

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

**Qualitative Inhaltsanalyse
anhand von Zielen und Problemen
von Psychotherapiepatienten**

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von
Yvonne Dick
aus Lohr am Main

Würzburg, November 2002

Referent: Professor Dr. med Dr. phil. Dipl.-Psych. H. Faller

Korreferent: Professor Dr. med. H. Csef

Dekan: Professor Dr. med. S. Silbernagl

Tag der mündlichen Prüfung: 02.12.2003

Die Promovendin ist Ärztin

In Liebe
meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Stand der Forschung	5
2.1 Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten	5
2.2 Die therapeutische Arbeitsbeziehung	14
3. Fragestellung und Hypothesen	20
4. Methodik	27
4.1 Datengrundlage und -erhebung	27
4.2 Stichprobe	28
4.3 Instrumente	30
4.4 Weiterentwicklung des inhaltsanalytischen Kategoriensystems zur Codierung der Problem- und Zielangaben der Patienten	38
4.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse	38
4.4.2 Die Vorläuferstudie	40
4.4.3 Durchführung	42
4.5 Definition der Gruppe „erweiterte Ziele“	94
4.6 Statistische Auswertung	95
5. Ergebnisse	97
5.1 Häufigkeiten inhaltsanalytischer Problem- und Zielkategorien	97
5.2 Häufigkeit der Patientenangaben	100
5.3 Erweiterte Ziele und soziodemographische Daten	104
5.4 Erweiterte Ziele und Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens	106

5.5	Erweiterte Ziele, Ursachenvorstellung, Behandlungserwartung	107
5.6	Erweiterte Ziele, therapeutische Arbeitsbeziehung, Gegenübertragung	109
5.7	Erweiterte Ziele und weiterbehandelnde Institution.....	110
5.8	Häufigkeiten der Problem- und Zielangaben und diagnostische Störungsgruppe.....	111
5.9	Problemangaben und Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden.....	118
6.	Diskussion.....	120
7.	Zusammenfassung	132
	Literaturverzeichnis	135
	Anhang	141
	Lebenslauf	

1. Einleitung

„Frei von jeder vorgefaßten Meinung über den manifesten Inhalt erforscht der qualitative Analytiker auf der Suche nach wichtigen Kategorien das Ganze des Inhalts. Und da er seine ganze Energie auf diese Suche richtet, kann er sehr wohl auf Häufigkeitskategorien stoßen, die sich, wäre er von Anfang an auf Quantifizierung festgelegt, seinem Zugriff entzogen hätten.“

Diese einprägsame Beschreibung des Verstehensprozesses eines qualitativen Analytikers durch Kracauer (1952) skizziert in groben Zügen auch die Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse in der vorliegende Arbeit. So werden hier Klartextangaben von Psychotherapiepatienten bezüglich ihrer Probleme und Ziele Kategorien zugeordnet, welche in einer Vorläuferstudie erarbeitet wurden, und anschließend statistisch ausgewertet.

Die Erstellung von Kategorien bei der qualitativen Inhaltsanalyse ist aber, wie obige Definition vielleicht vermuten ließe, keineswegs völlig frei von Einflüssen. So schreibt Alberti (1994): „Der Forscher stellt die Kategorien für die Codierung des Transkriptes nicht zufällig, sondern aufgrund einer Operationalisierung auf. Diese Operationalisierung hat mit den theoretischen Vorstellungen des Forschers zu tun. Der Forscher leistet interpretative Arbeit schon bei der Herstellung der Kategorien.“ Dies bestätigt auch Mayring (1995), indem er sagt: „Textverarbeitung wird verstanden als Interaktionsprozeß zwischen Leser und Text, als eine aktive Konstruktion von Bedeutungsstrukturen durch den Leser. Sein Vorwissen und sein Interesse üben dabei eine selektive und organisierende Funktion aus.“ In der vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob ein so entwickeltes Kategoriensystem überhaupt von anderen, nicht an dessen Erstellung beteiligten Personen, angewendet werden kann oder ob die zur Erstellung nötig gewesenen interpretatorischen Schritte und das eventuell einseitige Ausgangsmaterial die Verallgemeinerbarkeit des Kategoriensystem in Frage stellen.

„Die Tatsache, daß Inhaltsanalysen vorgenommen werden und worden sind, impliziert die häufige Erwartung, daß in der Kommunikation bedeutungsvolle Regelmäßigkeiten oder Muster existieren, aber wir können die Signifikanz einer Inhaltsanalyse nicht allein vermöge ihrer Kategorisierung und sorgfältigen Zählung der unter diese Kategorien subsumierten

Einzelelemente voraussetzen, wenn wir nicht wissen, wie der Forscher darüber entscheidet, was seine Kategorien sind, wie sie benutzt werden sollen, unter Bezugnahme auf die theoretische Voraussetzung, die der analytischen Methode inhärent sind.“ Diese Zitat von Circourel (1970) betont die Forderungen an die qualitative Inhaltsanalyse, regelgeleitet vorzugehen, damit andere sie verstehen, nachvollziehen und überprüfen können (vgl. Mayring 1995). Wie wichtig die Transparenz der vorgenommenen Schritte in der qualitativen Inhaltsanalyse ist, verdeutlicht auch Faller (1994), indem er feststellt, daß die qualitative Inhaltsanalyse ihre methodologische Legitimation daraus bezieht, daß die in der qualitativen Erfassung von Sinnzusammenhängen unvermeidlichen interpretativen Akte schrittweise und für den Rezipienten nachvollziehbar erfolgen. Um den Forderungen an die qualitative Inhaltsanalyse gerecht werden zu können, wurde auch in der vorliegenden Arbeit versucht, die Entwicklung des Kategoriensystems detailliert und schrittweise zu beschreiben.

Unweigerlich führt die genauere Betrachtung der Definition qualitativer Vorgehensweise in der Forschung zum Vergleich mit der quantitativen Methode. Um dieses in der Literatur ausführlich diskutierte Thema abzukürzen, sei auf Alberti (1994) verwiesen, der den Unterschied zwischen den beiden Methodologien dahingehend vereinfachend beschreibt, als daß dieser lediglich im Zeitpunkt läge, zu dem im Forschungsprozeß die Interpretation erfolgt. Qualitative Forschung ist kein prinzipiell anderes Forschungsparadigma, genügt sie doch wissenschaftlichen Standardanforderungen wie Reliabilität, Validität und Objektivität. Sie versucht jedoch die methodischen Zugänge zum Gegenstand zu erweitern, ohne dabei die Stringenz der empirischen Forschung aufzugeben. Dadurch steht gerade Themengebieten und Forschungsbereichen, die auf wenig gesichertem Wissen basieren, und somit einer Hypothesengenerierung bedürfen, eine explorative Methode zu Verfügung, die ohne großen inhaltlichen Verlust auskommt. Die Klartextangaben der Patienten bezüglich ihrer Probleme und Ziele wurden in der vorliegenden Form bislang selten untersucht. Neben dem Nachweis der Anwendbarkeit und der Modifikation des Kategoriensystems galt die besondere Aufmerksamkeit den Therapiezielen und dem Versuch, eine Gruppe zu bilden, die erweiterte Ziele der Patienten abbildet. Herkömmliche Erhebungsinstrumente, wie z.B. Fragebogen, hätten einen Verlust von eventuell wichtigen Inhalten bedeutet, da noch nicht

klar ist, welche Ziele überhaupt dieser Gruppe zuordenbar sind und wie nach ihnen gefragt werden soll. Eine Selektion der Inhalte im voraus wird so mit Hilfe der hier gewählten Methode der qualitativen Inhaltsanalyse vermieden. Um die Texteinheiten möglichst klein zu halten, wurde zwar der Antwortspielraum für die Patienten auf den Selbsteinschätzungsbögen begrenzt, die Entscheidung, welche Aussagen letztlich schriftlich niedergelegt werden, lag jedoch beim Patienten. Somit war so lange wie möglich der Patient und nicht der Auswerter selektiv tätig.

Die bisher veröffentlichten Methoden der individuellen Therapiezielbeschreibung wie z.B. das GAS oder der Ergebnisdokumentationsbogen (Heuft et al. 1995) versuchen ebenfalls möglichst wenige Inhalte vorzugeben bzw. die Ziele aus Patientensicht zu formulieren. Die genannten Verfahren eignen sich jedoch nur bedingt zum interindividuellen Vergleich und für entsprechende Schlußfolgerungen (vgl. Driessen et al. 2001). In der vorliegenden Arbeit wird versucht, diesen Anforderungen mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse zu genügen und damit eine individuumzentrierte Methode zur Erfassung der Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten aufzuzeigen.

Wie wichtig das Erfassen von Therapiezielen ist, stellt Drissen (2001) heraus, indem er die Bedeutung der Therapieziele im Kontext mit den unterschiedlichen therapielevanten Funktionen bzw. Bereichen diskutiert. So bezeichnet er die Therapieziele als Entscheidungsgrundlage für die Therapieplanung, als Therapiemotivation in Folge eines eigenständigen therapeutischen Effekts, als Kriterium zur Erfolgskontrolle, als Mittel zur Transparenz des therapeutischen Prozesses mit Reduktion der Macht des Therapeuten sowie als Möglichkeit zur Darstellung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden verschiedener Therapierichtungen. Gerade im Hinblick auf diese Bedeutung erscheint es sinnvoll, Methoden zu entwickeln, welche Probleme und vor allem Ziele zu kategorisieren vermögen und gleichzeitig einen interindividuellen Vergleich mit entsprechenden Schlußfolgerungen zulassen.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, durch qualitative Inhaltsanalyse einen Zugang zu Klartextangaben von Patienten bezüglich ihrer Probleme und Ziele zu finden. Zum anderen wird ein vorbestehendes Kategoriensystem an neuem Material und mit neuen Ratern auf Verallgemeinerbarkeit geprüft und - wenn nötig - modifiziert. Das erhaltene Datenmaterial

wird daran anschließend statistisch ausgewertet. Die gebildete Gruppe der erweiterten Ziele wird auf Zusammenhänge zu wichtigen Variablen des diagnostischen Prozesses geprüft.

Zunächst wird also unter besonderer Berücksichtigung von Problemen, Zielen und der therapeutischen Arbeitsbeziehung der Stand der Forschung dargelegt, um im Anschluß daran die herausgearbeiteten Hypothesen vorstellen zu können. Der Methodenteil beschreibt neben der Stichprobe, den Instrumenten und der qualitativen Inhaltsanalyse auch die Vorläuferstudie. Mit diesem Vorverständnis wird nachfolgend das Vorgehen bei der Weiterentwicklung des in der Vorläuferstudie erstellten vorläufigen Kategoriensystems erläutert und dessen Anwendung auf die Klartextangaben der Patienten dargestellt. Der besondere Stellenwert der problemübergreifenden, wenig defizitorientierten Ziele der Patienten wird durch die Bildung der Gruppe der erweiterten Ziele hervorgehoben. Die Probleme und Ziele der Patienten sind nach dem Codieren einer statistischen Auswertung im Hinblick auf die formulierten Hypothesen zugänglich, welche abschließend im Ergebnisteil beschrieben wird.

2. Stand der Forschung

2.1 Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten

Ziele

Schon Ende der sechziger Jahre gab es Bemühungen, die Erfassung von Therapiezielen zu individualisieren wie z.B. durch das Goal Attainment Scaling (Kiresuk u. Sherman 1968; vgl. Vogel et al. 1994). Verschiedene Studien zum GAS zeigten, daß die effektivste Form der Vereinbarung von Therapiezielen die ist, in der die Ziele gemeinsam von Therapeuten und Patienten ausgehandelt werden (Kiresuk 1994). Bis dahin wurde der Perspektive des Betroffenen lange Zeit wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Faltermaier 1994). Im Heidelberger Katamneseprojekt (Bräutigam et al. 1980) wurde zwar mit Hilfe der Therapieziele der Erfolg der Behandlung untersucht, die Definition der Ziele hatte jedoch der Therapeut für den Patienten übernommen. So hatte sich die psychotherapeutische Forschung lange Zeit mit Hilfe elaborierter und weitgehend theoriegeleiteter Konstrukte (Faller et al. 1998) aus Expertensicht damit beschäftigt, was die eigentlichen Probleme des Patienten seien und wie seine Ziele auszusehen hätten.

Probleme und Ziele werden aber aus der Sicht des Patienten und des Therapeuten unterschiedlich bewertet (Llewelyn 1988). So zeigen Ergebnisse der Münchner Katamnese studie (Rad et al. 1994) nur in 45% der Fälle eine völlige Übereinstimmung des Patienten mit dem Therapeuten bezüglich der Probleme und in 44% der Fälle eine völlige Übereinstimmung bezüglich der Ziele. Heuft et al. (1996) berichten, daß psychosoziale Therapieziele von Therapeuten viel häufiger genannt werden und die Therapeuten nach Abschluß der Behandlung die Ziele öfter als erreicht betrachten als der Patient selbst. Auch Sack et al. (1999) formulieren Gründe für das gemeinsame Ausarbeiten von Therapiezielen. So nennen sie die höhere Motivation zur aktiven Mitarbeit bei den Patienten, bessere Fokussierung und Orientierung in der Behandlung, die Möglichkeit zur Evaluation des Therapieerfolgs und nicht zuletzt eine ethische Notwendigkeit, die Wünsche und Vorstellungen des

Patienten zu berücksichtigen und ihn über seine Möglichkeiten zur Einflußnahme auf das Therapiegesehen aufzuklären.

Die gewonnene Erkenntnis, daß die Beteiligung des Patienten am therapeutischen Prozeß als zentraler Wirkfaktor für eine erfolgreiche Therapie angesehen werden muß (Orlinsky et al. 1994), trug zu einem zunehmenden Interesse an den Problemen und Zielen der Patienten bei. Den subjektiven Theorien, die der Patient mitbringt, also seinen Vorstellungen von der Ursache seiner Erkrankung und wie diese behandelt werden soll, wurde nun mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Bevor weiter unten auch hierzu einige Studien beschrieben werden, sollen zunächst einmal Studien zu den Therapiezielen der Patienten vorgestellt werden.

Adler et al. (1996) untersuchte 56 Patienten bezüglich ihrer Konzepte zur Behandlungserwartung in der ersten Krankheitsphase. Es zeigte sich, daß die Patienten am meisten Wert darauf legten, Schwierigkeiten im Gespräch zu klären, psychische Zusammenhänge erkennen zu lernen und Selbstvertrauen zu gewinnen. Des weiteren waren Ziele wie die familiäre Situation zu klären, Lustlosigkeit zu überwinden und partnerschaftliche Schwierigkeiten zu besprechen, von Bedeutung. Auf Rang acht fand sich der Wunsch nach Abklärung körperlicher Ursachen; die Situation am Arbeitsplatz zu verbessern, stand als Ziel an zwölfter Stelle. Die Gegenüberstellung von Patienten- und Therapeuteneinschätzung in bezug auf die Behandlungserwartung zeigte eine weitgehende Übereinstimmung.

Diese jeweilige Übereinstimmung von Klient und Therapeut führten zu einer besseren Einschätzung des Therapieerfolges durch den Untersucher und umgekehrt.

Die oben erwähnte Studie von Heuft et al. (1996) beschäftigte sich qualitativ mit Therapeuten- und Patientenzielen. Es konnten jeweils fünf Therapieziele genannt werden. Die erhaltenen 230 Patientenziele und 262 Therapeutenziele wurden in 89 Kategorien eingeordnet und zu fünf Hauptkategorien zusammengefaßt:

1. Psychoneurotische Inhalte
2. Körperbezogene Inhalte
3. Narzißtische Inhalte

4. Psychosoziale Inhalte

5. Verhaltenstherapeutische Inhalte

Am häufigsten wurde von den Patienten die Beseitigung von Selbstwertproblemen (44,4%), Ängsten (40,7%), Abhängigkeits- und Loslösungsproblemen (20,4%) und Kontaktproblemen (18,5%) genannt. Dies deckt sich weitgehend mit den Therapeutenangaben. Das Ziel Lebenszufriedenheit steht bei den Patienten mit 18,5% an fünfter Stelle, wird jedoch bei den Therapeuten nicht als eigene Kategorie verwendet.

Interraterreliabilitäten wurden nicht aufgeführt.

Eine weitere qualitative Studie zur Bewertung von Behandlungsergebnissen mit Hilfe der Zielvorstellungen der Patienten wurde von Conolly und Strupp (1996) durchgeführt. Sie befragten 67 Patienten nach Abschluß einer psychodynamischen Kurzzeittherapie über die ihrer Ansicht nach wichtigsten Veränderungen. Diese sollten schriftlich niedergelegt werden. Die so erhaltenen Klartextangaben wurden in Einzelsätze aufgeteilt und die gefundenen 90 Veränderungen 100 Studenten vorgelegt, die sie jeweils paarweise nach Ähnlichkeit (1 = sehr ähnlich bis 7 = überhaupt nicht ähnlich) bewerten sollten. Dadurch ergaben sich insgesamt 4005 Paarungen. Jeder Student beurteilte 400 Paare. Danach wurde die Interraterreliabilität ihrer Beurteilungen geprüft, welche sich im Bereich zwischen sehr guter und guter Übereinstimmung befand. Die entstandene Ähnlichkeitsmatrix wurde dann einer hierarchischen Clusteranalyse zugeführt, in der die Angaben der Patienten je nach beurteilter Ähnlichkeit zu Gruppen geordnet wurden. Es ergaben sich vier Cluster:

1. Symptomverbesserung („improved symptoms“)
 - a) größere Selbstkontrolle
 - b) gemilderte psychologische Symptome
2. Verbessertes Selbstverständnis („improved self-understanding“)
 - a) verbesserte Erkenntnis bzw. Verstehen
 - b) interpersonale Offenheit, d.h. Gefühlsausdruck und Kommunikationsfähigkeit
3. Verbessertes Selbstvertrauen („improved self-confidence“)
 - u.a. Items, die eine Akzeptierung der eigenen Person beinhalten

4. Stärkere Selbstabgrenzung („greater self-definition“)

- a) größere Unabhängigkeit
- b) bessere Grenzen in Beziehungen

Es wurde aufgrund der Tatsache, daß drei der vier Cluster das Selbstkonzept des Patienten betreffen, zusätzlich ein Obercluster gebildet, welches die drei genannten zusammenfaßt.

Auch Faller konnte in seiner Studie zu den Behandlungserwartungen der Patienten zeigen, daß die bisherige Aufteilung in organmedizinische und psychotherapeutische Behandlungserwartung zu einfach ist (Faller 1998). Die Behandlungserwartung von 195 Patienten konnte mit Hilfe eines 17 Items umfassenden Fragebogens erhoben werden. Es zeigte sich, daß an der Spitze der Rangordnung folgende klärungs- und einsichtsorientierte Behandlungserwartungen stehen: den Zusammenhang zwischen seelischen Problemen entdecken, in Gesprächen meine Schwierigkeiten klären, Einsicht in die Zusammenhänge in meinem Leben gewinnen. Der Wunsch, die eigentlichen körperlichen Ursachen herauszufinden, lag auf Rang fünf. Weiter unten rangierten passive Erwartungen wie der Wunsch nach Ruhe und Schonung, einem straffen Behandlungsplan und Entlastung von Verpflichtungen. Das Schlußlicht bildete der Wunsch nach medikamentöser Behandlung.

