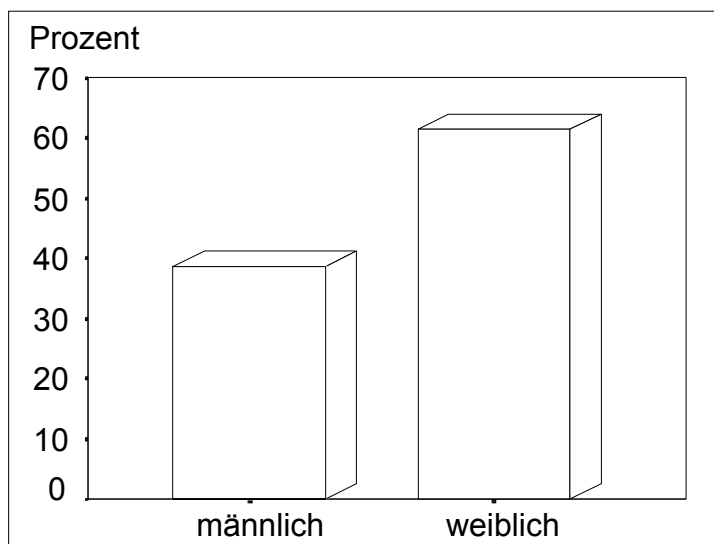


Abbildung 1: Geschlecht der Patienten (n=776)

5.1.1.2. Alter der Patienten

Unsere Patientenstichprobe umfasst ein Altersspektrum von 13 bis 87 Jahren. Das mittlere Alter liegt mit 36,6 (n=757, Standardabweichung=12,1) leicht über dem Median (35,0).

5.1.1.3. Familienstand der Patienten

Auf die Frage nach dem Familienstand gibt fast die Hälfte der Patienten „ledig“ an, was auch damit zusammenhängt, dass in der hier untersuchten Stichprobe von Psychotherapiepatienten jüngere Menschen überproportional vertreten sind (ca. 50% bis 35 Jahre). Der zweithäufigste Familienstand ist „verheiratet“, welchen 40% der Patienten angeben (Tabelle 4).

Tabelle 4: Familienstand der Patienten (n=430)

	n	%
ledig	203	47,2
verheiratet	175	40,7
getrennt lebend	24	5,6
geschieden	23	5,3
verwitwet	5	1,2
Gesamt	430	100,0
Missing Data	348	
Σ	778	

Der hohe Anteil an Missing Data (n=348) ist darauf zurückzuführen, dass – abgesehen von Geschlecht und Alter, welche vom Therapeuten erhoben wurden – alle übrigen soziodemografischen Angaben durch den Patientenbogen ermittelt wurden, bei dem die Rücklaufquote mit 47,9% deutlich niedriger liegt als beim Therapeutenbogen (79,0%, siehe Tabelle 1; in der aktuellen Version der Basisdokumentation werden sämtliche soziodemografischen Variablen im Therapeutenbogen erhoben).

Die folgende Abbildung macht noch einmal deutlich, wie sehr die ledigen und die verheirateten Patienten zahlenmäßig den anderen Gruppen (getrennt lebend, geschieden, verwitwet) überlegen sind (Abbildung 2).

5. Ergebnisse

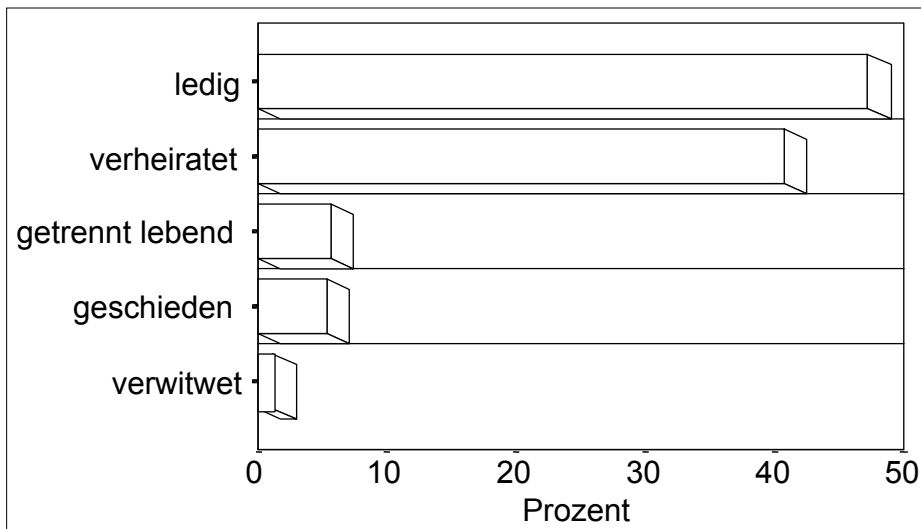


Abbildung 2: Familienstand der Patienten (n=430)

5.1.1.4. Schulbildung der Patienten

Befragt nach der Schulbildung, äußert die Mehrzahl „Abitur bzw. Fachhochschulreife“ (38%). Auf „Mittlere Reife“ und „Hauptschulabschluss“ entfallen in etwa jeweils 28% der Patienten. Die übrigen Kategorien sind schwach bis sehr schwach besetzt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Schulbildung der Patienten (n=429)

	n	%
Hauptschule	118	27,5
Realschule/mittlere Reife	119	27,7
Abitur/Fachhochschulreife	163	38,0
noch in der Schule	15	3,5
Sonderschulabschluss	3	0,7
ohne Abschluss	4	0,9
sonstiger Abschluss	7	1,6
Gesamt	429	100,0
Missing Data	349	
Σ	778	

5. Ergebnisse

Auch hier ist im Hinblick auf die hohe Anzahl von Missing Data auf die Rücklaufquote beim Patientenbogen zu verweisen (siehe Tabelle 1).

Die folgende Abbildung demonstriert das starke Überwiegen von Patienten mit (Fach-)Hochschulreife, gefolgt von Realschülern und Hauptschülern (Abbildung 3).

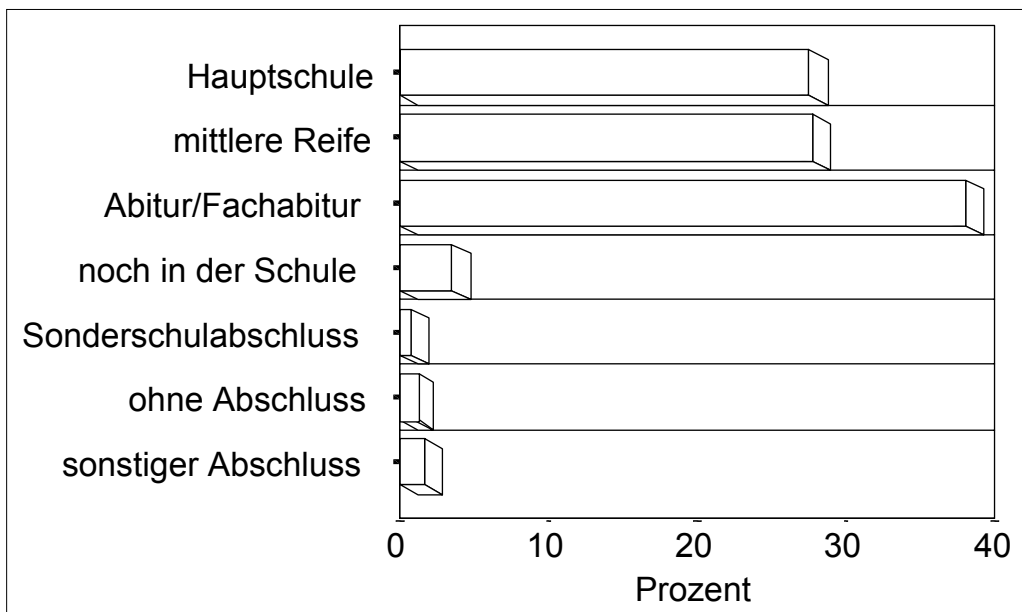


Abbildung 3: Schulbildung der Patienten (n=429)

5.1.2. Medizinische Merkmale

5.1.2.1. Symptomatik der Patienten

Bei Berechnung der SCL-90-R-Skalen für unsere Stichprobe fällt auf, dass alle Mittelwerte um den Wert „1“ („ein wenig“) liegen und die Patienten somit über alle Skalen hinweg relativ geringe Beschwerden äußern. Außerdem sind die Standardabweichungen für alle Skalen – zum Teil sogar deutlich – kleiner als „1“, was wiederum zeigt, dass ein Patient, der auf einer der Skalen einen Wert von „2“ („ziemlich“) erreicht, bereits deutlich vom Mittelwert der Psychotherapiepatienten abweicht (Tabelle 6). Diese relativ niedrigen Skalenmittelwerte kommen wohl dadurch zustande, dass für den einzelnen Patienten die Beschwerden auf vielen Skalen gering sind und selbst auf derjenigen Skala, die die Symptomatik des Patienten anspricht, einzelne Items nur mit geringer Belastung einhergehen.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-90-R-Skalen

	M	SD	n
Somatisierung	0,89	0,73	438
Zwanghaftigkeit	1,16	0,82	439
Unsicherheit	1,14	0,86	438
Depressivität	1,37	0,91	438
Ängstlichkeit	1,02	0,82	439
Aggressivität/ Feindseligkeit	0,81	0,76	438
Phobische Angst	0,66	0,83	438
Paranoides Denken	0,90	0,85	438
Psychotizismus	0,58	0,56	436
Zusatzitems	1,09	0,77	438
GSI (global severity index)	0,99	0,63	438

Mit diesen Werten liegt die hier untersuchte Stichprobe im Durchschnitt auf allen Skalen nur knapp unter den Werten der Untersuchungsstichprobe P3 von 428 Psychotherapiepatienten aus stationärer Behandlung (Franke, 1995, GSI=1,21) und unter den Werten einer Stichprobe ambulanter Psychotherapiepatienten (Scheidt et al., 1998, GSI=1,1). Im Vergleich zu einer Stichprobe gesunder Probanden (Franke, 1995, GSI=0,33) hingegen liegen die Werte unserer Stichprobe mit einem „global severity index“ von 0,99 deutlich höher.

5.1.2.2. Diagnose und Beeinträchtigungsschwere

Die Therapeuten machen Angaben zu den Symptomen des Patienten in Form der ICD10-Kodierung einer Diagnose und der Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere. Die ICD10-Verschlüsselung wird in die fünf psychischen Hauptdiagnosegruppen 'Affektive Störung', 'Anpassungsstörung', 'Angststörung', 'dissoziative/somatoforme Störung' und 'Persönlichkeitsstörung' umkodiert. Dabei lassen sich 283 Klienten (36,4%) diesen Diagnosen nicht zuordnen, da ihnen eine andere psychische Diagnose, keine psychische Diagnose oder gar kein Wert (Missing Data) zugeteilt ist. Von den 495 Patienten (63,6%), für die eine der fünf psychischen Hauptdiagnosen vorliegt, haben die meisten eine affektive Störung (30,9%) oder eine Angststörung (19,8%). Eine Anpassungsstörung, eine dissoziative/somatoforme Störung oder eine Persönlichkeitsstörung liegt bei jeweils ca. 16% der Patienten vor (Tabelle 7).

5. Ergebnisse

Tabelle 7: Psychische Hauptdiagnosen der Patienten (ICD10, n=495)

	n	%
Affektive Störung	153	30,9
Anpassungsstörung	77	15,6
Angststörung	98	19,8
Dissoziative/ somatoforme Störung	83	16,8
Persönlichkeitsstörung	84	17,0
Gesamt	495	100,0
Andere Diagnosen	111	
Keine psychische Diagnose	102	
Missing Data	70	
Σ	778	

Die Gruppe der Probanden ohne psychische Diagnose umfasst 102 Personen, von denen ein Großteil (n=49) Adipositas-Patienten sind, die vor einer gastric-banding-Operation ein psychodiagnostisches Gespräch führen müssen. Insgesamt befinden sich in der Untersuchungsstichprobe 76 (9,8%) Adipositas-Patienten, die teilweise eine psychische Zusatzdiagnose (v.a. affektive Störung) erhalten und unter explorativen Auswertungen als Gruppe mit den Psychotherapiepatienten verglichen werden.

Die folgende Grafik verdeutlicht das starke Ungleichgewicht der psychischen Hauptdiagnosen der Patienten zu Gunsten der affektiven Störung (diese besteht vor allem aus Patienten mit depressiver Episode, rezidivierender depressiver Störung oder Dysthymie). Lediglich die Angstpatienten können sich noch leicht von den übrigen Patientengruppen absetzen (Abbildung 4).

5. Ergebnisse

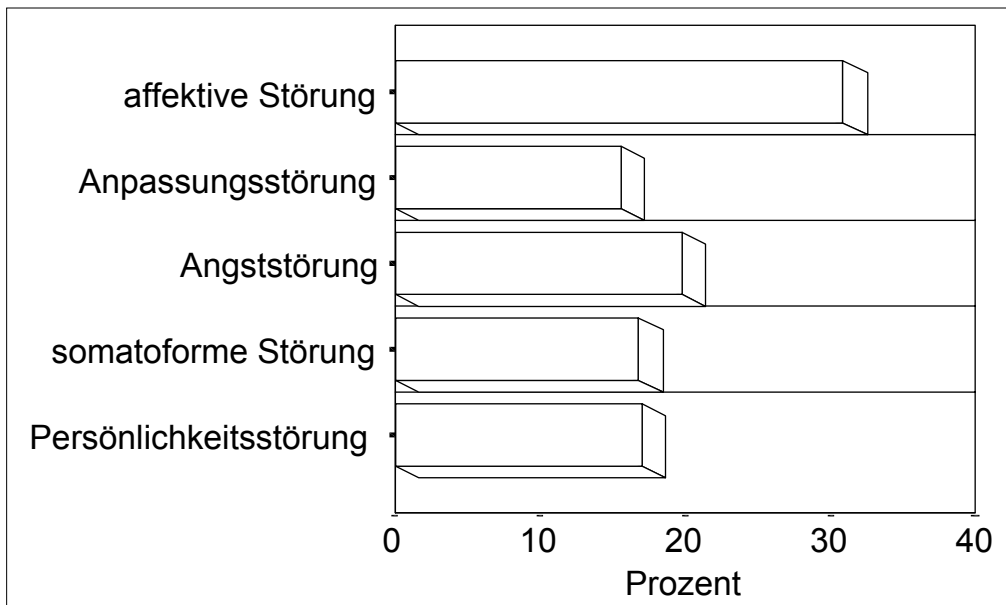


Abbildung 4: Psychische Hauptdiagnosen (ICD10) der Patienten (n=495)

Neben den Diagnosedaten machen die Therapeuten Angaben zur Beeinträchtigungsschwere des Patienten und zwar mittels des Beeinträchtigungsschwerescores (BSS, Schepank, 1995), in dem jeweils die körperliche, psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigung des Patienten auf einer Skala von 0 („keine“) bis 4 („extrem“) eingeschätzt werden. Die Ergebnisse dieser Skalierung veranschaulicht die folgende Tabelle (Tabelle 8).

Tabelle 8: Häufigkeiten im Beeinträchtigungsschwerescore

	körperliche		psychische		sozial-kommunikative	
	Beeinträchtigung	Beeinträchtigung	Beeinträchtigung	Beeinträchtigung	Beeinträchtigung	Beeinträchtigung
	n	%	n	%	n	%
keine	249	36,0	31	4,5	115	16,7
leicht	132	19,1	94	13,6	186	27,0
deutlich	142	20,5	323	46,7	246	35,8
erheblich	139	20,1	214	30,9	118	17,2
extrem	30	4,3	30	4,3	23	3,3
Σ	692	100,0	692	100,0	688	100,0

5. Ergebnisse

Die Therapeuten sehen die Patienten zu über 80% psychisch mindestens deutlich beeinträchtigt. Eine deutliche, erhebliche oder sogar extreme sozial-kommunikative Beeinträchtigung wird ca. 56% der Patienten zugeschrieben. Immerhin 45% der Patienten werden als zumindest deutlich körperlich beeinträchtigt angesehen. Hingegen wird bei 55% eine körperliche Beeinträchtigung als nicht vorhanden bzw. als leicht eingestuft. Der Schwerpunkt der Beeinträchtigung liegt aus Sicht der Therapeuten also auf der psychischen Ebene, gefolgt von der sozial-kommunikativen Beeinträchtigung.

5.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik

Nach der deskriptiv statistischen Beschreibung der Stichprobe wird im folgenden Abschnitt im Rahmen der Hauptfragestellung untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen ausgewählten SCL-90-R-Skalen und den Behandlungserwartungsskalen gibt.

5.2.1. Behandlungserwartung und globale Belastung

Die Hypothesen H1.1, H1.2 und H1.3 postulieren einen signifikanten Zusammenhang zwischen den drei Behandlungserwartungsskalen auf der einen und der globalen Belastung des Patienten - operationalisiert als Gesamtmittelwert der SCL-90-R GSI - auf der anderen Seite. Die Berechnung der Korrelationskoeffizienten nach Spearman ergibt in allen drei Fällen signifikante Ergebnisse (Tabelle 9).

Tabelle 9: Korrelation zwischen GSI und Behandlungserwartungsskalen nach Spearman

		Gesprächs- orientierte Maßnahmen	Verhaltens- orientierte Maßnahmen	Somatisch orientierte Maßnahmen
GSI (Global Severity Index)	r	0,36	0,40	0,42
	p	<0,001	<0,001	<0,001
	n	419	415	414

Die drei Hypothesen H1.1, H1.2 und H1.3 können angenommen werden. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der globalen Symptomatik und den Behandlungserwartungen. Die Höhe des Korrelationskoeffizienten ist in allen drei Fällen substantiell.

Im Streudiagramm mit den Achsen Gesamtmittelwert-Ausprägung (GSI) und somatisch orientierte Behandlungserwartung wird grafisch das Zustandekommen der signifikanten positiven Korrelation zwischen den beiden Variablen verdeutlicht (Abbildung 5).

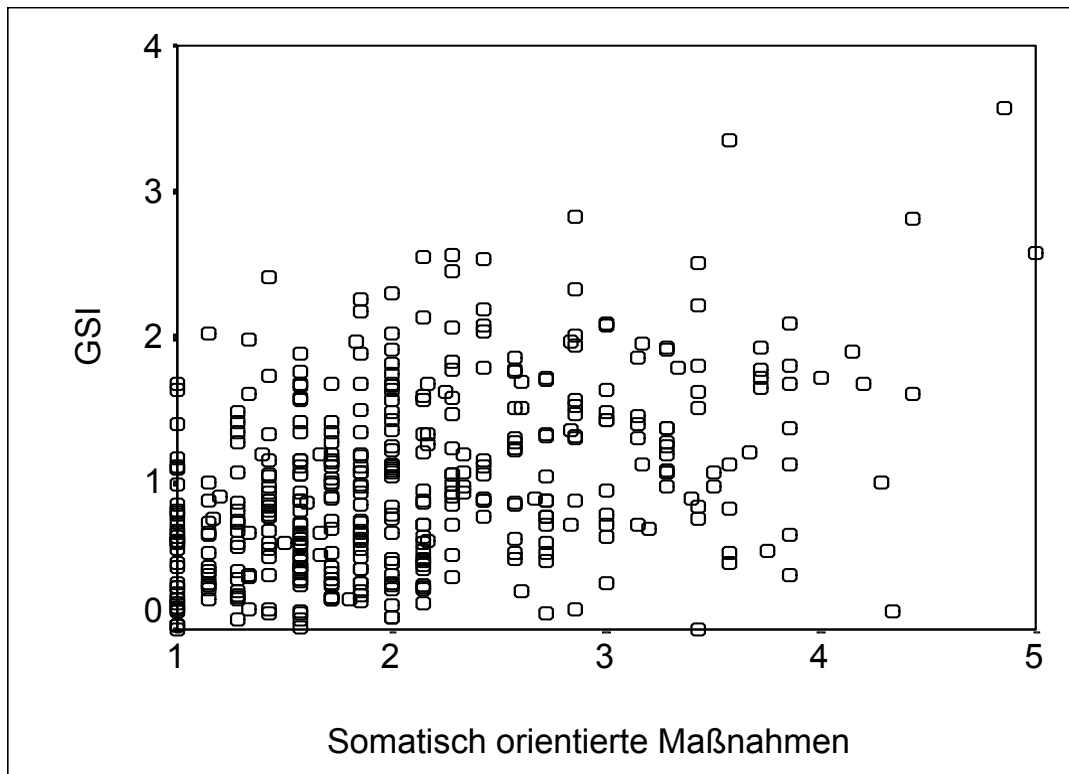


Abbildung 5: Streudiagramm für somatisch orientierte Behandlungserwartung und GSI (global severity index) (n=414)

Eine grafische Darstellung des Zusammenhangs zwischen GSI auf der einen und gesprächsorientierter und verhaltensorientierter Behandlungserwartung auf der anderen Seite findet sich im Anhang (Anhang B, Abbildung 1 und 2).

5.2.2. Behandlungserwartung und spezifische Belastung

Nach dem deutlichen Nachweis eines Zusammenhangs zwischen Behandlungserwartung und globaler Belastung sollen im folgenden einzelne spezifische Belastungsskalen mit Behandlungserwartungsskalen korreliert werden.

5.2.2.1. Behandlungserwartung und Somatisierung

Die Hypothese H2.1 beschreibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der somatisch orientierten Behandlungserwartung und der SCL-90-R-Skala Somatisierung. Das Ergebnis dieser Zusammenhangsberechnung stellt Tabelle 10 dar.

Tabelle 10: Korrelation zwischen SCL-90-R-Skala Somatisierung und somatisch orientierter Behandlungserwartung nach Spearman (n=414)

	Somatisch orientierte Maßnahmen	
Somatisierung	r	0,47
(SCL-90-R)	p	<0,001

Die Grafik verdeutlicht den in der Tabelle numerisch dargestellten hohen Zusammenhang zwischen der SCL-90-R-Skala Somatisierung und der somatisch orientierten Behandlungspräferenz (Abbildung 6).

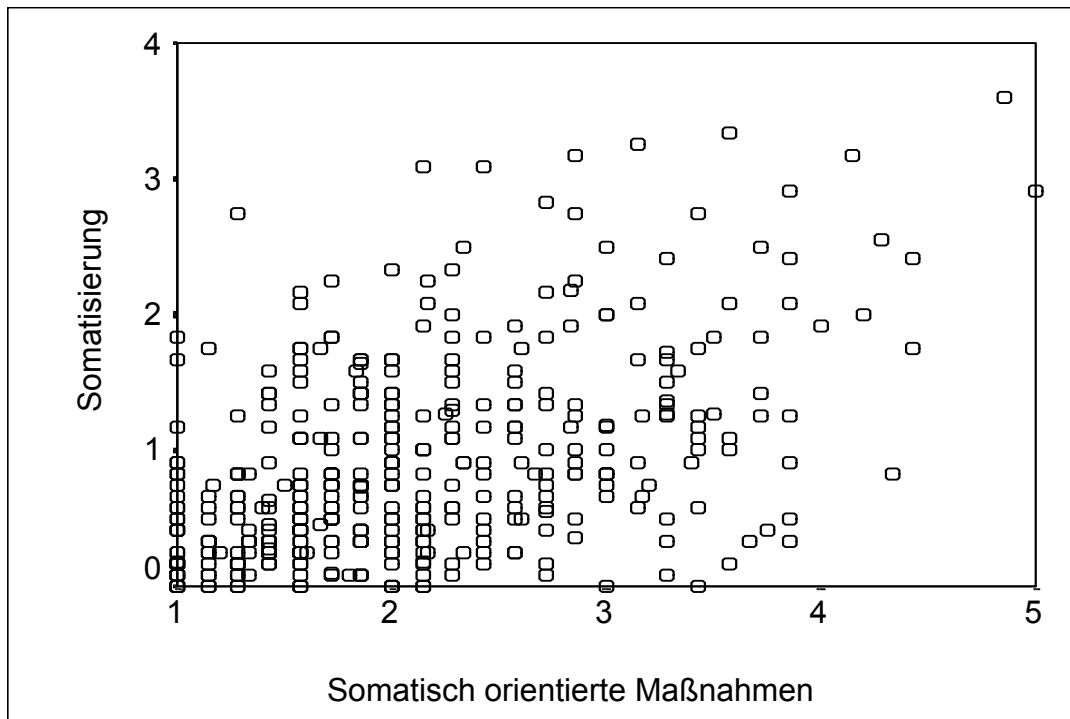


Abbildung 6: Streudiagramm für somatisch orientierte Behandlungserwartung und Somatisierung (n=414)

Die Hypothese H2.1 wird angenommen. Es besteht nicht nur ein positiver signifikanter, sondern auch ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der SCL-90-R-Skala Somatisierung und der somatisch orientierten Behandlungspräferenz.

5.2.2.2. Behandlungserwartung und Depressivität

Die Hypothesen H2.2 und H2.3 gehen von einem signifikanten Zusammenhang zwischen der SCL-90-R-Skala Depressivität und den Behandlungserwartungen „gesprächsorientiert“ und „verhaltensorientiert“ aus. Die Korrelationskoeffizienten sind wiederum tabellarisch dargestellt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Korrelation zwischen SCL-90-R-Skala Depressivität und gesprächsorientierter und verhaltensorientierter Behandlungserwartungen nach Spearman

		Gesprächsorientierte Maßnahmen	Verhaltensorientierte Maßnahmen
Depressivität (SCL-90-R)	r	0,37	0,36
	p	<0,001	<0,001
	n	419	415

Als grafische Darstellung ist in zwei Streudiagrammen der Zusammenhang zwischen den Variablen nachvollziehbar (Anhang B, Abbildung 3 und 4).

Die Hypothesen H2.2 und H2.3 können angenommen werden. Es besteht ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen der SCL-90-R-Skala Depressivität auf der einen und einer gesprächsorientierten und einer verhaltensorientierten Behandlungserwartung auf der anderen Seite.

5.2.2.3. Behandlungserwartung und Unsicherheit, Ängstlichkeit und Phobische Angst

Die Hypothesen von H2.4 bis H2.9 postulieren insgesamt sechs signifikante Korrelationen zwischen gesprächsorientierter und verhaltensorientierter Behandlungserwartung einerseits und den SCL-90-R-Skalen Unsicherheit, Ängstlichkeit und Phobische Angst andererseits. Die folgende Tabelle gibt Aufschluss über die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung (Tabelle 12).

Tabelle 12: Korrelation zwischen den SCL-90-R-Skalen Unsicherheit, Ängstlichkeit und Phobische Angst und gesprächs- und verhaltensorientierter Behandlungserwartungen nach Spearman

		Gesprächs- orientierte Maßnahmen	Verhaltens- orientierte Maßnahmen
Unsicherheit (SCL-90-R)	r	0,28	0,37
	p	<0,001	<0,001
	n	419	415
Ängstlichkeit (SCL-90-R)	r	0,35	0,36
	p	<0,001	<0,001
	n	420	415
Phobische Angst (SCL-90-R)	r	0,21	0,30
	p	<0,001	<0,001
	n	419	415

Die entsprechenden Streudiagramme illustrieren den Zusammenhang zwischen gesprächsorientierter Behandlungserwartung und den drei SCL-90-R-Skalen (Anhang B, Abbildung 5, 6 und 7).

Bei den Abbildungen, die den Zusammenhang zwischen verhaltensorientierter Behandlungserwartung und den SCL-90-R-Skalen darstellen, lässt sich grafisch

die unterschiedliche Höhe der Korrelation anhand der Streudiagramme teilweise nachvollziehen (Anhang B, Abbildung 8, 9 und 10).

Die Hypothesen H2.4, H2.5, H2.6, H2.7, H2.8 und H2.9 werden angenommen. Es besteht ein positiver signifikanter Zusammenhang zwischen den SCL-90-R-Skalen Unsicherheit, Ängstlichkeit und Phobische Angst auf der einen und einer gesprächsorientierten bzw. verhaltensorientierten Behandlungserwartung auf der anderen Seite. Die Höhe der Korrelationen hingegen fällt unterschiedlich aus: Während die verhaltensorientierte Behandlungserwartung substantziell mit Unsicherheit, Ängstlichkeit und Phobischer Angst korreliert ($r \geq 0,30$), muss man dem Zusammenhang der gesprächsorientierten Behandlungserwartung zu Phobischer Angst deutlich ($r=0.21$) und zu Unsicherheit ($r=0.28$) knapp eine substantzielle Höhe abschreiben. Obwohl also alle Korrelationskoeffizienten das nach Alpha-Adjustierung geforderte Signifikanzniveau von 0,42% erreichen, kann doch - was die Substanz des einzelnen Zusammenhanges angeht - zwischen den Korrelationen differenziert werden.

Alles in allem muss aufgrund multipler signifikanter Korrelationen von einem hohen Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik ausgegangen werden. Von den zwölf im Rahmen der Hauptfragestellung getesteten Korrelationen erreichen alle zwölf das Signifikanzniveau unter der relativ konservativen Alpha-Adjustierung nach Bonferroni (Bortz, 1999). Überdies hinaus erzielen zehn der zwölf Zusammenhänge mit Koeffizienten, die zum Teil deutlich über $r=0.30$ liegen, ein substantzielles Ausmaß.

5.3. Mittelwertsunterschiede zwischen den Behandlungserwartungsskalen

Durch Mittelwertbildung der drei Behandlungserwartungsskalen über alle Patienten zeigt sich, dass sich die Patienten vor allem Hilfe durch verhaltensorientierte und gesprächsorientierte Maßnahmen und etwas weniger von somatisch orientierten Maßnahmen versprechen (Tabelle 13).

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen der Behandlungserwartungsskalen (Itemausprägung von 1 bis 5)

	M	SD	n
Gesprächsorientiert	2,81	1,02	421
Verhaltensorientiert	2,88	1,00	416
Somatisch orientiert	2,09	0,82	415

Die unterschiedliche Beurteilung der drei Arten von Behandlungserwartungen wird grafisch durch Box-Plots deutlich, in denen die Behandlungserwartungsskalen in Median, 25%- und 75%-Perzentil verglichen werden. Auch dabei zeigt sich, dass die Patienten eher eine gesprächs- oder verhaltensorientierte Behandlungserwartung als eine somatische Behandlungserwartung aufweisen (Abbildung 7).