Die dimensionale Struktur der Behandlungserwartung wurde mittels einer Faktorenanalyse herausgearbeitet. Es konnten vier Faktoren gebildet werden:

1. Interpersonelle Behandlungserwartung
2. Einsichtsorientierte Behandlungserwartung
3. Passive Behandlungserwartung
4. Somatische Behandlungserwartung

Signifikante Zusammenhänge konnten bezüglich Schulbildung und Alter gefunden werden. So geht niedrige Schulbildung und höheres Alter mit einem stärkeren Wunsch nach organmedizinischer Behandlung einher. Aber auch zu den Ursachenvorstellungen konnten spezifische Zusammenhänge gefunden werden. So wird eine interpersonelle Behandlungserwartung hauptsächlich durch interpersonelle Ursachenannahmen prädiziert, einsichtsorientierte Behandlungserwartungen werden durch intrapsychische Ursachenvorstellungen, passive Behandlungserwartungen durch soziale Verursachungstheorien und somatische Be-

handlungserwartungen durch somatische Ursachenkonzepte vorhergesagt. Die Behandlungserwartungen lassen sich also aus den Ursachenvorstellungen ableiten: In demjenigen Bereich, wo die Ursache einer Störung vermutet wird, sollen aus Sicht der Patienten auch die Interventionen zu ihrer Veränderung ansetzen.

Betont wird in der Studie, daß unter dem Begriff Behandlungserwartung in der bisherigen Forschung oft Heterogenes gefaßt wurde: Erwartungen hinsichtlich der generellen Effektivität von Psychotherapie, hinsichtlich von Problemveränderung und zu erreichenden Zielen und Erwartungen im Hinblick auf konkrete Behandlungsmaßnahmen. Dies wird in einer weiter unten beschriebenen Studie Fallers (2000) differenzierter betrachtet.

Die direkte Vorläuferstudie der vorliegenden Arbeit (Faller u. Göbler 1998) führte an 198 Patiententexten eine qualitative Inhaltsanalyse durch. Ziel der Arbeit war es, das Vorgehen bei der Konstruktion eines inhaltsanalytischen Kategoriensystems zu beschreiben und aufzuzeigen wie es zur Auswertung von Patientenangaben zu Problemen und Zielen verwendet werden kann. Es konnten 10 Problemkategorien und 18 Zielkategorien gebildet werden, welche abschließend in einem Manual als Codierleitfaden zusammengestellt wurden (siehe Anhang). Die Interraterreliabilität erreichte fast durchgängig gute bis sehr gute Werte. Am häufigsten wurden die Ziele „Angst bewältigen“ (28,8%), „Lebensfreude, Glück“, Zufriedenheit erlangen“ (27,3%), „Selbstvertrauen stärken“ (26,8%), „familiäre Situation/Partnerbeziehung verbessern“ (24,2%), „Probleme bewältigen“ (22,2%) und „Ruhe/Gelassenheit finden“ (20,7%) genannt. Es konnte gezeigt werden, daß sich die Ziele komplexer und vielgestaltiger darstellen als die Problemangaben und nicht nur auf die momentane Beschwerdelinderung abzielen, sondern daß auch aktiv Ziele zu erreichen für ein bewußteres und zufriedeneres Leben angeführt werden. Diese positiv formulierten Ziele wurden diagnoseübergreifend genannt und sind nicht spezifisch für ein bestimmtes Krankheitsbild.

Spontan geäußerte Zielangaben von 48 Patienten im therapeutischen Erstgespräch wurden von Caspar (1999) untersucht. Er unterschied dabei zwischen expliziten und impliziten Zielen, die beide in die Wertung mit aufgenommen werden. Er beschreibt dabei die impli-

ziten Ziele als solche, die zwar deutlich zum Ausdruck kommen, aber nicht ausgesprochen werden, weil sie so offensichtlich sind.

Es konnten insgesamt 197 Ziele differenziert werden. Der Wunsch, problematische Verhaltensweisen zu verändern, trat mit 67% am häufigsten auf. An zweiter Stelle stand das Bedürfnis, soziale Beziehungen zu verbessern (56%). Im Anschluß fanden sich „eine neue Sicht von Gefühlen, Motiven und Verhalten zu erarbeiten“ (46%) und „ein besseres Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben“ (33%). Es folgten die Ziele, „Bewältigungskompetenz für problematische Situationen“ (31%) und „die Minderung von übermäßigen, irrationalen oder unangemessenen Gefühlsreaktionen“ (25%). An siebter Stelle standen zwei Ziele, „das Erleben von Gefühlen zulassen“ sowie „eigene Ziele zu erkennen und zu verfolgen“ (19%). Ebenfalls häufig wurde das Ziel, „Ursachen für Probleme zu erkennen“, genannt (17%).

Sack et al. (1999) nutzten Angaben zu den Therapiezielen, die vor der Aufnahme zu einer stationären Psychotherapie von den Patienten gemacht wurden, zur Verlaufsbeobachtung und Therapieevaluation. Ziele, die die Reduktion einer neurotischen Symptomatik betrafen, wie Abhängigkeits- und Loslösungskonflikte, Depression oder Ängste (27,8%) lagen dabei an erster Stelle. Weitere Ziele betrafen eine Besserung körperlicher Beschwerden (21,4%), ein verbessertes Selbstwertgefühl (19%), verbesserte Wahrnehmung und Steuerung von Gefühlen (11,9%), Aufarbeitung biographischer Ereignisse (10,3%) sowie Veränderungen in Partnerschaft, Beziehung oder am Arbeitsplatz (9,6%).

Bei der Studie Fallers (2000) wurden die heterogenen Inhalte des Begriffs der Behandlungserwartung differenzierter betrachtet. So wurden die Therapieziele mittels eines 24 Items umfassenden Fragebogens erhoben, dem eine inhaltsanalytische Textanalyse zugrunde lag (Faller u. Gößler 1998). Bei den Therapiezielen stehen an erster Stelle „meine Probleme lösen“ (78,7%), „meine Beschwerden mildern“ (74,8%), „zufriedener und gelassener werden“ (65,5%). Es folgen Ziele wie „selbstbewußter werden“ (58,7%), „mich selbst besser verstehen“ (57,0%) und „mein Verhalten ändern“ (50,4%).

Die Häufigkeit problemlösungs-, einsichts- und selbstkonzeptbezogener Ziele stimmt mit den Ergebnissen von Caspar (1999) überein. Auf faktorenanalytischer Grundlage wurden drei rationale Skalen gebildet:

1. Einsicht
2. Kontaktfähigkeit
3. Selbstbehauptung

Alle drei Therapiezielskalen korrelieren substantiell sowohl mit der Erwartung gesprächsorientierter Intervention wie auch verhaltensorientierter Intervention. Lediglich zur Erwartung somatisch-passiver Intervention sind die Zusammenhänge nicht so stark ausgeprägt. Einschränkend wird jedoch darauf hingewiesen, daß die drei Zieldimensionen selbst hoch miteinander interkorrelieren.

Die Behandlungserwartungen, also Erwartungen der Patienten an konkrete Behandlungsmaßnahmen, wurden mit einem 17 Items umfassenden Fragebogen untersucht, der auf dem von Faller (1998) vorgestellten und nun weiterentwickelten Instrument beruht. Faktorenanalytisch konnten drei additive Skalen der Behandlungserwartung zusammengefaßt werden:

1. Gesprächsorientierte Intervention
2. Verhaltensorientierte Intervention
3. Somatisch-passive Intervention

Probleme

In direktem Zusammenhang mit den Zielen sind die Probleme der Patienten zu sehen. Sie stehen zunächst im Vordergrund und werden meist vorgebracht, ohne daß schon konkrete Ziele formuliert sind. Sie sind jedoch orientierend für die therapeutische Arbeit und definieren - häufig nur implizit - die inhaltlichen Therapieziele. Ein gemeinsamer Aushandlungsprozeß mit dem Therapeuten kann von den Problemen hin zu Zielen leiten (Willutzki 1999). Kanfer et al. (1996) schlagen sogar vor, eine Phase der Therapie für die Herausarbeitung der Therapieziele zu reservieren. Die Erfassung von Problemvorstellungen der Patienten ist also unerlässlich.

Leider liegen derzeit zu den Problemangaben der Patienten weniger Daten vor.

In der weiter oben beschriebenen qualitativen Studie von Faller und Goßler (1998) konnten 198 Klartextangaben von Patienten bezüglich ihrer Probleme ausgewertet werden. Die Interraterreliabilität erreicht Werte zwischen sehr gut und gut. Am häufigsten fanden sich unter den insgesamt 349 codierten Problemen „depressive Beschwerden“ (34,2%), „körperliche Beschwerden“ (31,8%), „Angst“ (30,8%) und „interpersonelle Schwierigkeiten“ (21,7%). „Berufliche Probleme“ werden nur von 11,6% der Patienten genannt.

Die Testung auf Unterschiede bezüglich des Geschlechts oder des Zeitpunktes des Ausfüllens des Fragebogens erbrachten keine signifikanten Ergebnisse. Bei der Testung der Unterschiede in der Häufigkeit subjektiver Probleme zwischen den diagnostischen Störungsgruppen fand sich eine gewisse Diagnosespezifität. So kamen zum Beispiel die Problemkategorien „körperliche Beschwerden“ bei Patienten mit somatoformen Störungen am häufigsten vor. „Depressive Beschwerden“ sind am häufigsten bei Patienten mit einer depressiven Störung, kommen aber auch sehr häufig bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung vor. Die Spezifität der Problemkategorie „Sucht/Eßstörung“ ist am deutlichsten ausgeprägt. So führen die Problemangaben des Patienten sozusagen automatisch zur Diagnose somatoforme Störung.

Ursachenvorstellungen

Die geringe Datenmenge bei den Problemangaben ist unter anderem dadurch verursacht, daß lange Zeit die Begriffe Ursachenvorstellung und Krankheitstheorie nicht explizit vom Begriff Problem getrennt bzw. sogar mit diesem gleichgesetzt wurde. Aus diesem Grund sollen im folgenden Studien zur Ursachenvorstellung beschrieben werden.

Adler et al. (1996) untersuchten 56 Patienten bezüglich ihrer Konzepte zu Krankheitsursache und Behandlungserwartung in der ersten Behandlungsphase. In absteigender Häufigkeit wurde von den Patienten „Ängste“, „familiäre Belastung“, „Partnerschaftsschwierigkeiten“ und „Verlusterlebnisse“ als Ursachen für ihre Krankheit genannt. Die Ursachen „kein inne-

rer Halt“, „schlechter Schlaf“, „allgemeine Erschöpfung und Übererregbarkeit“ wurden gleich häufig angegeben. „Streß“ fand sich an zehnter, „körperliche Erkrankungen“ an dreizehnter Stelle. „Probleme am Arbeitsplatz“ wurden an siebzehnter bis zwanzigster Stelle genannt.

Eine weitgehend gleiche Einschätzung der relevanten Ursachen fand sich bei den Therapeuten. Lediglich der „mangelnden persönlichen Anerkennung“, dem „zu hohen Anspruchsniveau“ und „falschem Erziehungsstil der Herkunftsfamilie“ wurde vom Therapeuten eine größere Bedeutung beigemessen, als es der Patient tat. Dagegen hielt der Therapeut „körperliche Erkrankungen“, „Streß“ und „mangelnden Schlaf“ für weniger relevant als die Patienten selbst.

Thebaldi et al. (1996) konnten in ihrer Studie zur differentiellen Laienätiologie bei psychogen beeinträchtigten Probanden mit Hilfe eines Fragebogens zur Krankheitsauffassung zwei Gruppen bilden. Von den insgesamt 528 untersuchten Patienten fielen 80 in die Gruppe mit somatogener Laienätiologie. Die psychogen attribuierende Gruppe war mit nur 34 Probanden wesentlich kleiner.

Bei der Untersuchung der beiden Gruppen fanden sich signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts, des Alters und der Schulbildung. So waren jüngere Menschen und Frauen in der Gruppe der psychogen attribuierenden Gruppe überrepräsentiert. Außerdem hatten die Probanden in dieser Gruppe eine höhere Schulbildung aufzuweisen.

Faller (1997) untersuchte bei 195 Patienten einer universitären Ambulanz mittels einer Itemliste deren Krankheitstheorien. An vorderster Stelle standen die „Ursachen innere Konflikte“ (70,5%), „innere Ängste“ (66,2%), „mangelnde Problembewältigung“ (62,5%), „fehlendes Selbstvertrauen“ (59,4%) und „Probleme in Partnerschaft und Familie“ (50,5%). Am Ende der Rangreihe lagen „Wetterunverträglichkeit“ (8,3%) und „Umweltbelastungen“ (6,3%). Es konnten Zusammenhänge mit soziodemographischen Daten und den faktorenanalytisch gebildeten Skalen der Ursachenvorstellung gefunden werden:

1. Intrapsychische Ursachen
2. Interpersonelle Ursachen

3. Soziale Ursachen und

4. Somatische Ursachen

So geht höheres Alter mit stärker ausgeprägten somatischen, weibliches Geschlecht mit tendenziell stärkeren intrapsychischen und interpersonellen Ursachenvorstellungen einher. Je höher die Schulbildung, desto häufiger sind intrapsychische und soziale und desto seltener sind somatische Ursachentheorien.

Zu der Behandlungserwartung (Faller 1998) konnten erwartungskonforme Bezüge gefunden werden.

In der bereits erwähnten Studie Fallers (2000) wurden neben den besprochenen Behandlungserwartungen die Ursachenvorstellungen der Patienten untersucht. Dies geschah mit Hilfe der auf 22 Items erweiterten Version des bei Faller (1997) beschriebenen Instruments. Auf faktorenanalytischer Grundlage wurden nun fünf Skalen gebildet:

1. Intrapsychische Ursachen
2. Biographische Ursache
3. Interpersonelle Ursachen
4. Soziale Ursachen
5. Somatische Ursachen.

Es konnten hohe Korrelationen der intrapsychischen und interpersonellen Ursachenkonzepte mit den Therapiezielskalen „Einsicht“, „Kontaktfähigkeit“ und „Selbstbehauptung“ gefunden werden. Niedriger fiel der Zusammenhang der somatischen Ursachen mit der Therapiezielskala „Einsicht“ aus. Kein Zusammenhang konnte bezüglich der somatischen Ursachen und der Ziele „Kontaktfähigkeit“ und „Selbstbehauptung“ gefunden werden.

2.2 Die therapeutische Arbeitsbeziehung

1980 wurde im Heidelberger Katamneseprojekt der Einfluß verschiedener Faktoren im diagnostischen Prozeß untersucht. Die Einbeziehung der Therapeutenvariable erwies sich damals zwar als prekär, es konnte jedoch festgestellt werden, daß der Therapeut durch sein

Verhalten, seine Empathiefähigkeit, seine Einstellung und seine Interventionen einen entscheidenden Einfluß auf den Ausgang der Behandlung hat (Bräutigam, 1980). Ergebnisse aus der Prozeß- und Erfolgsforschung belegen, daß ein Fortschritt im Therapieprozeß nicht von der Ausbildung und den Fähigkeiten des Therapeuten oder dessen Einsichten über die Probleme und Ziele des Patienten abhängt (Garfield 1994, Adler et al. 1996). Auch Patientenvariablen wie Geschlecht, sozialer Status, Alter, Ausbildung, soziale Situation, Diagnose, Symptomatik, Symptombdauer und Persönlichkeitsmerkmale (vgl. Rudolf u. Stille 1984, Schneider u. Bursy 1994, Strauß et al. 1991, Garfield 1994) zeigten überraschend wenig prognostische Relevanz (Garfield 1994, Kächele u. Kordy 1995). Wohl aber konnte die Prozeß- und Erfolgsforschung zeigen, daß die therapeutische Arbeitsbeziehung für den Therapieerfolg vorhersagekräftig ist (Orlinsky et al. 1994, Faller u. Rudolf 1998). Es gibt nur wenig Sachverhalte im Feld der Psychotherapie, für die die Evidenz ähnlich überzeugend ist. Der zentrale Wirkfaktor einer psychotherapeutischen Behandlung ist damit die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB); je besser sie funktioniert, desto günstiger sind die Erfolgsaussichten für den Patienten (Faller und Rudolf 1997, Beutler et al. 1994, Garfield 1994, Gaston et al. 1994, Henry et al. 1994, Orlinsky et al. 1994). Es ist somit plausibel, daß die Vorstellungen des Patienten und des Therapeuten in Einklang gebracht werden müssen, wenn ein längerfristiger therapeutischer Kontakt zustandekommen soll (Adler et al. 1996, Thommen et al. 1990). Diese Erkenntnisse ließen die therapeutische Arbeitsbeziehung zu einer prüfenswerten Größe werden.

Rudolf (1991) entwickelte auf der Grundlage der damaligen Forschung eine Skala zur Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung in Psychotherapien (TAB). Die Skala mit 40 Items umfaßt Themen wie „Verstehen und Verstanden werden“, „wechselseitige Wertschätzung“, „emotionale Beteiligung“, „Fortschritt der therapeutischen Arbeit“ und „Hoffnung auf Behandlungserfolg“. Sowohl der Patient als auch der Therapeut geben dabei ihre Einschätzung ab. Für die Beurteilung des diagnostischen Erstgesprächs wurde eine Kurzform dieser Skala entwickelt (iTAB, initiale therapeutische Arbeitsbeziehung), welche weiter unten erläutert wird. Die Studie Rudolfs zeigte, daß der Therapieerfolg durch die Einschätzung der initialen therapeutischen Arbeitsbeziehung vorhergesagt werden kann.

Auch Strupp (1996) stellt fest, daß die Einstellung des Therapeuten gegenüber dem Patienten einen großen Einfluß auf die diagnostischen und prognostischen Beurteilungen des Patienten hat.

Die im folgenden beschriebenen Studien prüfen, ob und inwieweit es Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und anderen Variablen des diagnostischen Prozesses gibt.

Faller (1997) untersuchte die Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Arbeitsbeziehung und den Ursachenvorstellungen von 195 Patienten. Die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurde von insgesamt 12 Diagnostikern mit Hilfe der Kurzfassung (iTAB) des von Rudolf (1991) entwickelten Fragebogens zur therapeutischen Arbeitsbeziehung jeweils nach dem Erstgespräch beurteilt. Der Fragebogen besteht aus 10 vierstufigen Items, die auf einem Generalfaktor laden und zu einer Summenskala (Skalenbereich von 0 bis 3) verrechnet werden (interne Konsistenz 0.83). Itembeispiele: „Ich verstehe ganz gut, worum es bei diesem Patienten geht.“ „Mit den mir zu Verfügung stehenden Behandlungstechniken kann ich die Schwierigkeiten des Patienten gut bearbeiten.“ „Ich habe oft Mühe, mich in die Schilderung des Patienten einzufühlen.“ „Der Patient reagiert ablehnend auf mich.“

Es fand sich, daß die therapeutische Arbeitsbeziehung umso besser beurteilt wird, je ausgeprägter die intrapsychischen und je weniger ausgeprägt die somatischen Ursachenvorstellungen sind. Desweiteren konnte aus der therapeutischen Arbeitsbeziehung die Indikationsstellung zu einer tiefenpsychologischen bzw. analytischen Psychotherapie abgeleitet werden.

Faller und Rudolf (1998) beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für den diagnostischen Prozeß. Es wurde - mit Hilfe des Fragebogens zur iTAB (Rudolf 1991) - untersucht, wovon die Beurteilung der TAB abhängt, ob sie mit der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten, seinen Ursachenvorstellungen und Behandlungserwartungen in Zusammenhang steht und wie sich die Einschätzung der Arbeitsbeziehung auf Indikation und Prognose auswirkt.

Bezüglich der soziodemographischen Daten fand sich, daß die TAB umso besser eingeschätzt wird, je jünger die Patienten sind. Auch eine feste Partnerschaft wirkt sich günstig auf die TAB aus. Weitere getestete Variablen wie z.B. Geschlecht, Schulbildung und Beruf konnten nicht als Prädiktoren für die TAB gewertet werden.

Bei der Prüfung von Zusammenhängen der TAB mit krankheitsbezogenen Variablen wurde festgestellt, daß die therapeutische Arbeitsbeziehung bei depressiven Patienten, bei Angstpatienten und bei einem gemeinsamen Krankheitsverständnis am günstigsten beurteilt wird (vgl. Thommen et al. 1990). Eine ich-strukturelle Störungskomponente erwies sich als tendenziell ungünstig für die Bewertung der Arbeitsbeziehung.

Bei den Merkmalen der subjektiven Krankheitstheorie wirken sich somatische Ursachenvorstellungen und passive Behandlungserwartungen ungünstig auf die TAB aus.

Hochsignifikante Zusammenhänge mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurden bei der Indikation und Prognose gefunden. Die TAB ist bei denjenigen Patienten am stärksten ausgeprägt, denen eine analytische Psychotherapie empfohlen wird. Nach Henry et al. (1994) erfordert diese Art von Therapie ein hohes Maß an Motivation und Introspektionsfähigkeit vom Patienten. Diese Patienten werden bevorzugt in der eigenen Institution weiterbehandelt. Auch die Prognose wird günstiger eingeschätzt, wenn die therapeutische Arbeitsbeziehung gut ist.

Faller (1998) untersuchte am selben Patientengut die Behandlungserwartung der Patienten genauer. Mittels einer Clusteranalyse auf der Basis der Behandlungserwartungen ergaben sich vier Patientengruppen, die sich in Ursachenvorstellungen, Kontrollüberzeugungen, der therapeutischen Arbeitsbeziehung und dem Alter unterschieden. Bezüglich der therapeutischen Arbeitsbeziehung konnten die Ergebnisse der zuvor erläuterten Studie bestätigt werden. Eine spezifisch für Psychotherapie hochmotivierte Gruppe wies die günstigste TAB auf. Die Gruppe, die eher passive und somatische Behandlungswünsche hegte, wurde hinsichtlich der TAB ungünstig beurteilt.

Die von Faller und Goßler (1998) durchgeführte qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch betrachtete unter anderem die therapeutische Ar-

beitsbeziehung im Hinblick auf deren Zusammenhang mit den angegebenen Zielen der Patienten. Die TAB wurde als günstig beurteilt, wenn Patienten die Ziele „Selbsterkenntnis“, „Selbstakzeptanz“ und „Lebenszufriedenheit“ angaben. Dies entspricht den Ergebnissen der bereits genannten Studie von Faller und Rudolf (1998), in der bestimmte, für die Psychotherapiemotivation günstige Ursachenvorstellungen und Behandlungserwartungen mit der TAB korrelierten. Faller und Goßler schließen aus der Tatsache, daß die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung Effekte auf die Indikationsstellung auszuüben scheint (Faller u. Rudolf 1998) und die Ziele der Patienten wiederum Einfluß auf die therapeutische Arbeitsbeziehung haben, daß auch die subjektiven Ziele der Patienten - vermittelt über die TAB - die Indikationsstellung beeinflussen.

Faller (1999) fand in einer Studie zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozeß auch Zusammenhänge zur therapeutischen Arbeitsbeziehung. Die Gegenübertragung wurde mit Hilfe eines erweiterten, von Mang (1990) entwickelten Bogens erhoben. Die 31 vorgegebenen Gefühlszustände (z.B. Ärger, Belästigungsgefühl, Faszination, Neugier, Sympathie, Besorgtheit, Trauer, Schuldgefühl, Ekel) wurden fünfstufig beurteilt (1 = nicht, 5 = sehr). Der Therapeut sollte damit sein subjektives Erleben im Anschluß an das Erstgespräch beschreiben. Faktorenanalytisch ließen sich vier Item-Gruppen bilden:

1. Ärger
2. Sympathie
3. Hilfsbereitschaft
4. Hoffnungslosigkeit

Aus diesen Gruppen wurden wiederum additiv vier Skalen gebildet. Diese Skalen korrelieren signifikant und teilweise substantiell mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Auch die auf der Basis der Skalen gebildeten Cluster zeigen Zusammenhänge zu der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Am besten fällt sie in Cluster 3 „viel Sympathie“ aus, am ungünstigsten ist sie in Cluster 5 „viel Ärger, wenig Sympathie“. Faller schließt aus den Ergebnissen, daß das Gegenübertragungsrating und der Fragebogen zur Beurteilung der Arbeitsbeziehung nicht dieselben Merkmale erfassen, und empfiehlt, die therapeutische Ar-

beitsbeziehung - als eher kognitive Beurteilung, mit dem Patienten arbeiten zu können - von dem Aspekt der Gegenübertragung - also der unmittelbaren emotionalen Reaktion auf den Patienten - abzugrenzen.

Eine weitere Studie Fallers (2000) untersucht, wie oben bereits beschrieben, mittels eines Fragebogens die Ziele von Psychotherapiepatienten (n=152). Der Fragebogen wurde auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse (Faller u. Gößler 1998) erstellt und sollte es ermöglichen, unter anderem Zusammenhänge der Ziele mit der Ursachenvorstellung, der Behandlungserwartung und der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu überprüfen. Überraschenderweise wiesen die mit dem Fragebogen erhobenen Ziele jedoch keine Korrelation zur Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung auf. Interpretiert wird dieses Ergebnis dahingehend, daß die Diagnostiker explizit formulierte Therapieziele nicht unbedingt als Kriterium für ihre Beurteilung verwenden, ob und wie sie mit diesem Patienten arbeiten können.

3. Fragestellung und Hypothesen

Hauptanliegen der vorliegenden Arbeit ist, die in Kapitel 2 beschriebene Studie von Faller und Gößler (1998) zu replizieren. Es ist dabei von primärem Interesse, ob eine auf der Grundlage des von Faller und Gößler erstellten Kategoriensystems durchgeführte, qualitative Inhaltsanalyse auch mit neuem Datenmaterial und zum Teil neuen Ratern zu vergleichbaren Ergebnissen kommt und inwieweit das vorbestehende Kategoriensystem weiterentwickelt werden muß.

Mit dem neu entstandenen modifizierten Kategoriensystem können Klartextangaben von Patienten hinsichtlich ihrer Probleme und Ziele einer weiteren Auswertung zugänglich gemacht werden. In der vorliegenden Arbeit liegt das Hauptaugenmerk auf den Zielangaben der Patienten. Faller, Gößler und Lang (1998) wiesen in einer Analyse der Gesundheitsvorstellung bei Psychotherapiepatienten darauf hin, daß nicht allein die Milderung von Beschwerden für Patienten erstrebenswert war, sondern auch das Erreichen übergeordneter Ziele. Darunter sind insbesondere solche Ziele zu verstehen, welche nicht nur die Beseitigung eines Defizites anstreben, sondern problem-übergreifend formuliert sind. Solche positiv formulierten Ziele werden in der vorliegenden Arbeit in der Gruppe „erweiterte Ziele“ zusammengefaßt und auf ihren Einfluß auf verschiedene, im Anschluß erwähnte Variablen überprüft. Folgende Fragestellungen werden formuliert:

Bestehen Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Merkmalen und der Angabe erweiterter Ziele?

In der Literatur hat die Geschlechtszugehörigkeit als soziodemographische Variable einen großen Stellenwert. In zahlreichen Publikationen wird der Einfluß des Geschlechts auf verschiedenste Themenschwerpunkte betrachtet. So fanden Rudolf und Stratmann (1989), daß Frauen im Vergleich zu Männern stärker dazu neigen, Probleme als psychisch (statt körperlich) bedingt zu definieren. Auch Faller (1997) stellte fest, daß Frauen auf den Skalen intrapsychische und interpersonelle Ursachen höher lagen als Männer.

Im Hinblick auf die Psychotherapieziele gibt es jedoch nur wenige und zudem widersprüchliche Angaben. So streben laut Schneider (1990) Männer eher eine organmedizinische Behandlung an als Frauen. Faller und Goßler (1998) fanden, daß Männer häufiger Kontaktfähigkeit als Ziel angaben. In einer weiteren Studie Fallers (1998) wurden jedoch keine Unterschiede bezüglich der Behandlungserwartung und des Geschlechts festgestellt, was auf die Reaktivität des benutzten Instruments des Fragebogens zurückgeführt werden kann. Es ist daher in der vorliegenden Arbeit von Interesse, ob sich Männer und Frauen hinsichtlich der Häufigkeit, mit der sie erweiterte Ziele angeben, unterscheiden. Mit Blick auf die unterschiedliche Ursachenvorstellungen von Männern und Frauen wird erwartet, daß Frauen häufiger erweiterte Ziele angeben als Männer.

Die Hypothese lautet:

„Frauen geben häufiger erweiterte Ziele an als Männer.“

In zahlreichen Publikationen wurde ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und deren Behandlungserwartung gefunden (Peters und Löwenberg 1993, Faller 1998). Es zeigte sich, daß ältere Patienten häufiger symptomatische orientierte bzw. somatisch/passive Behandlungserwartungen haben. Geben ältere Patienten auch weniger erweiterte Ziele an? Ein Überprüfen des Einflusses des Alters auf die Angabe von erweiterten Zielen soll diese Frage klären. Folgende Hypothese wurde formuliert:

„Je älter die Patienten sind, desto weniger werden erweiterte Ziele angegeben.“

Bezüglich Schulbildung und Ursachenvorstellung liegen ebenfalls Forschungsbefunde vor. So zeigt es sich, daß eine höhere Schulbildung eher mit einem intrapsychischen und sozialen Ursachenmodell und dementsprechend weniger mit einem somatischen Modell einhergeht (Nübling 1992, Thebaldi et al. 1996, Faller 1997). Es ist zu erwarten, daß sich aus die-

sen Ergebnissen auch die Behandlungserwartungen ableiten lassen. Dies wird durch die Studie von Faller (1998) bestätigt. Demnach besitzen Patienten mit geringerer Schulbildung eher somatisch ausgerichtete Behandlungserwartungen. Es stellt sich die Frage, ob Patienten mit höherer Schulbildung häufiger erweiterte Ziele angeben als Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau.

Folgende Hypothese wurde hierzu aufgestellt:

„Niedrige Schulbildung geht mit einer geringeren Nennung erweiterter Ziele einher.“

Bestehen Zusammenhänge zwischen dem Zeitpunkt des Ausfüllens des Patientenfragebogens und der Angabe von erweiterten Zielen?

Überprüfenswert erscheint bei der Frage, welche Einflüsse bei der Angabe von erweiterten Zielen eine Rolle spielen könnten, der Zeitpunkt, an dem die Patienten den Selbsteinschätzungsbogen ausfüllen. Dabei ist besonders der zeitliche Bezug zum Erstgespräch interessant. Caspar (1999) weist darauf hin, daß es empirisch ungeklärt sei, inwieweit sich Therapeuten zu Beginn der Therapie mit Therapiezielen, insbesondere bei Erstgesprächen, beschäftigen. Bei einer Studie fand Caspar (1999), daß Therapieziele im Erstgespräch mit einer geringen Häufigkeit angesprochen werden, und dies zudem mehr auf den Patienten als auf den Therapeuten zurückgeht.

Sack et al. (1999) weisen dagegen auf den Einfluß des Therapeuten bezüglich der Nennung von Therapiezielen hin. So zeigt sich bei Patienten, die Therapieziele im Gespräch mit den Therapeuten aushandeln, im Vergleich zu den von Heuft et al. (1996) vorgelegten Ergebnissen, welche auf getrennt erhobenen Therapiezielen basiert, eine relativ geringere Häufigkeit von ausschließlich auf körperliche Symptome bezogenen Therapiezielen. Beeinflußt also das Erstgespräch mit dem Therapeuten die Patienten hinsichtlich der Nennung erweiterter Ziele? Folgende Hypothese wurde hierzu aufgestellt:

„Patienten, die den Selbsteinschätzungsbogen nach dem Erstgespräch ausfüllen, geben häufiger erweiterte Ziele an.“

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den Ursachenvorstellungen und Behandlungserwartungen eines Patienten und der Angabe erweiterter Ziele?

Zwischen den Ursachenvorstellungen und Behandlungserwartungen von Patienten und den erhobenen Zielvorstellungen zeigen sich in einer Studie von Faller (2000) plausible Zusammenhänge. So weisen die drei Therapiezielskalen „Einsicht“, „Kontaktfähigkeit“ und „Selbstbehauptung“ hohe Interkorrelationen mit gesprächsorientierter und verhaltensorientierter Intervention sowie mit intrapsychischem und interpersonellem Ursachenkonzept auf.

Gibt es ähnliche Zusammenhänge zwischen der Behandlungserwartung bzw. Ursachenvorstellung und der Angabe von erweiterten Zielen? Erwartet wird beispielsweise, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, weniger „somatisch“ geprägte Ursachenvorstellungen bzw. weniger „somatisch-passive“ Behandlungserwartungen haben.

Als Hypothesen werden formuliert:

„Patienten, die erweiterte Ziele angeben, haben eine geringer ausgeprägte somatische Ursachenvorstellung.“

„Patienten, die erweiterte Ziele angeben, haben weniger gesprächsorientierte Behandlungserwartungen.“

Welche Unterschiede bestehen bezüglich der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung und der Einschätzung der Gegenübertragung je nach der Angabe von erweiterten Zielen ?

Der zentrale Wirkfaktor einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung; je besser sie funktioniert, desto günstiger sind die Erfolgsaus-

sichten für den Patienten (Faller u. Rudolf 1997; Beutler et al. 1994; Garfield 1994; Henry et al. 1994; Orlinsky et al. 1994). Damit haben Variablen, die auf die therapeutische Arbeitsbeziehung Einfluß nehmen, eine besondere Bedeutung.

Studienergebnisse von Faller und Goßler (1998) ergaben Hinweise darauf, daß Zielangaben einen Effekt auf die vom Therapeuten beurteilte Arbeitsbeziehung ausüben. Insbesondere scheinen Ziele, die über die Beseitigung von Symptomen hinausgehen, also Ziele wie z.B. „mit sich in Einklang kommen“, „sich selbst erkennen“ und „Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen“ einen positiven Einfluß auf die therapeutische Arbeitsbeziehung auszuüben. Unter dem Verständnis, daß die Angabe von erweiterten Zielen mit höheren Werten in der therapeutischen Arbeitsbeziehung einhergehen müßte, wird deren Ausprägung je nach Angabe von erweiterten Zielen geprüft. Zu dieser Fragestellung wird folgende Hypothese formuliert:

„Bei Patienten, die erweiterte Ziele angeben, wird die therapeutische Arbeitsbeziehung von den Therapeuten als günstiger eingestuft.“

Eng mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung verknüpft ist die Einschätzung der emotionalen Gegenübertragung durch den Therapeuten. So fanden Faller und Rudolf (1998) eine substantielle Korrelation zwischen diesen beiden Variablen. Die Skalen „Sympathie“ und „Hilfsbereitschaft“ gingen mit einer günstigen therapeutischen Arbeitsbeziehung einher. Die therapeutische Arbeitsbeziehung steht also mit den Zielangaben und mit der emotionalen Gegenübertragung in Zusammenhang. Des weiteren fand Faller (1999) Bezüge der emotionalen Reaktion des Therapeuten zu Kompetenz und Defiziten des Patienten sowie dessen Krankheitsbild und verweist darauf, daß die Gegenübertragung Anteile einer Reaktion auf den Patienten enthält und nicht nur aus der subjektiven Voreingenommenheit des Diagnostikers resultiert. Es liegt daher nahe, zu fragen, ob neben den erwähnten Variablen auch die Angabe erweiterter Ziele einen Einfluß auf die Gegenübertragung ausüben. Unterscheiden sich also die bei Therapeuten ausgelösten Emotionen je nach Nennung erweiterter Ziele? Um dies zu prüfen, wurden die Dimensionen Ärger, Sympathie und Hilfsbereitschaft ausgewählt und mit der Nennung erweiterter Ziele verglichen. Die Hypothese lautet:

„Patienten, die erweiterte Ziele angeben, lösen beim Therapeuten in höherem Maße das Gefühl Hilfsbereitschaft und Sympathie aus, als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben.“

Bestehen Zusammenhänge bezüglich der weiterbehandelnden Institution und der Nennung erweiterter Ziele?

Adler et al. (1996) weisen darauf hin, daß denjenigen Patienten, die Wünsche nach Regression und Schonung zeigen, kaum eine konfliktorientierte Psychotherapie angeboten wird. Sie erhalten eine stützende Betreuung oder werden vielfach an andere Institutionen verwiesen.

Unterschiede bezüglich der Therapieziele und der weiterbehandelnden Institutionen (eigene Institution, niedergelassener Psychotherapeut, sonstige/keine weiterbehandelnde Institution) fanden auch Faller und Goßler (2000). Bei den drei gebildeten Therapiezielskalen „Einsicht“, „Kontaktfähigkeit“ und „Selbstbehauptung“ ergab sich auf der Skala „Einsicht“ ein signifikanter Unterschied.

Es stellt sich die Frage, ob die Nennung erweiterter Ziele einen Einfluß auf die empfohlene weiterbehandelnde Institution hat, ob beispielsweise Patienten, die erweiterte Ziele angeben, häufiger in der eigenen Institution oder bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt werden als Patienten, die keine erweiterten Ziele nennen.

Die hierzu formulierte Hypothese lautet:

„Patienten, die erweiterte Ziele angeben, werden häufiger in der eigenen Institution oder bei einem niedergelassenen Therapeuten behandelt.“

Bestehen Unterschiede in der Häufigkeit der Problem- und Zielangaben und der diagnostischen Störungsgruppe?

Inwieweit zwischen verschiedenen Patientenvariablen und den jeweiligen diagnostischen Störungsgruppen Zusammenhänge bestehen, wurde in einer Studie von Faller (1998) geprüft. Zwischen den fünf diagnostischen Störungsgruppen, die mit substantieller Häufigkeit vorkommen (depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Eßstörungen, Persönlichkeitsstörungen), fand sich auf der Skala „somatische Behandlungserwartungen“ ein signifikanter Unterschied. So lagen Patienten mit somatoformen Störungen auf der Skala „somatische Behandlungserwartung“ höher als die anderen Störungsgruppen.

Faller und Goßler (1998) stellten bei der Prüfung der Unterschiede in der Häufigkeit der subjektiven Probleme und Ziele zwischen den diagnostischen Störungsgruppen eine partielle Diagnosespezifität fest. Diese fand sich im Bereich der Probleme bei konkreten Beschwerden und Verhaltensstörungen; z.B. war die Kategorie P1 „körperliche Beschwerden“ bei Patienten mit somatoformen Störungen am häufigsten. Im Bereich der Ziele betraf sie die konkreteren, auf die Milderung von Beschwerden/Problemen ausgerichteten Ziele; z.B. war die Kategorie Z4 „Angst bewältigen“ bei Patienten mit Angststörungen häufiger.