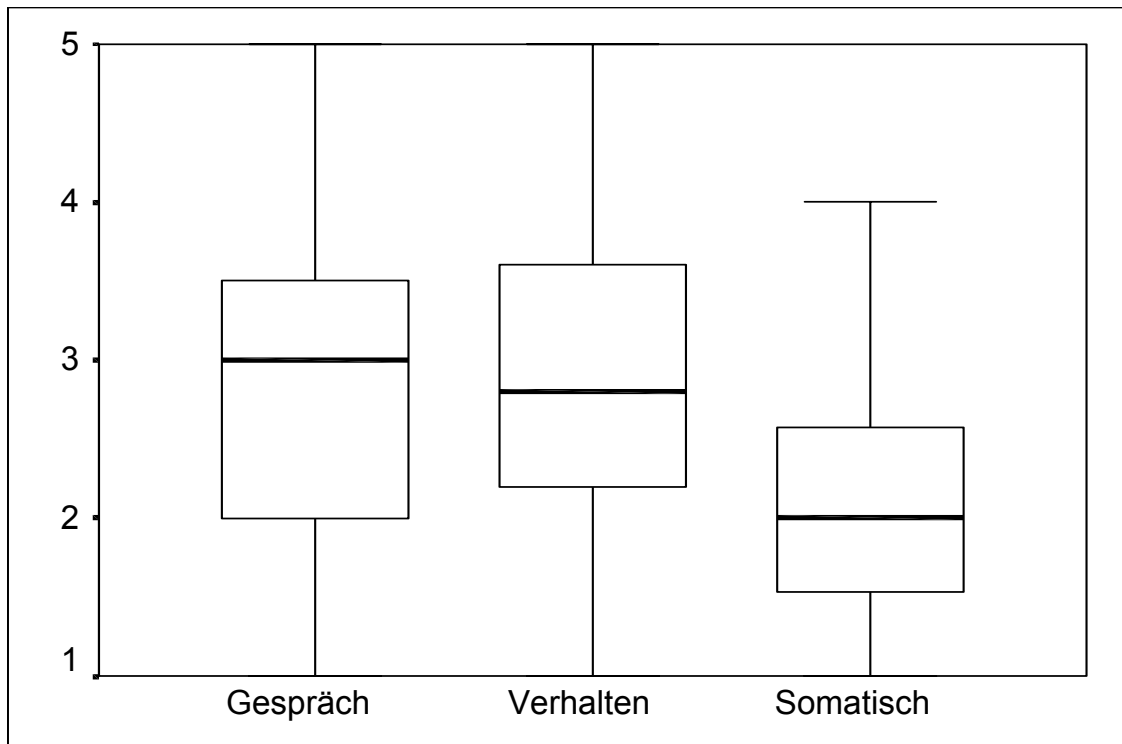


Abbildung 7: Box-Plots der Behandlungserwartungsskalen

(Die Box stellt den Interquartilbereich, d.h. den Bereich zwischen dem 25%- und dem 75%-Perzentil dar; die quer über die Box gelegte Linie entspricht dem Median, die horizontal verlaufenden Linien über und unter der Box kennzeichnen den größten und den kleinsten Wert, der nicht als extremer Wert (mehr als 3-fache Boxhöhe) oder als Ausreißer (mehr als 1,5-fache und weniger als 3-fache Boxhöhe) klassifiziert wird.)

Nach der deskriptiven Statistik werden nun inferenzstatistisch die Unterschiede zwischen den Behandlungserwartungsskalen auf Signifikanz überprüft. Die folgende Tabelle veranschaulicht die Ergebnisse der drei t-Tests auf Mittelwertsunterschied zwischen den Behandlungserwartungsskalen (Tabelle 14).

5. Ergebnisse

Tabelle 14: t-Tests bei gepaarten Stichproben über die Behandlungserwartungsskalen

	Gepaarte Differenzen				
	M	SD	t	df	p
Gesprächsorientiert vs. Somatisch orientiert	0,71	1,10	13,17	414	< 0,001
Verhaltensorientiert vs. Somatisch orientiert	0,78	0,97	16,32	410	< 0,001
Gesprächsorientiert vs. Verhaltensorientiert	-0,07	0,97	-1,56	413	0,120

Damit werden die Hypothesen H3.1 und H3.2 angenommen: Sowohl die gesprächsorientierte als auch die verhaltensorientierte Behandlungserwartung ist signifikant größer als die somatisch orientierte Behandlungserwartung. Die Hypothese H3.3, die postuliert, dass sich Mittelwerte der gesprächsorientierten und der verhaltensorientierten Behandlungserwartung signifikant unterscheiden, muss hingegen abgelehnt werden, da dies nicht der Fall ist.

5.4. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen

5.4.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Geschlecht

Die Hypothesen H4.1, H4.2 und H4.3 postulieren einen signifikanten Mittelwertsunterschied in den drei Behandlungserwartungsskalen zwischen männlichen und weiblichen Patienten. In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben dargestellt (Tabelle 15).

Tabelle 15: Mittelwertsvergleich der Behandlungserwartungsskalen bei Patienten männlichen und weiblichen Geschlechts

		n	M	SD	t	p
Gesprächsorientiert	Männlich	161	2,89	1,04	1,18	0,24
	Weiblich	260	2,77	1,01		
Verhaltensorientiert	Männlich	157	2,91	0,98	0,51	0,61
	Weiblich	259	2,86	1,02		
Somatisch orientiert	Männlich	158	2,13	0,81	0,70	0,48
	Weiblich	257	2,07	0,83		

Die Hypothesen H4.1, H4.2 und H4.3 werden abgelehnt. Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied in den drei Behandlungserwartungsskalen zwischen männlichen und weiblichen Patienten. Die Mittelwerte von Männern und Frauen liegen auf allen drei Behandlungserwartungsskalen so dicht beieinander, dass selbst eine Tendenz einer geschlechtsspezifischen Behandlungspräferenz nicht aus den Werten herauszulesen ist.

5.4.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Alter

Laut Hypothese H5 wurde eine signifikante Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und einer somatisch orientierten Behandlungserwartung erwartet. Die Ergebnisse der Zusammenhangsberechnung sind in der folgenden Tabelle dargestellt (Tabelle 16).

Tabelle 16: Korrelation zwischen somatisch orientierter Behandlungserwartung und Alter der Patienten nach Spearman (n=409)

		Somatisch orientierte Maßnahmen
Alter der Patienten	r	0,22
	p	< 0,001

Die Hypothese H5 wird angenommen, denn es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und einer somatisch orientierten Behandlungserwartung.

Das Streudiagramm bildet im zweidimensionalen Koordinatensystem aus Alter und individuell durchschnittlicher somatisch orientierter Behandlungserwartung die Werte aller Probanden ab. Es verdeutlicht noch einmal den signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Alter und somatisch orientierter Behandlungserwartung, der inhaltlich bedeutet, dass ältere Patienten eher somatische Therapiemaßnahmen erwarten als jüngere (Abbildung 8).

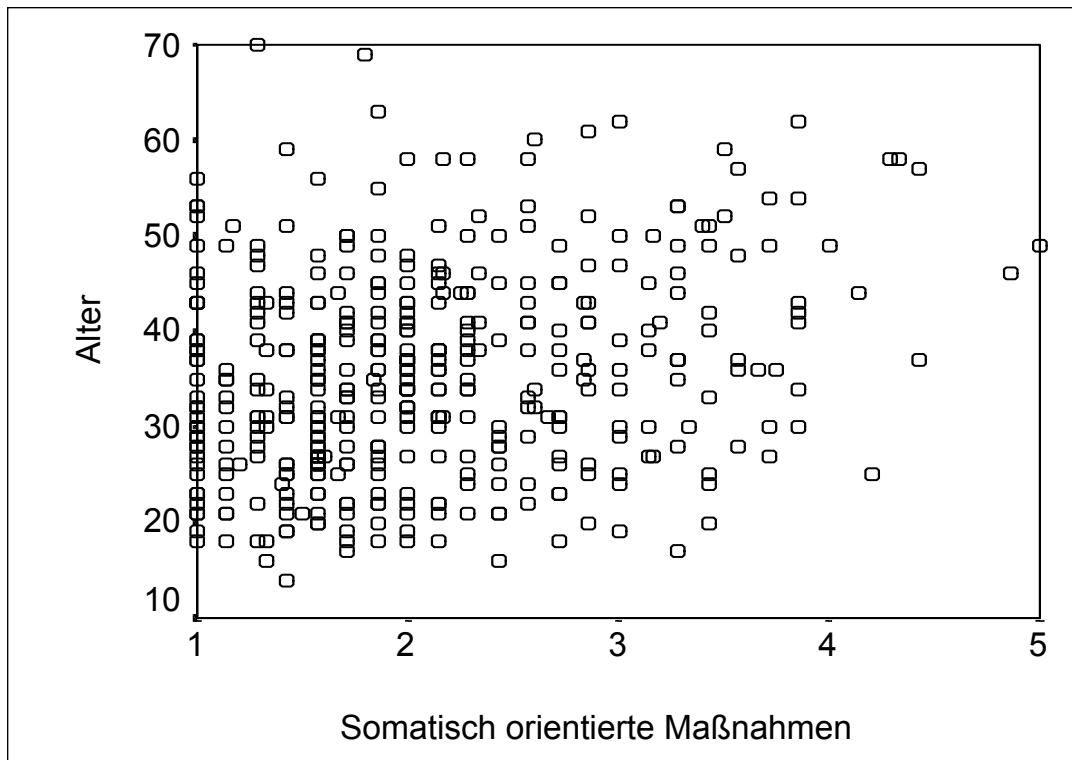


Abbildung 8: Streudiagramm für Alter und somatisch orientierte Behandlungserwartung (n=409)

5.4.3. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Schulbildung

Die Hypothesen H6.1, H6.2 und H6.3 postulieren einen signifikanten Mittelwertsunterschied in den drei Behandlungserwartungsskalen zwischen Patienten mit Hauptschulabschluss/Mittlerer Reife und mit (Fach-)Abitur. Eine Übersicht über die Resultate der t-Tests für unabhängige Stichproben liefert die folgende Tabelle (Tabelle 17).

Tabelle 17: Mittelwertsvergleich der Behandlungserwartungsskalen bei Patienten mit Hauptschulabschluss/Mittlerer Reife und Patienten mit Fachabitur oder Abitur

		M	SD	n	t	p
Gesprächsorientiert	Hauptschulabschluss/ Mittlere Reife	2,76	1,02	225	-1,48	0,14
	(Fach-)Abitur	2,91	0,97	160		
Verhaltensorientiert	Hauptschulabschluss/ Mittlere Reife	2,88	1,00	222	-0,54	0,59
	(Fach-)Abitur	2,94	0,99	160		
Somatisch orientiert	Hauptschulabschluss/ Mittlere Reife	2,18	0,86	222	2,73	0,01
	(Fach-)Abitur	1,96	0,72	158		

Die Hypothesen H6.1 und H6.2 werden abgelehnt. Es besteht kein signifikanter Mittelwertsunterschied in der gesprächsorientierten und der verhaltensorientierten Behandlungserwartungsskala zwischen Patienten mit Haupt- oder Realschulabschluss und Patienten mit (Fach-)Abitur. Dagegen kann die Hypothese H6.3 angenommen werden: Patienten mit höherer Schulbildung haben eine signifikant niedrigere somatisch orientierte Behandlungserwartung als Patienten mit niedrigerer Schulbildung. Allerdings ist dieser Unterschied mit einer Größenordnung von 0,22 im Vergleich zur Standardabweichung von 0,86 bzw. 0,72 eher als klein zu bezeichnen.

5.5. Explorative Auswertungen

Im Rahmen explorativer Auswertungen werden verschiedene Berechnungen vorgenommen, für die es keine Hypothesen gibt. Zunächst werden Korrelationen zwischen der Behandlungserwartung und der Beeinträchtigungsschwere berechnet (5.5.1.). Danach wird eine Varianzanalyse gerechnet, in der als abhängige Variablen die Behandlungserwartungsskalen und als Faktor die psychischen Diagnosen eingehen (5.5.2.). Vor dem Vergleich der Skalenausprägungen der SCL-90-R mit denen der SCL-K-9 (5.5.4.) werden alle möglichen Korrelationen zwischen SCL-90-R-Skalen und den drei Behandlungserwartungsskalen errechnet (5.5.3.). Außerdem werden Korrelationen zwischen den SCL-K-9-Skalen und den Behandlungserwartungen dargestellt (5.5.5.). Im Anschluss an Faktorenanalysen über die SCL-90-R-Items (5.5.6.) werden alle SCL-90-R-Items mit dem GSI korreliert (5.5.7.), um daran anschließend über die Items eine Faktorenanalyse zu rechnen, die innerhalb ihrer jeweiligen Skala die höchste Korrelation zum GSI aufweisen (5.5.8.). Darüber hinaus wird eine Varianzanalyse über die SCL-90-R-Skalen gerechnet mit dem Faktor der psychischen Diagnose (5.5.9.). Abschließend wird die somatische Diagnosegruppe der Adipositas-Patienten im Hinblick auf ihre Behandlungserwartungen und ihre Symptomatik den Patienten der psychischen Diagnosegruppen gegenübergestellt (5.5.10.).

5.5.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Beeinträchtigungsschwere

Wurden mit der Behandlungserwartung und der Symptomatik der Patienten bisher nur von Patienten erhobene Daten verrechnet, so kommen nun mit den Beeinträchtigungsschwerescores vom Therapeuten erfasste Variablen hinzu. Zunächst werden alle Korrelationen zwischen Beeinträchtigungsschwere und Behandlungserwartung dargestellt (Tabelle 18).

Tabelle 18: Korrelation zwischen Beeinträchtigungsschwerescore und Behandlungserwartungsskalen nach Spearman

BSS		Gesprächs- orientierte Maßnahmen	Verhaltens- orientierte Maßnahmen	Somatisch orientierte Maßnahmen
Körperliche Beeinträchtigung	r	-0,24	-0,08	0,22
	p	<0,001	0,10	<0,001
	n	419	414	413
Psychische Beeinträchtigung	r	0,11	0,17	0,08
	p	0,03	<0,001	0,12
	n	419	414	413
Sozial- kommunikative Beeinträchtigung	r	0,10	0,11	0,08
	p	0,051	0,02	0,09
	n	415	410	409

5.5.1.1. Behandlungserwartung und körperliche Beeinträchtigung

Zwischen einer somatisch orientierten Behandlungserwartung und körperlicher Beeinträchtigung besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang, der inhaltlich auch so erwartet werden durfte. Allerdings erreicht die Höhe des Korrelationskoeffizienten mit $r=0,22$ kein substanzielles Ausmaß. Außerdem bemerkenswert ist der zwar ebenfalls nicht substanzielle, aber doch signifikante negative Zusammenhang der gesprächsorientierten Behandlungserwartung zur körperlichen Beeinträchtigung (Tabelle 18).

5.5.1.2. Behandlungserwartung und psychische Beeinträchtigung

Auch die Korrelationen zwischen den Behandlungserwartungsskalen „gesprächsorientiert“ und „verhaltensorientiert“ und einer psychischen Beeinträchtigung sind signifikant. Dennoch kann nicht unerwähnt bleiben, dass die Höhe der Korrelationskoeffizienten mit $r=0.11$ und $r=0.17$ nicht sehr überzeugend ist (Tabelle 18).

5.5.1.3. Behandlungserwartung und sozial-kommunikative Beeinträchtigung

Bei der Zusammenhangsberechnung aus Behandlungserwartung und sozial-kommunikativer Beeinträchtigung erzielt nur die verhaltensorientierte Behandlungserwartung auf 5%-Niveau Signifikanz. Dennoch kann auch in diesem Fall angesichts des niedrigen Korrelationskoeffizienten von einem bedeutsamen Zusammenhang keine Rede sein (Tabelle 18).

Auch wenn fünf der neun Zusammenhangsberechnungen zwischen Beeinträchtigungsschwere und Behandlungserwartung ein signifikantes Ausmaß erreichen, kann aufgrund der relativ niedrigen Korrelationskoeffizienten in allen fünf Fällen dennoch nur von geringer Bedeutsamkeit dieser Zusammenhänge gesprochen werden. Trotzdem erscheint es bemerkenswert, dass gerade die Korrelationen positive Signifikanz erlangen, bei denen die Ebene psychisch bzw. somatisch auf Seiten der Behandlungserwartung und der Beeinträchtigungsschwere übereinstimmt (Tabelle 18).

5.5.2. Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen

Eine weitere vom Therapeuten erhobene Variable ist die Diagnose. Diese spiegelt die Symptomatik des Patienten mittels standardisierter ICD10-Kodierung wider. Mit Hilfe der Therapeutenangaben wurden aus 117 unterschiedlichen psychischen Diagnosen die fünf Diagnosegruppen „Affektive Störung“, „Anpassungsstörung“, „Angststörung“, „dissoziative/somatoforme Störung“ oder „Persönlichkeitsstörung“ gebildet, die die meisten vorkommenden Störungsbilder beinhalten.

Aufgrund verschiedener Vorbefunde (siehe 3.3.) kann davon ausgegangen werden, dass sich die psychischen Diagnosegruppen in den einzelnen Behandlungserwartungsskalen unterscheiden.

Wie in der folgenden Tabelle dargestellt, unterscheiden sich die psychischen Diagnosegruppen allerdings nicht signifikant in gesprächsorientierten und verhaltensorientierten Behandlungserwartungen. Lediglich die somatisch orientierte Behandlungspräferenz erzielt Signifikanz ($p=0,05$). Patienten mit den unterschiedlichen Diagnosen „Affektive Störung“, „Anpassungsstörung“, „Angststörung“, „dissoziative/somatoforme Störung“ oder „Persönlichkeitsstörung“ unterscheiden sich also signifikant in der Dimension somatisch orientierter Behandlungserwartungen. Wie gering die Unterschiede zwischen den Gruppen allerdings auch bei den somatischen Behandlungserwartungen sind, veranschaulichen die Mittelwerte und Standardabweichungen in den Behandlungserwartungsskalen für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen (Tabelle 19).

5. Ergebnisse

Tabelle 19: Behandlungserwartungsskalen in Abhängigkeit von der Diagnose

		M	SD	n
Gesprächs-orientierte Maßnahmen (F = 1,67; p = 0,16)	Depression	3,10	0,90	93
	Anpassungsstörung	3,03	1,13	39
	Angststörung	2,94	0,87	64
	Dissoziative / somatoforme Störung	2,65	0,91	42
	Persönlichkeitsstörung	2,99	1,03	45
	Gesamt	2,97	0,96	283
Verhaltens-orientierte Maßnahmen (F = 1,16; p = 0,33)	Depression	3,09	1,01	92
	Anpassungsstörung	2,81	0,95	40
	Angststörung	3,14	0,88	62
	Dissoziative / somatoforme Störung	2,85	0,97	41
	Persönlichkeitsstörung	3,05	1,08	45
	Gesamt	3,02	0,98	280
Somatisch orientierte Maßnahmen (F = 2,41; p = 0,05)	Depression	2,29	0,86	92
	Anpassungsstörung	2,06	0,70	39
	Angststörung	2,05	0,78	63
	Dissoziative / somatoforme Störung	2,35	0,89	41
	Persönlichkeitsstörung	1,93	0,86	45
	Gesamt	2,15	0,83	280

Es fällt auf, dass Patienten mit somatoformer bzw. dissoziativer Störung auf den Behandlungspräferenzskalen „gesprächsorientiert“ und „verhaltensorientiert“ niedrigere Erwartungen und auf der Skala der somatisch orientierten Behandlungspräferenz die höchsten Werte aufweisen. Diese Tatsache erklärt auch nochmals den vorne beschriebenen hohen Zusammenhang zwischen der SCL-90-R-Skala Somatisierung und einer somatisch orientierten Behandlungserwartung. Dennoch machen die Mittelwerte und Standard-

abweichungen auf den Behandlungspräferenzskalen für die verschiedenen Diagnosegruppen deutlich, dass Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen sich in ihrer Behandlungserwartung kaum unterscheiden.

5.5.3. Zusammenhang zwischen SCL-90-R-Skalen und Behandlungserwartungsskalen

Explorativ soll nun nach weiteren Zusammenhängen zwischen Symptomatik, ausgedrückt in den SCL-90-R-Skalen, und der Behandlungserwartung gefahndet werden. Die Berechnung von Spearman-Rangkorrelationen zwischen allen neun SCL-90-R-Skalen und der Zusatzskala auf der einen und den drei Behandlungserwartungsskalen auf der anderen Seite soll klären, ob die gefundenen signifikanten Zusammenhänge in den hypothesengeleiteten Korrelationsberechnungen spezifisch sind. Aus diesem Grund werden nun sämtliche Korrelationen zwischen allen SCL-90-R-Skalen und den drei Behandlungserwartungsskalen dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die bereits errechneten Zusammenhänge zugunsten der Übersichtlichkeit und zum Vergleich mit den übrigen Korrelationen wiederholt dargestellt werden. Die Signifikanzen werden wiederum zweiseitig errechnet (Tabelle 20).

5. Ergebnisse

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen den Behandlungserwartungsskalen und SCL-90-R-Skalen (Rangkorrelation nach Spearman)

	Gesprächs- orientierte Maßnahmen	Verhaltens- orientierte Maßnahmen	Somatisch orientierte Maßnahmen
Somatisierung	0,10+	0,19***	0,47***
Zwanghaftigkeit	0,38***	0,38***	0,36***
Unsicherheit	0,28***	0,37***	0,21***
Depressivität	0,37***	0,36***	0,34***
Ängstlichkeit	0,35***	0,36***	0,39***
Aggressivität	0,32***	0,27***	0,29***
Phobische Angst	0,21***	0,30***	0,30***
Paranoides Denken	0,25***	0,30***	0,31***
Psychotizismus	0,33***	0,35***	0,33***
Zusatzskala	0,29***	0,27***	0,31***
Gesamtmittelwert	0,36***	0,40***	0,42***

+ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Es ergeben sich bei explorativem Vorgehen fast ausschließlich hochsignifikante Zusammenhänge zwischen den SCL-90-R-Skalen und den drei Behandlungserwartungsskalen. Lediglich die Korrelation zwischen Somatisierung und gesprächsorientierter Behandlungserwartung erreicht nicht das Signifikanzniveau von $p < 0,001$. Wenn man sich die Höhe der jeweiligen Korrelationskoeffizienten betrachtet, so liegen viele unter 0,30, was einer Varianzaufklärung von weniger als 9% entspricht. Außer der hypothesengeleiteten Korrelation zwischen Somatisierung und somatisch orientierter Behandlungserwartung ($r = 0,47$) erreicht kein Korrelationskoeffizient - abgesehen vom GSI - einen Wert von über $r = 0,40$. Auf der anderen Seite erreichen die Behandlungserwartungsskalen selbst zur inhaltlich heterogenen Skala der Zusatzitems, bei denen eigentlich nur eine Auswertung der einzelnen Items Aussagekraft hat, eine ansehnlich hohe Korrelation. Die vielen Signifikanzen

zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik sind zum Teil durch die relativ hohen Fallzahlen (zwischen $n=411$ und $n=421$) zu begründen, die bereits niedrigen Korrelationen zur Signifikanz verhelfen. Wichtig festzustellen ist jedoch, dass diese vielen hochsignifikanten Zusammenhänge zwischen den SCL-90-R-Skalen und den drei Behandlungserwartungsskalen die Aussagekraft der vorne signifikant getesteten Haupthypothesen schmälern, denn offensichtlich gibt es einen unspezifischen Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik. Eine weitere Erklärung des Sachverhalts multipler signifikanter Korrelationskoeffizienten ist eine zustimmende Antworttendenz, die sich dadurch auszeichnet, dass die Patienten allen möglichen und damit auch sehr unterschiedlichen Behandlungsvorschlägen gegenüber offen sind.

5.5.4. Vergleich der SCL-90-R-Skalenausprägung mit der SCL-K-9

Ein Vergleich zwischen den SCL-90-R-Skalenmittelwerten und denen der SCL-K-9 soll Aufschluss über die Validität und über die Vergleichbarkeit der neu entwickelten SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) mit der etablierten SCL-90-R bringen. Dabei fällt auf, dass die Werte der SCL-K-9 auf allen Items und somit auch im Gesamtmittelwert GSI-9 zum Teil deutlich höher liegen als die durchschnittlichen Skalenwerte der SCL-90-R (Abbildung 9).

5. Ergebnisse

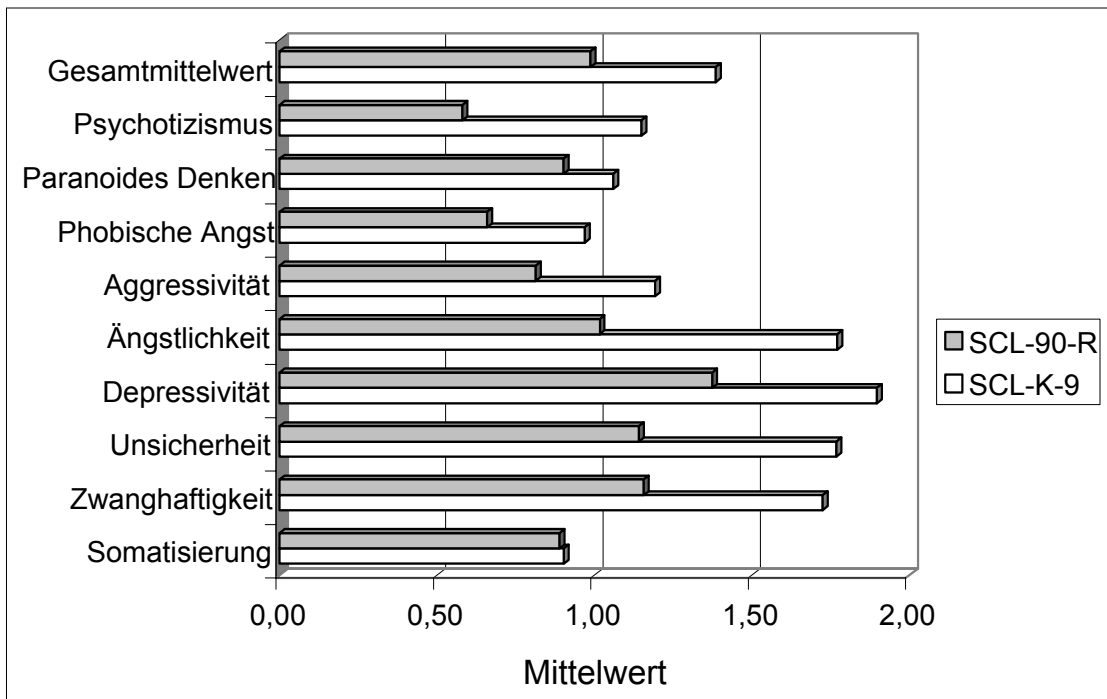


Abbildung 9: Skalenmittelwerte von SCL-90-R und SCL-K-9 im Vergleich

Der Gesamtmittelwert der SCL-K-9 liegt mit einem Wert von 1,39 ungefähr 40% über dem GSI der SCL-90-R (0,99). Dies dürfte daran liegen, dass pro Skala für einen Patienten nicht alle Items bedeutsam sind. Die nicht relevanten Items (Ausprägung 0 oder 1) „ziehen“ den Skalenmittelwert nach unten. Die SCL-K-9-Items hingegen scheinen eine Auswahl relevanter Items darzustellen, wodurch sich die höheren SCL-K-9-Werte im Vergleich zu den Skalenmittelwerten erklären. Deshalb stellt sich die Frage, ob die SCL-K-9 als sinnvolle, weil ökonomische Alternative zur SCL-90-R fungieren kann oder ob sie bereits als Screening-Verfahren aufgrund von Ungenauigkeit überfordert ist.

5.5.5. Zusammenhang zwischen SCL-K-9 und Behandlungserwartungsskalen

In einer weiteren explorativen Auswertung soll der Zusammenhang zwischen den SCL-K-9-Skalen und den drei Behandlungserwartungsskalen errechnet werden, um diese Ergebnisse dann mit denen der SCL-90-R zu vergleichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es bei der SCL-K-9 die Zusatzskala nicht gibt. Außerdem wird der Gesamtmittelwert GSI-9, der dem GSI der SCL-90-R entspricht, als Mittelwert über die neun Items berechnet (Tabelle 21).

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen den Behandlungserwartungsskalen und SCL-K-9-Items (Rangkorrelation nach Spearman)

	Gesprächsorientierte Maßnahmen	Verhaltensorientierte Maßnahmen	Somatisch orientierte Maßnahmen
Somatisierung	0,04	0,10*	0,35***
Zwanghaftigkeit	0,19***	0,23***	0,27***
Unsicherheit	0,36***	0,28***	0,22***
Depressivität	0,31***	0,33***	0,32***
Ängstlichkeit	0,33***	0,31***	0,30***
Aggressivität	0,28***	0,17***	0,21***
Phobische Angst	0,29***	0,28***	0,21***
Paranoides Denken	0,16**	0,22***	0,20***
Psychotizismus	0,27***	0,30***	0,21***
Gesamtmittelwert	0,37***	0,37***	0,37***

+ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Auch die Korrelationen zwischen den Behandlungserwartungsskalen und den SCL-K-9-Items erlangen zumeist ein Signifikanzniveau von $p < 0,001$. Beim Vergleich zwischen den Korrelationskoeffizienten der SCL-90-R im Zusammenhang mit der Behandlungserwartung und denen der SCL-K-9 fällt auf, dass erstere fast in allen Fällen und teilweise um ein halbes bis über ein

Zehntel größer sind. Einen höheren Zusammenhang erreicht die SCL-K-9 zur gesprächsorientierten Behandlungserwartung auf den Skalen GSI-9, Unsicherheit und Phobische Angst und zur somatisch orientierten Behandlungserwartung auf der Skala Unsicherheit. Die SCL-90-R steht also insgesamt in einem höheren Zusammenhang zur Behandlungserwartung als die SCL-K-9 und kann so ein größeres Ausmaß an Varianz der Behandlungserwartungsskalen aufklären. Dies ist möglicherweise ein wichtiger Aspekt der für die SCL-90-R und gegen die Kurzversion SCL-K-9 spricht. Allerdings kann dieser Sachverhalt auch methodisch durch größere Reliabilität und größere Varianz der SCL-90-R-Skalen im Vergleich zu den Einzelitems der SCL-K-9 erklärt werden.

5.5.6. Faktorenanalyse über die SCL-90-R-Items

Um zu untersuchen, inwieweit sich die SCL-90-R-Items nicht nur inhaltlich, sondern auch statistisch den einzelnen Skalen zuordnen lassen, wird eine Faktorenanalyse mit Hauptkomponentenmethode über alle 90 Items der Symptom Check List gerechnet. Das Eigenwertkriterium wird auf 1 festgelegt. Dabei ergeben sich 19 Faktoren, deren Eigenwert größer als 1 ist. Allerdings konzentrieren sich die meisten Items auf einen Hauptfaktor, der 30,5% der Varianz aufklärt. Die Faktoren 2 bis 7 erreichen absteigend noch Beiträge zur Varianzaufklärung von 5,3% bis 2,1% (Anhang D, Tabelle 1). 73 der 90 SCL-Items haben ihre höchste Ladung auf dem ersten Faktor und 7 Items auf dem zweiten Faktor (Anhang D, Tabelle 2). Bei Errechnung einer Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation und der Vorgabe einer 9 Faktorenlösung - angelehnt an die 9 SCL-90-R-Skalen - ergibt sich ein etwas anderes Bild: die Varianzaufklärung der neun Faktoren ist etwas ausgeglichener, so dass der erste Faktor 14,2% der Varianz aufklärt und die Faktoren 2 bis 7 absteigend 6,8% bis 2,5%, was einer gesamten Varianzaufklärung von 53,5% entspricht (Anhang D,

Tabelle 3). Betrachtet man, welche Items auf welchen Faktoren am höchsten laden, so stellt sich ein heterogenes Bild dar: Auch wenn sich die neun Skalen der SCL nicht sauber darstellen lassen, so bilden sich doch zumindest teilweise Skalen oder Skalenkombinationen in den Faktoren ab. Auf dem ersten Faktor laden vor allem Depressivitäts- und Zwanghaftigkeitsitems hoch. Der zweite Faktor stellt fast in Reinform die Skala Somatisierung dar, der dritte und vierte Faktor bilden ansatzweise die Skalen Unsicherheit und Ängstlichkeit/Phobische Angst ab. Auf den Faktoren fünf bis neun laden hauptsächlich Items aus den Skalen Paranoides Denken, Psychotizismus, Aggressivität, Zusatzskala und Zwanghaftigkeit, wobei aufgrund von Heterogenität und geringer Itemzahl (Faktor 8 mit 4 Items, Faktor 9 mit 2 Items) die Abbildung der SCL-Skalen durch diese Faktoren in Frage gestellt ist (Anhang D, Tabelle 4).

Insgesamt muss deshalb die Kritik an der SCL-90-R ernst genommen werden: Während der Fragebogen ein hohes Maß an zeitlichem Aufwand beim Ausfüllen erfordert (90 Items mit jeweils 5 Kategorien), lassen sich die neun Skalen nur unzureichend faktorenanalytisch abbilden (vgl. Harfst et al., 2002). Viele der Items messen trotz theoretischer Einteilung in neun Skalen letztendlich nur die globale psychische Belastung (Klaghofer & Brähler, 2001). Deshalb sind Bestrebungen zur ökonomischeren Umgestaltung des Verfahrens sinnvoll und notwendig.

Als grafisches Vorgehen zur Beantwortung der Frage, wie viele Faktoren sich aus den 90 Items heraus sinnvoll ergeben, bietet sich ein Screeplot an, in dem die Faktoren mit ihrem jeweiligen Eigenwert aufgetragen werden (Abbildung 10).

In der Abbildung zeigt sich ein dezenter Knick im Verlauf der Eigenwertkurve zwischen den Faktoren 5 und 6. Dieser diskontinuierliche Verlauf soll als Kriterium für eine 5-Faktorenlösung dienen, die möglicherweise mit einer relativ hohen Varianzaufklärung am besten die Einzelitems den Faktoren zuzuordnen vermag.

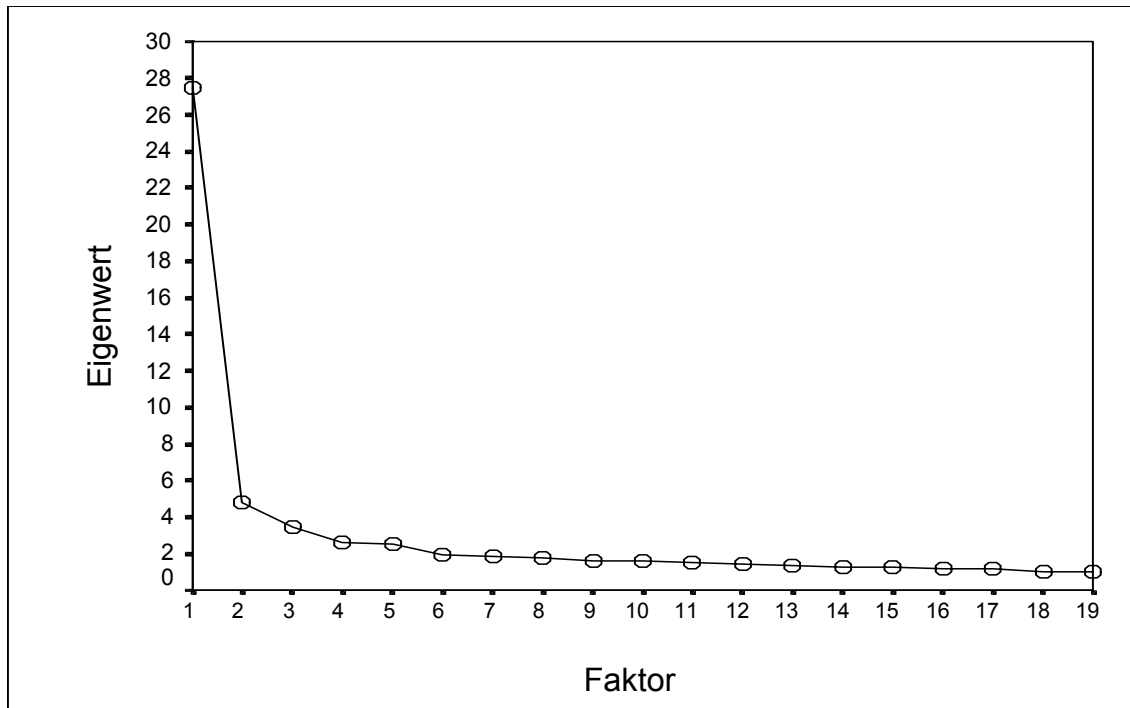


Abbildung 10: Screeplot der 19 Faktoren mit Eigenwert größer als 1

Eine Faktorenanalyse über die SCL-90-R-Items mit Varimax-Rotation und 5-Faktorenlösung führt zu einer Varianzaufklärung von insgesamt 45,4%. Dabei trägt der 1. Faktor 14,7% und der 5. Faktor immerhin noch 6,9% zur Aufklärung der Varianz bei (Anhang D, Tabelle 5). Die fünf Faktoren bilden recht gut verschiedene Skalen bzw. Skalenkombinationen ab. Dennoch stellen sich mit Ausnahme des dritten Faktors, der der Skala Somatisierung entspricht, fast alle Faktoren heterogen dar, was bei Items aus neun Skalen und einer 5-Faktorenlösung allerdings auch wenig verwunderlich ist. Während der Faktor 1 Items aus den Skalen Depressivität und Zwanghaftigkeit abbildet, stellt sich der 2. Faktor mit Items aus fast allen Skalen recht uneinheitlich dar. Die meisten Items stammen aus den Skalen Aggressivität, Paranoides Denken und Psychotizismus. Der 3. Faktor beinhaltet zum Großteil Somatisierungsitems. In den Faktoren 4 und 5 dominieren Items aus den Skalen Unsicherheit/Phobische Angst und Ängstlichkeit/Phobische Angst (Anhang D, Tabelle 6).

Aufgrund der überwiegend homogenen Dimensionen und weil bei der 9-Faktorenlösung auf den hinteren Faktoren nur noch relativ wenige Items hoch laden, stellt sich die 5-Faktorenlösung mit Varimax-Rotation am sinnvollsten dar.

5.5.7. Zusammenhang zwischen SCL-90-R-Items und GSI

Eine Methode, die SCL-90-R ökonomischer zu gestalten, besteht darin, für die einzelnen Skalen die Items mit hoher Korrelation zum Gesamtmittelwert GSI auszuwählen (Klaghofer & Brähler, 2001). Dieses Vorgehen wird auf die hier vorliegende Stichprobe übertragen, indem der Zusammenhang zwischen allen 90 einzelnen Items und dem Gesamtmittelwert GSI mittels Spearman-Rangkorrelationen errechnet wird (Anhang C, Tabellen 1-10). Einen Vergleich der Korrelationskoeffizienten der SCL-K-9-Konstruktionsstichprobe mit unseren Items liefert die folgende Tabelle (Tabelle 22).

Tabelle 22: Vergleich der SCL-K-9-Items aus der Konstruktionsstichprobe mit den durch Höhe der Korrelation zum GSI hier ermittelten Items

SCL-90-R-Skala	Items mit größter Korrelation zum GSI (r)	SCL-K-9-Items der Konstruktionsstichprobe (r)	SCL-K-9-Items der Konstruktionsstichprobe in unserer Stichprobe (r)
Somatisierung	scl56 (0,53)	scl58 (0,57)	scl58 (0,43)
Zwanghaftigkeit	scl3 (0,68)	scl28 (0,65)	scl28 (0,62)
Unsicherheit	scl34 (0,68)	scl34 (0,66)	scl34 (0,68)
Depressivität	scl31 (0,73)	scl31 (0,66)	scl31 (0,73)
Ängstlichkeit	scl2 (0,67)	scl57 (0,65)	scl57 (0,66)
Aggressivität	scl11 (0,58)	scl24 (0,62)	scl24 (0,58)
Phobische Angst	scl50 (0,57)	scl75 (0,58)	scl75 (0,54)
Paranoides Denken	scl18 (0,60)	scl43 (0,63)	scl43 (0,57)
Psychotizismus	scl77 (0,65)	scl77 (0,65)	scl77 (0,65)

Die Größe der Korrelationskoeffizienten unserer Stichprobe reicht von $r=0,53$ (Skala Somatisierung) bis $r=0,73$ (Skala Depressivität). Damit ist die Größenordnung der Korrelationskoeffizienten zwischen unseren Items mit größter Korrelation zum GSI und denjenigen der SCL-K-9-Konstruktionsstichprobe vergleichbar. Betrachtet man allerdings, welche Items es bei unserer Stichprobe sind, die skalenbezogen am höchsten mit dem Gesamtmittelwert korrelieren, so findet sich eine Übereinstimmung zu den Items der Konstruktionsstichprobe der SCL-K-9 nur in drei der neun Skalen. Dies sind die Items der Skalen Unsicherheit (scl34), Depressivität (scl31) und Psychotizismus (scl77). Wenn man sich jedoch die Korrelationskoeffizienten der Items zum GSI betrachtet, die bei Klaghofer und Brähler (2001) die höchste Korrelation erzielten, so erreichen diese Items auch bei unserer Stichprobe recht ansehnliche Werte. Lediglich der Wert des Somatisierungsitem (scl58) liegt mit $r=0,43$ deutlich unter dem Item, das den höchsten Zusammenhang zum GSI erreicht (scl56, $r=0,53$).

Im großen und ganzen bestätigt die hier vorliegende Stichprobe also die Items der SCL-K-9-Konstruktionsstichprobe, wenn auch mehrere Items für die einzelnen Skalen in Frage zu kommen scheinen. Um der Skala Somatisierung, für die bereits an mehreren Stellen dieser Arbeit eine herausragende Rolle beschrieben wurde, gerecht zu werden, sollte allerdings mehr als nur ein Item verwendet werden, zumal das Item von Klaghofer und Brähler (2001) in unserer Untersuchung keine Bestätigung findet.

5.5.8. Faktorenanalyse über die SCL-K-9-Items

Es wird nun eine Faktorenanalyse über die gerade ermittelten 9 Items mit größtem Zusammenhang zum SCL-90-R-Gesamtmittelwert gerechnet. Diese soll Aufschluss über die Homogenität dieser ausgewählten Items geben. Außerdem steht diese Auswertung im Vergleich zu der Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items und konkurriert quasi mit dieser um die Höhe der Varianzaufklärung.

Die Faktorenanalyse über die 9 Items mit größtem Zusammenhang zum GSI unserer Stichprobe ergibt eine 1-Faktorlösung mit 46% Varianzaufklärung bei einem Eigenwertkriterium von 1 (Anhang D, Tabelle 7). Die 9 Items messen somit homogen die globale psychische Belastung. Darüber hinaus klärt dieser eine Faktor mehr Varianz auf als die ersten 5 Faktoren der Faktorenanalyse über alle 90 Items (Anhang D, Tabelle 1). Im Vergleich dazu ergibt eine Faktorenanalyse über die von Klaghofer & Brähler (2001) ermittelten Items, die sie zur SCL-K-9 zusammengefasst haben, bei einem Eigenwertkriterium von 1 eine 2-Faktorenlösung. Der erste Faktor klärt 43% der Varianz auf, der zweite 11% (Anhang D, Tabelle 9). Somit ergibt sich eine höhere Gesamtvarianzaufklärung und eine geringere Homogenität als bei der Faktorenanalyse über die Items, die in der hier untersuchten Stichprobe skalenbezogen den höchsten Zusammenhang zum GSI aufweisen.

Die Items, die innerhalb ihrer jeweiligen SCL-90-R-Skala den höchsten Zusammenhang zum „global severity index“ (GSI) aufweisen, können damit zu Recht als ökonomisches Screening-Verfahren zur Messung psychischer Belastung herangezogen werden.

5.5.9. Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen über die SCL-90-R-Skalen

Eine weitere Auswertung soll aufklären, inwieweit die Symptomangaben der Patienten in der SCL-90-R mit den in Diagnose-Kodierung umgewandelten Symptomangaben der Therapeuten über die Patienten übereinstimmen. Es stellt sich die Frage, ob sich die verschiedenen psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen SCL-90-R-Skalen unterscheiden. Zu diesem Zweck wird eine ANOVA gerechnet mit der therapeutischen Diagnose als Faktor und den SCL-90-R-Skalen inklusive globaler psychischer Belastung (GSI) als abhängige Variablen.

Dabei zeigen sich diverse Unterschiede in der Mittelwertausprägung der Diagnosegruppen auf verschiedenen SCL-90-R-Skalen (Anhang E, Tabelle 1). Bei Betrachtung der p-Werte dieser ANOVA zeigen sich verschiedene überzufällige Ergebnisse (Anhang E, Tabelle 2), von denen diejenigen Skalen mit einem p-Wert $<0,01$ und die GSI-Werte nach Diagnosegruppen nun tabellarisch dargestellt werden (Tabelle 23).

5. Ergebnisse

Tabelle 23: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychischen Hauptdiagnosegruppen in ausgewählten SCL-90-R-Skalen

		M	SD	n
(F=3,44; p=0,009)	Somatisierung			
	Affektive Störung	0,83	0,74	95
	Anpassungsstörung	0,91	0,67	43
	Angststörung	0,95	0,73	66
	Dissoziative/ somatoforme Störung	1,32	0,87	43
	Persönlichkeitsstörung	0,85	0,73	46
	Gesamt	0,94	0,76	293
(F=3,50; p=0,008)	Unsicherheit			
	Affektive Störung	1,44	0,88	95
	Anpassungsstörung	1,05	0,76	43
	Angststörung	1,07	0,80	66
	Dissoziative/ somatoforme Störung	1,03	0,85	43
	Persönlichkeitsstörung	1,38	0,92	46
	Gesamt	1,23	0,86	293
(F=4,36; p=0,002)	Depressivität			
	Affektive Störung	1,77	0,89	95
	Anpassungsstörung	1,45	0,79	43
	Angststörung	1,24	0,76	66
	Dissoziative/ somatoforme Störung	1,43	1,01	43
	Persönlichkeitsstörung	1,75	0,98	46
	Gesamt	1,55	0,90	293
(F=4,60; p=0,001)	Phobische Angst			
	Affektive Störung	0,74	0,82	95
	Anpassungsstörung	0,47	0,55	43
	Angststörung	1,17	1,07	66
	Dissoziative/ somatoforme Störung	0,71	0,98	43
	Persönlichkeitsstörung	0,71	0,89	46
	Gesamt	0,79	0,91	293
(F=0,89; p=0,468)	Gesamt- mittelwert			
	Affektive Störung	1,17	0,63	95
	Anpassungsstörung	1,02	0,57	43
	Angststörung	1,03	0,54	66
	Dissoziative/ somatoforme Störung	1,10	0,71	43
	Persönlichkeitsstörung	1,19	0,68	46
	Gesamt	1,11	0,63	293

Die Signifikanz unter Somatisierung kommt durch den erhöhten Mittelwert der Patienten mit dissoziativer/somatoformer Störung (1,32) zustande, der deutlich über dem Gesamtmittelwert auf der Skala Somatisierung (0,94) liegt. Die Skala Unsicherheit führen Patienten mit affektiven Störungen an (1,44), gefolgt von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (1,38). Die anderen drei Gruppen liegen mit Werten knapp über „1“ deutlich darunter. Was den Symptomkomplex Depressivität angeht, so sind die hohen Werten der affektiv gestörten Patienten (1,77) nicht verwunderlich. Dass die persönlichkeitsgestörten die gleiche Größenordnung erreichen (1,75) ist allerdings bemerkenswert (vgl. Faller & Goßler, 1998). Wenig überraschend ist, dass Angstpatienten den höchsten Mittelwert (1,17) auf der Skala Phobische Angst erzielen, wodurch diese Skala einen signifikanten p-Wert bezüglich der Unterschiedlichkeit der Diagnosegruppen erlangt. Im Gesamtmittelwert GSI unterscheiden sich die Gruppen allerdings nicht signifikant voneinander.

Wie bereits unter 5.1.2.1. angedeutet, fällt auf, dass die Probanden unter einer relativ geringen Ausprägung ihrer Symptomatik leiden. Dies lässt sich nun auch für die einzelnen Diagnosegruppen sagen. Sie unterscheiden sich - wenn auch varianzanalytisch teilweise signifikant - in absoluten Werten nur wenig voneinander. Ein Unterschied zwischen den einzelnen psychischen Diagnosegruppen in der Größenordnung von einem halben Skalenwert ist eher Ausnahme als Regel. Die Mittelwerte der Patienten liegen auch innerhalb der Diagnosegruppen meist um den Wert „1“ („ein wenig“). Selten erreicht eine Diagnosegruppe auf einer SCL-90-R-Skala einen Wert, der in Richtung „2“ („ziemlich“) reicht. Die Patienten äußern somit über fast alle Skalen hinweg eher geringe Beschwerden, selbst dann wenn ihre Symptomatik in Items einer speziellen SCL-90-R-Skala thematisiert wird.

In der SCL-90-R werden die einzelnen Störungen über mehrere Items erhoben, die dann zu den jeweiligen Skalen zusammengefasst werden. Im Vergleich dazu sollen in die Fragestellung nach der Unterschiedlichkeit der

Diagnosegruppen bezüglich ihrer Symptomatik nun die Ergebnisse der SCL-K-9 und die der vorne extrahierten hoch zum GSI korrelierenden Items eingehen. In beiden Fällen zeigen sich für einzelne Diagnosegruppen zum Teil Symptomausprägungen von „2“ („ziemlich“) und größer. Damit liegt die Ausprägung von Symptomen in der SCL-K-9 und den einzelnen Items der hier untersuchten Stichprobe für einzelne Diagnosegruppen über den mittleren Skalenwerten der SCL-90-R. Die einzelnen Items scheinen somit die Symptomatik der Patienten direkter anzusprechen und besser abzubilden als die gemittelten SCL-90-R-Skalen mit ihren jeweils 6 bis 13 verschiedenen Items. Allerdings wird die gesamte Anzahl an Signifikanzen und deren Höhe nicht gesteigert. Stattdessen finden sich in der ANOVA über die SCL-90-R die meisten signifikanten und die höchsten F-Werte (vgl. Anhang E, Tabelle 1-6). Somit erzielen die einzelnen Items der SCL-K-9 und die hier nach gleicher Methode extrahierten Items zwar höhere Symptomwerte, jedoch schaffen sie es nicht so deutlich wie die SCL-90-R-Skalen, zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen, was die Unterschiedlichkeit der Symptomausprägung angeht, zu differenzieren. Dies dürfte daran liegen, dass die SCL-90-R-Skalen viel reliabler als die SCL-K-9-Items sind.

5.5.10. Vergleich der Psychotherapiepatienten mit Adipositas-Patienten

Wie bereits beschrieben, lassen sich 283 Klienten (36,4%) den mehrfach beschriebenen fünf Hauptdiagnosegruppen nicht zuordnen. 102 (13,1%) dieser Probanden erhalten keine psychische Diagnose (siehe 5.1.2.2.). Die Mehrzahl dieser 102 Personen sind Adipositas-Patienten (49), die vor einer gastric-banding-Operation ein psychodiagnostisches Gespräch führen müssen. Insgesamt befinden sich in der Untersuchungsstichprobe 76 (9,8%) Adipositas-Patienten, die teilweise eine psychische Zusatzdiagnose (v.a. affektive Störung) erhalten. Außerdem umfasst die Stichprobe Patienten mit Niereninsuffizienz,

5. Ergebnisse

die sich vor der Nierentransplantation einem Gespräch mit einem Psychotherapeuten unterziehen. Diese Patientengruppe bleibt allerdings aufgrund mangelnden Umfangs (n=14, 1,8%) bei der folgenden Auswertung unberücksichtigt.

Die Adipositas-Patienten hingegen werden als homogene Stichprobe, bei der die somatische Diagnose im Vordergrund steht, mit den Patienten mit einer psychischen Diagnose auf den Skalen der Behandlungserwartung und auf den SCL-90-R-Skalen verglichen. (Tabelle 24).

Tabelle 24: Mittelwerte und Standardabweichungen der Behandlungserwartungen bei Adipositas-Patienten und Psychotherapiepatienten (t-Test)

Behandlungserwartung	Patientengruppe	M	SD	n	t	p
Gesprächsorientiert	Psychotherapie	2,96	0,96	358	7,31	<0,001
	Adipositas	1,99	0,98	63		
Verhaltensorientiert	Psychotherapie	2,93	1,00	353	2,47	0,014
	Adipositas	2,59	1,00	63		
Somatisch orientiert	Psychotherapie	2,09	0,81	352	0,15	0,885
	Adipositas	2,08	0,85	63		

Die Adipositas-Patienten unterscheiden sich in zwei Behandlungserwartungsskalen signifikant von den Psychotherapiepatienten. Während sich bei der somatisch orientierten Behandlungserwartung kein Gruppenunterschied ergibt, weisen die Psychotherapiepatienten auf den Skalen gesprächsorientierte und verhaltensorientierte Behandlungserwartung signifikant höhere Werte auf, wobei vor allem der Unterschied in der gesprächsorientierten Behandlungserwartung ausgesprochen groß ist.

Beim Vergleich der beiden Patientengruppen in den SCL-90-R-Skalen findet sich bei diversen Skalen ein signifikanter Unterschied (Tabelle 25).

5. Ergebnisse

Tabelle 25: Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-90-R-Skalen bei Adipositas-Patienten und Psychotherapiepatienten (t-Test)

SCL-90-R-Skala	Patientengruppe	M	SD	n	t	p
Somatisierung	Psychotherapie	0,87	0,73	371	-1,03	0,306
	Adipositas	0,97	0,72	67		
Zwanghaftigkeit	Psychotherapie	1,24	0,82	372	5,98	<0,001
	Adipositas	0,69	0,68	67		
Unsicherheit	Psychotherapie	1,16	0,85	371	0,96	0,337
	Adipositas	1,05	0,91	67		
Depressivität	Psychotherapie	1,45	0,90	371	4,23	<0,001
	Adipositas	0,95	0,86	67		
Ängstlichkeit	Psychotherapie	1,11	0,82	372	7,61	<0,001
	Adipositas	0,49	0,57	67		
Aggressivität	Psychotherapie	0,87	0,77	371	4,76	<0,001
	Adipositas	0,48	0,60	67		
Phobische Angst	Psychotherapie	0,68	0,83	371	1,48	0,140
	Adipositas	0,52	0,85	67		
Paranoides Denken	Psychotherapie	0,93	0,87	371	1,58	0,115
	Adipositas	0,75	0,73	67		
Psychotizismus	Psychotherapie	0,62	0,57	369	4,33	<0,001
	Adipositas	0,35	0,45	67		
Zusatzskala	Psychotherapie	1,16	0,77	371	5,01	<0,001
	Adipositas	0,70	0,67	67		
Gesamtmittelwert	Psychotherapie	1,04	0,62	371	3,87	<0,001
	Adipositas	0,72	0,60	67		

Bei den SCL-90-R-Skalen erzielen die Psychotherapiepatienten mit Ausnahme der Skala Somatisierung auf allen Skalen höhere Werte als die Adipositas-Patienten. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen stellt sich für die SCL-90-R-Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit,

Aggressivität, Psychotizismus und Zusatzskala ein. Auch bei der globalen psychischen Belastung (GSI) erreichen die Psychotherapiepatienten (1,04) einen signifikant höheren Wert als die adipösen Patienten (0,72).

Im Vergleich dazu liefert ein Vergleich der beiden Gruppen mittels SCL-K-9 mit Ausnahme des Items Zwanghaftigkeit ausschließlich signifikante Ergebnisse. Dabei erreichen die Adipositas-Patienten nicht nur auf dem Item Somatisierung, sondern auch auf dem Item Paranoides Denken (scl43: Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden) signifikant höhere Werte. Auf den übrigen SCL-K-9-Skalen liegen die psychotherapeutischen Patienten mit ihren Werten über denjenigen der Adipösen (vgl. Anhang F, Tabelle 1/2).

Somit ermöglichen die Einzelitems der SCL-K-9 eine bessere Differenzierung zwischen den beiden Patientengruppen Adipositas-Patienten und Psychotherapiepatienten, als es die SCL-90-R vermag.

6. Diskussion

Nach der Diskussion methodischer Aspekte (6.1.) wird der Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen diskutiert (6.2.). Danach wird der Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik erläutert und interpretiert (6.3.). Daran anschließend werden die Ergebnisse der explorativen Auswertung zusammenfassend vorgestellt und diskutiert (6.4.). Schließlich werden Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen gezogen (6.5.).

6.1. Methodische Aspekte

Insgesamt müssen einige methodische Aspekte zur Sprache kommen, die zu Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse führen.

Zunächst muss erwähnt werden, dass sich die Patientenstichprobe in der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu ähnlichen Stichproben hinsichtlich soziodemografischer Variablen als äußerst vergleichbar darstellt. Demnach sind nämlich Frauen und jüngere Menschen in der ambulanten Psychotherapie überrepräsentiert (Faller et al., 1997, Scheidt et al., 1998). Die Gründe dafür werden noch zu diskutieren sein.

Kritisch in Betracht gezogen werden muss der geringe Rücklauf der Patientenbogen. Neben der oben erwähnten Vorselektion einer psychotherapeutischen Stichprobe, führt die weniger als 50% betragende Teilnahme-rate auf Seiten der Patienten zu einer weiteren Selektion des Patientenkollektivs. Möglicherweise verbleiben dadurch gerade motivierte Patienten mit hohen psychischen Behandlungserwartungen in unserer Stichprobe, wodurch sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik eher einstellt. In jedem Fall fällt auf, dass sowohl Behandlungserwartungsskalen als auch die SCL-90-R-Skalen jeweils sehr hoch

interkorrelieren (Anhang C, Tabellen 14 und 15). Das deutet auf eine unspezifische Symptomatik hin, die zudem nicht allzu stark ausgeprägt ist (siehe 5.1.2.1.), und spricht außerdem für eine gewisse Ja-Sage-Tendenz bei den Behandlungserwartungen. Dieser Befund einer undifferenzierten und hohen Behandlungserwartung wurde für das psychotherapeutische Klientel wiederholt beschrieben (Nübling, 1991, Overall & Aronson, 1963) und verdeutlicht umso mehr die Notwendigkeit einer Thematisierung der Behandlungserwartungen des Patienten beim ersten Therapeut-Patienten-Kontakt, um den Patienten vor falschen und unrealistischen Erwartungen mit der möglichen Konsequenz eines Behandlungsabbruchs (Ruff & Werner, 1987, Overall & Aronson, 1963) zu bewahren. Auch die Subgruppe der „unersättlichen“ Psychotherapiepatienten (Peters & Löwenberg, 1993) kann von einer thematischen Fokussierung der Behandlungserwartungen sicher nur profitieren.

Außerdem muss eine mangelnde Reliabilität der Diagnosen durch die Therapeuten zumindest in Erwägung gezogen werden. Da die Therapeuten keine einheitliche Einweisung in das Stellen der Diagnosen erhalten hatten, könnte sich neben allgemein interindividuellen Unterschieden bei der Diagnostik möglicherweise auch ein gewisser Effekt der unterschiedlichen Therapie-schulen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie bemerkbar machen (Faller et al., 2000b).

Ein weiterer kritischer Aspekt betrifft den Behandlungserwartungsfragebogen, dessen Konstruktion vergleichbar mit der der SCL-90-R neben faktorenanalytischen Kriterien vor allem auch inhaltlichen Ansprüchen gerecht werden sollte. Ein Vorwurf, den man dem Behandlungserwartungsfragebogen allerdings nicht, der SCL-90-R hingegen schon machen kann, ist die geringe Sensitivität für somatoforme Störungen (Geiser et al., 2000). Über eine stärkere Einbeziehung somatischer Symptome in ein Instrument zur Erfassung psychischer Belastung wird noch zu diskutieren sein.

Ein prinzipieller Kritikpunkt an jedem Fragebogenverfahren betrifft die Validität, die oftmals - beispielsweise durch Verzerrungen aufgrund sozial erwünschter Antworttendenzen - nur mangelhaft ist. Auch in unserem Fall kann dies nicht ausgeschlossen werden, zumal eine schwache Ausprägung der SCL-90-R-Skalenwerte im Gesamtmittelwert und - was noch bemerkenswerter ist - auch diagnosespezifisch (siehe 5.5.9.) auffällt.

Umso mehr muss bei aller methodischer Kritik betont werden, dass die Patienten signifikant zumindest zwischen somatischer und psychischer Behandlungserwartung differenzieren und es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik gibt.

6.2. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und soziodemografischen Variablen

Die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen soziodemografischen Variablen und Behandlungserwartung bietet die Chance, letztere besser zu verstehen und einzuordnen.

Das Geschlecht des Patienten stellt sich in früheren Untersuchungen bezüglich der Erwartung einer jeweiligen Behandlung widersprüchlich dar (Schneider et al., 1990a, Faller, 1998). In dieser Arbeit konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und Behandlungserwartung gefunden werden. Der Grund dafür liegt möglicherweise in einer Vorselektion, durch die nur psychotherapeutisch interessierte oder motivierte Personen sich an eine psychotherapeutische Ambulanz wenden und einen Fragebogen ausfüllen. Dafür spricht auch das unausgeglichene Geschlechterverhältnis mit über 60% Frauenanteil. Frauen beschreiben sich nämlich im allgemeinen psychischer Symptomatik und psychotherapeutischer Behandlung gegenüber offener, was durch eine eher psychogene Attribution von Symptomursachen infolge unterschiedlicher Sozialisationsprozesse bei Männern und Frauen erklärbar ist (Thebaldi et al., 1996).

Hingegen konnte zwischen der Variable Alter und einer somatisch orientierten Behandlungserwartung der postulierte signifikante Zusammenhang gefunden werden. Ältere Patienten haben somit verstärkt somatische Behandlungserwartungen. Darüber hinaus ist es wichtig anzumerken, dass die Stichprobe von Patienten, die Kontakt mit einer psychotherapeutischen Ambulanz aufnehmen, auch was die Variable Alter angeht, kein repräsentatives Bevölkerungsabbild darstellt. Auch wenn die Frage offen ist, dürfte in der Allgemeinbevölkerung ein organisch-medizinisches Krankheitskonzept und mit diesem eine somatische Behandlungserwartung - gerade auch bei älteren Menschen - noch stärker anzutreffen sein, als dies für die älteren Patienten der hier untersuchten Stichprobe zutrifft. In psychotherapeutischen Kollektiven überwiegen nämlich jüngere Patienten, so dass der gefundene Zusammenhang zwischen einer somatischen Behandlungserwartung und dem Alter in der unter anderem durch niedrigeres Alter vorselektierten Stichprobe der Psychotherapie-klienten umso bemerkenswerter erscheinen muss. Es gibt verschiedene Erklärungen dafür, dass ältere Männer weniger aufgeschlossen für eine psychotherapeutische Behandlung sind und eher eine somatische Behandlung erwarten. Zum einen kommt es im Alter zu einer tatsächlichen Zunahme von körperlichen Beschwerden (Peters & Löwenberg, 1993), was eine somatische Behandlungserwartung als durchaus angemessen erscheinen lässt. Zum anderen spielen aber auch irrationale Faktoren eine Rolle: eine psychische Störung kann als Stigma, eine Organdiagnose dagegen als sozial akzeptierte Entlastung von Verpflichtungen verstanden werden (Schneider et al., 1990a). Danach müssten ältere Menschen eine größere Stigmatisierungsfurcht haben, was aufgrund von konventionellerem Verhalten im Vergleich zu jüngeren Menschen durchaus realistisch erscheint.