Aus dieser Information leitet sich folgende Hypothese ab:

„Es bestehen Unterschiede zwischen den diagnostischen Störungsgruppen und den Häufigkeiten der Probleme und Ziele.“

4. Methodik

4.1 Datengrundlage und -erhebung

Die in der vorliegenden Arbeit mit der qualitativen Inhaltsanalyse bearbeiteten Daten entstammen dem umfangreichen Dokumentationssystem des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg. Das Institut, welches neben Konsil- und Liaisondiensten für das Universitätsklinikum auch eine psychotherapeutische Ambulanz im Sinne einer Poliklinik unterhält, verwendet eine Basisdokumentation, die speziell den Erfordernissen der ambulanten psychotherapeutischen Diagnostik einer Poliklinik angepaßt ist (Faller et al. 1997). Mit diesem System, welches zusätzlich zu soziodemographischen Daten auch andere diagnostisch und prognostisch relevante Variablen einbezieht, wurde im Untersuchungszeitraum (1997) gearbeitet. Die Dokumentation der Daten erfolgt mit Hilfe zweier Fragebögen. Der Therapeutenbogen dokumentiert die Einschätzungen und Fremdeinschätzungen des Therapeuten bei der Erstuntersuchung. Der Patientenbogen erfaßt die Selbsteinschätzung des Patienten. Dabei werden folgende Inhalte erhoben:

- soziodemographische Daten
- Beschwerden/Symptomatik
- Probleme und Ziele des Patienten
- Diagnose
- Überweisung
- Bisherige Behandlung
- Ursachenvorstellung
- Behandlungserwartung
- Kontrollüberzeugung/Biographische Belastung
- Auslösesituationen
- Aktuelle Belastungen und Ressourcen
- Therapeutische Arbeitsbeziehung
- Gegenübertragung
- Prognose

Die Bereiche „Probleme“, „Ziele“, „Ursachenvorstellung“, „Behandlungserwartung“, „therapeutische Arbeitsbeziehung“, „Gegenübertragung“ sowie „Diagnose“ sind in der vorliegenden Arbeit bei der Hypothesenformulierung besonders berücksichtigt. Auch die „weiterbehandelnde Institution“ ist von Interesse. Diese wurde jeweils nach dem letzten Patientenkontakt dokumentiert.

4.2 Stichprobe

Teilnehmer

Die Stichprobe rekrutiert sich aus 250 Patienten, die sich im Zeitraum Januar bis Dezember des Jahres 1997 im Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg anmeldeten bzw. im Verlauf von Konsil- und Liaisondiensten behandelt wurden. Von diesen konnten jedoch nur solche für die Studie herangezogen werden, von denen zumindest der Patientenbogen vorlag. Zu $n = 250$ liegen 147 Selbsteinschätzungsbögen und 237 Therapeutenbögen vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 94,8 % bei den Therapeutenbögen und 58,8 % bei den Patientenbögen.

Soziodemographische Merkmale

Das Patienten Klientel setzt sich aus 40,5 % Männern und 59,5 % Frauen zusammen. Diese Geschlechterverteilung spiegelt sich auch in der Stichprobe mit vorliegenden Patientenbögen wieder, in der der Anteil der Männer 40,8 % und der Anteil der Frauen 59,2 % beträgt. Der Altersmittelwert beträgt 35 Jahre. Alters- und Geschlechtsangaben entsprechen den Angaben vergleichbarer Institutionen in der Literatur (vgl. Potreck-Rose u. Koch, 1994). 47,6 % der Patienten sind ledig, 38,8 % verheiratet, 6,1 % geschieden und 1,4 % verwitwet. In einer festen Partnerschaft leben 59,0 %.

Der Großteil der Patienten besitzt Gymnasialabschluß (39,0 %). Hauptschulabschluß besitzen 26,0 %, Realschulabschluß 25,3 %. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung und

auch mit altersparallelierten Stichproben sind Personen mit höherer Schulbildung überrepräsentiert.

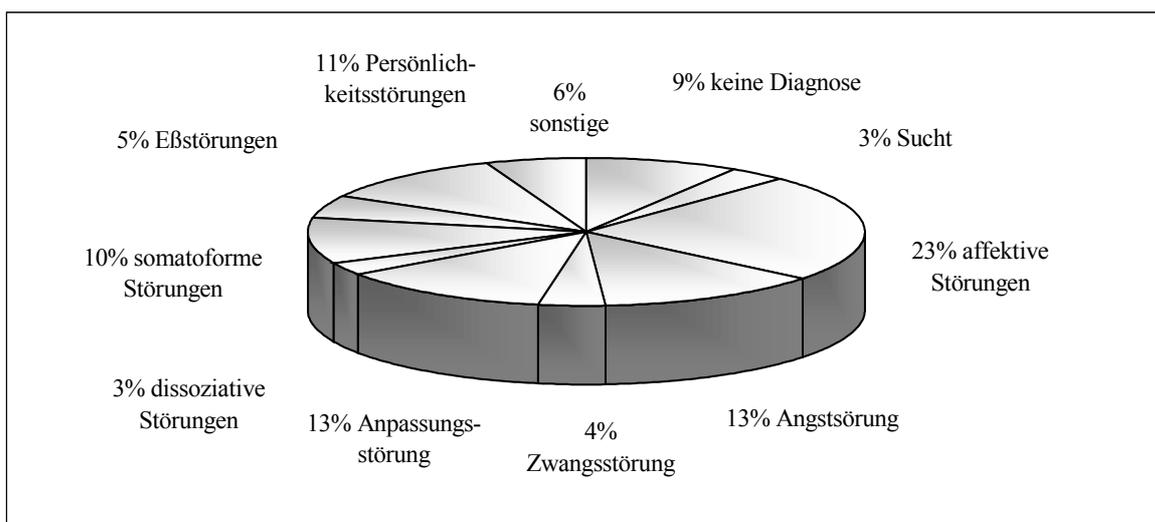
61,4 % der Patienten sind erwerbstätig, von diesen sind Beamte und Angestellte häufiger (77,5 %), Arbeiter (22,5 %) seltener vertreten, als es ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht (Statistisches Bundesamt 1998). Hausfrauen bzw. -männer sind mit 8,3 % vertreten, 18,6 % sind Schüler und Auszubildende, 3,4 % sind arbeitslos.

Diagnosen

Die Diagnosen wurden nach ICD-10 (Dilling et al. 1991) klassifiziert. Siehe dazu auch Abb. 1.

Affektive Störungen stellen mit 23,6 % den höchsten Anteil. Angststörungen (13,1 %), Anpassungsstörungen (12,7 %), Persönlichkeitsstörungen (11,0 %) und somatoforme Störungen (10,1 %) werden ebenfalls recht häufig diagnostiziert. Seltener sind Eßstörungen (5,1 %), Zwangsstörungen (3,8 %), Sucht (3,4 %) und dissoziative Störungen (2,5 %). Sonstige Diagnosen wurden in 5,9 % der Fälle gestellt; bei 8,9 % wurde keine Diagnose gestellt.

Abb. 1: Diagnosespektrum in der psychotherapeutischen Ambulanz



Selektivität

Es ist von Interesse, ob sich diejenigen Patienten, von denen ein Selbsteinschätzungsbogen vorliegt, von denjenigen unterscheiden, die keinen Selbsteinschätzungsbogen abgaben. Rosenthal und Rosnow (1975) fanden bei der Betrachtung von soziodemographischen Daten freiwillig teilnehmender Probanden im Vergleich zu den Daten derer, die die Teilnahme verweigerten, zahlreiche Unterschiede. So weisen erstere eine höhere Schulbildung und einen höheren beruflichen Status auf. Bezüglich Alter und Geschlecht konnten sie feststellen, daß die Teilnehmer meist weiblich und jünger sind als diejenigen, die eine Teilnahme verweigern.

In der vorliegenden Studie wurden die von Rosenthal und Rosnow gefundenen Variablen auf ihren Einfluß bezüglich der Teilnahme - also der Abgabe von Selbsteinschätzungsbögen - geprüft. Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede bezüglich Geschlecht, Schulbildung und Beruf festgestellt werden. Möglicherweise stellt der Vorsatz der Patienten, sich in psychotherapeutische Behandlung begeben zu wollen, schon eine Art Vorselektion des Patientenkollektivs dar, welche die genannten soziodemographischen Unterschiede maskiert. Bei den medizinischen Daten fand sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Lediglich bezüglich des Alters wurde ein tendenzieller Unterschied gefunden. Patienten, die einen Selbsteinschätzungsbogen abgeben, sind im Durchschnitt jünger als die Gruppe derer, die keinen Bogen abgeben (34,5 % vs. 37,6 %; Chi²-Test; p = 0,08). Bei den medizinischen Daten fand sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied.

4.3 Instrumente

Patienten-Selbsteinschätzungsbogen

Mit dem 12seitigen Patienten-Selbsteinschätzungsbogen werden folgende Bereiche erfaßt (siehe dazu auch Anhang):

- Probleme und Ziele
- körperliche und seelische Beschwerden

- Ursachenvorstellung
- Behandlungserwartung
- bisherige Behandlungen
- soziodemographische Daten

Auf der ersten Seite des Patientenfragebogens (siehe Abb. 2) werden die Patienten gebeten, in eigenen Worten kurz den Anlaß ihres Kommens zu erläutern.

Im Anschluß daran werden sie aufgefordert, fünf Probleme/Beschwerden im Klartext zu nennen und sie jeweils auf einer vierstufigen Skala (1 = ein wenig, 4 = sehr stark) nach ihrer Stärke einzuschätzen. Mit den Therapiezielen soll gleichermaßen verfahren werden, wobei hier die Fragestellung lautet: Was möchten sie erreichen, Therapieziele? Wie wichtig ist ihnen dieses Ziel? Die Skala ist hier fünfstufig angelegt (0 = nicht so wichtig, 4 = muß vollständig erreicht werden).

Abb. 2: Patientenfragebogen

Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, Basisdokumentation Patient, Version 1/98					
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	strenge 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

Scl-90-R

Auf den nächsten beiden Seiten des Patientenbogens wird die Belastung durch körperliche und psychische Symptome mit Hilfe des SCL-90-R (Franke 1995) erhoben. Aus den insgesamt 90 Items, die fünfstufig (0 = überhaupt nicht, 4 = sehr stark) zu beurteilen sind, werden neun Skalen gebildet:

- Somatisierung (12 Items, Beispiel: Kopfschmerzen)
- Zwanghaftigkeit (10 Items, Beispiel: Immer wieder Auftauchen unangenehmer Gedanken, Worte oder Ideen, die einem nicht mehr aus dem Kopf gehen)
- Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items, Beispiel: Allzu kritische Einstellung gegenüber anderen)
- Depressivität (13 Items, Beispiel: Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken)
- Ängstlichkeit (10 Items, Beispiel: Plötzliches Erschrecken ohne Grund)
- Aggressivität/Feindseligkeit (6 Items, Beispiel: Das Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein)
- Phobische Angst (7 Items, Beispiel: Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße)
- Paranoides Denken (6 Items, Beispiel: Das Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann)
- Psychotizismus (10 Items, Beispiel: Hören von Stimmen, die sonst keiner hört)

Hinzu kommen noch sieben Zusatzitems (Beispiel: Schlechter Appetit) ohne faktorielle Zuordnung. Neben den genannten Skalen bestehen noch drei globale Kennwerte, welche Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items geben. So wird die grundsätzliche psychische Belastung mit Hilfe des GSI (global severity index) und die Intensität der Antworten mittels des PSDI (positive symptom distress index) gemessen. Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, gibt der PST (positive symptom totale).

Ursachenvorstellung

Die Ursachenvorstellungen werden mit der auf 22 Items erweiterten Version (Faller 2000) des bei Faller (1997) publizierten Instruments erfaßt. Die Items sind fünfstufig zu bewerten (0 = überhaupt nicht, 4 = sehr stark). Faktorenanalytisch lassen sich die Items fünf Dimensionen zuordnen:

1. Intrapyschische Ursachen (4 Items, Beispiele: Innere Konflikte, mit Problemen nicht fertig werden; Cronbachs alpha = .86)
2. Biographische Ursachen (3 Items, Beispiele: Lebensumstände in der Kindheit belastend, sexueller Mißbrauch; Cronbachs alpha = .73)
3. Interpersonelle Ursachen (3 Items, Beispiele: Sorgen und Probleme in Partnerschaft oder Familie, Auseinandersetzung mit anderen Menschen; Cronbachs alpha = .70)
4. Soziale Ursachen (5 Items, Beispiele: Allgemeiner Streß des heutigen Lebens, Schwierigkeiten im Beruf/Studium; Cronbachs alpha = .71)
5. Somatische Ursachen (7 Items, Beispiele: Eine körperliche Erkrankung, Überempfindlichkeit oder Allergie; Cronbachs alpha = .70)

Behandlungserwartungen

Im Anschluß daran werden die Behandlungserwartungen (Behandlungsziele und Behandlungsmaßnahmen) erfragt.

Die Behandlungsziele werden mit dem von Faller (2000) entwickelten Fragebogen erhoben. Dieser umfaßt 24 Items, welche diejenigen inhaltlichen Kategorien möglichst vollständig abdecken, die eine qualitative Auswertung von schriftlichen Patientenangaben bei der Erstuntersuchung erbracht haben. Auf faktorenanalytischer Grundlage wurden 3 Skalen gebildet: Einsicht, Kontaktfähigkeit und Selbstbehauptung.

Die Behandlungserwartung bezüglich konkreter Therapiemaßnahmen wurde mit einem 17 Items umfassenden Fragebogen untersucht, dessen Items auf dem in Faller (1998) vorgestellten Instrument beruhen. Das Antwortformat ist fünfstufig (0 = überhaupt nicht und 4 = sehr stark). Faktorenanalytisch wurden drei Skalen gebildet:

1. Gesprächsorientierte Intervention (4 Items, Beispiele: In Gesprächen meine Schwierigkeiten klären, Gespräche über innere Konflikte; Cronbachs alpha = .78);
2. Verhaltensorientierte Intervention (5 Items, Beispiele: Übung neuer Verhaltensweisen, neue Dinge ausprobieren; Cronbachs alpha = .80);
3. Somatisch-passive Intervention (7 Items, Beispiele: Medikamente, Ruhe und Schonung; Cronbachs alpha = .72).

Abschließend werden die soziodemographischen Daten erhoben. Dies erfolgt mit einer Version, die sich eng an die DKPM-Basisdokumentation (Broda et al. 1993) hält. Erfragt werden Alter, Geschlecht, Familienstand, derzeitige feste Partnerschaft, Anzahl der Kinder, Schulbildung, Berufsabschluß und jetziger Beruf.

Therapeuten-Fremdeinschätzungsbogen

Der 8seitige Therapeutenbogen erhebt Angaben in folgenden Bereichen (siehe dazu auch Anhang):

- Überweisung
- Symptomatik
- Diagnose
- bisherige Behandlungen
- Auslösesituation
- aktuelle Belastung und Ressourcen
- therapeutische Arbeitsbeziehung
- Gegenübertragung
- Prognose
- abschließende Vereinbarungen, wie Therapievorschlag und Art der weiterbehandelnden Institution

Auf der zweiten Seite wird die körperliche, psychische und soziale Symptomatik erhoben. Der Therapeut hat die Möglichkeit, die im spontanen Bericht des Patienten geäußerten körperlichen Symptome in einer 32 Items beinhaltenden Liste zu benennen.

Mit einer gekürzten Version (24 Items) des psychischen und sozialkommunikativen Befunds (PSKB; Rudolf 1981) wird die psychische und soziale Symptomatik erfaßt.

Die Beeinträchtigungsschwere durch psychogene Symptomatik wird mit dem Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) nach Schepank (1995) beurteilt. Er besteht aus den drei fünfstufigen Items, „körperliche Beeinträchtigung“, „psychische Beeinträchtigung“ und „sozialkommunikative Beeinträchtigung“.

Bezüglich der psychischen Problematik wird die Diagnose im Klartext festgehalten und nach ICD-10 bzw. ICD-9 verschlüsselt.

Außerdem wird die überwiegende Störungskomponente (neurotisch, Borderline, psychosomatisch, funktionell, Krankheitsverarbeitung) beurteilt und das Vorliegen bestimmter Strukturanteile der Persönlichkeit (schizoid, narzißtisch, depressiv, anankastisch, hysterisch) erfragt.

Desweiteren sollen die Ursachenvorstellungen des Patienten aus der Sicht des Therapeuten beschrieben werden. Hierfür sind Kategorien (organisch, intrapsychisch, interaktionell, sozial) vorgegeben. Daneben soll auf einer fünfstufigen Skala festgehalten werden, inwieweit sich der Therapeut und der Patient über ein Verständnis der Störungsentstehung einig wurden. Eine ausführlichere Erhebung der Ursachenvorstellung erfolgt durch die Selbsteinschätzung der Patienten.

Die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurde mit dem von Rudolf (1991) entwickelten Fragebogen „initiale therapeutische Arbeitsbeziehung“ (iTAB) beurteilt (Faller und Rudolf 1998). Er besteht aus zehn vierstufigen Items (Bsp.: Ich verstehe ganz gut, worum es bei dem Patienten geht. Mit den mir zur Verfügung stehenden Behandlungstechniken kann ich die Schilderung des Patienten gut bearbeiten. Ich habe oft Mühe, mich in die

Schilderung des Patienten einzufühlen. Der Patient reagiert ablehnend auf mich.). Diese laden auf einen Generalfaktor und werden zu einer nach der Itemzahl standardisierten Summenskala (Skalenbereich von 0 bis 3) verrechnet. Die interne Konsistenz beträgt 0.83 (Cronbachs Alpha).

Die Gegenübertragung wird mit Hilfe eines abgewandelten, auf der Grundlage von Mang (1990) entwickelten Fragebogens (Faller 1999) erhoben. Es werden 17 Emotionen vorgegeben, die auf einer verbal verankerten Skala von 1 = nicht bis 5 = sehr beurteilt werden sollen, anschließend erfolgt eine globale Einschätzung der Gegenübertragung. Es werden die Dimensionen Ärger (z.B. Ärger, Belästigungsgefühl, Abgrenzungsbedürfnis), Sympathie (Faszination, Bewunderung, Neugier), Hilfsbereitschaft (Helferhaltung, Aktivitätsbedürfnis, Hilfsbereitschaft, Besorgnis) und Hoffnungslosigkeit (Hoffnungslosigkeit, Trauer, Schuldgefühle, Ohnmachtsgefühle) gebildet.

Die letzte Seite des Therapeutenbogens beinhaltet abschließende Vereinbarungen wie Art des Therapievorschlags und Art der weiterbehandelnden Institution und wird nach dem letzten Kontakt mit dem Patienten ausgefüllt.

4.4 Weiterentwicklung des inhaltsanalytischen Kategoriensystems zur Codierung der Problem- und Zielangaben der Patienten

4.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Begriffsdefinition „Qualitative Inhaltsanalyse“

Seit die einseitige Ausrichtung in der empirischen Sozialwissenschaft mit standardisiertem Vorgehen und quantitativen Aussagen durchbrochen wurde (Mayring 1995) und mehr nicht standardisierte Erhebungsmethoden verwendet werden, galt es, eine eigenständige Methode zu entwickeln, die es erlaubt, auch komplexes sprachliches Material systematisch auszuwerten, ohne zu frei zu interpretieren und ohne wichtige Inhalte einer zu strengen Systematisierung zu opfern. Mit der qualitativen Inhaltsanalyse wurde in der qualitativen Forschung, die derzeit eine Renaissance erlebt, eine Methode entwickelt, die diesen Ansprüchen genügt. Sie beinhaltet ein systematisches überprüfbares Vorgehen, bei dem gleichzeitig der Komplexität der Bedeutungsfülle und der Interpretationsbedürftigkeit sprachlichen Materials Rechnung getragen wird. Nach Mayring (1995) hat die qualitative Inhaltsanalyse zum Ziel, fixierte Kommunikation zu analysieren, dabei systematisch, d.h. sowohl regelgeleitet als auch theoriegeleitet vorzugehen, mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. Die qualitative Inhaltsanalyse wird durch die Regelgeleitetheit für andere Forscher verständlich, nachvollziehbar und überprüfbar. Theoriegeleitet bedeutet, daß ein Text nicht nur wiedergegeben wird, sondern daß das vorliegende Material von theoretischen Vorüberlegungen interpretiert wird und die Ergebnisse mit denen anderer Untersucher verglichen werden können (Mayring 1995).

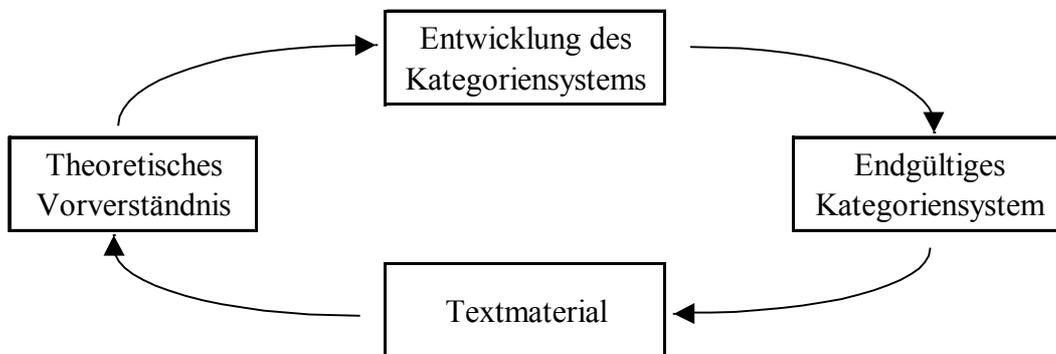
So erfüllt die qualitative Inhaltsanalyse wissenschaftliche Standardanforderungen wie Validität, Reliabilität und Objektivität und erweitert somit die methodischen Zugänge zum Gegenstand, ohne die Stringenz der empirischen Forschung aufzugeben (Faller et al. 1998).

Übersicht über das Vorgehen

Bei der Inhaltsanalyse steht die Anwendung eines Kategoriensystems auf das zu untersuchende Material im Vordergrund. Dieses zu erstellen ist ein qualitativer Prozeß, der die Basis für das weitere Vorgehen darstellt. Ist das Kategoriensystem am Material getestet und eventuell verbessert, kann eine statistische Auswertung erfolgen. Bei diesem quantitativen Prozeß sollte jedoch immer die qualitative Grundlage berücksichtigt werden. Der Forscher muß sich darüber im klaren sein wie die Kategorien zustande kamen und warum bestimmte Aussagen dort codiert werden, wenn es um die Aussagekraft der Studie geht. Aus diesem Grund ist es auch so wichtig, daß die Analyse nachvollziehbar und überprüfbar bleibt.

Das hier verwendete Kategoriensystem wurde gemäß den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse in einer Vorläuferstudie entwickelt, die im nächsten Absatz erläutert wird. Mit Hilfe des Kategoriensystems wurden in der vorliegenden Studie vierzig Texte aus dem zu untersuchenden Material von zwei unabhängigen Ratern codiert, die Interraterübereinstimmung berechnet und das Kategoriensystem entsprechend modifiziert. Dieser Prozeß wurde zweimal wiederholt, dann konnten zufriedenstellende Interraterübereinstimmungen erreicht und das Kategoriensystem in die endgültige Fassung gebracht werden. Der von Faller und Goßler (1998) beschriebene Kreisprozeß (siehe Abb. 3) der qualitativen Inhaltsanalyse wird also mit neuem Material und einem Rater, der nicht an der Entwicklung des Kategoriensystems beteiligt war, durchlaufen. Die jeweils erreichten Ergebnisse können dann miteinander verglichen werden. Zusätzlich ist das codierte Material nun statistischen Auswertungen zugänglich.

Abb. 3: Kreisprozeß der qualitativen Inhaltsanalyse (nach Faller und Goßler 1998)



4.4.2 Die Vorläuferstudie

Zum besseren Verständnis soll im folgenden die direkte Vorläuferstudie von Faller und Goßler (1998), auf deren Replikation die hier vorgelegte Arbeit abzielt, kurz dargestellt werden.

Die genannte Studie führte eine qualitative Inhaltsanalyse anhand von 198 Patientenangaben von Psychotherapiepatienten bezüglich ihrer Problem- und Zielvorstellungen durch. Es wurde ein Kategoriensystem entwickelt, welches es ermöglichen sollte, Aussagen über die Probleme und Ziele aus der Sicht von Psychotherapiepatienten zu treffen und diese einer weiteren Auswertung zugänglich zu machen.

Den Klartextangaben der Patienten lagen drei offene Fragen zugrunde:

1. Was führt Sie zu uns?
2. Was möchten Sie verändern?
3. Was möchten Sie erreichen?

Anhand einer ersten Teilstichprobe wurde nun versucht, Kategorien zu bilden, durch die möglichst alle Patientenangaben repräsentiert wurden.

Die Kategorien wurden im wesentlichen durch logische Operationen wie Zusammenfassen, Bildung von Oberbegriffen, Zuordnen nach Ähnlichkeit und Abstraktion entwickelt. Die Einteilung der Textteile erfolgte nicht nach den Angaben zur jeweiligen Frage, da die Patienten sich oft nicht an die durch die Frage implizierte Einteilung (Frage 2 = Probleme, Frage 3 = Ziele) gehalten hatten. Vielmehr wurde durch eine übergeordnete Regel festgelegt, welche Art von Angabe als Problem und welche Angaben als Ziel zu codieren sind.

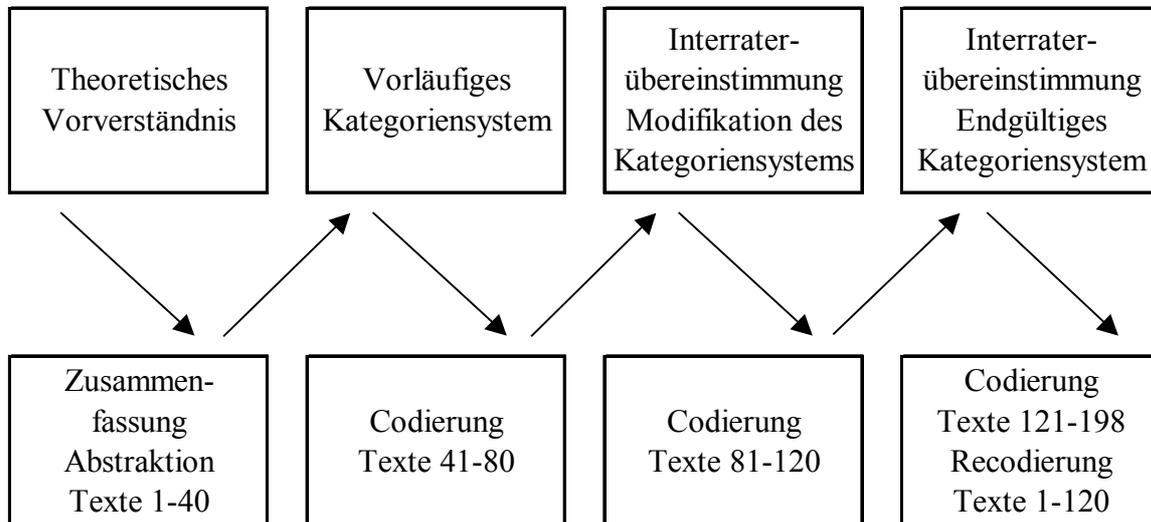
Als Texteinheit wurde in den oft langen Patientenangaben jeder neue Inhalt gewertet. Diese wurde dann jeweils nur einer Kategorie zugeordnet.

Durch das beschriebene Vorgehen wurde von zwei unabhängigen Beurteilern eine vorläufige Itemliste erstellt, auf deren Basis und nach gemeinsamer Erörterung ein vorläufiges Kategoriensystem entwickelt werden konnte.

Im nächsten Schritt wurden die Kategorien definiert und durch prägnante Ankerbeispiele erläutert.

Um die Stichhaltigkeit der Einteilung und die Anwendbarkeit auf neues Material zu prüfen, wurden weitere Texte codiert und die Interraterübereinstimmung zwischen den beiden unabhängigen Ratern berechnet. Ziel war es, eine möglichst gute Übereinstimmung zu erhalten. Durch Modifikation des Categoriesystems wurde versucht, schlechteren Werten in der Übereinstimmung Rechnung zu tragen. Dieser Prozeß wurde bis zur Erreichung zufriedenstellender Gütekriterien durchlaufen (siehe Abb. 4). Auf der Grundlage der endgültigen Version des Kategoriensystems wurde ein Manual als Codierleitfaden zusammengestellt. Dieses enthält Definitionen, Codierregeln und Ankerbeispiele und ermöglicht damit auch anderen Personen, die nicht an der Erstellung des Leitfadens beteiligt waren, dessen Nutzung.

Abb. 4: Auflösung des Kreisprozesses in aufeinanderfolgende Schritte der Überprüfung und Modifikation des Kategoriensystems (nach Faller u. Goßler 1998)



4.4.3 Durchführung

Ausgangsmaterial

Ziel einer Inhaltsanalyse ist es, protokollierte Kommunikation zu analysieren.

Die Grundlage der hier vorliegenden Untersuchung sind Klartextangaben von $n = 147$ Psychotherapiepatienten bezüglich ihrer Probleme und Ziele. Die Datenerhebung erfolgte mittels zweier offener Fragen zu Beginn des Selbsteinschätzungsbogens:

1. Wir bitten Sie, Ihre Beschwerden/Probleme nach der Stärke einzuschätzen! Wie stark sind diese Beschwerden/Probleme?
2. Was möchten Sie erreichen (Therapieziele)? Wie wichtig ist Ihnen dieses Ziel?

Die Patienten konnten diese Fragen auf den mit 1. Problem bis 5. Problem bzw. 1. Ziel bis 5. Ziel beschrifteten Leerzeilen stichpunktartig in eigenen Worten beantworten und sollten

ihre Antworten dann auf einer Skala bewerten. Die quantitativen Einschätzungen wurden in der vorliegenden Studie nicht ausgewertet. (siehe auch Abb. 2)

Diese Form der Problem- und Zielerhebung bietet gegenüber dem Datenmaterial der Vorläuferstudie den Vorteil, daß die Antworten von den Ratern nicht bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu Problemen oder Zielen interpretiert werden müssen, weil die Patienten hier eindeutig zu einer klaren Abgrenzung der Probleme und Ziele aufgefordert werden.

Diese Klartextangaben der Patienten stellen das inhaltsanalytisch bearbeitete Material dar. Zur Verdeutlichung der Variationsbreite der Problem- und Zielangaben sind einige Antwortbeispiele in Tabelle 1 aufgeführt.

Tab. 1: Klartextangaben der Patienten (Beispiele)

1)

1. Problem: Essen-Brechen
2. Problem: Unzufriedenheit mit mir selbst (Gewicht, Konzentration aufs Lernen)

1. Ziel: normales Eßverhalten
2. Ziel: Selbstbewußtsein, mich selber mögen
3. Ziel: Konzentration, Ausdauer

2)

1. Problem: Tod meiner Schwester
2. Problem: Unfallfolgen
3. Problem: Täter-Opfer-Ausgleich

1. Ziel: Den Verlust meiner Schwester überwinden

3)

1. Problem: Angstzustände
2. Problem: Depressionen
3. Problem: autoaggressives Verhalten bzw. exzessiver Alkoholmißbrauch
4. Problem: Mißtrauen und schlechtes authentisches Verhalten
5. Problem: wenig Selbstwertgefühl als Frau

1. Ziel: mein Fehlverhalten seit dem Mißbrauch erkennen und ändern
2. Ziel: exzessives und autoaggressives Verhalten ausschließen
3. Ziel: größeres Selbstwertgefühl

4)

1. Problem: Schwindel
2. Problem: Angstzustände
3. Problem: Belastungsschwierigkeiten
4. Problem: Herzklopfen
5. Problem: Blutdruckanstieg

1. Ziel: Besserung des Allgemeinzustandes
2. Ziel: Stärken des Selbstbewußtseins
3. Ziel: Angstzustände bewältigen

5)

1. Problem: Selbstwertgefühl
 2. Problem: Beziehung
 3. Problem: Selbstzweifel
-
1. Ziel: Klarheit über die Beziehung
 2. Ziel: Selbstwertgefühl steigern

6)

1. Problem: Erschöpfungszustand
 2. Problem: Selbstzerstörung
 3. Problem: Überforderungssyndrom
-
1. Ziel: Selbstbewußt und Ausgeglichen sein

Festlegen der Texteinheiten

Die Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse erfordert neben dem Festlegen der Materialstichprobe auch eine Bestimmung der Textelemente, die untersucht werden sollen. So wurde festgelegt, daß pro Problemzeile bzw. Zielzeile jeweils nur ein Inhalt und zwar der Erstgenannte codiert wird, auch wenn der Patient hier mehrere Antworten angegeben hatte. Maximal wurden jedoch immer nur fünf genannte Probleme oder Ziele codiert.

Codierleitfaden

Qualitatives inhaltsanalytisches Arbeiten erfordert systematisches Vorgehen. Theoriegeleitetes Vorgehen soll dabei jedoch nicht ein Abgleiten in Sphären bedeuten, sondern eher als Anknüpfen an die Erfahrungen anderer mit dem zu untersuchenden Material verstanden werden (Mayring 1995).

Mit dem zur Verfügung stehenden Manual der Vorstudie konnte einerseits die Erfahrung der Untersucher genutzt als auch die Anforderung an die qualitative Inhaltsanalyse, nämlich überprüfbar und systematisch, d. h. regelgeleitet vorzugehen, erfüllt werden. Im folgenden soll der Codierleitfaden, mit dem die ersten vierzig Patientenangaben codiert wurden, beschrieben werden.

Für die Problemangaben stehen 10 Kategorien zur Verfügung. Bei den Zielangaben sind es 18 Kategorien (siehe Codiermanual im Anhang). Das Manual erläutert die einzelnen Kategorien in kurzen Worten und beinhaltet jeweils Ankerbeispiele, die dem Anwender die Zuordnung von Patientenaussagen in die entsprechende Kategorie erleichtern sollen. Im folgenden werden die einzelnen Kategorien mit prägnanten Beispielen vorgestellt.

Problemkategorien:

- P1 *körperliche Beschwerden*: „Dauerblutungen, Übergewicht“, „Kopfdruck“, „starke Herzschmerzen“, „Schlafstörungen“, „Schluckstörungen“, „Krebserkrankung“, „Konzentrationsstörung“;
- P2 *depressive Beschwerden*: „Traurigkeit, niedergedrückte Stimmung“, „äußerst niedergeschlagen“, „depressive Gedanken“, „depressiv und antriebsarm“;
- P3 *Angst*: „Angst vor der Zukunft“, „Angst vor Menschenansammlungen, mit dem Bus zu fahren, vor dem Alleinsein“, „Angst, die Kontrolle zu verlieren, zurückgewiesen zu werden“, „Flugangst“, „Angst vor dem Tod, vor einem Herzinfarkt, vor Krankheiten“, „Panikattacken“;
- P4 *Sucht/Eßstörung*: „zum Alkohol gegriffen“, „Bulimie“, „Freß- und Brechanfälle“;
- P5 *mangelndes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl*: „Selbstwertproblematik“, „kein Selbstwertgefühl“, „geringes Selbstvertrauen“, „Minderwertigkeitsgefühl“, „Selbstzweifel“;
- P6 *ungelöste Probleme*: „Probleme“, „innere Konflikte“;
- P7 *sontige selbstbezogene Probleme*: (Restkategorie)
- P8 *interpersonelle Probleme*: „Probleme mit meinem Mann“, „Einstellung zu meinem Partner“, „stark zurückgezogenes Verhalten“, „Eheprobleme“;

- P9 *berufliche Probleme*: „beruflicher Werdegang“, „Angst vor der Notwendigkeit, eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen“, „meine Studien- und Berufswünsche“, „ich verkrampfe im Studium“;
- P10 *Motivation durch Dritte*: „vom Hausarzt wurde ich an Sie verwiesen“, „auf Empfehlung meines Nervenarztes kam ich zu Ihnen“.

Zielkategorien:

- Z1 *unspezifisch Gesundheit erlangen*: „gesund zu sein“;
- Z2 *körperliche Beschwerden bessern*: „keine Schmerzen mehr“;
- Z3 *depressive Beschwerden bessern*: „nicht immer wieder in Tiefs zu gelangen“, „ich will diese Depressionsanfälle verlieren“;
- Z4 *Angst bewältigen*: „die Angst in den Griff zu bekommen, keine Angst vor dem Alleinsein zu haben, angstfrei leben“;
- Z5 *Sucht/Eßstörung überwinden*: „nicht mehr zum Alkohol greifen zu müssen“, „keine Freß- und Brechanfälle mehr zu haben“;
- Z6 *Probleme bewältigen*: „meine Probleme lösen zu können“;
- Z7 *Selbstvertrauen stärken*: „mehr Selbstwertgefühl bekommen, stark werden“, „ich möchte selbstbewußter und selbstsicherer werden“;
- Z8 *mit sich in Einklang kommen*: „in Übereinstimmung mit mir selber kommen“, „ich möchte mich akzeptieren lernen, so wie ich bin“;
- Z9 *sich selbst erkennen*: „mir darüber klar werden, wer ich selber bin“, „bewußt werden der eigenen Wünsche“, „mich besser verstehen lernen“;
- Z10 *Gefühle ausdrücken, zulassen*: „innere Barrieren abbauen, Gefühle ausdrücken“, „mehr aus mir herausgehen“, „Gefühle zulassen“;

- Z11 *Ruhe/Gelassenheit finden*: „Ruhe in mein Leben einziehen lassen“, „innerlich ruhiger und gelassener zu werden“, „friedliches, ruhiges Leben“;
- Z12 *Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen*: „Glück in meinem Leben einziehen lassen“, „mehr Lebensfreude“, „eher zufrieden sein“;
- Z13 *Freiheit, Selbstbestimmung erlangen*: „ein freier Mensch sein“, „mein tägliches Leben frei gestalten“, „Selbständigkeit“, „für mich selbst verantwortlich werden“;
- Z14 *sonstige Ziele*
- Z15 *Kontaktfähigkeit, Umgang mit anderen Menschen verbessern*: „nicht mehr so schüchtern und gehemmt sein“, „auf Menschen zugehen, Freunde gewinnen“, „kontaktfreudiger werden“;
- Z16 *familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern*: „Beziehungskrise verarbeiten“, „fähig werden, eine Partnerschaft einzugehen“, „ich würde gerne unabhängig von meinen Eltern sein“;
- Z17 *berufliche Ziele verwirklichen*: „damit ich im Alltag im Studium besser zurecht komme“, „ich möchte einen Beruf finden, in dem ich mich wohl und gebraucht fühle“;
- Z18 *Gefühle regulieren*: „meinen Haß und Wut überwinden“, „weniger launisch sein“, „ich möchte mit meiner Aggression gesund umgehen können“, „mit meinen Gefühlen besser umgehen zu können“.