Als weitere soziodemografische Variable wurde die Schulbildung - dichotomisiert zwischen Hauptschul-/Realschulabschluss und (Fach-)Abitur - untersucht. Dabei unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant nur in der somatisch orientierten Behandlungserwartung. Es muss aber festgehalten

werden, dass die in der Literatur beschriebene Richtung des Zusammenhangs in allen drei Fällen eintrat. So erzielten Patienten mit niedrigerem Schulabschluss im Mittel höhere Werte auf der Skala somatischer Behandlungserwartung und niedrigere Werte auf den Skalen psychischer Behandlungserwartung. Der Unterschied ist für verhaltensorientierte Maßnahmen ausgesprochen gering und für gesprächsorientierte Behandlungserwartung etwas deutlicher.

Es ist also die somatische Behandlungspräferenz, die am besten zwischen verschiedenen soziodemografischen Patientengruppen zu differenzieren vermag.

Soziodemografische Variablen spielen eine wichtige Rolle für das Verständnis der Behandlungserwartung von Psychotherapiepatienten. Die Chance, die sich aus den gefundenen Zusammenhängen ergibt, besteht darin, in Abhängigkeit von der Person des jeweiligen Patienten mit der einen oder anderen Behandlungserwartung zu rechnen. Dieses Wissen wiederum ermöglicht, den individuellen Patienten mit seinen speziellen Erwartungen ernstzunehmen und eventuell spezifische Interventionen durchzuführen.

6.3. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik

Die zwölf aufgestellten Haupthypothesen können allesamt angenommen werden. Diese Hypothesen haben ausgewählte Zusammenhangsberechnungen zwischen Behandlungserwartungsskalen und SCL-90-R-Skalen zur Folge. Allerdings hat sich bei explorativer Auswertung herausgestellt (siehe 5.5.3.), dass diese multiplen signifikanten Korrelationen weniger auf die Zusammenhänge einzelner spezieller Skalen, sondern auf einen globalen Zusammenhang von Behandlungserwartung und Symptomatik zurückzuführen sind. Die Bedeutsamkeit der Korrelationen, die sich in der Höhe des Korrelationskoeffizienten bemerkbar macht, ist hingegen nicht bei allen

Zusammenhangsberechnungen vorhanden. Heraus sticht in jedem Fall die Korrelation zwischen somatisch orientierter Behandlungserwartung und SCL-90-R-Skala Somatisierung, welche mit $r=0,47$ ein substantielles Ausmaß erreicht. Aufgrund deutlich niedrigerer Werte zwischen Somatisierung und den anderen beiden Behandlungserwartungsskalen kann die genannte Korrelation sogar als relativ spezifisch bezeichnet werden. Die Relativierung rührt daher, dass auch der Zusammenhang der Skala Somatisierung zu verhaltensorientierten Maßnahmen – wenn auch auf niedrigerem Niveau – Signifikanz erzielt. Trotzdem führt keine andere SCL-90-R-Skala zu einer so großen Differenzierung zwischen den psychischen Skalen gesprächs- und verhaltensorientierte Behandlungserwartung auf der einen und der somatischen Behandlungserwartungsskala auf der anderen Seite wie die SCL-Skala Somatisierung. Dieses Ergebnis entspricht einem Befund bei einer Gruppe stationärer Psychotherapiepatienten. Dabei fand sich lediglich bei der Skala Somatisierung eine signifikante Korrelation zwischen SCL-90-R-Skalen und psychotherapeutischer Behandlungserwartungen (Schneider et al., 1999).

Betrachtet man die Ergebnisse der Zusammenhangsfragestellungen für die anderen einzelnen SCL-90-R-Skalen, so zeigt sich vor allem durch die Höhe der Korrelationskoeffizienten ein differenziertes Bild. Während die Korrelationen zwischen gesprächs- und verhaltensorientierter Behandlungserwartung und Depressivität deutlich ($r=0,37$ bzw. $r=0,36$), aber unspezifisch sind ($r=0,34$ zwischen somatisch orientierter Behandlungserwartung und Depressivität), erreicht von den Zusammenhängen zu den SCL-90-R-Angstskalen nur Ängstlichkeit ein über alle drei Behandlungserwartungsskalen hinweg bedeutsames Ausmaß. Die Skala Unsicherheit korreliert lediglich mit der verhaltensorientierten Behandlungserwartung bedeutsam, und Phobische Angst erreicht bei keinem der drei geprüften Zusammenhänge einen Wert von über $r=0,30$. Somit haben depressive und ängstliche Patienten eine unspezifisch hohe Behandlungserwartung, wodurch sie für eine Enttäuschung ihrer Erwartung mit etwaiger Konsequenz eines Therapieabbruches sehr anfällig sein

dürften. Unsichere Patienten haben eine verhaltensorientierte Behandlungserwartung, die angesichts der therapeutischen Indikation eines Assertivness-Trainings sinnvoll und realistisch ist. Patienten mit phobischer Angst haben keine übermäßig hohen Behandlungserwartungen. Möglicherweise bedarf es bei der Patientengruppe mit phobischer Symptomatik zusätzlicher Motivation, indem im Rahmen der ersten Therapiesitzung realistische Behandlungserwartungen geweckt werden.

Als Antwort auf die Hauptfragestellung, die sich auch im Titel dieser Arbeit wiederfindet, können die signifikanten und allesamt auch bedeutsamen Korrelationen zwischen den drei Behandlungserwartungsskalen und der globalen psychischen Belastung dienen. Damit bestätigt sich, dass es einen Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik gibt. Allerdings spricht auch dieses Ergebnis – in Verbindung mit den bereits vorne beschriebenen multiplen Signifikanzen – für einen eher unspezifischen Zusammenhang.

Diese Unspezifität findet zusätzliche Erklärung aus der Berechnung der jeweiligen Iteminterkorrelationen der Symptomatik-Skalen und auch der Behandlungserwartungsskalen. Dabei zeigt sich nämlich, dass die SCL-90-R-Skalen untereinander in hohem Maße mit Koeffizienten zwischen $r=0,33$ und $r=0,82$ korrelieren. Die Korrelationen zum GSI sind teilweise noch höher (Anhang C, Tabelle 15). Für die Behandlungserwartungsskalen zeigt sich ein ähnliches Bild, und selbst die Korrelationen zur somatisch orientierten Behandlungserwartung erreichen mit $r=0,29$ (gesprächsorientiert) und $r=0,43$ (verhaltensorientiert) zumindest im letzteren Fall ein bedeutsames Niveau und stellen die vorne angedeutete Unterscheidung von psychischer und somatischer Behandlungspräferenz in Frage.

6.4. Ergebnisse der explorativen Fragestellungen

Die Ergebnisse der explorativen Fragestellungen können nicht verallgemeinert werden, da sie ohne Hypothesen und ohne Alpha-Adjustierung berechnet wurden. Dennoch ermöglicht gerade dieses Vorgehen einen Ausblick auf neue und interessante Aspekte, die es wert sind, hypothesengeleitet untersucht zu werden.

6.4.1. Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Beeinträchtigungsschwere

Die vom Therapeuten erhobenen „Symptomvariablen“ (Diagnose und Beeinträchtigungsschwere) konnten im großen und ganzen nicht die in sie gelegten Erwartungen erfüllen. Dabei bleibt unklar, ob es an den Therapeuteneinschätzungen liegt oder an den unspezifischen weil hoch interkorrelierenden Behandlungserwartungen (Anhang C, Tabelle 14). Von den neun Zusammenhangsberechnungen zu Behandlungserwartung und Beeinträchtigungsschwere erreicht keine einzige ein auch nur annähernd bedeutsames Niveau (siehe 5.5.1.). Die höchste positive Korrelation findet sich abermals auf der somatischen Ebene zwischen einer somatisch orientierten Behandlungserwartung und körperlicher Beeinträchtigung ($r=0,22$). Die Zusammenhänge auf der psychischen Seite liegen zwischen $r=0,17$ und $r=0,10$ und erlangen zumindest teilweise auf 5%-Niveau Signifikanz, dennoch sind sie nicht bedeutsam. Möglicherweise bildet der Behandlungsschwerescore mit seinen drei Skalen trotz beschriebener hochsignifikanter Zusammenhänge zwischen Selbst- (GSI der SCL-90R) und Fremdeinschätzung (BSS, r zwischen 0,26 und 0,29, $p<0,001$, Scheidt et al., 1998) nicht so genau und auch nicht so vielschichtig die Symptomatik des Patienten ab, dass es zu substantziellen Zusammenhängen zwischen BSS und Behandlungserwartungsskalen ausreicht.

6.4.2. Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen

Eine weitere explorative Auswertung liegt in einer Varianzanalyse der psychischen Diagnosegruppen. Die vom Therapeuten erfasste Diagnose des Patienten wurde in fünf sogenannte Hauptdiagnosen eingeteilt, wodurch die statistische Verwertung dieser Variable erst möglich wurde. Jedoch ist der Selektionsprozess der Bildung von Hauptdiagnosen vielleicht auch die Ursache für die nicht signifikanten F-Werte in zwei der drei Behandlungserwartungsskalen in der ANOVA. Es ist wiederum die somatisch orientierte Behandlungserwartung, die das Signifikanzniveau erreicht. Das Ergebnis der Varianzanalyse macht somit noch einmal deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik unspezifisch ist. Vergleichbar einer Stichprobe stationärer psychiatrischer Patienten (Eisler et al., 1973) haben auch in unserer Untersuchung Behandlungserwartungen einen geringen Zusammenhang zur Diagnose, da unterschiedliche Diagnosegruppen keine unterschiedlichen Behandlungserwartungen aufweisen, trotz eines deutlichen generellen Zusammenhangs zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik. Die Behandlungserwartungswerte der Diagnosegruppen verdeutlichen das geringe absolute Ausmaß an Unterschied zwischen Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen. Auch in einer Studie mit stationären Psychotherapiepatienten ergaben sich diagnosespezifische Unterschiede signifikanten Ausmaßes im Rahmen einer Varianzanalyse lediglich in der medizinisch-somatischen, nicht jedoch in der psychotherapeutischen Behandlungserwartung. Die geringste medizinisch-somatische Behandlungserwartung hatten Psychosomatikpatienten, den höchsten Wert erzielten somatische Patienten (Nübling, 1991).

Ein wichtiger Grund für das Nichtzustandekommen von überzufälligen Zusammenhängen bzw. Unterschieden bei Beeinträchtigungsschwere und Diagnose ist die Tatsache der unterschiedlichen Datenerhebung: Die Behandlungserwartungen als Patientenvariablen sind eben nicht so einfach mit

den Therapeuteneinschätzungen der Diagnose oder der Beeinträchtigungsschwere vergleichbar und noch weniger einfach in Zusammenhang zu bringen. Zusammenfassend darf ein Zusammenhang zwischen der Behandlungserwartung von Psychotherapiepatienten und deren Symptomatik als gesichert gelten, wobei es vor allem die Differenzierung zwischen somatischer und psychischer Ebene ist, die Potenzial für Aufschluss, Aufklärung und Verständnis in sich birgt.

6.4.3. SCL-K-9 im Vergleich zur SCL-90-R

Ein wiederholt aufgegriffenes Thema dieser Arbeit ist der Vergleich der SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) mit der SCL-90-R (Derogatis et al. 1973, 1986; Franke 1995). Dabei ergeben sich zwiespältige Ergebnisse: Im direkten Vergleich (5.5.4.) von SCL-K-9 mit der etablierten, aber zunehmend in Kritik geratenen SCL-90-R lässt sich für die hier untersuchte Stichprobe feststellen, dass die SCL-K-9 mit den Werten ihrer neun Items im Mittel über den Skalenwerten der SCL-90-R liegt und auch die größeren Standardabweichungen aufweist (Anhang A, Tabelle 1). Da die SCL-K-9 auf allen Skalen und zum Teil sehr deutlich über den SCL-90-R-Skalenwerten liegt, ist der GSI-9 als Mittelwert der neun Items der SCL-K-9 dann folglich ebenso eindeutig größer als der GSI der SCL-90-R. Damit muss festgestellt werden, dass die SCL-K-9 auf der Basis der Werte unserer Stichprobe nicht gerade als sehr valide Variante der SCL-90-R angesehen werden kann. Dennoch ist sie mit einem Zehntel der Items gegenüber der mit 90 Items recht umfangreichen SCL-90-R natürlich sehr ökonomisch in der Anwendung.

Bei den Korrelationsanalysen der beiden Verfahren mit den Behandlungserwartungsskalen fällt auf, dass die Kurzversion der SCL-90-R meist nicht an die Korrelationskoeffizienten der SCL-90-R selbst heranreicht. Die SCL-90-R erzielt auf fast allen Skalen und zum Teil recht deutlich höhere Zusammenhänge zur Behandlungserwartung. Möglicherweise ist dieses

Ergebnis eine Parallele zu den niedrigen Korrelationen der Beeinträchtigungsschwere mit der Behandlungserwartung. Anscheinend ist die ausführlichere und von den Patienten selbst vorgenommene Klassifikation der Symptomatik aufgrund größerer Reliabilität besser im Stande, einen Teil der Varianz der Behandlungserwartung zu erklären.

In einer weiteren interessanten explorativen Auswertung wurden Faktorenanalysen über alle 90 SCL-Items gerechnet. Das Ergebnis war ernüchternd. Anstelle von neun Faktoren, die die SCL-Skalen abbilden sollten, ergab sich eine heterogene 19-Faktorenlösung, bei der fast alle Items (über 70) am stärksten auf den 1. Faktor laden (Anhang D, Tabellen 1 und 2). Bei der Vorgabe einer 9-Faktorenlösung und Varimax-Rotation zeigt sich hingegen ein etwas anderes Bild: Zum einen ist die Varianzaufklärung der 9 Faktoren aufgrund der Varimax-Rotation ausgeglichener, zum anderen bilden die Faktoren einzelne Skalen (Somatisierung) oder Skalenkombinationen ab (Anhang D, Tabellen 3 und 4). Trotzdem kann von einer statistischen Skalenabbildung eher keine Rede sein (Harfst et al., 2002). Eine 5-Faktorenlösung auf der Basis eines Scree-Plots erzielt mit 45,4% ein noch akzeptables Ausmaß an Varianzaufklärung und stärkt die einzelnen Faktoren, deren Heterogenität dadurch im Vergleich zur 9-Faktorenlösung kaum zunimmt (Anhang D, Tabellen 5 und 6). Damit sind die 90 SCL-Items für die Werte unserer Stichprobe am besten durch diese 5-Faktorenlösung abgebildet.

Insgesamt sprechen diese Tatsachen zusammen mit den hohen Skaleninterkorrelationen der SCL-90-R (Anhang C, Tabelle 15) stark für die Redundanz der 90 Items, die letztendlich doch nur einen Generalfaktor der psychischen Belastung abbilden. Deshalb ist die Einführung einer Kurzform wie der SCL-K-9 als Screening-Instrument gerechtfertigt und sinnvoll.

6.4.4. SCL-K-9-Items der Konstruktionsstichprobe im Vergleich zu unserer Stichprobe

Zur Überprüfung der Allgemeingültigkeit der SCL-K-9 wurden bei der hier untersuchten Stichprobe - in Anlehnung an die Konstruktion der SCL-K-9 - die Korrelationen aller einzelnen SCL-90-R-Items zum GSI gerechnet. Dabei stellte sich heraus, dass nur in drei der neun Skalen für unsere Stichprobe die selben Items wie bei der SCL-K-9-Konstruktionsstichprobe am höchsten mit dem GSI korrelierten. Damit ist die Verallgemeinerbarkeit der SCL-K-9 zumindest in Frage gestellt. Zieht man dann allerdings die Höhe der Korrelationskoeffizienten der SCL-K-9-Items zum GSI in unserer Stichprobe in Betracht, so muss man feststellen, dass diese Werte - abgesehen von der Skala Somatisierung - in gleicher Größenordnung korrelieren. Deshalb bleibt festzuhalten, dass das Vorgehen der Ermittlung der Items mit größter Trennschärfe Sinn macht, denn offensichtlich gibt es doch Items, die dabei konstant höhere Werte erzielen als andere und damit als Variablen einer SCL-Kurzform zu bevorzugen sind.

Um die Homogenität der jeweiligen Items für unsere Stichprobe zu ermitteln, wurden zwei Faktorenanalysen gerechnet: die eine über die SCL-K-9-Items der Konstruktionsstichprobe, die andere über die Items mit skalenbezogenen höchsten GSI-Korrelation der hier untersuchten Patienten. Das Ergebnis war eine 2-Faktorenlösung bei der SCL-K-9-Faktorenanalyse (Varianzaufklärung 43% und 11%) und eine 1-Faktorenlösung bei der Faktorenanalyse über die hier ermittelten Items (Varianzaufklärung 46%, Anhang D, Tabellen 7 bis 10). Die 1-Faktorenlösung der Items unserer Stichprobe drückt maximale Homogenität der SCL-K-9-Items aus und entspricht der 1-Faktorenlösung der SCL-K-9-Konstruktionsstichprobe (Klaghöfer & Brähler, 2001). Bei der 2-Faktorenlösung der SCL-K-9 über unsere Daten lädt jedoch nur ein Item – das der Somatisierungsskala – in akzeptablem Umfang auf dem 2. Faktor. Weiterhin ist auffällig, dass bei der 1-Faktorenlösung unserer Stichprobe das Item der Somatisierungsskala die geringste der neun Faktorladungen aufweist. Da der SCL-90-R für somatoforme Störungen zudem eine geringe Sensitivität vorgeworfen wird (Geiser et al.,

2000), könnte die Einbeziehung von mehreren Items der Somatisierungsskala in einer SCL-90-R-Kurzform die ideale Lösung sein. Möglicherweise ergäbe sich dann eine sinnvolle 2-Faktorenlösung mit den Items der somatischen Ebene auf dem zweiten Faktor. Dafür sprechen auch die Faktorenanalysen über alle 90 SCL-Items, bei denen sich - abgesehen vom Hauptfaktor - im 2. Faktor vornehmlich die Items der Somatisierungsskala und diese meist mit höchster Faktorladung wiederfinden (Anhang D, Tabellen 2).

Außerdem ist es die Skala Somatisierung, die sich als einzige SCL-90-R-Skala in Faktorenanalysen akzeptabel homogen abbilden lässt (Anhang D, Tabellen 4 und 6). Somit sollte eine SCL-Kurzform nicht nur eine reduzierte Itemanzahl aufweisen, sondern sich von den neun SCL-90-R-Skalen, die statistisch nicht reproduzierbar sind, zumindest ein Stück weit lösen (Harfst et al., 2002) und gerade die etwas zu kurz kommende Skala Somatisierung stärker berücksichtigen. Dies wird durch den klaren Zusammenhang der Skala Somatisierung zu den Behandlungserwartungen der Patienten noch zusätzlich unterstrichen.

6.4.5. Vergleich der Psychotherapiepatienten mit Adipositas-Patienten

Die Adipositas-Patienten stellen eine interessante Vergleichsgruppe zu den Patienten mit einer psychischen Diagnose dar, da sie Patienten mit einer somatischen (Haupt-)Diagnose sind. Erwartungsgemäß haben sie auf fast allen Skalen der SCL-90-R und in den Items der SCL-K-9 im Mittel niedrigere Werte als die Psychotherapiepatienten. Höhere Werte erzielen die Adipösen auf der Skala Somatisierung, und in der SCL-K-9 auch auf dem Item der Skala Paranoides Denken: Die adipösen Patienten haben stärker das Gefühl, dass andere sie beobachten oder über sie reden, als Psychotherapiepatienten. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mit einem GSI von 0,33, (Standardabweichung=0,25, Franke, 1995) erzielen die Adipositas-Patienten mit 0,72 (Standardabweichung=0,60) einen deutlich höheren Wert, und dies

liegt nicht an der Skala Somatisierung, auf der sie nur ein Zehntel höhere Werte haben als Psychotherapiepatienten. Bei adipösen Patienten spielen also psychische Symptome durchaus eine Rolle, was sich auch darin zeigt, dass über ein Drittel der 76 Adipositas-Patienten (n=27) der hier untersuchten Stichprobe eine psychische Zusatzdiagnose zugeteilt bekommt.

Beim Vergleich beider Patientengruppen in den Behandlungserwartungsskalen haben Psychotherapiepatienten eine signifikant höhere gesprächsorientierte und verhaltensorientierte Behandlungserwartung als Adipositas-Patienten. Auf der Skala somatisch orientierte Behandlungserwartung unterscheiden sich Psychotherapiepatienten und Adipositas-Patienten hingegen nicht (siehe 5.5.10.). Diese Ergebnisse stützen die Validität des Behandlungserwartungsfragebogen, da er zwischen verschiedenen Patientengruppen deutlich zu differenzieren vermag.

6.5. Schlussfolgerungen

Nachdem nun alle Ergebnisse beschrieben und - soweit dies nötig und möglich war - erklärt sind, sollen sie abstrahiert werden und Schlussfolgerungen gezogen werden.

Insgesamt hat es sich als aufschlussreich und interessant erwiesen, so viele verschiedene Variablen miteinander und vor allem mit der Behandlungserwartung von (Psychotherapie-)Patienten in Verbindung zu bringen.

Für die soziodemografischen Variablen beispielsweise konnte wiederholt und in ähnlicher Weise ein bestimmtes Muster an vorhandenen und nicht vorhandenen Zusammenhängen zur Behandlungserwartung nachgewiesen werden. In Folge dessen sollte gerade bei älteren Patienten und/oder Patienten mit niedrigerer Schulbildung vor Beginn einer (Psycho-)Therapie mit eher somatischen Behandlungserwartungen gerechnet werden. Soziodemografische Variablen

können somit als Wegweiser zu den zu erwartenden Behandlungspräferenzen des Patienten dienen.

Zur geplanten Therapie diskrepante Behandlungserwartungen sollten in jedem Fall thematisiert und modifiziert werden, weil sie einen entscheidenden Risikofaktor in Richtung Therapieabbruch darstellen (Lang et al., 1999). Darüber hinaus ist es auch aus motivationalen Aspekten vernünftig, die Behandlungserwartungen des Patienten zu berücksichtigen und sich an sie anzupassen (Krause, 1966). Zur Überwindung von Erwartungsdiskrepanzen bieten sich verschiedene Möglichkeiten an (Halder, 1977): Der Klient kann durch ein vortherapeutisches Training (Truax et al., 1966) oder durch eine Instruktion der Therapieinhalte an eine realistische Einschätzung von Erfolgswahrscheinlichkeit und Therapiedauer herangeführt werden, was sich durch signifikant bessere Therapieergebnisse auszahlt (Sloane et al., 1970). Weiterhin kann sich der Therapeut durch Modifikation von Technik und Verhalten darum bemühen, der Erwartung des Patienten gerecht zu werden. „Dabei muß aber nicht nur die Erwartung des Patienten auf ein realistisches Maß gebracht werden, sondern es muß gleichzeitig die Initialmotivation des Patienten [...] möglichst optimal erhalten bleiben“ (Halder, 1977, S.24). Es kann nicht geleugnet werden, dass es sich somit um eine schwierige therapeutische Aufgabe handelt. Doch auch wenn es schon allein durch eine psychotherapeutische Therapie zu einer signifikanten Abnahme der medizinisch-somatischen Behandlungserwartung und zu einer tendenziellen Zunahme der psychotherapeutischen Behandlungserwartung kommt (Nübling, 1991), erfolgt dieser Prozess für zu viele Patienten zu spät: Bei fast 9% Therapieabbrecher in der psychischen Rehabilitation (Lang et al., 1999) ist es auch eine volkswirtschaftliche Kostenfrage, wie viel ungelöste Erwartungsdiskrepanz wir uns leisten wollen und können. Es bedarf also der stärkeren Berücksichtigung der Patientenerwartung und der Modifikation hin zu realistischen Ergebniserwartungen.

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Verknüpfung zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik. Der Zusammenhang zwischen beiden Variablen konnte eindrucksvoll nachgewiesen werden. Auch wenn von spezifischen Korrelationen einzelner Symptomgruppen mit einzelnen Behandlungserwartungsskalen kaum eine Rede sein kann, so unterstützen die vielen einzelnen signifikanten Zusammenhänge die Annahme eines globalen Zusammenhangs zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik. Dieses Ergebnis liefert die Berechtigung dafür, die Behandlungserwartung von Psychotherapiepatienten nicht nur als zusätzliche Information zu Forschungszwecken neben den Beschwerden zu erheben, sondern in erster Linie, um die Kooperation zwischen Therapeut und Patient und somit den Therapieerfolg zu optimieren, denn „Meist sind sie [die Patienten, ...] ebenso wichtige „Experten“ für ihre Krankheit wie behandelnde Ärzte oder Psychologen“ (Nübling, 1991). Im übrigen eröffnet eine stärkere Berücksichtigung der Erwartung von Therapiemaßnahmen nicht nur bei psychotherapeutischen Patienten, sondern bei allen Patienten die Chance, die Compliance zu verbessern und die Reaktanz des Patienten gegenüber welchen therapeutischen Maßnahmen auch immer zu reduzieren. Ob es einen Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik auch bei weniger stark vorselektierten Patienten, z.B. Patienten in der Allgemeinarztpraxis, gibt, wird in zukünftigen Untersuchungen zu klären sein.

In jedem Fall wird durch die Frage nach der Behandlungserwartung dem Patienten ein gewisses Maß an Verantwortung zurückgegeben, das er beim Arztbesuch vielleicht aus Gewohnheit zu Hause lässt. Ob für die Berücksichtigung der Behandlungserwartung im Arzt-Patienten-Kontakt allerdings „Fünf Minuten pro Patient“ (Balint & Norell, 1975) ausreichen, ist mehr als fraglich.

Die Auseinandersetzung mit den Therapieerwartungen und damit mit dem subjektiven Krankheitskonzept des Patienten stellt eine wesentliche Maßnahme auf dem Weg zur Entwicklung mündiger Patienten dar, was auch

gesundheitpolitisch ein zunehmend wichtiger werdendes Thema ist. Es ist also aus verschiedenen Gründen vielversprechend, die Erwartung von Patienten bezüglich therapeutischer Maßnahmen ernstzunehmen.

7. Zusammenfassung

Die Behandlungserwartung des Patienten stellt eine für den Therapieerfolg bedeutsame Variable dar. Aufgrund verschiedener Vorbefunde stellt sich die Frage, ob Patienten mit unterschiedlicher Symptomatik unterschiedliche Behandlungserwartungen aufweisen. Die Berechnung des Zusammenhangs zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik bei einer Stichprobe von 757 Psychotherapiepatienten (62% Frauen, 38% Männer, Altersmittelwert 36,6 Jahre) ergibt zahlreiche signifikante Korrelationen zwischen den drei Behandlungserwartungsskalen „gesprächsorientiert“, „verhaltensorientiert“, „somatisch orientiert“ und den SCL-90-R-Skalen, so dass sich ein deutlicher, aber unspezifischer Zusammenhang zwischen Behandlungserwartung und Symptomatik ergibt. Außerdem bestehen signifikante Zusammenhänge zwischen Patientenalter und niedrigerer Schulbildung auf der einen und somatisch orientierter Behandlungserwartung auf der anderen Seite. Die vom Therapeuten beurteilte Diagnose und die Beeinträchtigungsschwere besitzen keine substanziellen Korrelationen zur Behandlungserwartung. Da die SCL-90-R starke Skaleninterkorrelationen aufweist und die neun Skalen durch Faktorenanalysen nur unzureichend abzubilden sind, ist die Entwicklung einer Kurzversion der SCL-90-R zu begrüßen - allerdings sollte diese verstärkt auch somatische Symptome miteinfassen. Insgesamt sollten Behandlungserwartungen im Rahmen der Therapieplanung den ihnen für die Therapiemotivation nachgewiesenen Stellenwert erhalten. Es bietet sich die Möglichkeit eines besseren Verständnisses des Patienten mit dem Potenzial höherer Compliance und niedrigerer Reaktanz.

8. Literaturverzeichnis

- Ahrens, S. & Elsner, H. (1981). Empirische Untersuchungen zum Krankheitskonzept neurotischer, psychosomatischer und somatisch kranker Patienten (Teil I). *Medizinische Psychologie*, 7, 95-109.
- Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*. 82, 5, 738-783.
- Balint, M. & Norell, J.S. (1975). *Fünf Minuten pro Patient*. Frankfurt / Main: Suhrkamp.
- Begley, C.E. & Lieberman, L.R. (1970). Patient expectations of therapist's techniques. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 112-116.
- Bischoff, C. & Zenz, H. (1988). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern etc. Huber.
- Bortz, J. (1999). *Statistik*. Berlin: Springer.
- Britten, N. & Ukoumunne, O. (1997). The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *British Medical Journal*, 315, 1506-1510.
- Cockburn, J. & Pit, S. (1997). Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *British Medical Journal*, 315, 520-523.
- Deck, R., Zimmermann, M., Kohlmann, T. & Raspe, H. (1998). Rehabilitationsbezogene Erwartungen und Motivationen bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. *Rehabilitation*, 37, 140-146.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (1973). The SCL-90: An out-patient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9, 13-28.

- Derogatis, L.R. (1986). SCL-90R. In CIPS (Hrsg) *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Beltz: Weinheim.
- Eisler, R.M., Hersen, M., Miller, P.M. & Wooten, L.S. (1973). Treatment expectations of psychiatric inpatients and their relationship to psychiatric diagnosis. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 2, 251-253.
- Elkin, I., Yamaguchi, J.L., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Sotsky, S.M., Krupnick, J.L. (1999). „Patient-treatment fit“ and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9, 4, 437-451.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie Psychotherapie*, 45, 264-278.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.
- Faller, H. (2000). Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 292-300.
- Faller, H. & Rudolf, G. (1998). Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 44, 54-71.
- Faller, H. & Goßler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 176-186.
- Faller, H., Wagner, R.F., Vogel, H., Inselmann, U., Koepsell, K., Weiß, H. & Lang, H. (1997). Die Klientel einer psychotherapeutischen Poliklinik im Spiegel der Basisdokumentation. *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie* 65, 313-322.

- Faller, H., Vogel, H. & Bosch, B. (2000a). Erwartungen von Rehabilitanden hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse ihrer Rehabilitation - Eine kontrollierte Studie mit Rückenschmerz- und onkologischen Patienten. *Rehabilitation*, 39, 205-214.
- Faller, H., Wagner, R.F., Weiß, H. (2000b). Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung. *Psychotherapeut*, 45, 108-115.
- Fersching, A.M. (1981). Zu Bedingungen und Wirkungen allgemeiner Rehabilitationsmaßnahmen und besonderer psychologischer Behandlungsverfahren, vor allem für Patienten mit psychosomatisch-psychovegetativen Störungen. Universität Freiburg i. Br.: Phil. Diss.
- Frank, J.D. (1968). The influence of patients and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 41, 349-356.
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version*. Beltz Test: Weinheim.
- Furnham, A. (1989). Overcoming 'psychosomatic' illness: Lay attributions of cure for five possible psychosomatic illnesses. *Social Science & Medicine*, 29, 1, 61-67.
- Furnham, A. & Henley, S. (1988). Lay beliefs about overcoming psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 3/4, 423-438.
- Geiser, F., Imbierowicz, K., Schilling, G., Conrad, R., Liedtke, R. (2000). Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom-Checklist-90-R (SCL-90-R). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 447-453.
- Halder, P. (1977). *Verhaltenstherapie und Patientenerwartung*. Bern, Huber.

- Halder-Sinn, P., Riether, P. & Riether, U. (1980). Therapeutische Präferenzen der Patienten als Indikationskriterien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis*, 9, 3, 170-182.
- Hansson, L. & Berglund, M. (1987). Factors influencing treatment outcome and patient satisfaction in a short-term psychiatric ward. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236, 269-275.
- Harfst, T., Koch, U., Kurtz von Aschoff, C., Nutzinger, D.O., Ruddel, H. & Schulz, H. (2002). Entwicklung und Validierung einer Kurzform der Symptom Checklist-90-R. *DRV-Schriften, Band 33* (Abstracts des 11. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium), VDR.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin. Springer.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 2, 115-124.
- Krause, M.S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. *Journal of General Psychology*, 75, 9-19.
- Lang, K., Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W. & Koch, U. (1999). Behandlungsabbruch als nicht gelungene Inanspruchnahme – Entwicklung eines Vorhersagemodells für den Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 38, 2, 160-166.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J., Bachrach, H.M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 3, 145-185.
- Martin, P.J. & Sterne, A.L. (1975). Prognostic expectations and treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 4, 572-576.

- Mayberg, H.S., Silva, J.A., Brannan, S.K., Tekell, J.L., Mahurin, R.K., McGinnis, S., & Jerabek, P.A. (2002). The functional neuroanatomy of the placebo effect. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 2, 728-737.
- Mondloch, M.V., Cole, D.C. & Frank, J.W. (2001). Does how you do depend on how you think you'll do? A systematic review of the evidence for a relation between patients' recovery expectations and health outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 165, 2, 174-179.
- Nübling, R. (1991). Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept. Frankfurt: VAS.
- Overall, B. & Aronson, H. (1963). Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 421-430
- Pearson, M.J. & Girling, A.J. (1990). The value of the Claybury Selection Battery in predicting benefit from group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 157, 384-388.
- Peters, M. & Löwenberg, H. (1993). Erwartungen an die Behandlung in einer Psychosomatischen Klinik. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin*, 39, 38-50.
- Plaum, F.G. (1968). Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen psychosomatischer Patienten. Universität Gießen: Med. Diss.
- Ruff, W. & Werner, H. (1987). Der Wunsch des Patienten nach Behandlung – untersucht am Beispiel stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37, 355-360.
- Safren, S.A., Heimberg, R.G. & Juster, H.R. (1997). Clients' expectations and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 4, 694-698.

8. Literaturverzeichnis

- Scheer, J.W. & Möller, M.L. (1976a). Krankheitskonzepte Psychotherapeutischer Patienten, Teil I. *Medizinische Psychologie*, 1, 13-29.
- Scheer, J.W. & Möller, M.L. (1976b). Krankheitskonzepte Psychotherapeutischer Patienten, Teil II. *Medizinische Psychologie*, 1, 30-48.
- Scheidt, C.E., Seidenglanz, K., Dieterle, W., Hartmann, A., Bowe, N., Hillenbrand, D., Sczudlek, G., Strasser, F., Strasser, P., Wirsching, M. (1998). Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2-98, 92 -101.
- Schepank, H. (1995). *Der Beeinträchtigungsschwerescore*. Beltz test: Göttingen.
- Schneider, W., Basler, H.-D., Beisenherz, B. (1990a). Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten. *Psycho*, 16, 7, 511/21-521/27.
- Schneider, W., Beisenherz, B. & Freyberger, H.J. (1990b). Therapy expectation in different groups of patients with chronic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 1-7.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 240-249.
- Schöl, R. & Künsebeck, H.-W. (1984). Behandlungserwartungen bei psychosomatischen Patienten und deren Bedeutung in Poliklinik und Konsiliardienst. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin*, 30, 119-133.
- Sennekamp, W. & Hautzinger, M. (1994). Haben „optimistische“ Depressive eine bessere Heilungschance als „pessimistische“? Eine Untersuchung zum Zusammenhang von Erfolgserwartung und Behandlungsergebnissen bei unipolar depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie*, 4, 238-242.

- Sloane, B.R., Christol, A.H., Pepernik, M.C. & Staples, F.R. (1970). Role preparation and expectation of improvement in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 150, 18-26.
- Thebaldi, B., Franz, M., Schellberg, D. & Schepank, H. (1996). Differente Laienätiologien bei psychogen beeinträchtigten Probanden aus einer epidemiologischen Feldstudie. *Zeitschrift Psychosomatische Medizin*, 42, 71-87.
- Truax, C.B., Wargo, D.G., Carhuff, R.R., Kodman, F.J. & Noles, E.A. (1966). Changes in self-concept during group psychotherapy as a function of alternate sessions and vicarious pretraining in institutionalized mental patients and juvenile delinquents. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 309-314.
- Zenz, H., Bischoff, C., Fritz, J., Duvenhorst, W. & Keller, K. (1989). Das Schicksal von Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Bischoff, C. & Zenz, H. (Hrsg.). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern etc. Huber.
- Zielke, M. (1979). Kieler Änderungssensitive Symptomliste. Weinheim, Beltz.

Anhang A:
Deskriptive Statistik

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-K-9-Items

	M	SD	n
Somatisierung	0,90	1,22	432
Zwanghaftigkeit	1,72	1,39	436
Unsicherheit	1,77	1,39	439
Depressivität	1,90	1,38	436
Ängstlichkeit	1,77	1,29	437
Aggressivität	1,19	1,36	436
Phobische Angst	0,97	1,33	433
Paranoides Denken	1,06	1,29	437
Psychotizismus	1,15	1,34	434
Gesamtmittelwert	1,39	0,87	439

Anhang B: Grafiken

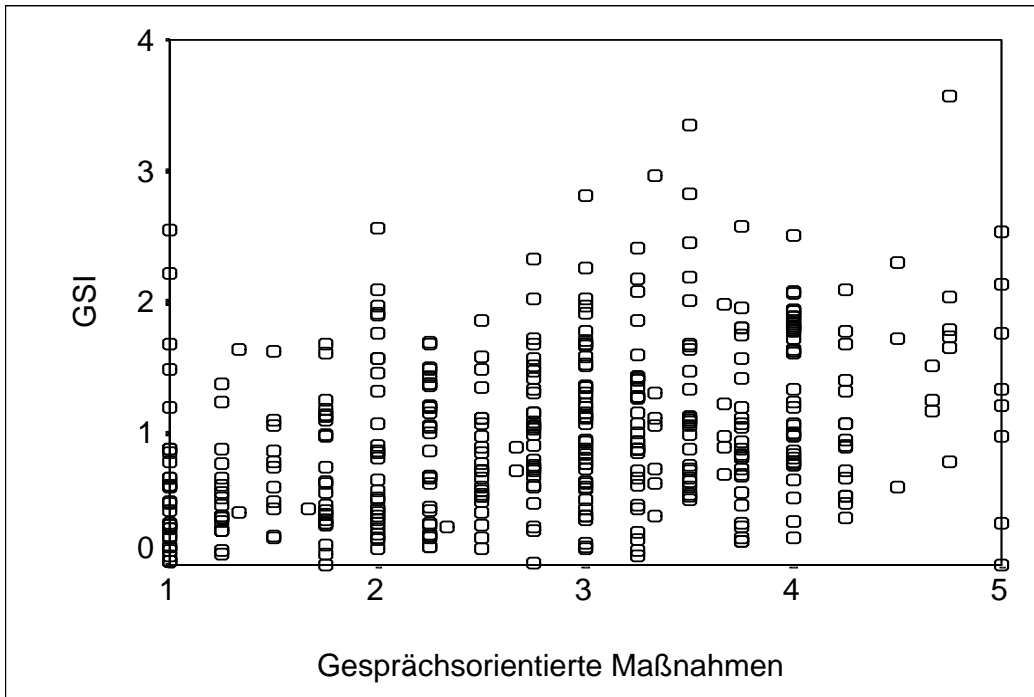


Abbildung 1: Streudiagramm für GSI und gesprächsorientierte Behandlungserwartung

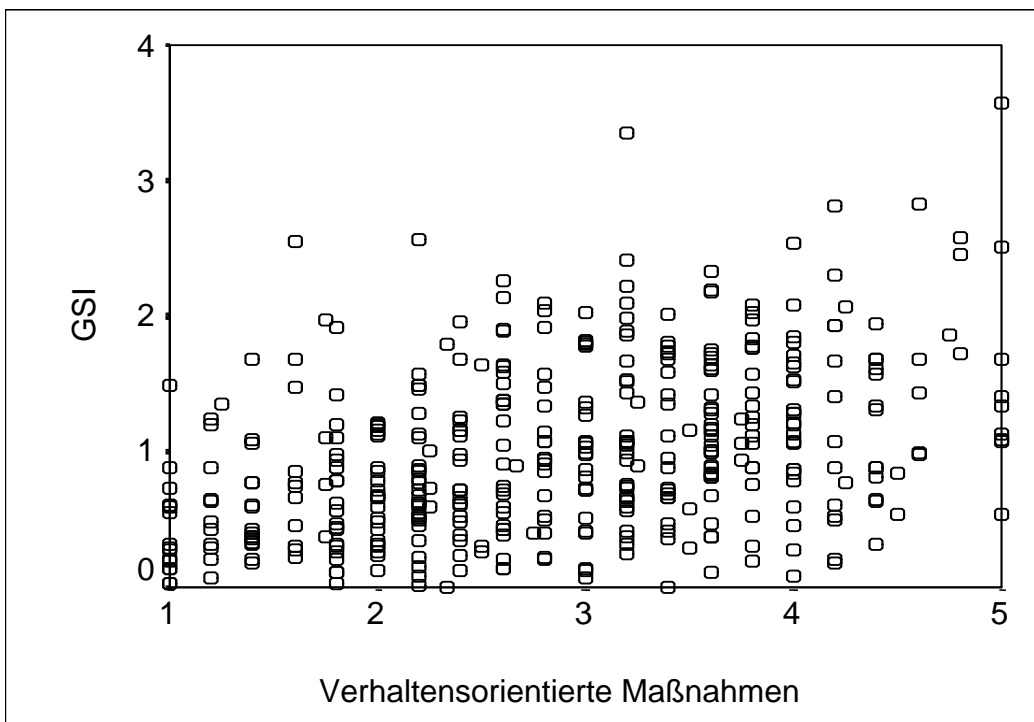


Abbildung 2: Streudiagramm für GSI und verhaltensorientierte Behandlungserwartung

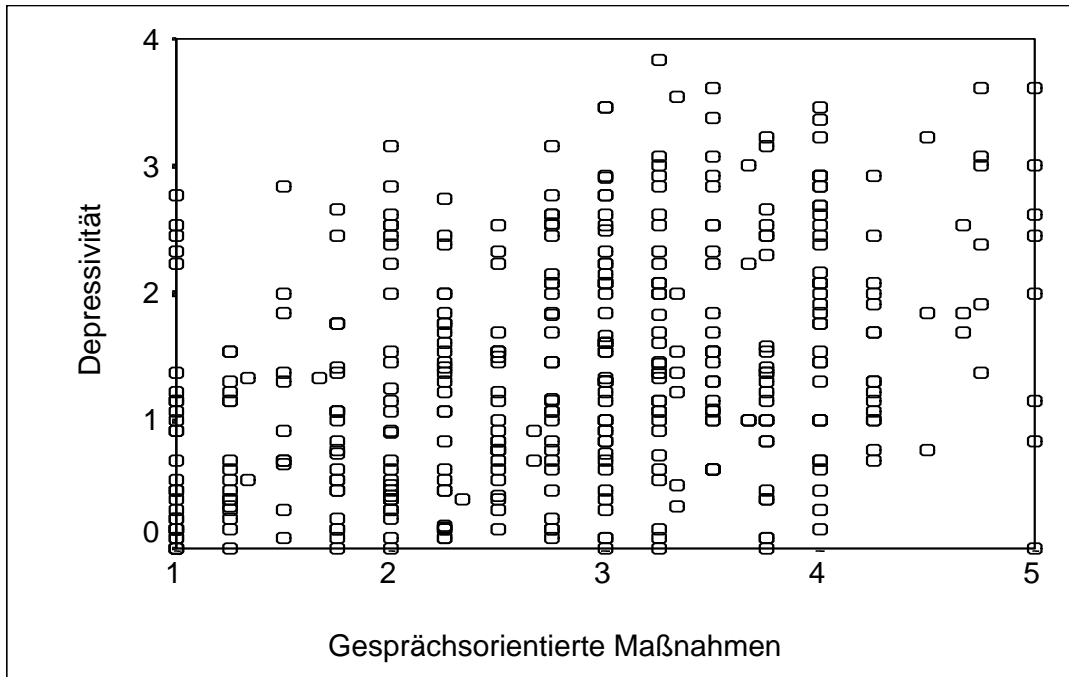


Abbildung 3: Streudiagramm für Depressivität und gesprächsorientierte Behandlungserwartung

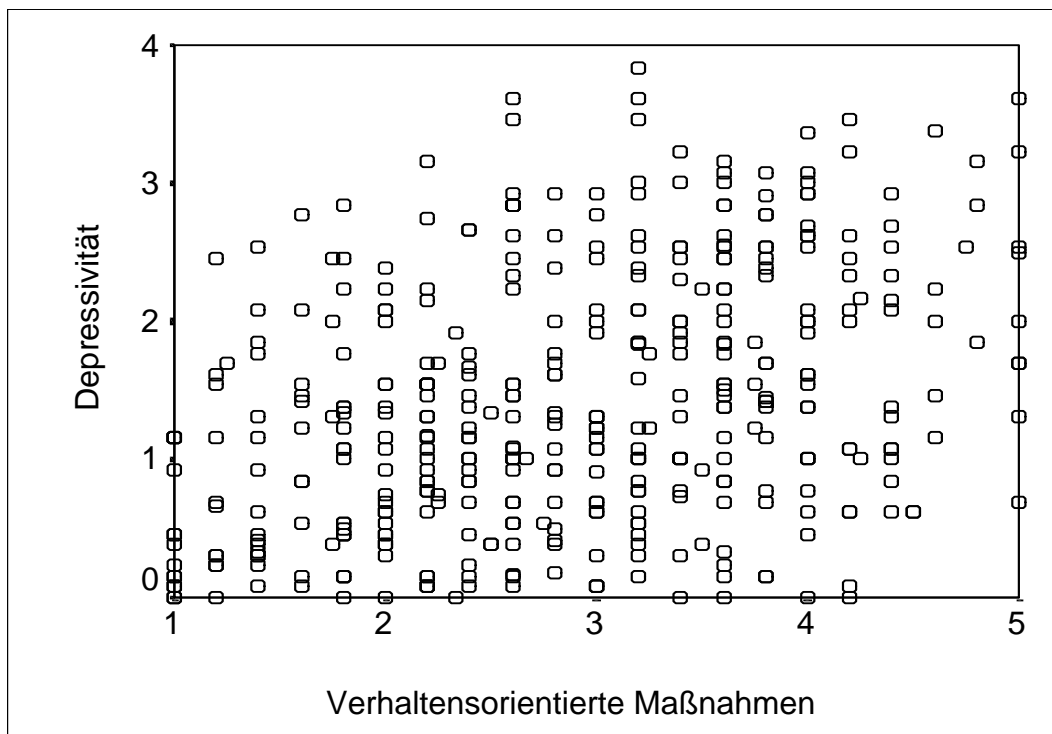


Abbildung 4: Streudiagramm für Depressivität und verhaltensorientierte Behandlungserwartung

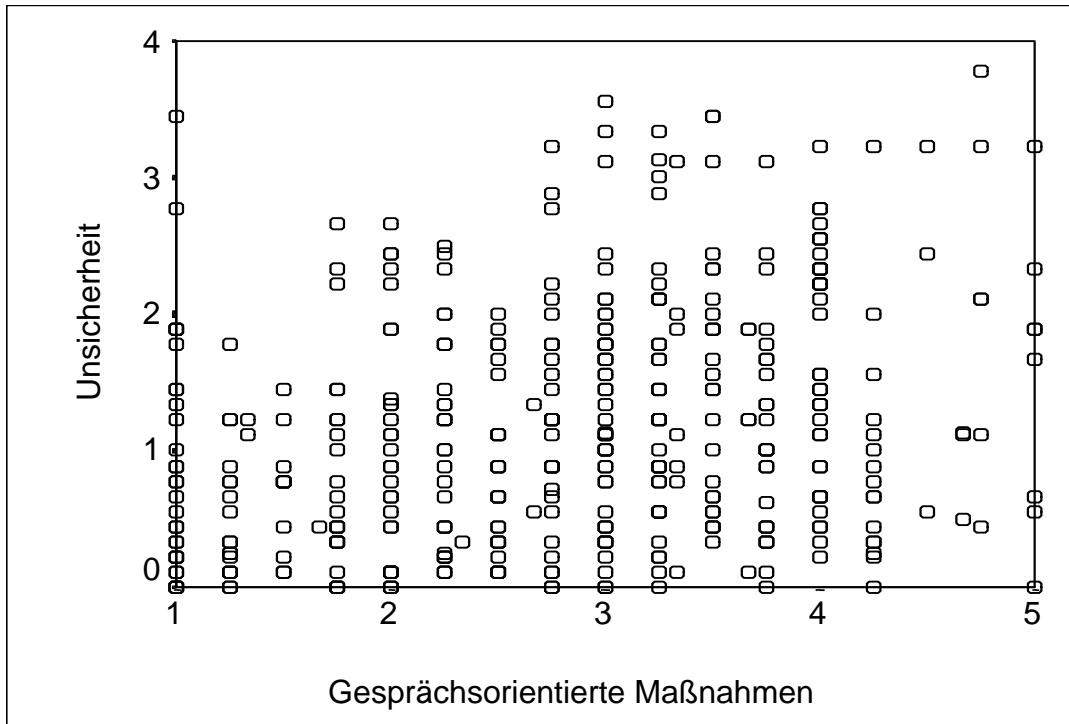


Abbildung 5: Streudiagramm für Unsicherheit und gesprächsorientierte Behandlungserwartung

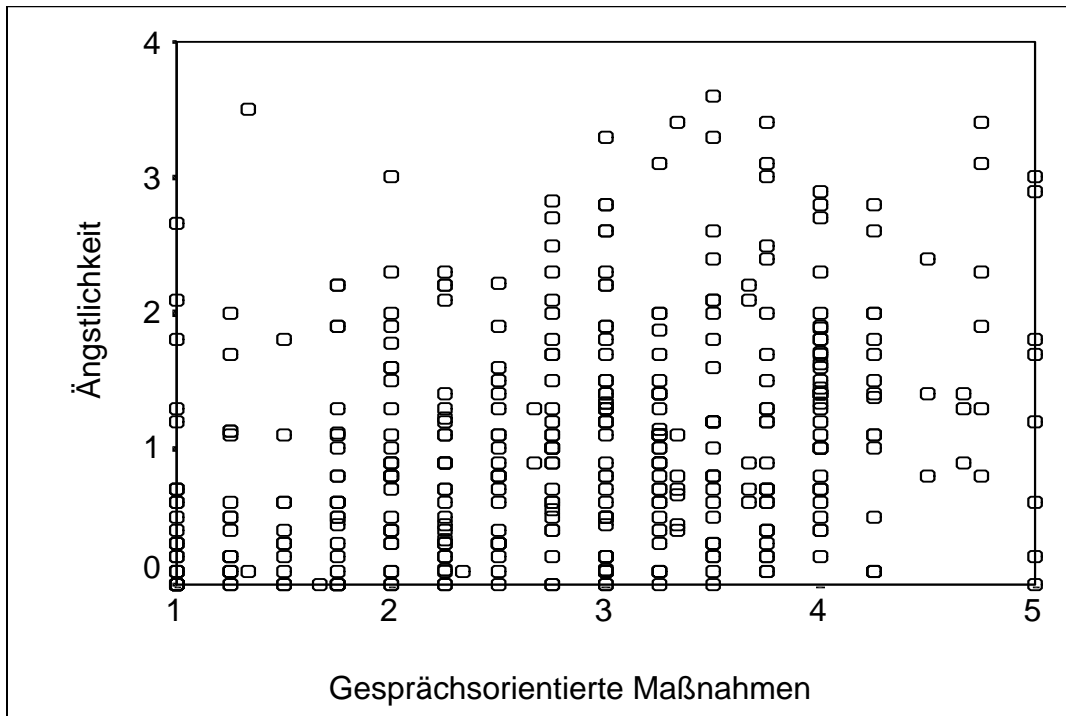


Abbildung 6: Streudiagramm für Ängstlichkeit und gesprächsorientierte Behandlungserwartung

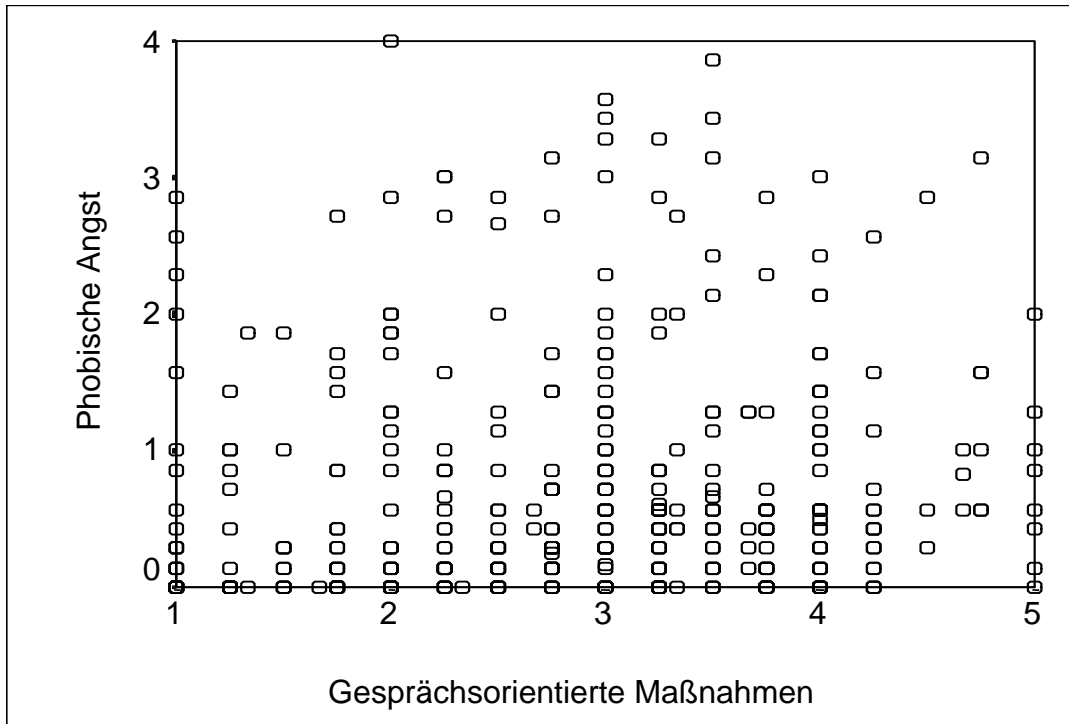


Abbildung 7: Streudiagramm für Phobische Angst und gesprächsorientierte Behandlungserwartung

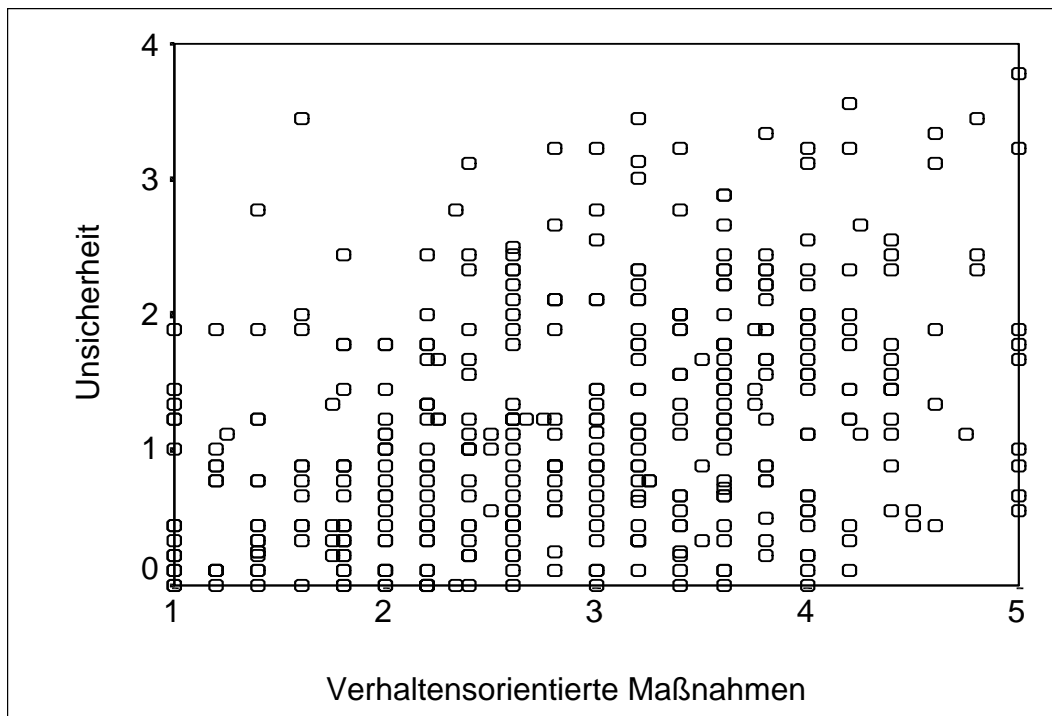


Abbildung 8: Streudiagramm für Unsicherheit und verhaltensorientierte Behandlungserwartung

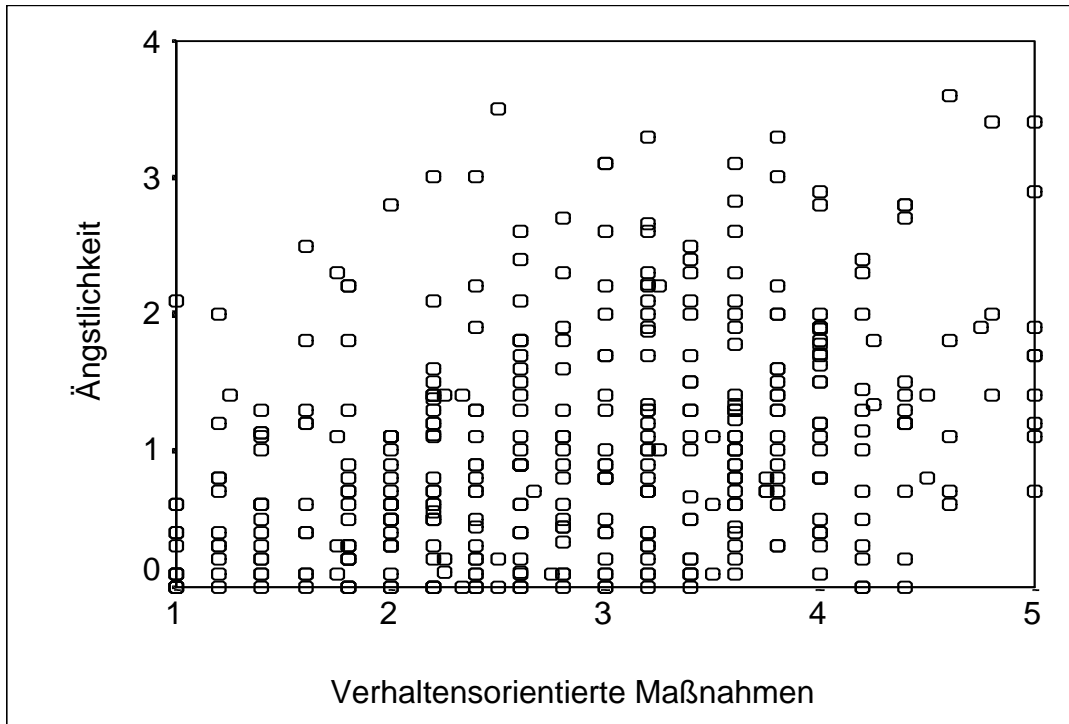


Abbildung 9: Streudiagramm für Ängstlichkeit und verhaltensorientierte Behandlungserwartung

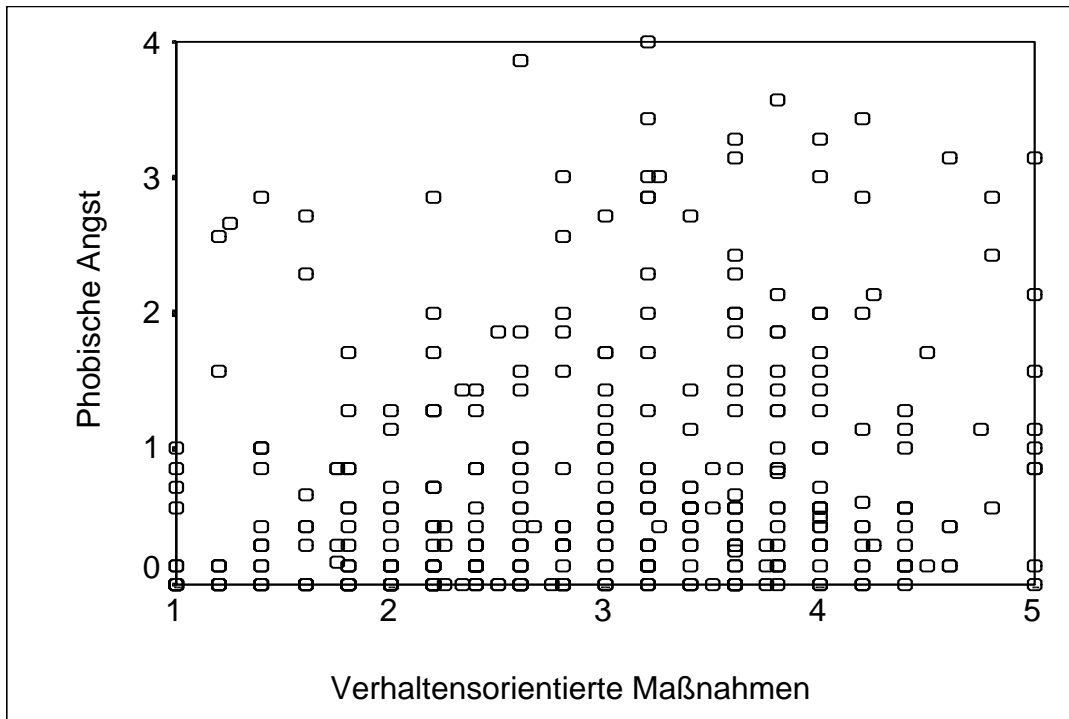


Abbildung 10: Streudiagramm für Phobische Angst und verhaltensorientierte Behandlungserwartung

Anhang C: Korrelationsanalysen

Anhang C

Tabelle 1: Korrelation der Items der Skala 'Somatisierung' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)
(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

SCL-90-R-Item		GSI
Kopfschmerzen	r	0,36
	p	<0,001
	n	435
Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	r	0,40
	p	<0,001
	n	429
Herz- und Brustschmerzen	r	0,36
	p	<0,001
	n	431
Kreuzschmerzen	r	0,26
	p	<0,001
	n	438
Übelkeit oder Magenverstimmung	r	0,43
	p	<0,001
	n	437
Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	r	0,33
	p	<0,001
	n	435
Schwierigkeiten beim Atmen	r	0,26
	p	<0,001
	n	437
Hitzewallungen und Kälteschauer	r	0,48
	p	<0,001
	n	436
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	r	0,31
	p	<0,001
	n	435
Dem Gefühl einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	r	0,46
	p	<0,001
	n	437
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	r	0,53
	p	<0,001
	n	436
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	r	0,43
	p	<0,001
	n	432