Codieren der ersten vierzig Patientenangaben

Nachdem wir die Codierregeln festgelegt hatten, konnten wir als zwei unabhängig voneinander agierende Rater mit der Inhaltsanalyse der Texteinheiten beginnen. Es galt nun, die Klartextangaben der Patienten mit Hilfe des Codiermanuals in eine passende Kategorie einzuordnen und somit nur noch durch das entsprechende Item zu beschreiben. Dabei durften die Angaben nur jeweils einer Kategorie zugeordnet werden. Doppelte Codierungen wurden aus logischen Gründen nicht zugelassen, um Konfundierungen von Kategorien zu vermeiden.

Die ersten Texte wurden unter dem Verständnis codiert, eine Art Rater-Training darzustellen, in dem auch eventuell auftretende formale Schwierigkeiten erkannt und geklärt werden können. Aus praktischen Gründen wurde eine Teilstichprobe von vierzig Texten ausgewählt. Dieser Ausschnitt aus der Gesamtstichprobe sollte ausreichen, um inhaltlich einigermaßen repräsentativ zu sein, d.h. es sollten möglichst alle in der Gesamtstichprobe auftretenden Inhalte abgebildet werden. Auf der anderen Seite sollte die Stichprobe überschaubar sein, um bei der Diskussion der erreichten Interraterübereinstimmungen sinnvolle Änderungen im Codierleitfaden vornehmen zu können, ohne dabei wegen der Menge der Daten den Überblick zu verlieren.

Prüfung der Interraterübereinstimmung

Nachdem die ersten vierzig Texte codiert waren, wurden die für die Probleme und Ziele gewählten Kategorie-Items der beiden Rater verglichen (siehe Tab. 2). Es war dabei von Interesse, wie hoch das Übereinstimmungsmaß zwischen den beiden unabhängigen Ratern ausfiel. Es galt dadurch zu prüfen, inwieweit das Codiersystem der Vorstudie auf neues Material und durch neue Rater anzuwenden ist. Außerdem können bei weiteren Textcodierungen die Entwicklung dieser Übereinstimmungen im Verlauf beobachtet und Rückschlüsse auf die Weiterentwicklung des Categoriesystems gezogen werden. Da die Kategorien binär codiert wurden und zwei Rater beteiligt waren, ist Cohens Kappa das angemessene Übereinstimmungsmaß.

Die Interpretation der Kappa-Koeffizienten geschieht wie folgt:

- $\text{Kappa} \geq 0.8$: Sehr gut
- $\text{Kappa} \geq 0.7$: Gut
- $\text{Kappa} \geq 0.6$: Befriedigend

Tab. 2: Interraterübereinstimmung bei der Codierung der Texte 1-40

PROBLEM	KATEGORIE	Kappa	BEMERKUNG
P1	Körperliche Beschwerden	0.79	gut
P2	Depressive Beschwerden	0.95	sehr gut
P3	Angst	1.00	sehr gut
P4	Verhalten, Sucht, Eßstörung	0.84	sehr gut
P5	Mangelnder Selbstwert	0.93	sehr gut
P6	Innere Konflikte	0.04	unbefriedigend
P7	Sonstige selbstbezogene Probleme	0.78	gut
P8	Interpersonelle Probleme	0.94	sehr gut
P9	Berufliche Probleme	1.00	sehr gut
P10	Motivation durch Dritte	-	-

ZIEL	KATEGORIE	KAPPA	BEMERKUNG
Z1	Gesundheit erlangen	0.79	gut
Z2	Körperliche Beschwerden bessern	0.95	sehr gut
Z3	Depressive Beschwerden bessern	0.73	gut
Z4	Angst bewältigen	0.88	sehr gut
Z5	Sucht/Eßstörung überwinden	0.88	sehr gut
Z6	Probleme bewältigen	0.47	unbefriedigend
Z7	Selbstvertrauen stärken	0.81	sehr gut
Z8	Mit sich in Einklang kommen	0.03	unbefriedigend
Z9	Sich selbst erkennen	-	-
Z10	Gefühle ausdrücken, zulassen	1.00	sehr gut
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	0.48	unbefriedigend
Z12	Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit	0.65	befriedigend
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung	0.48	unbefriedigend
Z14	Sonstige Ziele	0.44	unbefriedigend
Z15	Kontaktfähigkeit verbessern	0.92	sehr gut
Z16	Familie, Partnerbeziehung	0.47	unbefriedigend
Z17	Berufliche Ziele	1.00	sehr gut
Z18	Gefühle regulieren	0.38	unbefriedigend

- = diese Kategorie kam bei Codierung der Texte nicht vor.

Wie aus der Tabelle 2 zu ersehen ist, sind es vor allem die konkreten Kategorien wie P2-P5, P8, P9, sowie Z2, Z4, Z5, Z7, Z10, Z15 und Z17, die sehr gut abschneiden.

Bei den Kategorien P1, P7, Z1 und Z3 wurde ein gutes Ergebnis erzielt. Das Übereinstimmungsmaß der Kategorie Z12 fiel befriedigend aus. Angestrebtes Ziel war es, für möglichst alle Kategorien zumindest eine gute Übereinstimmung zu erreichen. Aus diesem Grund folgte der Feststellung der Kappa-Werte eine Diskussion, die Ursachen für schlechte Übereinstimmung aufklären und beheben sollte.

Problembhebung und Modifikation des Kategoriensystems

Wie weiter oben schon erwähnt, galt die Codierung der ersten vierzig Texte auch als Training für denjenigen Rater, der nicht an der Entwicklung des Kategoriensystems teilgenommen hatte, für den diese Art der Datenanalyse also noch neu war. Bei dieser Gelegenheit konnten Schwierigkeiten erkannt und behoben werden, ohne daß eventuell schlecht ausgefallene Kappa-Werte als alleiniger Ausdruck mangelnder Anwendbarkeit des Kategoriensystems gewertet wurde.

Um die Ursache für niedrige Kappa-Werte zu erkennen, ist es zunächst einmal wichtig, die voneinander abweichenden Codierungen genau zu analysieren. Es stellt sich die Frage, von welchen Überlegungen die beiden Codierer geleitet wurden, und warum Textstellen in verschiedenen Kategorien eingeordnet wurden. In einer Diskussion wurden die Streitfälle und anfänglich auch die Unsicherheiten besprochen.

Es zeigt sich nach der Codierung der ersten vierzig Texte, daß hauptsächlich formale Unklarheiten Schwierigkeiten bereitet hatten. So war z.B. nicht festgelegt worden, wie die Rater mit Angaben vorgehen sollen, die nicht dem Antwortschema entsprachen. Beispielsweise hielten sich Patienten nicht an das vorgegebenen Antwortschema, indem sie einen fortlaufenden Satz über die Zeilen hinweg mit mehreren Problem- bzw. Zielangaben schrieben, also die Einteilung nach 1. Problem bis 5. Problem außer acht ließen, dann aber doch einzelne Angaben quantitativ werteten. In diesen Fällen wurde festgeschrieben, die bewerteten Angaben als Inhalte zu codieren.

Eine weitere Regelung betraf die Zielangaben. So hatten einige Patienten die Ziele nicht eigens aufgeführt, sondern sich implizit auf die genannten Probleme und deren Beseitigung bezogen und nur die Wertigkeit der Ziele angegeben (z.B. formulierten sie unter 1. Problem bis 5. Problem konkrete Probleme, schrieben dann aber unter 1. Ziel bis 5. Ziel nur „siehe oben“). Es wurde festgelegt, diese Angaben jeweils als Zielinhalt zu verstehen, welcher auf die Beseitigung der vorher genannten Probleme abzielt.

Neben diesen formalen Schwierigkeiten gab es jedoch auch das oben erwähnte Problem, daß Codierregeln noch nicht gut genug beherrscht wurden oder bei der Wahl der Kategorie zu sehr interpretiert wurde, statt sich nahe am Text zu halten. In der Diskussion konnten diese Fehler jedoch aufgedeckt und berichtigt werden.

Für die konkrete Weiterentwicklung des Kategoriensystems waren diese eben genannten Schwierigkeiten jedoch von untergeordneter Bedeutung. Entscheidender hierfür sind die im folgenden beschriebenen Diskussionspunkte. Streitfälle bezüglich der Codierung von Angaben wurden in der Diskussion besprochen, und es wurde versucht, einen Konsens auszuarbeiten. Dabei wurde versucht, der einleuchtenderen Version den Vorzug zu geben. Geling hier eine Klärung nicht, mußte das Categoriesystem modifiziert werden. So wurden zum Beispiel neue Codierregeln aufgenommen, prägnante Ankerbeispiele hinzugefügt, Einzelkategorien enger oder weiter definiert oder neue Kategorien gebildet.

Im Folgenden sollen die nach der ersten Codierung vorgenommenen Veränderungen im Categoriesystem erläutert werden. Zunächst werden die Problemkategorien besprochen.

Veränderungen der Problemkategorien

Zu P1: körperliche Beschwerden

Ursprüngliche Fassung der Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf körperliche Beschwerden und Probleme beziehen, d. h. Symptome wie Schmerzen oder Durchfälle.

Die Interraterübereinstimmung war mit 0.79 im guten Bereich. Es gab jedoch Unklarheiten wie beispielsweise mit den Angaben „innere Unruhe“, „nervös“ und „Konzentration, Gedächtnis“ umgegangen werden sollte. So wurden diese Angaben teilweise in die Kategorie P1 (körperliche Beschwerden) oder in die Kategorie P2 (depressive Beschwerden) codiert. Da Patienten, die an Depressionen leiden, meist neben den körperlichen Erscheinungen noch weitere Symptome, welche krankheitsspezifischer sind, angeben, und die oben genannten Beispiele nicht immer als Symptom für eine Depression interpretiert werden dürfen, wurde entschieden, die körperlichen Symptome einer psychischen Krankheit mit unter die Kategorie P1 zu fassen.

Änderungen für die Codierung der Texte 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf körperliche Beschwerden und Probleme beziehen, d. h. Symptome wie Schmerzen oder Durchfälle, sowie körperliche Symptome psychischer Krankheit.

Ankerbeispiele: Es wurden die Beispiele „innere Unruhe“, „Konzentrationsfähigkeit“, „nervös“ mit aufgenommen.

Zu P2: depressive Beschwerden

Ursprüngliche Fassung der Definition und Codierregel aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Depressivität/Depression explizit erwähnen, sowie Probleme, die dem depressiven Beschwerdebild zuzuordnen sind, wie Antriebslosigkeit, negative Zukunftsperspektive oder innere Unruhe.

Codierregel: Hier codiert werden auch Störungen der Konzentrationsfähigkeit.

Der sehr gut ausgefallenen Kappa-Wert von 0.95 bestätigt die Stichhaltigkeit der erstellten Kategorie. Die Vereinbarungen, die bei Kategorie P1 (körperliche Beschwerden) vorgenommen wurden, wirken sich jedoch auf die Beschreibung der Kategorie P2 (depressive Beschwerden) aus.

Änderung für die Codierung der Texte 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Depressivität/Depression explizit erwähnen, sowie Probleme, die dem depressiven Beschwerdebild zuzuordnen sind, wie Antriebslosigkeit und negative Zukunftsperspektive.

Codierregel: Nicht hier codiert werden körperliche Symptome der depressiven Erkrankungen.

Ankerbeispiele: Die Ankerbeispiele „innere Unruhe“, sowie „kann mich nicht konzentrieren“ fallen weg. Beispiele wie „Leben als sinnlos ansehen“, „freudlos, interessenlos, gleichgültig“ werden neu aufgenommen.

Zu P3: Angst

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Angst als solche erwähnt oder sinngemäß beschrieben wird, sowie die nähere Erläuterung des Sachverhalts.

Die sehr gute Übereinstimmung (Kappa = 1) der Rater ließ keine Fragen und Änderungsvorschläge aufkommen.

Zu P4: Sucht/Eßstörung

Definition aus dem Codierleitfaden:

In diese Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Probleme durch Suchtverhalten erwähnt werden, wie Medikamentenmißbrauch sowie Eßstörungen aller Art.

Codierregel: Nicht hier codiert werden Körpersymptome wie Erbrechen, wenn nicht absichtlich herbeigeführt, sowie Zwangsstörungen.

Der Kappa-Wert betrug 0.84. In der Diskussion stellte sich trotzdem heraus, daß die Codierregel nicht genug beachtet worden war und daß Angaben wie „Erbrechen nach den Mahlzeiten“ unter der Kategorie P1 zu codieren sind und nicht unter P4 fallen.

Eine zu erwartende bessere Übereinstimmung der Rater bei der Codierung weiterer Texte beruht also eher auf einem Trainingseffekt als auf einer Veränderung der Kategorie.

Im Weiteren wurde festgelegt, daß die Angabe „Alkohol“ unter den Problemen als Suchtproblem zu verstehen ist und in die Ankerbeispiele mit aufgenommen werden soll.

Änderungen für die Codierung der Texte 41-80:

Ankerbeispiele: Die Angabe „Alkohol“ wurde hinzugefügt.

Zu P5: Mangelndes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die direkt mit Problemen in bezug auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen des Patienten in Verbindung stehen, wie Minderwertigkeitsgefühl oder Selbstzweifel.

Codierregel: Nicht hier codiert werden allgemein gehaltene Angaben wie Unsicherheit, wenn nicht näher bezeichnet, worauf sie sich beziehen.

Auch hier lag eine sehr gute Übereinstimmung ($Kappa = 0.93$) der beiden Rater vor. Es wurde lediglich ein Ankerbeispiel hinzugefügt, um die Kategorie präziser zu beschreiben.

Änderung für die Codierung der Texte 41-80:

Ankerbeispiele: Die Angabe „Ich traue mich nicht, das, was ich mir vorher ausgedacht habe, zu sagen“ wurde als Beispiel mit aufgenommen.

Zu P6: ungelöste Probleme/Konflikte:

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich entweder ganz allgemein auf bestehende Probleme beziehen sowie auf das Gefühl, mit dem Alltag bzw. Streß nicht mehr zurechtzukommen, oder auf unverarbeitete Erlebnisse in der Vergangenheit, unter denen der Patient noch immer leidet.

Codierregel: Hier werden auch Äußerungen codiert, in denen ein innerer Konflikt benannt oder unmißverständlich umschrieben wird, wie das Gefühl, hin und her gerissen zu sein, auch wenn beide Seiten eines Konflikts beschrieben werden.

Die Rater erreichten in dieser Kategorie eine schlechte Übereinstimmung von 0.04. Die Trennung zu Kategorie P7 (sonstige, selbstbezogenen Probleme) schien noch nicht sicher verstanden worden zu sein.

Es wurde beschlossen, neue Ankerbeispiele anzuführen, welche den inneren Konflikt in anderer Form beschreiben.

Änderungen für die Codierung der Texte 41-80:

Ankerbeispiele: „fehlende Entschlußkraft“, „Beschäftigung nur mit den eigenen Problemen“.

Zu P7: sonstige selbstbezogenen Probleme

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Probleme in bezug auf das Selbsterleben betreffen, welche sich nicht in andere Kategorien einordnen lassen.

Wider ursprüngliche Erwartungen gab es eine gute Übereinstimmung von 0.78 zwischen den Ratern. Dadurch, daß die meisten anderen Kategorien relativ hohe Übereinstimmungswerte hatten, schien sich in der Sammelkategorie weniger Strittiges zu befinden. Aufgrund der Komplexität der Kategorie wurden auch keine Änderungen vorgenommen.

Zu P8: interpersonelle Probleme

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf Probleme mit anderen Menschen, d. h. mit Familie, Freunden oder Fremden beziehen, sowie deren Umschreibung.

Die Interraterübereinstimmung erreichte sehr gute Werte (Kappa = 0.94). Eine Veränderung im Kategoriensystem wurde aus diesem Grund nicht vorgenommen.

Zu P9: berufliche Probleme

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen ein Problem geschildert wird, das mit der beruflichen Situation des Patienten zusammenhängt oder mit verwandten Bereichen wie Studium oder Pensionierung.

Auch diese Kategorie erreicht ein hohes Übereinstimmungsmaß von 1. Somit gab es keine strittigen Punkte zu diskutieren.

Zu P10: Motivation durch Dritte

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen als Anlaß für die Vorstellung eine Empfehlung oder Ähnliches von Dritten genannt wird.

Diese Kategorie kam in den bearbeiteten Texten nicht vor. Wir erklärten uns dies mit der veränderten Instruktion auf dem Patientenbogen. In der Vorläuferstudie wurde nach dem Anlaß des Kommens gefragt; diese Fragestellung wurde in der vorliegenden Studie nicht mehr verwendet, was die fehlenden Angaben erklärt. Es wurde beschlossen, den weiteren Verlauf abzuwarten und danach eine Entscheidung bezüglich Löschens dieser Kategorie zu treffen.

*Veränderungen der Zielkategorien**Zu Z1: unspezifisch Gesundheit erlangen*

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der allgemein formulierte Wunsch zu Ausdruck kommt, gesund zu werden beziehungsweise zu sein.

Der gute Kappa-Wert von 0.79 spiegelt die Übereinstimmung der Rater wieder. Es waren keine Änderungen nötig.

Zu Z2: körperliche Beschwerden bessern, beheben

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den konkreten Wunsch nach Besserung bzw. Behebung von körperlichen Beschwerden und Erkrankungen angibt, sowie der Wunsch, Medikamente reduzieren oder ganz darauf verzichten zu können.

Es wurde eine sehr gute Übereinstimmung von 0.95 bei den Ratern erreicht. Analog zu den Änderungen der Problemkategorien P1 (körperliche Beschwerden) und P2 (depressive Beschwerden) wurde aus logischen Gründen auch hier die Definition durch körperliche Symptome psychischer Krankheit erweitert.

Änderung für die Codierung der Texte 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch nach Besserung bzw. Behebung von körperlichen Beschwerden jeglicher Ursache und Erkrankungen angibt, sowie der Wunsch, Medikamente reduzieren oder ganz darauf verzichten zu können.

Zu Z3: depressive Beschwerden bessern, beheben

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch nach Besserung oder Beseitigung depressiver Beschwerden angibt, sowie positive Ziele in dieser Richtung wie die Rückgewinnung von Kraft, Energie oder Antrieb.

Codierregel: Hier codiert wird auch der Wunsch nach besserer Konzentrationsfähigkeit.

Es wurde eine gute Übereinstimmung der Rater erreicht ($\text{Kappa} = 0.73$). Analog zu den Veränderungen in der Kategorie Z2 (körperliche Beschwerden bessern, beheben) wurde die Codierregel bezüglich der Konzentration verändert.

Änderung für die Codierung der Texte 41-80:

Die Codierregel wird ganz gestrichen.

Ankerbeispiele: Die Beispiele „Konzentrationsstörungen ganz oder teilweise wegbringen“ und „Bessere Konzentration haben“ bzw. „steigende Konzentration“ werden herausgenommen.

Zu Z4: Angst bewältigen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Umgang mit bzw. die Bewältigung von Angst als Ziel angegeben wird.

Die klar formulierte Kategorie bereitete wenig Anlaß zu Diskussion, was sich auch im guten Übereinstimmungsmaß niederschlägt ($\text{Kappa} = 0.77$)

Lediglich formale Probleme wurden berichtigt. Es wurden auch solche Angaben unter Angst codiert, die unter dem Oberbegriff als Aufzählung standen.

Zu Z5: Sucht/Eßstörung überwinden

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach Überwindung einer Sucht oder Eßstörung ausgedrückt wird.

Der Kappa-Wert lag mit 0.88 im sehr guten Bereich. Es konnte jedoch in der Diskussion festgestellt werden, daß es ähnliche Probleme bei der Abgrenzung zwischen körperlicher und Sucht-Thematik gab wie bei den Problemkategorien. So wurde nochmals darauf hingewiesen, die Grenzen zwischen Sucht und anderen Bereichen gut zu diskriminieren.

Zu Z6: Probleme bewältigen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch äußert, unspezifisch Probleme zu bewältigen, sowie das Ziel, mit Problemen, dem Leben oder Schwierigkeiten besser fertig zu werden und zukünftig Konflikte zu lösen.

Die Kategorie hatte mit 0.47 einen nicht zufriedenstellenden Wert in der Übereinstimmung. Die Ursache konnte noch nicht genau bestimmt werden. Es zeigte sich in gewissem Maße eine schlechte Abgrenzbarkeit zu der Kategorie Z14 (sonstige Ziele), die jedoch noch nicht genauer eruiert werden konnte. Zur besseren Beschreibung wurde ein Ankerbeispiel hinzugefügt. Außerdem trat die Frage auf, ob das Ziel, sich von Zwängen zu befreien, hier oder besser unter einer anderen Kategorie codiert werden sollte; da es jedoch noch an ausreichenden Beispielen diesbezüglich mangelte, wurde die Entscheidung verschoben.

Änderungen für die Codierung der Texte 41-80:

Ankerbeispiele: Das Beispiel „mit meiner Lebenssituation fertig werden“ wurde ergänzend hinzugefügt.

Zu Z7: Selbstvertrauen stärken

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Ziel des Patienten, ein größeres Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl zu entwickeln, zum Ausdruck kommt.

Die Rater erreichten nach den ersten vierzig Texten ein sehr gutes Übereinstimmungsmaß (Kappa = 0.81). Unsicherheiten bestanden wohl in der Interpretation von Aussagen, die nicht explizit das Wort Selbstbewußtsein beinhalteten; die Codierung solcher Angaben wurde im weiteren dadurch erleichtert, daß die Formulierung in der Definition „Äußerungen, in denen das Ziel ... zum Ausdruck“ kommt, betont wurde.

Zu Z8: mit sich in Einklang kommen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mit sich selbst in Einklang zu kommen, zu sich selbst zu stehen und sich zu akzeptieren, d. h. innere Spannungen abzubauen.

Das Übereinstimmungsmaß war sehr schlecht und erreichte nur einen Wert von 0.03.

Diese Ergebnis zeigt, wie schwer diese Kategorie zu fassen ist. Das Hauptproblem bei der Zuordnung liegt darin, daß die einzelnen Patienten ihr Streben nach Einklang mit sich selbst sehr unterschiedlich formulieren beziehungsweise die Kategorie selber auf hohem Abstraktionsniveau liegt. Damit müssen die Aussagen der Patienten interpretiert werden. Fehlt einem Rater hierin die Übung, geschieht es leicht, daß Inhalte zu sehr interpretiert werden und so eine schlechtes Übereinstimmungsmaß der Rater resultiert. Nach eingehender Diskussion der Kategorie wurde versucht, einen Mittelweg zwischen Nähe zum Text und Interpretation zu finden; dieser konnte aus verständlichen Gründen jedoch nicht so ge-

faßt werden, daß man ihn in die Definition mit aufnehmen konnte. Vielmehr wurde die Diskussion als Bestandteil des Interratertrainings verstanden.

Zu Z9: sich selbst erkennen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen als Ziel Selbstkenntnis oder Selbsterkenntnis angegeben wird, wie der Wunsch, sich besser verstehen zu lernen oder sich der eigenen Ziele bewußt zu werden.

Diese Kategorie wurde bei den ersten vierzig Texten von beiden Ratern nicht verwendet.

Zu Z10: Gefühle ausdrücken, zulassen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf einen freieren Ausdruck von und Umgang mit den eigenen Gefühlen beziehen.

Die hohe Übereinstimmung der Rater ($Kappa = 1$) ließ keine Diskussion entstehen.

Zu Z11: Ruhe/Gelassenheit finden

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach mehr Ruhe und Gelassenheit, nach innerem Frieden und nervlicher Stabilität ausgedrückt wird.

Der Kappa-Wert betrug nur 0.41 und ist somit als nicht zufrieden stellend einzustufen. In der Diskussion ergab sich, daß bei der Codierung die Definition zu wenig verstanden worden war. So wurde die Tatsache, daß eher der Gefühlszustand als die tatsächliche Ruhe gemeint war und dies zudem großzügiger interpretiert werden durfte, geklärt. Außerdem wurden zu weit gefaßte Interpretationen von Aussagen, die dadurch in die Kategorie Z2 (körperliche Beschwerden bessern) fielen, aufgeklärt und korrigiert.

Änderungen für die Codierung der Texte 41-80:

Definition: In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach mehr Ruhe und Gelassenheit als Gefühlszustand, nach innerem Frieden und nervlicher Stabilität ausgedrückt wird.

Zu Z12: Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mehr Lebensfreude zu entwickeln, genießen zu können, Glück und Zufriedenheit sowie eine positive Einstellung zu erlangen oder allgemein positiv zu denken.

Die Interraterübereinstimmung betrug 0.65. Sie ist also als befriedigend einzustufen. Bei der Diskussion fiel auf, daß die Abgrenzung zu Kategorie Z3 (depressive Beschwerden bessern) sehr schwer gefallen war. Es wurde verdeutlicht, daß Angaben, die unter Z12 codiert werden sollen, im allgemeinen positiv formuliert sein sollten. Negativ formulierte Äußerungen sollten also nicht uminterpretiert werden und als Streben nach den genannten Zielen gesehen werden.

Änderung für die Codierung der Texte 41-80:

In dieser Kategorie werden diejenigen positiv formulierten Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mehr Lebensfreude zu entwickeln, genießen zu können, Glück und Zufriedenheit sowie eine positive Einstellung zu erlangen oder allgemein positiv zu denken.

Ankerbeispiele: „aktiv am Leben teilnehmen“.

Zu Z13: Freiheit, Selbstbestimmung erlangen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich mit dem Wunsch nach mehr Freiheit und Selbstbestimmung befassen, wie größerer Eigenverantwortung und Unabhängigkeit vom Einfluß anderer Menschen.

Die nicht zufrieden stellende Übereinstimmung der Rater von 0.48 ließ sich in der Diskussion nicht auf bestimmte Interpretationsschwierigkeiten der Kategorie zurückführen. Es lagen an sich wenig Codierungen in diese Kategorie vor. (Rater eins: 4 Nennungen, Rater zwei: 1 Nennung; eine Übereinstimmung). Als Grund für die schlechte Übereinstimmung ist eventuell eine geringe Präsenz der Kategorie beim Rater zwei zu nennen, der dann auf andere Kategorien auswich. Es wurden keine Änderungen im Codierleitfaden vorgenommen.

Zu Z14: sonstige Ziele

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen wichtige Ziele des Patienten zum Ausdruck kommen, die sich nicht einer anderen Kategorie zuordnen lassen.

Bei der Diskussion der Übereinstimmungsmaße ($\kappa = 0.44$) zeigte sich, daß die Rater teilweise genau gegensätzlich gehandelt hatten. So fand der erste Rater eine näher bezeichnende Kategorie für dieselbe Aussage, für die der zweite Rater nur sonstige Ziele angeben konnte, und umgekehrt. Häufiger war es jedoch, daß der unerfahrenere Rater die Kategorie auf Aussagen anwendete, bei denen vom erfahreneren Rater noch eindeutiger Kategorien gefunden wurden. Es wurde vereinbart, diese Sammelkategorie für extrem unklare Aussagen zu nutzen und sonst möglichst eine beschreibendere Kategorie zu wählen, da bei der Sammelkategorie Z14 zum einen keine besondere Aussagekraft und zum anderen keine Besserung der Werte und somit keine Verwendbarkeit für weitere Auswertung erwartet wurde.

Zu Z15: Kontaktfähigkeit, Umgang mit anderen Menschen verbessern

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Ziel zum Ausdruck kommt, bessere Kontakte knüpfen und mit Menschen umgehen zu können. Dazu gehört auch der Wunsch, die eigene Isolation und Einsamkeit zu durchbrechen.

Die sehr gute Übereinstimmung von 0.92 ließ kaum Diskussion aufkommen. Es wurde jedoch festgestellt, daß es Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zur Kategorie Z16 (familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern) gab. Es wurde vereinbart, Angaben zu konkreten Personen aus dem Umfeld der Familie oder Partnerschaft nicht in dieser Kategorie zu co-

dieren. Eine Änderung der Definition wurde nicht vorgenommen, da diese Einteilung eigentlich schon implizit aus den bestehenden Erklärungen hervorging.

Zu Z16: familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich mit dem Wunsch nach Verbesserung einer bestehenden Beziehung oder nach der Fähigkeit, eine solche eingehen zu können, auseinandersetzen. Auch Probleme mit Verwandten, z.B. Eltern, Schwiegermütter etc., die gelöst werden sollen, sowie der Wunsch nach eigener Familie und Kindern, werden hier codiert.

Erstaunlicherweise gab es bei dieser eigentlich sehr klar formulierten Kategorie eine niedrige Interraterübereinstimmung von 0.47. Die Verquickung mit Kategorie Z15 (Kontaktfähigkeit, Umgang mit anderen Menschen verbessern) machte sich hier aufgrund der geringen Nennung stärker bemerkbar. In der Diskussion wurde nochmals auf den engen Bezug der Kategorie zu familiären und partnerschaftlichen Beziehungen hingewiesen.

Zu Z17: berufliche Ziele verwirklichen

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Ziele genannt werden, die mit beruflichen Dingen in Zusammenhang stehen, auch mit Ausbildung, Studium, Pensionierung etc.

Die sehr gute Übereinstimmung (Kappa = 1) machte keine Diskussion erforderlich.

Zu Z18: Gefühle regulieren

Definition aus dem Codierleitfaden:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen es um die Regulation und Modifikation von Gefühlen und der Art und Weise, diese auszudrücken, geht, wie den Abbau bestehender Aggressionen.

Diese Kategorie schien mit dem Übereinstimmungsmaß von 0.38 nach Probleme zu bereiten. Es schien schwer, diese Kategorie zu Kategorie Z11 (Ruhe/Gelassenheit finden) abzugrenzen. So wurde zum Beispiel die Äußerung „ich möchte ausgeglichener werden“ von einem Rater nicht als innerer Zustand interpretiert und fälschlich unter Z18 codiert. Gemäß den Änderungen, die bei Kategorie Z11 vorgenommen wurden (dort wurde der Gefühlszustand hervorgehoben und nicht dessen äußeren Folgen), wurde hier nun mehr die Kontrolle der Gefühle nach außen hin betont.

Als Grund für die niedrige Übereinstimmung war jedoch auch eine zu starke Interpretation zu nennen. So wurden beispielsweise Äußerungen bezüglich der Launen als freiheits- und selbstbestimmungslimitierender Faktor betrachtet und zu Kategorie Z13 (Freiheit/ Selbstbestimmung erlangen) codiert. Dieses Problem des unerfahrenen Raters sollte jedoch durch die Diskussion behoben worden sein.

Änderung für die Codierung der Texte 41-80:

Codierregel: Wünsche, die sich auf den inneren Frieden als Gefühlszustand beziehen, werden hier nicht codiert.

Erneute Überprüfung der Interraterübereinstimmung nach Codierung der Texte 41-80

Nachdem die ersten vierzig Texte bearbeitet und diskutiert waren, konnte man davon ausgehen, daß derjenige Rater, der zum ersten Mal mit dem Codierleitfaden arbeitete, die for-

malen Regeln verinnerlicht hatte und auf einem ähnlichen Wissensstand wie die Rater der Vorstudie war.

Das erste Ratertraining war abgeschlossen und der Codierleitfaden anhand der ersten Überlegungen zur Kappa-Berechnung der ersten vierzig Texte modifiziert. Mit diesen neuen Voraussetzungen wurden nun die nächsten vierzig Texte (41-80) codiert.

Nach Abschluß der Codierung der Texte 41-80 durch die zwei unabhängigen Rater wurde erneut die Interraterübereinstimmung geprüft (siehe dazu Tab. 3). Anschließend wurden diese mit den vorherigen Berechnungen verglichen, um den Effekt von Änderungen im Codiersystem beurteilen zu können.

Tab. 3: Interraterübereinstimmung bei der Codierung der Texte 41-80 im Vergleich zu den Texten 1-40.

PROBLEM	KATEGORIE	1-40	41-80	BEMERKUNG
P1	Körperliche Beschwerden	0.79	0,79	
P2	Depressive Beschwerden	0.95	0,60	Verschlechterung
P3	Angst	1,00	1,00	
P4	Verhalten, Sucht, Eßstörung	0.84	0.92	
P5	Mangelnder Selbstwert	0.93	0.94	
P6	Ungelöste Probleme/Konflikte	0.04	0.36	Verbesserung
P7	Sonstige selbstbezogene Probleme	0.78	0.71	
P8	Interpersonelle Probleme	0.94	0.79	Verschlechterung
P9	Berufliche Probleme	1,00	0.88	Verschlechterung
P10	Motivation durch Dritte	-	-	

ZIEL	KATEGORIE	1-40	41-80	BEMERKUNG
Z1	Gesundheit erlangen	0.79	0.79	
Z2	Körperliche Beschwerden bessern	0.95	0.70	Verschlechterung
Z3	Depressive Beschwerden bessern	0.73	0.79	
Z4	Angst bewältigen	0.88	0.92	
Z5	Sucht/Eßstörung überwinden	0.88	1,00	Verbesserung
Z6	Probleme bewältigen	0.47	0.45	
Z7	Selbstvertrauen stärken	0.81	0.94	Verbesserung
Z8	Mit sich in Einklang kommen	0.03	0.45	Verbesserung
Z9	Sich selbst erkennen	-	0.46	
Z10	Gefühle ausdrücken, zulassen	1,00	0.79	Verschlechterung
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	0.48	0.90	Verbesserung
Z12	Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit	0.65	0.90	Verbesserung
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung	0.48	0.67	Verbesserung
Z14	Sonstige Ziele	0.44	0.08	Verschlechterung
Z15	Kontaktfähigkeit verbessern	0.92	0.79	Verschlechterung
Z16	Familie, Partnerbeziehung	0.47	0.8	Verbesserung
Z17	Berufliche Ziele	1,00	0.66	Verschlechterung
Z18	Gefühle regulieren	0.38	0.79	Verbesserung

- = diese Kategorie kam bei der Codierung der Texte nicht vor.

Die Codierung der Texte 41-80 erbrachte, wie aus der Tabelle 3 zu ersehen ist, sehr gute Kappa-Werte bei den Kategorien P3-P5, P9 sowie bei Z4, Z5, Z7, Z11, Z12 und Z16. Gute Übereinstimmung wurde bei den Kategorien P1, P7, P8 sowie bei Z1, Z2, Z3, Z10, Z15 und Z18 erreicht. Die Kategorien P2, Z13 und Z17 erzielten befriedigende Werte.

Probleme schienen demnach hauptsächlich also noch solche Kategorien zu bereiten, die schwer zu fassen sind. Vor allem solche Zielkategorien, welche Wünsche der Patienten widerspiegeln sollen, die über die Beseitigung von Symptomen hinausgehen, und versuchen, erweiterte Ziele abzubilden (Z6, Z8, Z9, Z14), zeigen eine noch nicht ausreichende Übereinstimmung der beiden Rater.

Vergleicht man die Berechnungen der Kappa-Werte, der Texte 1-40 mit den Berechnungen für die Texte 41-80, fällt folgendes auf:

Die Interraterübereinstimmungen bei den Kategorien P1, P3-P5, P7 sowie bei den Items Z1, Z3, Z4 und Z6 sind nahezu gleich geblieben. Verbesserungen zeigen die Kategorien P6 sowie Z5, Z7, Z8, Z11-Z13, Z16 und Z18. Zu einer leichten Verschlechterung kam es bei den Items P8, P9 sowie Z15. Deutliche Verschlechterungen sind bei den Kategorien P2, Z2, Z10, Z14 und Z17 zu beobachten. Die Kategorie P10 trat erneut nicht auf. Die Zielkategorie Z9 hingegen wurde zum ersten Mal verwendet, erreichte aber nur ein Übereinstimmungsmaß von 0.46.

Die Überlegungen zu den oben aufgeführten Ergebnissen der Übereinstimmungsberechnung führten zu einer zweiten Überarbeitung des Kategoriensystems.

Erneute Modifizierung des Kategoriensystems

Die Berechnungen zur Übereinstimmung der Rater bei der Codierung der Texte 41-80 gaben Anlaß zu erneuter Diskussion über eine Optimierung der Kategorien des Leitfadens. Diese sollen im Folgenden beschrieben werden.

*Veränderung der Problemkategorien*Zu P1: körperliche Beschwerden

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf körperliche Beschwerden und Probleme beziehen, d.h. Symptome wie Schmerz oder Durchfälle, sowie körperliche Symptome psychischer Krankheit.

Ankerbeispiele: „innere Unruhe“, „Konzentrationsfähigkeit“, „nervös“.

Der Übereinstimmungswert von 0.79 liegt im guten Bereich und hat sich im Vergleich zu den Textcodierungen vorher nicht verändert. Die Kategorie wurde unverändert belassen.

Zu P2: depressive Beschwerden

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Depressivität/Depression explizit erwähnen, sowie Probleme, die dem depressiven Beschwerdebild zuzuordnen sind wie Antriebslosigkeit und negative Zukunftsperspektive.

Codierregel: Nicht hier codiert werden körperliche Symptome der depressiven Erkrankung.

Ankerbeispiele: „Leben als sinnlos ansehen“, „freudlos, interessenlos, Gleichgültigkeit“.

Es wurde eine befriedigende Übereinstimmung bei der Codierung erreicht (Kappa = 0.60). In der Diskussion fiel auf, daß die schlechtere Übereinstimmung der Rater hauptsächlich

darauf beruhte, daß die neue Codierregel nicht ausreichend beachtet wurde und Angaben zu großzügig als Bestandteile des depressiven Syndroms aus dem klinischen Verständnis heraus in diese Kategorie eingeordnet wurden. Diese beiden Gründe erklären wohl auch die starke Verschlechterung gegenüber den Kappa-Werten der vorher bearbeiteten Texte. Am Codierleitfaden selbst wurde nichts geändert.

Zu P3: Angst

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Angst als solche erwähnt oder sinngemäß beschrieben wird, sowie die nähere Erläuterung des Sachverhalts.

Es wurde wie schon bei der vorangegangenen Codierung eine sehr gute Übereinstimmung (Kappa = 1) erreicht, die kein Anlaß zur Diskussion darstellte.

Zu P4: Sucht/Eßstörung

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Probleme durch Suchtverhalten erwähnt werden wie Medikamentenmißbrauch sowie Eßstörungen aller Art.

Codierregel: Nicht hier codiert werden Körpersymptome wie Erbrechen, wenn nicht absichtlich herbeigeführt, sowie Zwangsstörungen.

Die Übereinstimmung war mit einem Wert von 0.92 sehr gut. Im Vergleich zur vorigen Codierung hat sich der Wert noch verbessert, was wohl auf den Trainingseffekt zurückzuführen ist.