Anhang C

Tabelle 2: Korrelation der Items der Skala 'Zwanghaftigkeit' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	r	0,68
	p	<0,001
	n	433
Gedächtnisschwierigkeiten	r	0,53
	p	<0,001
	n	432
Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	r	0,57
	p	<0,001
	n	434
Dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	r	0,62
	p	<0,001
	n	435
Der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	r	0,56
	p	<0,001
	n	436
Dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	r	0,51
	p	<0,001
	n	435
Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	r	0,58
	p	<0,001
	n	434
Leere im Kopf	r	0,68
	p	<0,001
	n	436
Konzentrationsschwierigkeiten	r	0,66
	p	<0,001
	n	437
Zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	r	0,30
	p	<0,001
	n	436

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 3: Korrelation der Items der Skala 'Unsicherheit' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	r	0,50
	p	<0,001
	n	432
Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	r	0,42
	p	<0,001
	n	436
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	r	0,68
	p	<0,001
	n	438
Dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	r	0,65
	p	<0,001
	n	435
Dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	r	0,58
	p	<0,001
	n	438
Minderwertigkeits-gefühlen gegenüber anderen	r	0,63
	p	<0,001
	n	436
Einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	r	0,58
	p	<0,001
	n	437
Starker Befangenheit im Umgang mit anderen	r	0,53
	p	<0,001
	n	435
Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	r	0,27
	p	<0,001
	n	437

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 4: Korrelation der Items der Skala 'Depressivität' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)
(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

SCL-90-R-Item		GSI
Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	r	0,41
	p	<0,001
	n	425
Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	r	0,65
	p	<0,001
	n	433
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	r	0,52
	p	<0,001
	n	433
Neigung zum Weinen	r	0,54
	p	<0,001
	n	435
Der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	r	0,44
	p	<0,001
	n	430
Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	r	0,67
	p	<0,001
	n	437
Einsamkeitsgefühlen	r	0,64
	p	<0,001
	n	434
Schwermut	r	0,68
	p	<0,001
	n	427
Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	r	0,73
	p	<0,001
	n	435
Dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	r	0,64
	p	<0,001
	n	435
Einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	r	0,70
	p	<0,001
	n	436
Einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	r	0,70
	p	<0,001
	n	434
Dem Gefühl, wertlos zu sein	r	0,70
	p	<0,001
	n	434

Tabelle 5: Korrelation der Items der Skala 'Ängstlichkeit' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Nervosität oder innerem Zittern	r	0,67
	p	<0,001
	n	436
Zittern	r	0,47
	p	<0,001
	n	430
Plötzlichem Erschrecken ohne Grund	r	0,45
	p	<0,001
	n	436
Furchtsamkeit	r	0,63
	p	<0,001
	n	429
Herzklopfen oder Herzjagen	r	0,46
	p	<0,001
	n	436
Dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	r	0,66
	p	<0,001
	n	436
Schreck- und Panikanfällen	r	0,54
	p	<0,001
	n	433
So starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht sitzensitzen können	r	0,55
	p	<0,001
	n	433
Dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	r	0,54
	p	<0,001
	n	433
Schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	r	0,54
	p	<0,001
	n	432

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 6: Korrelation der Items der Skala 'Aggressivität' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	r	0,58
	p	<0,001
	n	434
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen sie machtlos waren	r	0,58
	p	<0,001
	n	436
Dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	r	0,37
	p	<0,001
	n	437
Dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	r	0,38
	p	<0,001
	n	436
Der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	r	0,52
	p	<0,001
	n	435
Dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	r	0,48
	p	<0,001
	n	433

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 7: Korrelation der Items der Skala 'Phobische Angst' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	r	0,51
	p	<0,001
	n	434
Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	r	0,43
	p	<0,001
	n	436
Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	r	0,36
	p	<0,001
	n	438
Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	r	0,57
	p	<0,001
	n	438
Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	r	0,47
	p	<0,001
	n	435
Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	r	0,54
	p	<0,001
	n	433
Der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	r	0,27
	p	<0,001
	n	436

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 8: Korrelation der Items der Skala 'Paranoides Denken' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	r	0,42
	p	<0,001
	n	428
Dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	r	0,60
	p	<0,001
	n	435
Dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	r	0,57
	p	<0,001
	n	437
Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	r	0,50
	p	<0,001
	n	436
Mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	r	0,50
	p	<0,001
	n	436
Dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	r	0,56
	p	<0,001
	n	434

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 9: Korrelation der Items der Skala 'Psychotizismus' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
Der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	r	0,41
	p	<0,001
	n	429
Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	r	0,18
	p	<0,001
	n	436
Der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	r	0,36
	p	<0,001
	n	435
Dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	r	0,35
	p	<0,001
	n	430
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	r	0,65
	p	<0,001
	n	434
Sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	r	0,27
	p	<0,001
	n	434
Dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	r	0,33
	p	<0,001
	n	433
Dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	r	0,43
	p	<0,001
	n	435
Dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	r	0,52
	p	<0,001
	n	433
Dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	r	0,53
	p	<0,001
	n	432

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 10: Korrelation der Items der Skala 'Zusatzskala' mit dem GSI nach Spearman (p zweiseitig)

SCL-90-R-Item		GSI
schlechtem Appetit	r	0,30
	p	<0,001
	n	435
Einschlafschwierigkeiten	r	0,52
	p	<0,001
	n	436
Gedanken an den Tod und ans Sterben	r	0,57
	p	<0,001
	n	438
Dem Drang, sich zu überessen	r	0,26
	p	<0,001
	n	437
Frühem Erwachen am Morgen	r	0,41
	p	<0,001
	n	437
Unruhigem oder gestörtem Schlaf	r	0,51
	p	<0,001
	n	436
Schuldgefühlen	r	0,63
	p	<0,001
	n	435

(fett dargestellt ist das Item mit höchster Korrelation zum GSI)

Tabelle 11: Das Item aus jeder Skala mit der höchsten Spearman-Rangkorrelation zum GSI

SCL-90-R-Skala	SCL-90-R-Item	Item-Kodierung	Korrelation mit GSI
Somatisierung	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	scl56	0,53
Zwanghaftigkeit	Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	scl3	0,68
Unsicherheit	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	scl34	0,68
Depressivität	Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	scl31	0,73
Ängstlichkeit	Nervosität oder innerem Zittern	scl2	0,67
Aggressivität	Dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	scl11	0,58
Phobische Angst	Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	scl50	0,57
Paranoides Denken	Dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	scl18	0,60
Psychotizismus	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	scl77	0,65
Zusatzskala	Schuldgefühlen	scl89	0,63

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungsschwerescore und Behandlungserwartungen und SCL-90-R-Skalen (Spearman-Rangkorrelation, p zweiseitig)

		körperliche	psychische	sozial-
		Beeinträchtigung		
				kommunikative
Gesprächsorientierte Maßnahmen	r	-0,24	0,11	0,10
	p	<0,001	0,030	0,051
Verhaltensorientierte Maßnahmen	r	-0,08	0,17	0,11
	p	0,097	0,001	0,024
Somatisch orientierte Maßnahmen	r	0,22	0,08	0,08
	p	<0,001	0,117	0,094
Somatisierung	r	0,25	0,16	0,14
	p	<0,001	0,001	0,003
Zwanghaftigkeit	r	-0,16	0,25	0,24
	p	0,001	<0,001	<0,001
Unsicherheit	r	-0,03	0,26	0,39
	p	0,480	<0,001	<0,001
Depressivität	r	-0,10	0,33	0,32
	p	0,030	<0,001	<0,001
Ängstlichkeit	r	-0,11	0,31	0,24
	p	0,024	<0,001	<0,001
Aggressivität	r	-0,13	0,21	0,20
	p	0,008	<0,001	<0,001
Phobische Angst	r	-0,01	0,31	0,29
	p	0,835	<0,001	<0,001
Paranoides Denken	r	-0,01	0,18	0,32
	p	0,811	<0,001	<0,001
Psychotizismus	r	-0,06	0,27	0,26
	p	0,184	<0,001	<0,001
Zusatzskala	r	-0,05	0,32	0,22
	p	0,266	<0,001	<0,001
GSI	r	-0,05	0,34	0,33
	p	0,309	<0,001	<0,001

Anhang C

Tabelle 13: Zusammenhang zwischen Beeinträchtigungsschwerescore und SCL-K-9-Skalen (Spearman-Rangkorrelation, p zweiseitig)

		körperliche	psychische	sozial-
		Beeinträchtigung		
				kommunikative
Somatisierung	r	0,21	0,11	0,14
	p	<0,001	,018	0,004
Zwanghaftigkeit	r	-0,01	0,22	0,23
	p	0,851	<0,001	<0,001
Unsicherheit	r	-0,11	0,22	0,19
	p	0,017	<0,001	<0,001
Depressivität	r	-0,06	0,27	0,20
	p	0,223	<0,001	<0,001
Ängstlichkeit	r	-0,15	0,24	0,22
	p	0,002	<0,001	<0,001
Aggressivität	r	-0,16	0,15	0,09
	p	0,001	0,002	0,077
Phobische Angst	r	-0,18	0,25	0,15
	p	<0,001	<0,001	0,002
Paranoides Denken	r	0,10	0,18	0,27
	p	0,031	<0,001	<0,001
Psychotizismus	r	-0,11	0,23	0,24
	p	0,025	<0,001	<0,001
Gesamtmittelwert (GSI-9)	r	-0,06	0,33	0,29
	p	0,202	<0,001	<0,001

Tabelle 14: Interkorrelationen zwischen den Behandlungserwartungsskalen (Spearman-Rangkorrelation, p zweiseitig)

		Gesprächs- orientierte Maßnahmen	Verhaltens- orientierte Maßnahmen	Somatisch orientierte Maßnahmen
Gesprächsorientierte Maßnahmen	r	1,000	0,54	0,29
	p	,	<0,001	<0,001
	n	421	414	415
Verhaltensorientierte Maßnahmen	r	0,54	1,000	0,43
	p	,000	,	,000
	n	414	416	411
Somatisch orientierte Maßnahmen	r	0,29	0,43	1,000
	p	,000	,000	,
	n	415	411	415

Anhang C

Tabelle 15: Interkorrelationen zwischen den SCL-90-R-Skalen nach Spearman (p 2-seitig, in allen Fällen <0,001)

		Somati- sierung	Zwang- haftigkeit	Unsicher- heit	Depressi- vität	Ängstlich- keit	Aggressi- vität	Phobisch e Angst	Paranoid- Denken	Psychoti- zismus	Zusatz- skala	Gesamt- mittelwert
Somati- sierung	r	1	0,44	0,33	0,45	0,54	0,35	0,47	0,37	0,40	0,47	0,62
Zwang- haftigkeit	r	0,44	1	0,66	0,82	0,68	0,62	0,54	0,59	0,68	0,66	0,86
Unsicher- heit	r	0,33	0,66	1	0,73	0,51	0,60	0,57	0,79	0,67	0,53	0,80
Depressi- vität	r	0,45	0,82	0,73	1	0,70	0,67	0,57	0,64	0,74	0,72	0,91
Ängstlich- keit	r	0,54	0,68	0,51	0,70	1	0,56	0,68	0,50	0,63	0,66	0,83
Aggressi- vität	r	0,35	0,62	0,60	0,67	0,56	1	0,46	0,65	0,62	0,55	0,73
Phobische Angst	r	0,47	0,54	0,57	0,57	0,68	0,46	1	0,55	0,55	0,46	0,72
Paranoid- Denken	r	0,37	0,59	0,79	0,64	0,50	0,65	0,55	1	0,65	0,50	0,75
Psychoti- zismus	r	0,40	0,68	0,67	0,74	0,63	0,62	0,55	0,65	1	0,60	0,81
Zusatz- skala	r	0,47	0,66	0,53	0,72	0,66	0,55	0,46	0,50	0,60	1	0,78
Gesamt- mittelwert	r	0,62	0,86	0,80	0,91	0,83	0,73	0,72	0,75	0,81	0,78	1

Tabelle 16: Interkorrelationen zwischen den Beeinträchtigungsschwerescores (Spearman-Rangkorrelation, p zweiseitig)

		körperliche	psychische	sozial- kommunikative
		Beeinträchtigung		
körperliche	r	1,000	0,11	0,02
Beeinträchtigung	p	,	0,005	0,647
	n	692	691	688
psychische	r	0,11	1,000	0,48
Beeinträchtigung	p	0,005	,	<0,001
	n	691	692	687
sozial- kommunikative	r	0,02	0,48	1,000
Beeinträchtigung	p	0,647	<0,001	,
	n	688	687	688

Anhang D: Faktorenanalysen

Tabelle 1: Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items - Varianzaufklärung

Komponente Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion

	Gesamt	% der Varianz- aufklärung	Kumulierte % der Varianz- aufklärung
1	27,5	30,5	30,5
2	4,8	5,3	35,8
3	3,4	3,8	39,6
4	2,7	2,9	42,6
5	2,6	2,8	45,4
6	1,9	2,2	47,6
7	1,9	2,1	49,7
8	1,8	2,0	51,7
9	1,6	1,8	53,5
10	1,6	1,7	55,2
11	1,5	1,6	56,9
12	1,4	1,6	58,4
13	1,3	1,5	59,9
14	1,3	1,4	61,3
15	1,2	1,4	62,7
16	1,2	1,3	64,0
17	1,1	1,3	65,3
18	1,0	1,2	66,4
19	1,0	1,1	67,6

Anhang D

Tabelle 2: Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items - Faktorladungen

SCL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	,30	,34	,07	,05	,11	-,19	,28	-,05	-,04	-,20	,20	,15	,17	-,01	-,27	-,05	,19	,11	,20
2	,66	,06	-,24	,00	-,19	-,01	,15	,19	,09	-,25	-,04	,09	,11	,12	-,07	-,01	-,14	-,01	-,05
3	,63	-,16	-,24	-,06	-,13	-,23	-,11	-,12	,08	-,12	,03	-,08	,09	,08	-,08	,06	-,22	-,04	,06
4	,39	,47	-,13	,07	-,13	-,04	-,07	-,13	-,17	-,05	,05	,22	,11	-,13	-,08	,05	,12	,00	,07
5	,41	,13	,11	-,16	,18	,10	,02	-,02	-,02	,09	-,05	,06	,15	-,10	,22	,32	-,14	,18	,23
6	,49	-,20	,07	,09	,13	-,30	,25	,05	,04	,14	,07	,08	,18	,06	,05	-,10	-,16	,12	-,14
7	,39	-,13	,03	,36	,15	-,19	-,28	,08	,01	-,21	,19	-,02	,10	,11	,16	,22	-,04	-,03	-,11
8	,34	-,18	-,15	,20	,08	-,35	,22	-,09	,13	,12	,16	-,01	,28	,02	,02	,24	,20	-,07	-,13
9	,60	,09	-,11	-,25	,13	-,13	,07	,18	-,23	,05	,28	,00	-,17	,02	-,08	-,07	-,03	,09	-,09
10	,60	,01	-,05	-,14	,00	-,03	,01	,19	-,08	,04	,16	,07	-,28	,09	,14	-,12	-,23	-,17	-,02
11	,60	-,11	-,06	,15	,12	-,16	,17	-,02	-,04	-,10	,05	,08	,16	,06	,17	-,13	-,21	,10	,05
12	,38	,42	-,04	,19	,04	-,10	,05	,18	,07	,24	-,16	,14	,06	,38	-,07	-,02	-,03	,10	-,02
13	,59	,11	,41	,05	-,31	,12	,07	,07	,05	-,08	,24	-,05	,09	,13	,06	-,06	-,03	,06	-,02
14	,67	,14	-,07	-,38	,09	-,04	-,03	-,06	-,17	-,08	,19	-,14	-,03	-,01	-,05	,09	-,14	,07	,13
15	,57	-,11	-,15	-,06	,09	,42	,01	,01	-,04	,10	,12	-,15	,13	,19	-,13	-,12	,06	-,15	,06
16	,28	,14	,10	,13	,08	-,07	-,03	,22	,17	,31	,34	,06	,02	-,04	,00	,06	,38	-,17	,23
17	,54	,27	-,24	,06	-,32	,17	-,01	,26	,01	-,11	,08	,16	-,09	,11	-,17	,02	-,05	-,09	-,08
18	,64	-,21	,18	,14	,18	-,04	-,01	-,08	,06	-,05	,10	-,05	,10	,08	-,16	-,11	,02	,11	-,14
19	,32	,00	-,34	,14	-,15	,30	-,02	,15	,18	-,31	,04	,02	,14	-,34	-,05	,07	-,01	,06	-,04
20	,55	-,14	-,28	,05	,07	,02	-,03	-,26	,29	-,11	,07	,18	-,09	,10	,16	,01	-,04	-,02	,16
21	,47	-,16	,29	-,27	-,09	,06	-,10	,16	,19	,16	,00	,19	-,08	-,20	,10	-,04	,15	,33	-,07
22	,52	-,15	,05	,23	-,08	-,06	-,39	-,03	-,07	,05	,10	,25	-,07	-,20	-,01	-,03	-,08	,13	-,07
23	,51	,04	-,06	,16	-,09	-,08	,15	,07	,06	,26	,19	,14	,09	,09	,18	-,21	-,01	,15	,11
24	,58	-,18	-,26	,13	-,01	-,14	,06	-,24	,08	-,03	,03	,05	-,08	-,03	,25	-,01	,03	,03	,16
25	,55	,22	,39	,00	-,40	,00	,12	-,03	,06	,00	,19	-,17	,01	,01	,10	,06	,00	-,01	-,01
26	,72	-,30	-,12	-,06	-,07	-,07	-,07	-,14	,02	,01	-,03	,12	,01	,03	,06	-,05	-,12	-,05	,08
27	,30	,38	,20	-,06	,43	-,01	,17	-,13	-,06	-,07	,06	-,13	-,11	-,09	-,10	-,21	-,02	,03	-,03
28	,66	,01	-,04	-,37	,14	,00	-,05	-,03	-,09	-,04	,10	-,11	-,09	,09	,04	,13	,04	,08	,02
29	,67	-,20	-,02	-,21	-,07	,09	,09	-,11	,19	,01	,16	,13	-,10	-,03	-,02	,04	,01	-,05	-,05
30	,70	-,15	-,26	-,29	-,02	,05	,01	-,04	,10	,14	-,05	-,05	,10	,01	-,05	,09	,06	-,03	,02
31	,75	-,04	-,18	-,15	,01	-,15	-,06	-,10	,10	,07	-,09	-,05	,16	,03	,02	,02	-,06	-,07	-,07
32	,69	-,12	-,04	-,31	,01	,15	-,01	,02	-,05	-,05	,13	-,18	-,02	,06	,16	,11	,09	,11	-,03
33	,67	,03	,03	-,07	-,35	-,10	-,08	-,05	-,01	,09	,03	-,24	,05	,02	,07	-,15	-,03	,05	,08
34	,69	-,21	-,09	-,06	,03	-,13	,09	-,16	,14	,04	-,04	,11	-,13	-,01	-,02	,00	,02	-,08	,16
35	,41	-,16	,16	,27	,10	-,02	-,41	,15	,11	-,19	,32	,02	-,14	-,10	,12	,09	-,04	,02	-,02
36	,65	-,24	,05	,08	,07	-,15	,16	-,03	,07	,00	-,04	-,08	,02	-,07	-,22	,06	-,02	-,15	-,12
37	,62	-,33	,36	,06	,12	-,03	-,01	,08	,08	-,10	,01	-,06	-,10	-,02	-,06	-,15	,01	-,02	-,02
38	,59	-,09	,03	-,07	,04	-,14	-,22	,24	-,20	,13	,05	-,08	,09	-,10	,13	-,01	-,02	-,16	-,05
39	,51	,39	-,15	,19	-,19	,06	,00	,27	-,04	,01	-,22	,14	-,01	,24	,00	,03	,02	,09	,05
40	,43	,30	-,22	,10	-,05	-,05	-,06	-,06	-,17	-,43	-,05	,01	,14	,13	-,18	-,01	,22	,13	,00
41	,68	-,27	,13	-,23	-,01	-,05	,06	,04	-,08	-,02	-,15	,13	-,06	,05	-,03	-,01	,10	-,03	,17
42	,38	,55	,13	,04	,34	,00	,02	-,07	,01	,12	,03	-,01	-,03	-,11	-,04	-,22	-,15	-,04	-,01
43	,59	-,14	,49	,07	,06	,01	-,19	,00	,17	-,20	-,08	-,03	-,02	,03	-,04	-,20	-,08	-,18	,08
44	,55	,28	-,24	,04	,07	-,13	-,03	,05	,24	-,08	-,12	-,16	-,20	-,13	,08	-,11	,25	,11	-,06
45	,56	-,06	-,01	,05	,09	-,07	-,19	,41	-,16	,05	-,16	-,04	,17	-,15	,12	-,07	,08	-,13	,10
46	,64	-,16	-,12	-,20	-,03	-,10	-,12	,14	-,11	,03	,01	,11	,09	-,09	,07	-,13	-,01	,03	,01
47	,44	,27	,40	,05	-,34	-,04	,26	-,05	-,03	,05	,14	-,09	,02	,04	,06	,10	,06	,04	-,15
48	,25	,47	,17	-,06	,22	,03	,05	,02	,13	,02	-,02	-,03	,07	,11	,30	,15	-,11	-,01	-,13
49	,53	,41	,01	,04	,01	-,09	-,01	,11	-,05	-,03	,01	,18	-,16	,03	-,02	,02	-,08	,01	,22
50	,66	,05	,12	,10	-,27	-,09	,10	-,03	-,05	-,04	-,09	-,16	,10	,00	,15	,00	,09	-,02	-,13

Anhang D

51	,71	-,06	-,14	-,15	,05	,04	-,02	,06	-,26	-,03	,12	,01	,06	-,04	,10	,01	,14	-,07	-,01
52	,36	,52	-,01	,05	,23	,17	-,07	-,03	-,02	,07	,09	,18	-,04	-,03	,01	-,04	,15	-,16	-,24
53	,48	,24	-,04	,00	,06	,17	,02	,03	,25	-,07	-,02	,33	-,03	,02	,10	,03	,07	-,35	-,14
54	,73	-,15	-,17	-,16	,05	,11	-,02	-,09	,19	,05	-,02	-,14	,14	,03	-,06	,07	,06	-,05	-,04
55	,70	,03	-,17	-,29	,04	-,10	-,07	,02	-,14	-,02	,13	-,03	-,13	,02	-,14	-,04	,02	,12	-,09
56	,56	,49	,06	-,10	,19	,06	-,10	-,14	,02	,05	,08	,01	,07	-,17	-,06	,07	-,11	,08	-,10
57	,65	,06	-,17	-,09	-,15	-,05	,03	,24	,13	-,12	-,14	,07	,04	,01	-,05	-,05	-,20	-,02	-,08
58	,46	,55	,16	-,06	,27	,07	-,06	-,09	,10	,06	,05	,07	,07	-,03	-,04	,08	-,14	-,13	-,03
59	,59	,05	-,24	,00	,02	,32	-,12	-,18	,02	,17	,02	-,23	,04	,14	-,09	-,13	,10	-,12	-,01
60	,31	-,06	,05	-,05	,32	-,05	-,08	-,09	-,18	,09	-,27	,15	-,23	,42	,18	,04	,16	,10	-,12
61	,61	-,21	,52	-,07	,07	-,03	-,12	,02	,05	-,20	-,15	,04	-,04	,10	-,07	-,11	,04	-,10	,03
62	,43	-,09	,04	,40	,06	,04	-,22	,08	-,11	,09	,04	-,14	-,20	,14	-,12	,41	,08	,00	,11
63	,39	-,24	,02	,29	,18	,20	,25	,03	,05	,07	,01	-,11	-,20	,08	,06	-,04	-,08	,19	,02
64	,44	,18	-,04	,02	,05	-,23	,07	,12	,43	-,01	-,18	-,28	-,13	-,05	-,09	,08	,00	,03	,06
65	,29	-,02	-,07	,14	,22	,10	-,02	,43	,05	,29	-,14	-,20	,27	-,06	-,14	,09	-,17	,03	,18
66	,56	,32	-,20	-,03	,12	-,23	,00	,07	,29	-,05	-,17	-,12	-,22	-,19	-,02	,03	,19	,16	,03
67	,39	-,16	-,11	,34	,26	,43	,25	,10	-,07	-,03	,06	-,05	,04	-,13	,11	-,10	,02	,04	,13
68	,57	-,13	,03	,18	-,04	-,13	,20	,06	-,14	,17	-,06	-,16	-,02	-,09	-,06	-,03	-,03	-,02	-,28
69	,57	-,16	,29	-,25	-,16	,01	,02	,26	-,04	,07	-,18	,11	,06	-,10	-,06	-,12	,22	,01	,11
70	,60	,08	,44	-,17	-,15	,07	,08	-,02	,01	-,15	-,03	,04	,16	-,01	-,03	,02	,02	,02	-,03
71	,69	,14	-,06	-,31	,04	,04	,05	-,08	-,10	-,02	-,07	-,06	-,01	,03	-,05	,13	-,06	-,03	,13
72	,60	,21	-,03	,15	-,35	,02	,06	-,15	-,15	,06	-,16	-,01	-,06	,05	,04	-,08	,02	-,04	,13
73	,34	-,01	,54	,01	,07	,27	-,10	,00	,10	-,21	-,13	-,05	,15	,21	,13	,11	,05	,07	,08
74	,57	-,16	-,07	,23	,13	-,09	,14	-,13	-,24	-,15	-,12	,00	,07	-,09	,15	,04	,20	-,04	-,03
75	,59	-,01	-,09	,18	-,26	,07	,19	-,02	,00	,07	,04	-,13	-,26	,06	,06	,06	-,02	-,21	,02
76	,48	-,13	,14	,14	,10	-,26	,17	,03	-,19	,02	-,15	,13	-,12	-,05	-,14	,20	-,07	-,20	,03
77	,66	-,31	,02	-,09	-,06	,22	,14	-,04	,15	,07	-,12	,10	-,08	-,02	-,02	,07	,04	,06	-,15
78	,60	,13	-,24	,16	,05	,13	,10	,14	-,05	-,17	-,20	-,07	-,13	-,13	,07	,01	-,14	,08	-,07
79	,71	-,26	,15	-,10	,15	,03	,04	-,10	-,06	,02	-,07	,02	,05	,02	-,11	,06	,05	-,04	,02
80	,61	,15	-,15	,08	-,17	-,02	-,20	-,17	,03	,17	-,08	-,12	-,02	-,16	,14	-,17	,04	-,14	-,04
81	,54	-,18	-,15	,30	,25	,30	,27	-,08	-,10	-,06	,07	,03	,02	-,06	,07	-,12	,02	,01	,10
82	,41	,36	,23	,24	-,32	-,01	-,05	-,23	-,26	,13	-,14	-,07	-,09	-,21	,10	,04	-,03	-,02	,07
83	,59	-,11	,33	,19	,14	-,10	,06	-,10	-,08	-,08	-,14	-,02	-,08	-,16	-,14	,00	-,04	-,07	,09
84	,35	-,09	,22	,20	-,14	,11	-,07	-,15	,12	,30	,10	,12	-,13	-,03	-,39	,13	-,17	,13	,06
85	,40	-,10	-,08	,23	,09	,01	-,41	-,15	,08	,16	-,10	,03	,15	,14	-,11	-,20	,08	,16	-,11
86	,62	,03	-,14	,21	-,25	,07	-,22	-,15	-,04	,01	,03	-,11	-,05	,09	-,07	-,05	,01	,16	,04
87	,48	,34	,05	,00	,13	,07	-,22	-,23	-,07	,02	-,22	-,08	,17	-,05	,04	,04	-,09	,01	-,04
88	,56	-,20	,03	-,04	-,09	,28	,15	-,07	-,08	,16	-,19	,30	,03	-,21	,00	,19	-,04	,08	-,19
89	,69	-,21	-,10	,04	-,05	-,01	-,14	-,19	-,08	,06	,01	,17	,12	-,02	-,11	-,03	-,02	,00	,03
90	,62	-,23	-,07	,05	,06	,09	-,03	,18	-,24	-,07	,04	-,11	-,15	,01	-,12	,10	,04	,07	-,18

(fett dargestellt sind die höchsten Faktorladungen der einzelnen Items)

Tabelle 3: Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items mit 9-Faktorenlösung und Varimax-Rotation - Varianzaufklärung

Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion

Komponente	Gesamt	% der Varianz- aufklärung	Kumulierte % der Varianz- aufklärung
1	12,8	14,2	14,2
2	6,1	6,8	21,0
3	5,9	6,5	27,5
4	5,7	6,4	33,9
5	4,8	5,3	39,3
6	4,0	4,4	43,7
7	3,8	4,2	47,9
8	2,7	3,0	50,9
9	2,3	2,5	53,5

Anhang D

Tabelle 4: Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items mit 9-Faktorenlösung und Varimax-Rotation – Faktorladungen

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sc11	,32	,14	,10	,15	,49	,16	,20	,10	,09
Sc12	,01	,42	-,01	,29	,14	,07	,04	,25	,25
Sc13	,17	,15	,60	,46	,08	,03	,10	,09	,09
Sc14	,68	,37	,10	,16	,10	,01	-,01	-,03	,08
Sc15	,48	,13	,14	,09	-,06	,11	,50	,02	,06
Sc16	-,01	,21	,17	,06	,11	,12	,03	,24	,23
Sc17	,30	,14	,02	,53	-,12	,04	,21	,30	,29
Sc18	,31	,16	,37	,02	,38	,33	,22	,05	,02
Sc19	,19	-,05	-,06	,22	-,14	,12	,39	,34	,11
Sc20	,43	,09	,01	,06	,20	,28	,27	,35	-,24
Sc21	,38	,00	,54	,00	-,03	,06	-,02	,16	,12
Sc22	,26	,00	,20	,23	,12	,58	,04	,00	,10
Sc23	,20	,11	,11	,30	,29	,08	,17	,22	,12
Sc24	,42	,02	-,03	,19	,39	,26	,19	,21	-,16
Sc25	,15	,19	,54	,55	,11	-,05	-,04	,11	-,01
Sc26	,62	-,05	,18	,17	,29	,29	,15	,13	-,06
Sc27	,07	,66	,11	-,06	,19	-,08	,07	-,09	-,02
Sc28	,68	,30	,17	,04	,10	,06	,04	,01	,08
Sc29	,59	,04	,33	,11	,16	,05	,21	,23	-,12
Sc30	,74	,07	,10	,11	,11	,08	,18	,24	-,01
Sc31	,64	,19	,10	,17	,25	,22	,04	,25	-,01
Sc32	,68	,13	,26	,11	,05	,05	,19	,05	,09
Sc33	,47	,06	,28	,48	,13	,17	-,05	,15	,03
Sc34	,53	,07	,19	,10	,39	,17	,15	,23	-,10
Sc35	,09	,04	,29	,00	,08	,58	,08	,11	,22
Sc36	,38	,05	,27	,10	,48	,16	,19	,15	,04
Sc37	,30	,03	,56	-,03	,35	,26	,17	,04	,14
Sc38	,46	,10	,18	,13	,17	,29	-,04	-,04	,39
Sc39	,14	,29	,00	,52	,01	,09	,16	,24	,35
Sc40	,24	,30	-,16	,39	,09	,16	,06	,03	,08
Sc41	,60	,02	,39	,08	,27	,06	,09	-,01	,12
Sc42	,04	,74	,08	,10	,09	,06	,05	,05	,06
Sc43	,20	,17	,66	,03	,18	,36	,05	,07	,05
Sc44	,30	,37	-,05	,20	,15	,16	,05	,43	,10
Sc45	,35	,10	,15	,10	,15	,28	,09	,03	,54

Anhang D

Sci46	,63	,02	,12	,13	,16	,18	,02	,07	,24
Sci47	,03	,23	,46	,53	,20	-,16	-,03	,03	-,01
Sci48	,00	,58	,15	,04	-,01	-,06	-,01	,13	,05
Sci49	,21	,46	,08	,35	,12	,08	,00	,14	,23
Sci50	,30	,11	,31	,49	,29	,10	,07	,10	,06
Sci51	,64	,17	,08	,20	,18	,13	,20	-,07	,22
Sci52	,09	,63	-,01	,17	-,09	,10	,15	,05	,08
Sci53	,22	,36	,17	,15	-,02	,07	,23	,32	,03
Sci54	,64	,14	,19	,07	,13	,18	,27	,28	-,05
Sci55	,70	,24	,05	,18	,15	,11	,01	,05	,15
Sci56	,30	,68	,12	,21	-,02	,13	,04	,08	-,02
Sci57	,47	,11	,13	,29	,12	,05	,09	,37	,27
Sci58	,14	,75	,18	,12	-,02	,08	,03	,12	,01
Sci59	,46	,23	,03	,22	-,08	,25	,39	,11	-,10
Sci60	,27	,23	,05	-,12	,19	,18	,06	-,19	,05
Sci61	,31	,14	,68	-,01	,22	,26	,01	-,04	,09
Sci62	,06	,07	,13	,19	,18	,48	,24	-,03	,21
Sci63	,08	,02	,18	,00	,32	,10	,52	,06	,06
Sci64	,16	,27	,14	,07	,23	,06	-,04	,55	,08
Sci65	,08	,11	,06	-,08	,06	,12	,26	,17	,46
Sci66	,31	,44	-,03	,14	,20	,11	-,03	,49	,11
Sci67	,08	,10	,06	,01	,18	,09	,74	-,02	,15
Sci68	,26	,03	,17	,27	,46	,09	,19	,02	,16
Sci69	,45	-,02	,53	,15	,10	-,03	,00	,03	,29
Sci70	,32	,24	,61	,28	,11	-,04	,02	,00	,02
Sci71	,64	,36	,15	,22	,10	-,02	,09	,02	,03
Sci72	,27	,17	,13	,66	,15	,12	,12	,04	-,04
Sci73	,03	,22	,63	,00	-,06	,15	,16	-,07	,01
Sci74	,31	,11	,03	,20	,49	,22	,28	-,12	,04
Sci75	,28	,01	,16	,47	,24	,06	,30	,18	,03
Sci76	,21	,09	,18	,13	,53	,10	,05	-,09	,17
Sci77	,51	-,05	,39	,10	,17	,06	,38	,18	-,05
Sci78	,32	,24	-,03	,29	,17	,11	,38	,17	,23
Sci79	,54	,13	,38	,02	,33	,18	,23	-,05	,01
Sci80	,37	,20	,05	,42	,07	,34	,06	,18	-,06
Sci81	,24	,14	,04	,08	,34	,13	,68	-,03	,02
Sci82	,01	,28	,20	,66	,10	,17	-,03	-,17	-,08
Sci83	,19	,21	,41	,13	,44	,25	,13	-,09	,03
Sci84	,05	,01	,35	,21	,09	,26	,16	,07	-,14
Sci85	,20	,09	,05	,06	,04	,60	,10	,09	-,05
Sci86	,34	,07	,08	,49	,06	,42	,18	,11	-,03
Sci87	,26	,51	,09	,22	-,02	,28	,04	-,04	-,08
Sci88	,42	-,01	,29	,21	,11	,02	,39	-,04	-,03
Sci89	,54	,03	,14	,24	,24	,38	,19	,01	-,06
Sci90	,45	,01	,14	,14	,21	,22	,31	-,09	,32

(fett dargestellt sind die höchsten Faktorladungen der einzelnen Items)

Tabelle 5: Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items mit Varimax-Rotation und 5-Faktorenlösung – Varianzaufklärung

Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion

Komponente	Gesamt	% der Varianz- aufklärung	Kumulierte % der Varianz- aufklärung
1	13,2	14,7	14,7
2	8,4	9,3	24,0
3	6,9	7,7	31,6
4	6,2	6,9	38,6
5	6,2	6,9	45,4

Anhang D

Tabelle 6: Faktorenanalyse über alle SCL-90-R-Items mit Varimax-Rotation und 5-Faktorenlösung – Faktorladungen

	1	2	3	4	5
Scl1	,04	,08	,44	,10	,14
Scl2	,48	,22	,15	,07	,48
Scl3	,56	,28	,00	,06	,33
Scl4	,11	-,01	,43	,02	,47
Scl5	,30	,09	,35	,18	-,03
Scl6	,30	,42	,08	,20	,02
Scl7	,05	,53	,09	,11	,10
Scl8	,19	,40	-,01	-,03	,13
Scl9	,55	,13	,34	,07	,11
Scl10	,49	,18	,22	,17	,19
Scl11	,34	,48	,16	,13	,17
Scl12	,02	,15	,48	,04	,34
Scl13	,19	,12	,18	,65	,35
Scl14	,66	,04	,39	,14	,12
Scl15	,48	,31	,14	,05	,14
Scl16	,03	,19	,25	,14	,10
Scl17	,30	,07	,21	,05	,62
Scl18	,33	,55	,16	,34	,01
Scl19	,22	,20	,00	-,14	,39
Scl20	,45	,39	,08	-,07	,21
Scl21	,43	,05	,03	,47	-,01
Scl22	,21	,43	,02	,25	,25
Scl23	,23	,30	,15	,14	,34
Scl24	,42	,44	,02	-,01	,29
Scl25	,17	-,02	,21	,64	,42
Scl26	,62	,39	-,04	,19	,22
Scl27	,08	,10	,64	,11	-,16
Scl28	,68	,11	,32	,16	,03
Scl29	,63	,22	,04	,26	,16
Scl30	,76	,19	,09	,04	,21
Scl31	,65	,28	,21	,10	,26
Scl32	,69	,16	,16	,22	,11
Scl33	,45	,11	,09	,37	,47
Scl34	,57	,39	,07	,17	,16
Scl35	,09	,47	,07	,26	,06
Scl36	,42	,48	,07	,26	,12
Scl37	,35	,49	,05	,52	-,07
Scl38	,44	,28	,16	,23	,12
Scl39	,13	,14	,37	,06	,57
Scl40	,19	,14	,33	-,06	,40
Scl41	,62	,25	,04	,38	,03
Scl42	,03	,11	,75	,09	,05
Scl43	,23	,38	,18	,63	-,03
Scl44	,32	,21	,41	-,07	,34
Scl45	,35	,36	,19	,16	,13

Anhang D

ScI46	,62	,22	,07	,14	,17
ScI47	,05	-,03	,25	,58	,37
ScI48	,02	-,04	,59	,13	,01
ScI49	,20	,12	,51	,15	,34
ScI50	,30	,24	,14	,41	,44
ScI51	,61	,28	,21	,12	,19
ScI52	,06	,08	,65	,00	,17
ScI53	,26	,15	,38	,10	,22
ScI54	,67	,32	,15	,11	,18
ScI55	,68	,15	,27	,09	,20
ScI56	,28	,06	,69	,14	,18
ScI57	,51	,17	,18	,12	,39
ScI58	,14	,05	,75	,17	,09
ScI59	,44	,27	,22	-,02	,30
ScI60	,24	,25	,22	,06	-,17
ScI61	,34	,32	,14	,66	-,11
ScI62	,03	,53	,10	,16	,21
ScI63	,13	,54	,03	,11	,03
ScI64	,24	,17	,31	,08	,20
ScI65	,13	,32	,18	-,03	,02
ScI66	,35	,17	,48	-,05	,28
ScI67	,12	,58	,11	-,05	,05
ScI68	,28	,42	,07	,24	,24
ScI69	,49	,08	,03	,53	,08
ScI70	,34	,05	,25	,64	,14
ScI71	,62	,07	,37	,18	,18
ScI72	,23	,16	,20	,27	,61
ScI73	,05	,17	,21	,57	-,11
ScI74	,29	,55	,12	,10	,17
ScI75	,29	,30	,05	,20	,49
ScI76	,22	,40	,12	,26	,06
ScI77	,56	,35	-,04	,30	,14
ScI78	,32	,37	,30	-,04	,37
ScI79	,56	,42	,13	,36	-,03
Sc80	,34	,22	,22	,12	,47
ScI81	,26	,63	,14	-,02	,11
ScI82	-,07	,07	,29	,40	,50
ScI83	,19	,48	,21	,46	,03
ScI84	,05	,27	,00	,35	,19
ScI85	,16	,42	,08	,04	,15
ScI86	,29	,33	,09	,15	,54
ScI87	,21	,14	,50	,14	,18
ScI88	,43	,27	-,01	,26	,18
ScI89	,51	,42	,03	,18	,26
ScI90	,45	,44	,05	,15	,14

(fett dargestellt sind die höchsten Faktorladungen der einzelnen Items)

Tabelle 7: Faktorenanalyse über das SCL-90-R-Item aus jeder Skala mit höchster Korrelation zum Gesamtmittelwert GSI – Varianzaufklärung

Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			
Komponente	Gesamt	% der Varianz- aufklärung	Kumulierte % der Varianz- aufklärung
1	4,15	46,14	46,14

Tabelle 8: Faktorenanalyse über das SCL-90-R-Item aus jeder Skala mit höchster Korrelation zum Gesamtmittelwert GSI – Faktorladungen

	Faktorladungen
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0,52
Konzentrationsschwierigkeiten	0,68
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0,75
Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0,77
Nervosität oder innerem Zittern	0,70
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0,66
Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0,65
Dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0,66
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0,70

Tabelle 9: Faktorenanalyse über die SCL-K-9-Items – Varianzaufklärung

Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			
Komponente	Gesamt	% der Varianz- aufklärung	Kumulierte % der Varianz- aufklärung
1	3,90	43,34	43,34
2	1,00	11,12	54,47

Tabelle 10: Faktorenanalyse über die SCL-K-9-Items – Faktorladungen

	Faktorladungen	
	1	2
Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0,43	0,78
Dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0,64	0,25
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0,77	-0,19
Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0,78	0,02
Dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0,67	0,09
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0,67	-0,32
Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0,59	-0,32
Dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0,58	0,21
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0,72	-0,20

Anhang E: Varianzanalysen

Anhang E

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen SCL-90-R-Skalen

		n	M	SD
Somatisierung	affektive Störung	95	0,83	0,74
	Anpassungsstörung	43	0,91	0,67
	Angststörung	66	0,95	0,73
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,32	0,87
	Persönlichkeitsstörung	46	0,85	0,73
	Gesamt	293	0,94	0,76
Zwanghaftigkeit	affektive Störung	95	1,42	0,83
	Anpassungsstörung	43	1,25	0,75
	Angststörung	66	1,07	0,73
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,28	0,85
	Persönlichkeitsstörung	46	1,48	0,85
	Gesamt	293	1,31	0,81
Unsicherheit	affektive Störung	95	1,44	0,88
	Anpassungsstörung	43	1,05	0,76
	Angststörung	66	1,07	0,80
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,03	0,85
	Persönlichkeitsstörung	46	1,38	0,92
	Gesamt	293	1,23	0,86
Depressivität	affektive Störung	95	1,77	0,89
	Anpassungsstörung	43	1,45	0,79
	Angststörung	66	1,24	0,76
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,43	1,01
	Persönlichkeitsstörung	46	1,75	0,98
	Gesamt	293	1,55	0,90
Ängstlichkeit	affektive Störung	95	1,09	0,79
	Anpassungsstörung	43	1,12	0,93
	Angststörung	66	1,40	0,79
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,25	0,91
	Persönlichkeitsstörung	46	1,20	0,79
	Gesamt	293	1,20	0,83
Aggressivität	affektive Störung	95	0,94	0,71
	Anpassungsstörung	43	1,08	0,76
	Angststörung	66	0,74	0,70
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,79	0,76
	Persönlichkeitsstörung	46	1,07	0,92
	Gesamt	293	0,92	0,76

Anhang E

Phobische Angst	affektive Störung	95	0,74	0,82
	Anpassungsstörung	43	0,47	0,55
	Angststörung	66	1,17	1,07
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,71	0,98
	Persönlichkeitsstörung	46	0,71	0,89
	Gesamt	293	0,79	0,91
Paranoides Denken	affektive Störung	95	1,18	0,91
	Anpassungsstörung	43	0,94	0,92
	Angststörung	66	0,84	0,74
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,83	0,86
	Persönlichkeitsstörung	46	1,04	1,04
	Gesamt	293	0,99	0,90
Psychotizismus	affektive Störung	94	0,68	0,54
	Anpassungsstörung	42	0,52	0,47
	Angststörung	66	0,56	0,49
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,67	0,62
	Persönlichkeitsstörung	46	0,87	0,74
	Gesamt	291	0,66	0,58
Zusatzskala	affektive Störung	95	1,31	0,77
	Anpassungsstörung	43	1,16	0,80
	Angststörung	66	1,07	0,74
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,22	0,81
	Persönlichkeitsstörung	46	1,25	0,76
	Gesamt	293	1,21	0,77
Gesamt- mittelwert	affektive Störung	95	1,17	0,63
	Anpassungsstörung	43	1,02	0,57
	Angststörung	66	1,03	0,54
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,10	0,71
	Persönlichkeitsstörung	46	1,19	0,68
	Gesamt	293	1,11	0,63

Tabelle 2: Varianzanalyse der psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen SCL-90-R-Skalen

		Quadrat- summe	df	F	p
Somatisierung	Zwischen Gruppen	7,6	4	3,44	0,009
	Innerhalb Gruppen	159,8	288		
	Gesamt	167,4	292		
Zwanghaftigkeit	Zwischen Gruppen	6,7	4	2,59	0,037
	Innerhalb Gruppen	186,1	288		
	Gesamt	192,8	292		
Unsicherheit	Zwischen Gruppen	10,1	4	3,50	0,008
	Innerhalb Gruppen	208,3	288		
	Gesamt	218,4	292		
Depressivität	Zwischen Gruppen	13,6	4	4,36	0,002
	Innerhalb Gruppen	224,2	288		
	Gesamt	237,8	292		
Ängstlichkeit	Zwischen Gruppen	4,3	4	1,55	0,187
	Innerhalb Gruppen	197,7	288		
	Gesamt	202,0	292		
Aggressivität	Zwischen Gruppen	5,0	4	2,17	0,072
	Innerhalb Gruppen	165,7	288		
	Gesamt	170,6	292		
Phobische Angst	Zwischen Gruppen	14,4	4	4,60	0,001
	Innerhalb Gruppen	226,2	288		
	Gesamt	240,7	292		
Paranoides Denken	Zwischen Gruppen	6,2	4	1,94	0,105
	Innerhalb Gruppen	229,1	288		
	Gesamt	235,3	292		
Psychotizismus	Zwischen Gruppen	3,5	4	2,72	0,030
	Innerhalb Gruppen	93,3	286		
	Gesamt	96,9	290		
Zusatzskala	Zwischen Gruppen	2,5	4	1,07	0,370
	Innerhalb Gruppen	171,0	288		
	Gesamt	173,6	292		
GSI (Gesamt- mittelwert)	Zwischen Gruppen	1,4	4	0,89	0,468
	Innerhalb Gruppen	112,7	288		
	Gesamt	114,1	292		

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen SCL-K-9-Skalen

		n	M	SD
Somatisierung	affektive Störung	94	0,83	1,12
	Anpassungsstörung	41	0,90	1,26
	Angststörung	65	0,95	1,33
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,28	1,39
	Persönlichkeitsstörung	46	0,78	1,15
	Gesamt	289	0,93	1,24
Zwanghaftigkeit	affektive Störung	95	2,18	1,38
	Anpassungsstörung	42	1,86	1,26
	Angststörung	65	1,40	1,22
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,70	1,47
	Persönlichkeitsstörung	46	1,96	1,52
	Gesamt	291	1,85	1,39
Unsicherheit	affektive Störung	95	2,29	1,31
	Anpassungsstörung	43	1,93	1,28
	Angststörung	66	1,71	1,26
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,49	1,35
	Persönlichkeitsstörung	46	1,98	1,48
	Gesamt	293	1,94	1,35
Depressivität	affektive Störung	95	2,25	1,34
	Anpassungsstörung	43	1,91	1,43
	Angststörung	66	1,94	1,18
	dissoziative/somatoforme Störung	43	2,00	1,40
	Persönlichkeitsstörung	44	2,20	1,49
	Gesamt	291	2,09	1,35
Ängstlichkeit	affektive Störung	94	1,93	1,18
	Anpassungsstörung	43	1,88	1,29
	Angststörung	66	2,11	1,31
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,86	1,28
	Persönlichkeitsstörung	46	2,39	1,36
	Gesamt	292	2,02	1,27
Aggressivität	affektive Störung	93	1,47	1,29
	Anpassungsstörung	43	1,47	1,40
	Angststörung	66	1,20	1,34
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,33	1,52
	Persönlichkeitsstörung	46	1,35	1,49
	Gesamt	291	1,37	1,38

Anhang E

Phobische Angst	affektive Störung	93	1,31	1,45
	Anpassungsstörung	42	0,86	1,16
	Angststörung	65	1,49	1,55
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,86	1,25
	Persönlichkeitsstörung	45	0,82	1,17
	Gesamt	288	1,14	1,39
Paranoides Denken	affektive Störung	95	1,15	1,35
	Anpassungsstörung	42	0,86	0,98
	Angststörung	66	1,08	1,29
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,79	1,06
	Persönlichkeitsstörung	46	1,28	1,39
	Gesamt	292	1,06	1,26
Psychotizismus	affektive Störung	94	1,66	1,38
	Anpassungsstörung	41	1,20	1,27
	Angststörung	65	1,06	1,30
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,05	1,19
	Persönlichkeitsstörung	46	1,74	1,61
	Gesamt	289	1,38	1,38
Gesamt- mittelwert	affektive Störung	95	1,68	0,86
	Anpassungsstörung	43	1,44	0,82
	Angststörung	66	1,44	0,77
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,37	0,89
	Persönlichkeitsstörung	46	1,61	0,92
	Gesamt	293	1,54	0,85

Tabelle 4: Varianzanalyse der psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen SCL-K-9-Items

		Quadrat- summe	df	F	p
Somatisierung	Zwischen Gruppen	7,2	4	1,19	0,317
	Innerhalb Gruppen	434,2	284		
	Gesamt	441,5	288		
Zwanghaftigkeit	Zwischen Gruppen	25,0	4	3,33	0,011
	Innerhalb Gruppen	535,7	286		
	Gesamt	560,6	290		
Unsicherheit	Zwischen Gruppen	24,2	4	3,42	0,009
	Innerhalb Gruppen	509,8	288		
	Gesamt	534,0	292		
Depressivität	Zwischen Gruppen	6,4	4	,88	0,479
	Innerhalb Gruppen	520,5	286		
	Gesamt	526,9	290		
Ängstlichkeit	Zwischen Gruppen	9,6	4	1,48	0,208
	Innerhalb Gruppen	463,3	287		
	Gesamt	472,8	291		
Aggressivität	Zwischen Gruppen	3,5	4	,45	0,773
	Innerhalb Gruppen	550,2	286		
	Gesamt	553,7	290		
Phobische Angst	Zwischen Gruppen	22,1	4	2,95	0,021
	Innerhalb Gruppen	529,1	283		
	Gesamt	551,2	287		
Paranoides Denken	Zwischen Gruppen	7,9	4	1,24	0,293
	Innerhalb Gruppen	454,1	287		
	Gesamt	462,0	291		
Psychotizismus	Zwischen Gruppen	26,1	4	3,52	0,008
	Innerhalb Gruppen	526,1	284		
	Gesamt	552,1	288		
Gesamt- mittelwert	Zwischen Gruppen	4,4	4	1,54	0,191
	Innerhalb Gruppen	207,2	288		
	Gesamt	211,6	292		

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen Items mit höchster Korrelation zu GSI

		n	M	SD
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	affektive Störung	95	0,86	1,23
	Anpassungsstörung	43	0,93	1,24
	Angststörung	66	1,00	1,19
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,51	1,45
	Persönlichkeitsstörung	46	1,02	1,27
	Gesamt	293	1,02	1,28
Konzentrations-schwierigkeiten	affektive Störung	95	1,95	1,34
	Anpassungsstörung	43	1,81	1,16
	Angststörung	66	1,58	1,34
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,79	1,26
	Persönlichkeitsstörung	45	2,13	1,36
	Gesamt	292	1,85	1,31
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	affektive Störung	95	2,29	1,31
	Anpassungsstörung	43	1,93	1,28
	Angststörung	66	1,71	1,26
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,49	1,35
	Persönlichkeitsstörung	46	1,98	1,48
	Gesamt	293	1,94	1,35
Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	affektive Störung	95	2,25	1,34
	Anpassungsstörung	43	1,91	1,43
	Angststörung	66	1,94	1,18
	dissoziative/somatoforme Störung	43	2,00	1,40
	Persönlichkeitsstörung	44	2,20	1,49
	Gesamt	291	2,09	1,35
Nervosität oder innerem Zittern	affektive Störung	94	1,85	1,24
	Anpassungsstörung	43	1,79	1,34
	Angststörung	65	2,12	1,18
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,77	1,23
	Persönlichkeitsstörung	46	2,13	1,39
	Gesamt	291	1,93	1,26
Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	affektive Störung	93	1,47	1,29
	Anpassungsstörung	43	1,47	1,40
	Angststörung	66	1,20	1,34
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,33	1,52
	Persönlichkeitsstörung	46	1,35	1,49
	Gesamt	291	1,37	1,38

Anhang E

Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätig- keiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	affektive Störung	95	,91	1,24
	Anpassungsstörung	43	,95	1,46
	Angststörung	66	1,29	1,50
	dissoziative/somatoforme Störung	43	0,93	1,37
	Persönlichkeitsstörung	46	0,89	1,30
	Gesamt	293	1,00	1,36
Dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	affektive Störung	94	1,07	1,24
	Anpassungsstörung	43	0,93	1,22
	Angststörung	65	0,89	1,20
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,00	1,35
	Persönlichkeitsstörung	46	1,22	1,44
	Gesamt	291	1,02	1,27
Einsamkeitsgefühlen selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	affektive Störung	94	1,66	1,38
	Anpassungsstörung	41	1,20	1,27
	Angststörung	65	1,06	1,30
	dissoziative/somatoforme Störung	43	1,05	1,19
	Persönlichkeitsstörung	46	1,74	1,61
	Gesamt	289	1,38	1,38

Tabelle 6: Varianzanalyse der psychischen Hauptdiagnosegruppen in den einzelnen Items mit höchster Korrelation zu GSI

		Quadrat- summe	df	F	p
Somatisierung	Zwischen Gruppen	13,1	4	2,04	0,089
	Innerhalb Gruppen	461,7	288		
	Gesamt	474,8	292		
Zwanghaftigkeit	Zwischen Gruppen	9,7	4	1,42	0,228
	Innerhalb Gruppen	489,7	287		
	Gesamt	499,4	291		
Unsicherheit	Zwischen Gruppen	24,2	4	3,42	0,009
	Innerhalb Gruppen	509,8	288		
	Gesamt	534,0	292		
Depressivität	Zwischen Gruppen	6,4	4	0,88	0,479
	Innerhalb Gruppen	520,5	286		
	Gesamt	526,9	290		
Ängstlichkeit	Zwischen Gruppen	6,8	4	1,07	0,373
	Innerhalb Gruppen	456,9	286		
	Gesamt	463,8	290		
Aggressivität	Zwischen Gruppen	3,5	4	0,45	0,773
	Innerhalb Gruppen	550,2	286		
	Gesamt	553,7	290		
Phobische Angst	Zwischen Gruppen	7,2	4	0,96	0,427
	Innerhalb Gruppen	534,8	288		
	Gesamt	542,0	292		
Paranoides Denken	Zwischen Gruppen	3,5	4	0,53	0,711
	Innerhalb Gruppen	467,3	286		
	Gesamt	470,8	290		
Psychotizismus	Zwischen Gruppen	26,1	4	3,52	0,008
	Innerhalb Gruppen	526,1	284		
	Gesamt	552,1	288		

Tabelle 7: ANOVA mit der Diagnose als Faktor und den Behandlungserwartungen als abhängige Variablen

		Quadrat- summe	df	F	p
Gesprächs- orientierte Maßnahmen	Zwischen Gruppen	6,1	4		
	Innerhalb Gruppen	253,0	278	1,67	0,157
	Gesamt	259,1	282		
Verhaltens- orientierte Maßnahmen	Zwischen Gruppen	4,5	4		
	Innerhalb Gruppen	264,9	275	1,16	0,327
	Gesamt	269,3	279		
Somatisch orientierte Maßnahmen	Zwischen Gruppen	6,6	4		
	Innerhalb Gruppen	187,6	275	2,41	0,050
	Gesamt	194,1	279		

Anhang F:

t-Tests

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-K-9-Skalen bei Adipositas-Patienten und Psychotherapiepatienten

	Patientengruppe	n	M	SD
Somatisierung	Psychotherapie	365	0,83	1,18
	Adipositas	67	1,30	1,37
Zwanghaftigkeit	Psychotherapie	370	1,78	1,39
	Adipositas	66	1,44	1,36
Unsicherheit	Psychotherapie	372	1,84	1,39
	Adipositas	67	1,37	1,35
Depressivität	Psychotherapie	370	2,01	1,38
	Adipositas	66	1,26	1,24
Ängstlichkeit	Psychotherapie	370	1,92	1,25
	Adipositas	67	0,94	1,20
Aggressivität	Psychotherapie	369	1,30	1,38
	Adipositas	67	0,63	1,11
Phobische Angst	Psychotherapie	366	1,06	1,35
	Adipositas	67	0,48	1,09
Paranoides Denken	Psychotherapie	370	0,98	1,22
	Adipositas	67	1,49	1,58
Psychotizismus	Psychotherapie	368	1,24	1,36
	Adipositas	66	0,65	1,12
Gesamtmittelwert	Psychotherapie	372	1,44	0,86
	Adipositas	67	1,06	0,90

Tabelle 2: t-Tests für unabhängige Stichproben zum Mittelwertsvergleich von SCL-K-9-Skalen bei Adipositas-Patienten und Psychotherapiepatienten

t-Test für die Mittelwertgleichheit			
	t	df	p
Somatisierung	-2,62	85	0,010
Zwanghaftigkeit	1,82	434	0,070
Unsicherheit	2,54	437	0,011
Depressivität	4,16	434	<0,001
Ängstlichkeit	5,96	435	<0,001
Aggressivität	4,35	107	<0,001
Phobische Angst	3,86	106	<0,001
Paranoides Denken	-2,52	81	0,014
Psychotizismus	3,80	103	<0,001
Gesamtmittelwert	3,34	437	0,001

Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-90-R-Skalen bei männlichen und weiblichen Psychotherapiepatienten

	Patienten- gruppe	n	M	SD
Somatisierung	Männlich	167	0,84	0,77
	Weiblich	270	0,92	0,70
Zwanghaftigkeit	Männlich	168	1,26	0,83
	Weiblich	270	1,09	0,81
Unsicherheit	Männlich	167	1,11	0,87
	Weiblich	270	1,16	0,85
Depressivität	Männlich	167	1,37	0,90
	Weiblich	270	1,38	0,93
Ängstlichkeit	Männlich	168	1,05	0,84
	Weiblich	270	1,00	0,81
Aggressivität	Männlich	167	0,75	0,73
	Weiblich	270	0,85	0,77
Phobische Angst	Männlich	167	0,62	0,81
	Weiblich	270	0,68	0,84
Paranoides Denken	Männlich	167	0,89	0,87
	Weiblich	270	0,91	0,84
Psychotizismus	Männlich	165	0,63	0,59
	Weiblich	270	0,55	0,55
Zusatzskala	Männlich	167	1,17	0,79
	Weiblich	270	1,04	0,76
Gesamtmittelwert	Männlich	167	1,00	0,64
	Weiblich	270	0,98	0,63

Tabelle 4: t-Tests für unabhängige Stichproben zum Mittelwertsvergleich von SCL-90-R-Skalen bei männlichen und weiblichen Psychotherapiepatienten

	t-Test für die Mittelwertgleichheit		
	t	df	p
Somatisierung	-1,00	435	0,318
Zwanghaftigkeit	2,19	436	0,029
Unsicherheit	-0,58	435	0,563
Depressivität	-0,09	435	0,925
Ängstlichkeit	0,67	436	0,502
Aggressivität	-1,36	435	0,174
Phobische Angst	-0,66	435	0,511
Paranoides Denken	-0,26	435	0,792
Psychotizismus	1,38	433	0,169
Zusatzskala	1,70	435	0,091
Gesamtmittelwert	0,27	435	0,789

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-K-9-Skalen bei männlichen und weiblichen Psychotherapiepatienten

	Patienten- gruppe	n	M	SD
Somatisierung	Männlich	166	0,89	1,23
	Weiblich	265	0,91	1,22
Zwanghaftigkeit	Männlich	166	1,87	1,43
	Weiblich	269	1,64	1,36
Unsicherheit	Männlich	168	1,53	1,36
	Weiblich	270	1,91	1,39
Depressivität	Männlich	168	1,90	1,32
	Weiblich	267	1,90	1,42
Ängstlichkeit	Männlich	168	1,92	1,36
	Weiblich	268	1,68	1,24
Aggressivität	Männlich	166	0,95	1,27
	Weiblich	269	1,35	1,40
Phobische Angst	Männlich	164	0,84	1,29
	Weiblich	268	1,05	1,35
Paranoides Denken	Männlich	166	0,98	1,22
	Weiblich	270	1,10	1,33
Psychotizismus	Männlich	165	1,19	1,41
	Weiblich	268	1,12	1,30
Gesamtmittelwert	Männlich	168	1,35	0,85
	Weiblich	270	1,41	0,88

Tabelle 6: t-Test für unabhängige Stichproben zum Mittelwertsvergleich von SCL-K-9-Skalen bei männlichen und weiblichen Psychotherapiepatienten

T-Test für die Mittelwertgleichheit			
	T	df	p
Somatisierung	-0,23	429	0,819
Zwanghaftigkeit	1,69	433	0,091
Unsicherheit	-2,84	436	0,005
Depressivität	0,00	433	1,000
Ängstlichkeit	1,88	434	0,061
Aggressivität	-3,07	376	0,002
Phobische Angst	-1,57	430	0,116
Paranoides Denken	-0,98	374	0,329
Psychotizismus	0,53	431	0,594
Gesamtmittelwert	-0,76	436	0,448

Anhang G:
Patientenfragebogen

Patientencode:

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
Patienten-Erstuntersuchung. Selbsteinschätzung des/der Patienten/in

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sie geben damit dem behandelnden Arzt/Psychologen wichtige Informationen und erleichtern es ihm, Ihr Problem zu verstehen.

Die Beantwortung der Fragen ist absolut freiwillig. Aus einer Ablehnung entstehen Ihnen keine Nachteile.

Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht, werden anonym verschlüsselt und nach den Richtlinien des Datenschutzes behandelt.

Bitte tragen Sie Ihre Chiffre ein!

Chiffre
Anfangsbuchstabe | Geburtsdatum
des Familiennamens | beteiligt

Ausfülldatum

Tag Monat Jahr

Zunächst möchten wir Sie bitten, in eigenen Worten kurz den Anlaß Ihres Kommens zu nennen:

Wir bitten Sie nun, Ihre Beschwerden/Probleme nach der Stärke einzuschätzen!

Wie stark sind diese Beschwerden/Probleme?
 ein wenig ziemlich stark sehr stark

1. Problem				
.....	1	2	3	4
2. Problem				
.....	1	2	3	4
3. Problem				
.....	1	2	3	4
4. Problem				
.....	1	2	3	4
5. Problem				
.....	1	2	3	4

Was möchten Sie erreichen (Therapieziele)?

Wie wichtig ist Ihnen dieses Ziel?
 nicht so wichtig leichte Besserung ausreichend mäßige Besserung ausreichend strebe deutliche Besserung an muß vollständig erreicht werden

1. Therapieziel (Hauptziel)					
.....	0	1	2	3	4
2. Therapieziel					
.....	0	1	2	3	4
3. Therapieziel					
.....	0	1	2	3	4
4. Therapieziel					
.....	0	1	2	3	4
5. Therapieziel					
.....	0	1	2	3	4

PM-Skala

Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie sehr die folgenden Aussagen für Sie zutreffen!	trifft gar nicht zu 1	trifft eher nicht zu 2	trifft eher zu 3	trifft sehr zu 4
1. Wenn es mir oder Mitgliedern meiner Familie helfen würde, würde ich bereitwillig über persönliche Probleme sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich denke oft darüber nach, welche Gründe Menschen für ihr Verhalten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die meisten Menschen, die seelisch krank sind, haben eine körperliche Störung im Gehirn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich ein Problem habe und mit einem Freund darüber spreche, geht es mir viel besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Oft weiß ich nicht, was ich fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich bin bereit, alte Gewohnheiten zu verändern und etwas Neues auszuprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Es gibt bestimmte Probleme, die ich nicht außerhalb der engeren Familie besprechen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich denke oft darüber nach, weshalb ich mich auf eine bestimmte Art und Weise verhalten habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Emotionale Probleme können einen manchmal körperlich krank machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wenn man Probleme hat, wird es nur noch schlimmer, wenn man mit anderen darüber spricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich ein Gefühl empfinde, kann ich es gewöhnlich auch benennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Wenn mir ein Freund einen Rat geben würde, wie ich etwas besser tun könnte, würde ich es ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich ärgere mich, wenn jemand, z.B. ein Arzt, über meine persönlichen Probleme bescheid wissen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich einmal eine Gewohnheit entwickelt habe, fällt es mir schwer, sie zu ändern, selbst wenn ich weiß, daß es andere, bessere Möglichkeiten gäbe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich glaube, daß Menschen, die seelisch krank sind, oft Probleme haben, die schon in ihrer Kindheit begannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Dampf ablassen, indem man mit jemand anderem über Probleme spricht, hilft einem oft, sich viel besser zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Manchmal sagen mir Leute, daß ich mich verhalte, als hätte ich ein bestimmtes Gefühl (z.B. Ärger) in mir, obwohl mir dies gar nicht bewußt ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich ärgere mich, wenn Leute mir den Rat geben, mein Verhalten zu ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Es würde mir nicht schwer fallen, über persönliche Probleme mit anderen Menschen (wie Ärzten oder Geistlichen) zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wenn mich ein guter Freund plötzlich angreifen würde, wäre meine erste Reaktion herauszufinden, weshalb er so ärgerlich ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich glaube, wenn ein Mensch verrückte Gedanken hat, kommt es oft daher, daß er sehr ängstlich und durcheinander ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe nie gefunden, daß es viel hilft, mit anderen Menschen über meine Sorgen zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Selbst wenn ich weiß, daß ich irgendein Gefühl empfinde, weiß ich oft nicht genau, was es ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich verhalte mich gern so, wie ich es in der Vergangenheit schon immer getan habe. Ich ändere mein Verhalten nicht gern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Es gibt einige Dinge in meinem Leben, über die ich mit niemandem anderen sprechen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

trifft gar nicht zu 1	trifft eher nicht zu 2	trifft eher zu 3	trifft sehr zu 4
-----------------------------	------------------------------	------------------------	------------------------

26. Es ist wichtig, die tieferen Gründe zu verstehen, warum man sich in einer bestimmten Weise verhalten hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wenn mir bei der Arbeit jemand einen Verbesserungsvorschlag machen würde, würde ich ihn ausprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich habe herausgefunden, daß, wenn ich mit jemandem über Probleme spreche, ich häufig auf Lösungsmöglichkeiten komme, an die ich vorher nicht gedacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich bin sehr sensibel für Veränderungen in meinen Gefühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Wenn ich eine neue Idee habe, wie ich etwas machen könnte, probiere ich es gerne aus, um zu sehen, ob es besser funktioniert als das, was ich früher getan habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Es ist wichtig, offen und ehrlich zu sein, wenn man mit jemandem, dem man vertraut, über seine Probleme spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich mache mir gerne eine Vorstellung von anderen Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich glaube, daß die meisten Menschen mit seelischen Problemen wahrscheinlich irgendeine Art von Schaden im Gehirn erlitten haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Wenn man mit anderen Menschen über seine Sorgen spricht, hilft einem das, die Probleme besser zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich bin gewöhnlich in engem Kontakt mit meinen Gefühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich mag es, neue Dinge auszuprobieren, selbst wenn dies bedeutet, ein Risiko auf sich zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Es würde mir sehr schwer fallen, ängstigende oder beschämende Dinge in meinem Leben mit Leuten zu besprechen, selbst wenn ich ihnen vertraue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Wenn ich plötzlich sehr ärgerlich auf jemanden würde, ohne genau zu wissen weshalb, wäre mein erster Impuls, das Ganze zu vergessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich glaube, daß die Umgebung eines Menschen (Familie usw.) wenig damit zu tun hat, ob jemand seelische Probleme entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Wenn man Probleme hat, verwirrt es einen nur noch mehr, wenn man mit jemandem darüber spricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Häufig möchte ich nicht zu tief in meine Gefühle eindringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ich unternehme nicht gern Dinge, von denen ich nicht weiß, wie sie ausgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Wie sehr man sich auch bemüht, man wird nie wirklich herausfinden, was in anderen Menschen vor sich geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Ich glaube, daß es sehr wichtig ist, herauszufinden, was tief im Inneren eines Menschen vor sich geht, wenn man feststellen will, ob jemand eine seelische Krankheit hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Angst vor Scham oder Versagen kann mich nicht daran hindern, etwas Neues auszuprobieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht	etwas	ziemlich	sehr
Wie stark fühlen Sie sich zur Zeit durch Streß belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ursachenvorstellungen

Könnten Ihre Beschwerden daher kommen, daß ...(bitte ankreuzen)

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
... Sie dem allgemeinen Streß des heutigen Lebens ausgesetzt sind?.....	0	1	2	3	4
... Sie mit Ihren Problemen nicht fertig werden?.....	0	1	2	3	4
... Sie an einer körperlichen Erkrankung leiden?	0	1	2	3	4
... Sie an inneren Ängsten leiden?.....	0	1	2	3	4
... die Lebensumstände in Ihrer Kindheit belastend waren?	0	1	2	3	4
... Sie Schwierigkeiten im Beruf/Studium haben?.....	0	1	2	3	4
... Sie einen schwachen Kreislauf haben?.....	0	1	2	3	4
... Sie das Wetter nicht vertragen?.....	0	1	2	3	4
... Sie an inneren Konflikten leiden?	0	1	2	3	4
... die Beziehungen zu den Eltern schwierig waren?	0	1	2	3	4
... Sie eine ungesunde Lebensweise haben?.....	0	1	2	3	4
... Sie durch Sorgen und Probleme in Partnerschaft oder Familie belastet sind?.....	0	1	2	3	4
... Sie an einer Störung des Immunsystems leiden?.....	0	1	2	3	4
... Sie an einer Störung der Hormone leiden?.....	0	1	2	3	4
... Ihre Mitmenschen Sie nicht verstehen?.....	0	1	2	3	4
... Sie Umweltbelastungen ausgesetzt sind?.....	0	1	2	3	4
... Sie an Überempfindlichkeit oder Allergien leiden?.....	0	1	2	3	4
... es Ihnen an Selbstvertrauen fehlt?	0	1	2	3	4
... Sie einem sexuellen Mißbrauch ausgesetzt waren?.....	0	1	2	3	4
... Sie sich in schlechter finanzieller Lage befinden?.....	0	1	2	3	4
... Sie Auseinandersetzungen mit anderen Menschen haben?	0	1	2	3	4
... Sie unter dem Einfluß der gesellschaftlichen Bedingungen leiden?.....	0	1	2	3	4

Behandlungserwartungen

Welche Behandlungsziele haben Sie?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
... einen Zusammenhang zwischen meiner Lebens- situation und meinen Beschwerden entdecken	0	1	2	3	4
... meine Probleme lösen	0	1	2	3	4
... meine Beschwerden mildern	0	1	2	3	4
... mich selbst besser verstehen.....	0	1	2	3	4
... mein Verhalten ändern.....	0	1	2	3	4
... selbstbewußter werden.....	0	1	2	3	4
... zufriedener und gelassener werden.....	0	1	2	3	4
... eine Zukunftsperspektive entwickeln.....	0	1	2	3	4
... Probleme in Beruf oder Ausbildung bewältigen.....	0	1	2	3	4
... innere Konflikte lösen.....	0	1	2	3	4
... mich in Auseinandersetzungen behaupten.....	0	1	2	3	4
... meine Angst bewältigen.....	0	1	2	3	4
... kontaktfähiger werden	0	1	2	3	4
... mein bisheriges Leben besser verstehen.....	0	1	2	3	4
... meine Niedergeschlagenheit bewältigen.....	0	1	2	3	4
... Probleme mit meinem Partner bewältigen.....	0	1	2	3	4
... Orientierung für mein Leben finden.....	0	1	2	3	4
... meine körperlichen Beschwerden verringern.....	0	1	2	3	4
... meine Wünsche und Bedürfnisse erkennen.....	0	1	2	3	4
... Einsamkeit und Isolierung bewältigen	0	1	2	3	4
... meine Hemmungen abbauen.....	0	1	2	3	4
... besser arbeiten können.....	0	1	2	3	4
... neue Kontakte finden	0	1	2	3	4
... mehr Unabhängigkeit gewinnen.....	0	1	2	3	4

Wie sehr würden Ihnen die folgenden Behandlungsmaßnahmen helfen?

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
... in Gesprächen meine Schwierigkeiten klären	0	1	2	3	4
... Übung neuer Verhaltensweisen	0	1	2	3	4
... Medikamente.....	0	1	2	3	4
... von Verpflichtungen entlasten.....	0	1	2	3	4
... Gespräche über meine inneren Konflikte	0	1	2	3	4
... praktische Übungen.....	0	1	2	3	4
... Naturheilmittel	0	1	2	3	4
... Partnergespräche.....	0	1	2	3	4
... Einüben von Selbstsicherheit.....	0	1	2	3	4
... eine körperliche Ursache herausfinden.....	0	1	2	3	4
... Beratung über eine gesündere Lebensführung.....	0	1	2	3	4
... ein straffer Behandlungsplan.....	0	1	2	3	4
... Gespräche über meine Kindheit.....	0	1	2	3	4
... Hypnose.....	0	1	2	3	4
... neue Dinge ausprobieren.....	0	1	2	3	4
... eine Kur	0	1	2	3	4
... Ruhe und Schonung.....	0	1	2	3	4

Bisherige Behandlungen

Wie lange waren Sie im letzten Jahr krankgeschrieben? gar nicht
unter 3 Monate
3 - 6 Monate
über 6 Monate

Sind Sie derzeit arbeitsunfähig/krankgeschrieben? ja nein

Wenn ja: Dauer der aktuellen Arbeitsunfähigkeit in Wochen |_|_|

Wieviele Arztbesuche hatten Sie im letzten Jahr
(außer Vorsorgeuntersuchungen, Routine-/Zahnarztbesuche)? |_|_|

Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei ... Ihrem Hausarzt
(falls weiblich) einem Frauenarzt
einem anderen Facharzt
einem Psychiater/Neurologen/Nervenarzt
einem Psychotherapeuten
einem Heilpraktiker
einer Beratungsstelle

Wie oft waren sie bisher insgesamt bei einem Nervenarzt? |_|_|

Nehmen Sie derzeit Medikamente für Ihren seelischen Zustand? ja nein

Wenn ja, welche? Wie lange?

Wenn ja, welche? Wie lange?

Wenn ja, welche? Wie lange?

Wenn ja, welche? Wie lange?

Haben Sie früher Medikamente für Ihren seelischen Zustand eingenommen? ja nein

Nehmen Sie sonstige Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? Wie lange?

Wurden Sie im letzten Jahr operiert? ja nein

Waren Sie im letzten Jahr im Krankenhaus? 0 Wochen
1 Woche
2 Wochen
4 Wochen
6 Wochen
8 Wochen
über 8 Wochen

Wenn über 8 Wochen, bitte Dauer in Wochen angeben |_|_|

Waren Sie in den letzten fünf Jahren zur Kur/Reha? ja nein

Wenn ja, wie oft? |_|

Wurden Sie schon einmal in einer psychosomatischen Klinik behandelt? ja nein

Wenn ja, wie oft? |_|

Abschließend bitten wir Sie noch um einige Angaben zu sozialen Daten.

Ihr Familienstand ledig
verheiratet
verheiratet, aber getrennt lebend
geschieden
verwitwet

Lebenssituation in fester Partnerschaft lebend ja nein
eigene Kinder ja nein
wenn ja Anzahl

Größe des Haushaltes Erwachsene
Kinder

Höchster Schulabschluß noch in der Schule
Sonderschulabschluß
Hauptschule
Realschule/Mittlere Reife
Abitur/Fachhochschulreife
ohne Abschluß
sonstiger Abschluß

Höchster Berufsabschluß noch in Berufsausbildung
abgeschlossene Lehre
Meister/Fachschule
Fachhochschule/Universität
ohne Abschluß
sonstiger Abschluß

Jetzige/letzte Berufstätigkeit Arbeiter(in)
Facharbeiter(in)
einfacher/mittl. Angestellte(r), Beamte(r)
höherer Angestellte(r), Beamte(r)
Selbständige(r)
Auszubildende(r), Umschüler(in)
Schüler(in), Student(in)
Hausfrau/Hausmann
Rentner(in)
ohne Beruf
sonstiges

Wir bitten Sie, uns noch kurz mitzuteilen, wie Sie den Fragebogen erlebt haben.

.....
.....
.....
.....

Haben Sie Anregungen durch diesen Fragebogen bekommen?

.....
.....
.....
.....

Welche Kritikpunkte haben Sie? Was könnte verbessert werden?

.....
.....
.....
.....

Wann haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

- vor dem Erstgespräch
- nach dem Erstgespräch

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

Anhang H:
Therapeutenfragebogen

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

Basisdokumentation, diagnostische Phase. Therapeutenbogen (1/96)

Name des Patienten:

Chiffre Anfangsbuchstabe | Geburtsdatum
des Familiennamens | Estelleig

Bitte nach dem ersten Gespräch ausfüllen und Ergänzungen ggf. nachtragen.

Geschlecht männlich weiblich

Ort der Gespräche

 Institut andere Klinik

Erstkontaktdatum:

Tag Monat Jahr

Sozialer Status (s. Glossar)

- Unterschicht
 untere Mittelschicht
 mittlere Mittelschicht
 obere Mittelschicht
 Oberschicht

Anzahl der diagnostischen Gespräche nicht gekommen

Initiative

(Mehrfachnennungen möglich)

- von selbst
 von Angehörigen/Freunden empfohlen
 vom Arzt empfohlen
 unklar

Fachrichtung des überweisenden Arztes
(lt. Überweisungsschein)

- es gab keine Überweisung
 Allgemeinmedizin/prakt. Arzt
 Chirurgie
 Dermatologie
 Gynäkologie
 HNO
 Innere Medizin
 Neurologie
 Orthopädie
 Pädiatrie
 Psychiatrie
 Kinder- & Jugendpsychiatrie
 Psychosomatik/Psychotherapie
 Sonstige:

Motivation zur Untersuchung

nicht motiviert 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - sehr motiviert

Wichtigste Anregung für Erstkontakt
(nur 1 Nennung)

- von selbst
 niedergelassener Primärarzt
 niedergelassener Facharzt
 Uni-Klinik
 Konsil/Liaisondienst (C/L)
 anderes Krankenhaus/Klinik
 Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe
 Sonstige:.....

Kostenträger

- Primärkasse
 Ersatzkasse
 Privat, Beihilfe, Selbstzahler
 Sonstige (z.B. Sozialamt)

Dringlichkeit

- Notfallambulanz
 dringend, wenige Tage
 Routine

KÖRPERLICHE SYMPTOMATIK (im spontanen Bericht des Patienten)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schwächegefühl, Ermüdbarkeit | <input type="checkbox"/> Sensible Mißempfindung |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> Anfallsweise Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Nacken- und Schulterschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Gehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Magenschmerzen | <input type="checkbox"/> Lähmungen |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> Gelenk-, Glieder-, Muskelschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Druck-/Völlegefühl, Leibschmerzen | <input type="checkbox"/> Orofazialer Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen | <input type="checkbox"/> Haut-, Schleimhautveränderung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme | <input type="checkbox"/> Unlustgefühle oder Schmerzen bei sex. Betätigung |
| <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Unterleibsschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Herzklopfen, -jagen, -stolpern, | <input type="checkbox"/> Häufiger Harndrang |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Häufige Erkältungen, Infekte |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühle | <input type="checkbox"/> Unklares Fieber |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Seh- und Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Kloßgefühl, Würgen im Hals | <input type="checkbox"/> Unklare Anfälle oder Bewegungsstörungen |

PSYCHISCHE UND SOZIALE SYMPTOMATIK

- Keine Symptomatik*
- Allgemeine Angst*: unterschwellige Dauerangst, ängstliche Gespanntheit, Ängstlichkeit, Erwartungsängste
- Angstanfall*: plötzlich auftretende Angst, panikartige Angst, meist begleitet von Körperreaktionen (Herzklopfen, Luftnot)
- Phobien*: Angst auf Straßen und Plätzen, in geschlossenen Räumen, in Verkehrsmitteln, Menschenmengen, Warenhäusern, Angst vor bestimmten Tieren, Angst rot zu werden
- soziale Phobie*
- Zwangsgedanken*: sich aufdrängende, immer wiederkehrende Gedanken, Vorstellungen, Befürchtungen, Grübeleien, Zweifel, Erinnerungen unterschiedlichen Inhalts. Auch überwertige Ideen, z.B. auch Eifersucht. Auch *Zwangsimpulse*: sich aufdrängende Handlungsimpulse, sich umbringen, jemanden attackieren, rechnen, zählen, etc.
- Zwangshandlungen*: sich aufdrängende, häufig wiederholte Handlungen, z.B. sich waschen, putzen, nachprüfen, ordnen, etc.
- jetzt depressiv*: negative Stimmung und Gefühle, traurig, bedrückt, resigniert, niedergeschlagen, hoffnungslos, verzweifelt, weinen müssen
- früher depressiv*: negative Stimmung und Gefühle immer schon, von Jugend an, seit jeher, dauerhaft, immer wieder
- aktuell suicidal*
- gestörte sexuelle Erlebnisfähigkeit oder sexuelle Funktionsstörungen*: Anorgasmie, Vaginismus, Potenzstörungen, Ejakulationsstörungen
- Fremdheitsgefühle oder Entfremdung*: (dauerhaft) gar nicht richtig da, wie hinter einer Wand, mir selbst fremd, kein richtiges Gefühl, wie benommen, etc. (akut) plötzlich ganz klein, riesig groß, wie nicht mehr da, schweben, gleiten, sinken, schrumpfen, quellen, etc.

- hypochondrisches Erleben*: überhöhte ängstliche Sorge um die Gesundheit, entsprechende Angst vor Krankheit, Ansteckung, Tod, verrückt werden
- Selbstwert*: als gemindert erlebt, bin weniger als andere, nichts wert, nicht liebenswert, lächerlich, häßlich, ungebildet, nicht akzeptiert
- Affektsteuerung, Impulskontrolle beeinträchtigt*: rasche Erregbarkeit, schnell traurig, sofort Tränen, Weinanfälle, impulsives Handeln, erregte Ausbrüche, spontane Entschlüsse
- innere Unruhe*: dauerhafte innere Anspannung, getrieben, dauerhaft innerlich erregt, nervös
- Antrieb*: gemindert, schwunglos, interesselos, gelangweilt, innerlich leer, zu nichts Lust. Antrieb gesteigert: übersteigerte Aktivität und Unternehmungslust
- Konzentration gestört*: kann nicht aufmerksam bei einer Sache bleiben, zielgerichtet denken, erinnern, arbeiten
- soziale Einordnungsschwierigkeiten*: Verwahrlosungszüge, Weglauftendenzen, grobe Suchtzüge, Kriminalität, Pseudologie, Inkonzanz im Beruf (häufiger Stellenwechsel), grobes Schuldenmachen
- Kommunikationsstörungen*: Verständigung gestört, Therapeut versteht nicht, was Patient inhaltlich meint oder gefühlsmäßig erlebt, widersprechende Angaben, Verwirrung, fehlender affektiver Rapport, aneinander vorbeireden, mißverstehen, Blickkontakt, Mimik, Motorik auffällig
- Kontaktprobleme*: im Kontakt ängstlich, unsicher, sich zurückziehend, distanzwährend, phobisches Kontaktvermeiden, Pseudokontakte, wahllose unkritische Kontaktaufnahme, scheinbar vertraut, distanzlos
- Partnerprobleme*: bindungsscheu, Bindungsschwierigkeiten, Anklammern, Bemächtigen, Unterwerfung, Überfürsorglichkeit
- Probleme der sexuellen Identität*: Transsexualität
- sexuelle Perversion*: Exhibitionismus, Pädophilie, Voyeurismus, Fetischismus, sexueller Masochismus
- Eßverhaltensstörung*: Anorexie, Freßanfälle, absichtliches Erbrechen
- selbstschädigendes Verhalten*: Nägelbeißen, Haareausreißen, Schnippen, etc.
- Sonstige....*

Beeinträchtigungsschwerescore

BSS 1: Körperliche Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
BSS 2: Psychische Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
BSS 3: Sozial-kommunikative Beeinträchtigung	0	1	2	3	4

Kurzbeschreibung BSS-Rating: (s. Glossar)

0 - keine:

keine Hinweise auf spezifische psychisch determinierte Beeinträchtigungen der angesprochenen Dimensionen

1 - leicht:

eine klar identifizierbare Symptomatik ist für den/die Pat. nicht sonderlich belastend oder einschränkend, bzw. veranlaßt zu keiner aktiven Anstrengung der Krankheitsbewältigung.

2 - deutlich:

die psychogene Symptomatik ist unübersehbar vorhanden, führt zu einer merklichen Beeinträchtigung, ohne die Person aber aus einzelnen Lebensbereichen weitgehend auszuschließen

3 - erheblich:

einschneidende Belastungen und Behinderungen dezimieren oder heben vorübergehend die durchschnittlich zu erwartenden Freiheitsgrade der Person in bestimmten Lebensbereichen auf.

4 - extrem:

Maximum klinischer Behinderung mit quälenden Extremgraden

DIAGNOSE**Klartextdiagnose (bezüglich psychischer Problematik):****Psych. Diagnosen (ICD-10)**

- 1) F [] [] . [] [] Verdacht ?
 2) F [] [] . [] [] Verdacht ?
 3) F [] [] . [] [] Verdacht ?

keine (!) psych. Diagnose

Somatische Diagnosen (ICD-9)

- 1) [] [] [] [] Verdacht ?
 2) [] [] [] [] Verdacht ?
 3) [] [] [] [] Verdacht ?

keine (!) somatische Diagnose

Störungsgruppe (s. Glossar)

- neurotisch
 Borderline
 psychotisch
 psychosomatisch
 funktionell/somatoform
 Krankheitsverarbeitung
 Sonstige
 unklar

Strukturanteile

- schizoid
 narzißtisch
 depressiv
 anankastisch
 hysterisch
 unklar

KRANKHEITSDAUER

Dauer der Beschwerden, die Anlaß für die aktuelle Konsultation sind

- 0 - 1 Monat
 >1 Monat - 1/2 Jahr
 bis 1 Jahr
 bis 2 Jahre
 bis 5 Jahre
 bis 10 Jahre
 über 10 Jahre

VORBEHANDLUNGEN**Psychotherapeutische Vorbehandlung**

- keine
 Erstkontakt/Vorgespräche
 ambulante Therapie(n)
 stationäre Therapie(n)
 ambulant und stationär
 nicht gefragt/unklar

Psychiatrische Vorbehandlung

- keine
 ambulant
 stationär
 ambulant und stationär
 nicht gefragt/unklar

Stationäre Aufenthalte

wegen der Beschwerden, die Anlaß für die aktuelle Konsultation sind (einschl. psychosomatischer/psychiatrischer Behandlungen)

- keine
 1 Woche
 2 Wochen
 4 Wochen
 6 Wochen
 8 Wochen
 mehr und zwar [] [] Wochen
 nicht gefragt/unklar

Aktuell-psychiatrische Behandlung

- keine
 ambulant
 stationär
 ambulant und stationär
 nicht gefragt/unklar

Somatische Vorbehandlung

- keine
 ambulant
 stationär
 ambulant und stationär
 nicht gefragt/unklar

Aktuelle Psychopharmakabehandlung

- nein ja

Ist der Patient schon einmal im Institut gewesen?

- nein ja

URSACHENVORSTELLUNGEN

Der Patient versteht seine Erkrankung überwiegend...

- organisch (z.B. durch eine körperliche Ursache, Veranlagung, das Wetter etc. bedingt)
 intrapsychisch (z.B. durch innere Konflikte, intensive Affekte, mangelnde Bewältigungskompetenz etc. bedingt)
 interaktionell (z.B. durch Partnerprobleme, Auseinandersetzungen am Arbeitsplatz, Autoritätskonflikte etc. bedingt)
 sozial (z.B. durch allgemeinen Streß, schlechte finanzielle Situation, Arbeitslosigkeit etc. bedingt)
 sonstige
 Theorie nicht explorierbar

Pat. und Therapeut sind/wurden sich über ein Verständnis

der Entstehung der Störung einig.....[nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]
 nicht zu beantworten

BIOGRAPHISCHE BELASTUNGEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unerwünschtes Kind | <input type="checkbox"/> konflikthafte Elternbeziehung |
| <input type="checkbox"/> Tod eines Elternteils in der Kindheit | <input type="checkbox"/> Belastung durch Geschwister |
| <input type="checkbox"/> Mutter wenig anwesend | <input type="checkbox"/> traumatische Trennungserlebnisse |
| <input type="checkbox"/> Vater wenig anwesend | <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt/Pflegefamilie |
| <input type="checkbox"/> psychopathologische Züge bei der Mutter | <input type="checkbox"/> schwere körperliche Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> psychopathologische Züge beim Vater | <input type="checkbox"/> schwere psychische Auffälligkeiten |
| | <input type="checkbox"/> sexuelle Traumatisierung |
| | <input type="checkbox"/> sonstige Belastung: |

Globale Belastung 1. - 6. Lebensjahr[nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]

Globale Belastung 7. - 12. Lebensjahr[nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]

AUSLÖSESITUATION

- realer oder phantasierter Objektverlust
- Schwellensituation, Ablösung, Rollenwechsel
- Partnerkonflikt
- Konflikt im Arbeits- und Leistungsbereich
- Konflikt im Bereich des Besitzes
- Traumatisierung
- sonstige:
- nicht abgrenzbar

AKTUELLE BELASTUNGEN UND RESSOURCEN

Globale aktuelle Belastung.....[nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]
 individuelle Bewältigungskompetenz.....[nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]
 Soziale Unterstützung.....[nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]

ARBEITSBEZIEHUNG

	nein	eher nein	eher ja	ja
Ich habe oft Mühe, mich in die Schilderungen des Patienten einzufühlen	0	1	2	3
Die Art des Patienten liegt mir persönlich nicht	0	1	2	3
Der Patient reagiert ablehnend auf mich	0	1	2	3
Ich zweifle, ob es einen Sinn hat, die Gespräche fortzuführen	0	1	2	3
Mit den mir zur Verfügung stehenden Behandlungstechniken kann ich die Schwierigkeiten des Patienten gut bearbeiten	0	1	2	3
Der Patient beschäftigt sich mit vermeintlich besseren Therapiemöglichkeiten	0	1	2	3
Ich verstehe ganz gut, worum es bei diesem Patienten geht	0	1	2	3
Die schwierigen Seiten des Patienten wecken mein Engagement, es doch zu schaffen	0	1	2	3
Der Patient vermeidet notwendige emotionale Belastungen durch konflikthafte Themen	0	1	2	3
Der Patient besitzt auch Qualitäten und Erfahrungen, die ich persönlich schätze	0	1	2	3

SUBJEKTIVES ERLEBEN DES THERAPEUTEN

Mitleid	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Belästigungsgefühle	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
erotische Anziehung	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Besorgtheit	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Ärger	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Bewunderung	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Schuldgefühle	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Ohnmachtsgefühle	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Faszination	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Sympathie	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Hilfsbereitschaft	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Hoffnungslosigkeit	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Bedürfnis, aktiv zu werden	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Trauer	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Interesse	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Anspannung	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Abgrenzungsbedürfnisse	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]

Globale Einschätzung der Gegenübertragung negativ 0 1 2 3 positiv

Prognostische Faktoren

Emotionaler Kontakt zum Untersucher	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Introspektionsfähigkeit	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Eigenmotiviertheit, Eigenaktivität	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Entwicklungsfähigkeit, Plastizität	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]
Phantasie, Kreativität	[nicht]	[wenig]	[mittel]	[ziemlich]	[sehr]

Globale Einschätzung der Prognose ungünstig 0 1 2 3 günstig

ABSCHLIEßENDE VEREINBARUNG

den folgenden Abschnitt bitte erst nach dem letzten Kontakt mit dem Patienten ausfüllen

Art der Beendigung der Diagnostik

- reguläre Beendigung
- vorzeitig durch Patient
- vorzeitig durch Therapeut
- vorzeitig in beiderseitigem Einverständnis
- Weiterbehandlung durch Überweiser
- Übereinkunft gemäß Indikation
- regelmäßige Weiterbehandlung durch Untersucher
- Weitervermittlung an Weiterbehandler
- Patient nimmt weitere Kontakte selbst auf
- gelegentliche Kontakte hier
- keine gemeinsame Vereinbarung
- sonstige Vereinbarung

Kommunikation mit Überweiser

- keine
- schriftlich
- telefonisch
- beides
- gab keinen Überweiser

**Art des Therapievorschlags
(mehrere möglich)**

- Psychoanalyse
- Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
- Fokalthherapie/Kurztherapie
- Tiefenpsychologisch-fundierte Gruppentherapie
- Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie
- Kognitive/Verhaltenstherapie
- Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie
- Familientherapie
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation)
- Sonstige
- Keine

Art der weiterbehandelnden Stelle/Institution

- eigene Institution
- Weiterbildungsteilnehmer
- niedergelassener Psychotherapeut
- niedergelassener Psychiater
- Psychosomatische Klinik
- Psychiatrische Klinik
- Beratungsstelle
- Selbsthilfegruppe
- Sonstige
- Keine

Patientenbogen ausgegeben? ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Patientenbogen zurückerhalten? ja nein