Zu P5: mangelndes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die direkt mit Problemen in bezug auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen des Patienten in Verbindung stehen, wie Minderwertigkeitsgefühl oder Selbstzweifel.

Die Übereinstimmung lag mit 0.94 im sehr guten Bereich. Im Vergleich zu der Codierung der letzten Texte ergab sich kaum ein Unterschied, was die Reliabilität der Kategorie bestätigte.

Zu P6: ungelöste Probleme/Konflikte

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich entweder ganz allgemein auf bestehende Probleme beziehen sowie auf das Gefühl, mit dem Alltag bzw. Streß nicht mehr zurechtzukommen, oder auf unverarbeitete Erlebnisse in der Vergangenheit, unter denen der Patient noch immer leidet.

Codierregel: Hier werden auch Äußerungen codiert, in denen ein innerer Konflikt benannt oder unmißverständlich umschrieben wird wie das Gefühl, hin und her gerissen zu sein, auch wenn beide Seiten eines Konflikts beschrieben werden.

Die Raterübereinstimmung war mit einem Wert von 0.36 immer noch in einem schlechten Bereich, hatte sich jedoch im Vergleich zu vorher erheblich gebessert. Ursächlich hierfür ist wohl die Tatsache, daß die Codierregel besser beachtet wurde. Um die Übereinstimmung

nochmals zu verbessern, wurde beschlossen, die Codierregel sinngemäß auch in den Titel der Kategorie aufzunehmen. Außerdem wurden neue Ankerbeispiele hinzugefügt.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

P6: ungelöste Probleme, innere Konflikte

Ankerbeispiele: „Elternhaus, Vergangenheitsbewältigung“, „Entscheidungen treffen“

Zu P7: sonstige selbstbezogene Probleme

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Probleme in bezug auf das Selbsterleben betreffen, welche sich nicht in andere Kategorien einordnen lassen.

Die gute Übereinstimmung der Kategorie ($Kappa = 0.7$) konnte das vorangegangene Ergebnis bestätigen. Neue Angaben, die in die genannte Kategorie fallen, wurden unter den Ankerbeispielen neu aufgeführt. Auffallend war in der Diskussion, daß beiden Ratern auffiel, daß die Angabe von Zwängen und Autoaggressionen, welche nach ersten Vereinbarungen hier zu codieren waren, vom Kontext her schlecht in die Kategorie paßten beziehungsweise zu konkret für diese Kategorie waren. Es wurde eine abwartende Haltung vereinbart und beschlossen, bei insgesamt häufigem Vorkommen dieser Angaben eine neue Kategorie zu erstellen.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Ankerbeispiele: „sexuelle Orientierung“, „Identität“

Zu P8: interpersonelle Probleme

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf Probleme mit anderen Menschen, d.h. mit Familie, Freunden oder Fremden beziehen, sowie deren Umschreibung.

Die Rater erreichten eine gute Übereinstimmung von 0.79. Im Vergleich zu der vorangegangenen Codierungen der Texte 1-40 zeigt sich eine geringe Verschlechterung. Diese kann unter anderem auf das Erscheinen neuer Angaben bezüglich geschlechtlicher Identität zurückgeführt werden, die noch nicht übereinstimmend zugeordnet wurden.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Codierregel: Probleme bezüglich der sexuellen Identität werden nicht hier codiert.

Zu P9: berufliche Probleme

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen ein Problem geschildert wird, das mit der beruflichen Situation des Patienten zusammenhängt oder mit verwandten Bereichen wie Studium oder Pensionierung.

Die Übereinstimmung der Rater erreichte mit 0.88 sehr gute Werte und verschlechterte sich im Vergleich zu der vorangegangenen Kategorie nur leicht.

Zu P10: Motivation durch Dritte

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen als Anlaß für die Vorstellung eine Empfehlung oder ähnliches von dritten genannt wird.

Ein weiteres Mal kam diese Kategorie bei den codierten Angaben nicht vor.

Veränderung der ZielkategorienZu Z1: unspezifisch Gesundheit erlangen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der allgemein formulierte Wunsch zum Ausdruck kommt, gesund zu werden beziehungsweise zu sein.

Der unverändert gute Kappa-Wert von 0.79 ließ keine Diskussion aufkommen.

Zu Z2: körperliche Beschwerden bessern, beheben

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch nach Besserung bzw. Behebung von körperlichen Beschwerden jeglicher Ursache und Erkrankungen angibt, sowie der Wunsch, Medikamente reduzieren oder ganz darauf verzichten zu können.

Die Übereinstimmung der Rater war gut ($Kappa = 0.7$). Die Verschlechterung im Vergleich zu vorher konnte an keiner einzelnen Ursache festgemacht werden. Es wurden Ankerbeispiele zugefügt, welche die im vorigen Durchgang geänderte Codierregel näher beschreiben sollen.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Ankerbeispiele: Es wurden die Ankerbeispiele „Nervosität“, „Konzentration, Ausdauer“ und „körperliche Gesundheit/Wohlfühlen“ hinzugefügt.

Zu Z3: depressive Beschwerden bessern, beheben:

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch nach Besserung oder Beseitigung depressiver Beschwerden angibt, sowie positive Ziele in dieser Richtung wie die Rückgewinnung von Kraft, Energie oder Antrieb.

Das Übereinstimmungsmaß der Rater war mit 0.79 gut. Verglichen mit den vorangegangenen Ergebnissen zeigte sich eine unwesentliche Verbesserung.

Zu Z4: Angst bewältigen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Umgang mit bzw. die Bewältigung von Angst als Ziel angestrebt wird.

Die erreichte Übereinstimmung war sehr gut ($Kappa = 0.92$). Es gab keinen Grund, die Kategorie zu verändern.

Zu Z5: Sucht/Eßstörung überwinden

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach Überwindung einer Sucht oder Eßstörung ausgedrückt wird.

Die Interraterübereinstimmung war sehr gut ($Kappa = 1$). Es wurden keine Veränderungen im Codierleitfaden vorgenommen.

Zu Z6: Probleme bewältigen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch äußert, unspezifische Probleme zu bewältigen, sowie das Ziel, mit Problemen, dem Leben oder Schwierigkeiten besser fertig zu werden und zukünftig Konflikte zu lösen.

Die Rater erreichten nur eine Übereinstimmung von 0.45. In der Diskussion konnte festgestellt werden, daß die Abgrenzung zu Kategorie Z14 (sonstige Ziele) noch nicht gut geklärt worden war. Man einigte sich darauf, Angaben, die Zwänge nannten, unter die Kategorie Z14 zu codieren. Des weiteren wurden Angaben der Patienten, die sich mit der Bewältigung von Lebensereignissen beschäftigten, in die Kategorie mit aufgenommen. Dies bedeutet eine Veränderung des Titels, der Definition und der Ankerbeispiele.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Z6: Bewältigung von Problemen und Lebensereignissen

Definition: In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch äußert, Probleme zu bewältigen sowie das Ziel, mit Problemen der Vergangenheit, dem Leben oder Schwierigkeiten besser fertig zu werden und zukünftige Konflikte zu lösen.

Ankerbeispiele: „Verlust meiner Schwester überwinden zu können“, „meine Kindheitsprobleme bewältigen“, „mein Fehlverhalten nach dem Mißbrauch zu ändern“

Zu Z7: Selbstvertrauen stärken

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Ziel des Patienten, ein größeres Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl zu entwickeln, zum Ausdruck kommt.

Die Rater erreichten eine sehr gut Übereinstimmung ($Kappa = 0.94$). Die Diskussion über das Interpretationsspektrum hatte sich also im Vergleich positiv ausgewirkt.

Zu Z8: mit sich in Einklang kommen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mit sich selbst in Einklang zu kommen, zu sich selbst zu stehen und sich zu akzeptieren, d. h. innere Spannungen abzubauen.

Die Rater erreichten eine Übereinstimmung von 0.45. Im Vergleich zu der vorangegangenen Codierung bedeutete dies jedoch eine Verbesserung. Dies kann darauf hinweisen, daß

der zuvor geklärte Interpretationsspielraum nun besser beherrscht wurde. Es konnte keine spezielle Trennschärfe zu einer bestimmten Kategorie gefunden werden, vielmehr waren unterschiedliche Kategorien statt dieser codiert worden.

Zu Z9: sich selbst erkennen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen als Ziel Selbstkenntnis oder Selbsterkenntnis angegeben wird, wie der Wunsch, sich besser verstehen zu lernen oder sich der eigenen Ziele bewußt zu werden.

Die Übereinstimmung der Rater betrug nur 0.46. Daß diese Kategorie in den Texten zuvor nicht aufgetreten war, mag eine Ursache dafür sein. Weitere Gründe waren nicht zu erfassen. Es wurde ein Ankerbeispiel hinzugefügt.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Ankerbeispiele: „bring ich`s oder bring ich`s nicht?“

Zu Z10: Gefühle ausdrücken, zulassen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf einen freieren Ausdruck von und Umgang mit den eigenen Gefühlen beziehen.

Die Übereinstimmung der Rater war gut ($Kappa = 0.79$), hatte aber im Vergleich zu der vorangegangenen Codierung nachgelassen. Von den wenigen Codierungen in dieser Kategorie wurde die strittige Angabe als Ankerbeispiel aufgenommen.

Änderungen für die Codierung der Texte 81-120:

Ankerbeispiel: „Entscheidungen mit starkem Gefühlseinfluß“

Zu Z11: Ruhe /Gelassenheit finden

Definition zu den Texten 41-80:

Definition: In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach mehr Ruhe und Gelassenheit als Gefühlszustand, nach innerem Frieden und nervlicher Stabilität ausgedrückt wird.

Die Interraterübereinstimmung lag im sehr guten Bereich ($Kappa = 0.90$). Im Vergleich zu der vorangegangenen Codierung war eine erhebliche Verbesserung festzustellen. Die bessere Differenzierung in der geänderten Definition schien dies mit zu begünstigen. Es wurden neue Ankerbeispiele mit aufgeführt.

Änderungen für die Codierung der Texte 81-120:

Ankerbeispiele: „inneres Gleichgewicht wiederfinden“, „ich möchte wieder ausgeglichen werden“

Zu Z12: Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden diejenigen positiv formulierten Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mehr Lebensfreude zu entwickeln, genießen zu können, Glück und Zufriedenheit sowie eine positive Einstellung zu erlangen oder allgemein positiv zu denken.

Die Interraterübereinstimmung war sehr gut ausgefallen ($Kappa = 0.90$). Im Vergleich zu vorher war auch hier eine erhebliche Verbesserung zu beobachten, was die vorgenommenen Veränderungen untermauert.

Zu Z13: Freiheit, Selbstbestimmung erlangen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich mit dem Wunsch nach mehr Freiheit und Selbstbestimmung befassen wie größere Eigenverantwortung und Unabhängigkeit vom Einfluß anderer Menschen.

Das Übereinstimmungsmaß betrug 0.67 und ist damit als befriedigend einzustufen. Warum hier keine guten Ergebnisse erzielt wurden, ließ sich nicht auf einen zu verbessernden Grund zurückführen. Die Kategorie wurde selten gewählt (Rater eins: 2 Nennungen, Rater zwei: 3 Nennungen; 2 Übereinstimmungen)

Zu Z14: sonstige Ziele

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen wichtige Ziele des Patienten zum Ausdruck kommen, die sich nicht einer anderen Kategorie zuordnen lassen.

Die Übereinstimmung der Rater betrug nur 0.08. Es zeigt sich nochmals, daß diese Sammelkategorie von den Ratern sehr unterschiedlich benutzt wurde. Die Zahl der Nennungen war ebenfalls sehr unterschiedlich. (Rater eins : 8 Nennungen; Rater zwei: 4 Nennungen). Aufgrund der nicht zu erwartenden Verbesserung wurde bis auf die Vereinbarung, Angaben, in denen die Beseitigung von Zwängen erwähnt werden, mit in die Kategorie aufzunehmen, keine Änderungen vorgenommen.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Codierregel: Hier codiert werden auch Angaben zu Beseitigung von Zwängen.

Zu Z15: Kontaktfähigkeit, Umgang mit andern Menschen verbessern

Definition zu den Texten 41-80:

In diese Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Ziel zum Ausdruck kommt, besser Kontakte knüpfen und mit Menschen umgehen zu können. Dazu gehört auch der Wunsch, die eigene Isolation und Einsamkeit zu durchbrechen.

Die Interraterübereinstimmung erreichte einen guten Wert ($Kappa = 0.79$). Im Vergleich zu der vorangegangenen Codierung zeigt sich jedoch eine leichte Verschlechterung in der Übereinstimmung der Rater. So wurde beschlossen, die Definition bezüglich einer Abgrenzung zu Kategorie Z16 (familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern) doch zu ändern, indem die Codierregel ergänzt und Ankerbeispiele hinzugefügt wurden.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Codierregel: Nicht hier codiert werden Wünsche bezüglich der Familie und bereits bestehender Partnerschaften.

Ankerbeispiel: „Verständnis für die Wünsche anderer, obwohl sie nicht meine sind“

Zu Z16: Familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich mit dem Wunsch nach Verbesserung einer bestehenden Beziehung oder nach der Fähigkeit, eine solche eingehen zu können, auseinandersetzen. Auch Probleme mit Verwandten, z.B. Eltern, Schwiegermütter etc., die gelöst werden sollen, sowie der Wunsch nach eigener Familie und Kindern, werden hier codiert.

Die Interraterübereinstimmung erreicht gute Werte ($Kappa = 0.80$). Im Vergleich zu der vorigen Codierung stellt dies eine erhebliche Verbesserung dar. Vermutlich trug die Abgrenzung zur Kategorie Z15 (Kontaktfähigkeit/Umgang mit anderen Menschen verbessern) dazu bei.

Zu Z17: berufliche Ziele verwirklichen

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Ziele genannt werden, die mit beruflichen Dingen in Zusammenhang stehen, auch mit Ausbildung, Studium, Pensionierung etc.

Die Übereinstimmung der Rater war nur befriedigend ($Kappa = 0.66$). Dies stellt im Vergleich zu vorher eine auffallende Verschlechterung dar. Zurückgeführt wurde dies auf das Auftauchen neuer Inhalte, die sich mit Finanzen beschäftigten und für die noch keine Regel existierte. Nachdem geklärt wurde, solche Art von Angaben nicht in das Kategoriensystem mit aufzunehmen, konnte die Kategorie so belassen werden.

Zu Z18: Gefühle regulieren

Definition zu den Texten 41-80:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen es um die Regulation und Modifikation von Gefühlen und der Art und Weise, diese auszudrücken, geht, wie den Abbau bestehender Aggressionen.

Codierregel: Wünsche, die sich auf den inneren Frieden als Gefühlszustand beziehen, werden hier nicht codiert.

Die Rater erreichten eine gute Übereinstimmung ($Kappa = 0.79$). Im Vergleich zu vorher stellt dies eine erhebliche Verbesserung dar. Der Trainingseffekt und die geänderte Codierregel scheinen dazu beigetragen zu haben. Es wurde noch ein prägnantes Ankerbeispiel ergänzt.

Änderung für die Codierung der Texte 81-120:

Ankerbeispiel: „Exzessives und autoaggressives Verhalten ausschließen“

Vergleich zur Vorstudie

An dieser Stelle sollen die erreichten Übereinstimmungsmaße mit den Werten der Vorstudie verglichen werden. Da der neue Rater, der nicht an der Erstellung des Categoriesystems beteiligt war, durch das vorausgegangene Training an den Texten 1-40 in der Lage sein sollte, den Leitfaden zumindest formell richtig auf die Texte 41-80 anzuwenden und sich somit in diesem Punkt nicht von den beiden Ratern der Vorstudie unterscheiden würde, kann aus dem Vergleich der Übereinstimmungsmaße ein Rückschluß auf die Anwendbarkeit des Categoriesystems auf das hier ausgewertete neue Datenmaterial gezogen werden. Tabelle 4 zeigt den Vergleich im Überblick.

Tab. 4: Vergleich der erreichten Übereinstimmungen (Kappa-Werte) bei der Codierung der Texte 41-80 mit den erreichten Werten der Vorstudie.

PROBLEM	KATEGORIE	41-80	41-80 Vorstudie
P1	Körperliche Beschwerden	0,79	0.81
P2	Depressive Beschwerden	0.60	0.83
P3	Angst	1,00	0.83
P4	Verhalten, Sucht, Eßstörung	0.92	0.66
P5	Mangelnder Selbstwert	0.94	0.55
P6	Innere Konflikte	0.36	0.30
P7	Sonstige selbstbezogene Probleme	0.71	0.19
P8	Interpersonelle Probleme	0.79	0.81
P9	Berufliche Probleme	0.88	-0.03
P10	Motivation durch Dritte	-	1,00

ZIEL	KATEGORIE	41-80	41-80 VORSTUDIE
Z1	Gesundheit erlangen	0.79	1,00
Z2	Körperliche Beschwerden bessern	0.70	0.72
Z3	Depressive Beschwerden bessern	0.79	0.84
Z4	Angst bewältigen	0.92	0.83
Z5	Sucht/Eßstörung überwinden	1,00	0.83
Z6	Probleme bewältigen	0.45	0.26
Z7	Selbstvertrauen stärken	0.94	0.88
Z8	Mit sich in Einklang kommen	0.45	0.55
Z9	Sich selbst erkennen	0.46	0.53
Z10	Gefühle ausdrücken, zulassen	0.79	0.38
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	0.90	0.77
Z12	Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit	0.90	0.65
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung	0.67	0.61
Z14	Sonstige Ziele	0.08	-0.05
Z15	Kontaktfähigkeit verbessern	0.79	0.80
Z16	Familie, Partnerbeziehung	0.80	0.84
Z17	Berufliche Ziele	0.66	0.84
Z18	Gefühle regulieren	0.79	-

- = diese Kategorie kam bei der Codierung der Texte nicht vor

Beim Vergleich der beiden Studien zeigt sich, daß die Vorstudie nur in wenigen Kategorien eine bessere Interraterübereinstimmung erreicht hatte. So waren die Kategorien P1, P2, Z1, Z3, Z15 und Z16 durch bessere Kappa-Werte gekennzeichnet (Kappa \geq 0,8: Sehr gut; Kappa \geq 0,7: Gut; Kappa \geq 0,6: Befriedigend). Bei genauerer Betrachtung lassen sich jedoch nur bei den Kategorien P2 und Z17 relevante Unterschiede feststellen.

Zu Kategorie P2 (depressive Beschwerden) ist zu sagen, daß auch eine maßgebliche Verschlechterung der Werte im Vergleich zu der Codierung der Texte 1-40 festzustellen ist. Es scheinen also Schwierigkeiten beim Umsetzen der geänderten Regeln als Ursache feststellbar zu sein. Demnach ist damit zu rechnen, daß sich die Übereinstimmung in der nächsten Textanalyse verbessern wird. Geschieht dies nicht, ist der Zweck der Änderung der Regeln in Frage zu stellen und eventuell rückgängig zu machen.

Die schlechte Übereinstimmung bei der Kategorie Z17 (berufliche Ziele) läßt sich auf das Auftauchen neuer Angaben zurückführen, zu denen es noch keine Regeln gab, und scheint somit ebenfalls dem Vorwurf der schlechten Anwendbarkeit zu entgehen. Auffallend ist, daß Kategorien, in denen wenig Übereinstimmung erreicht wurde, auch in der Vorstudie nicht übereinstimmend codiert werden konnten. Es handelt sich dabei um die Kategorien P6, Z6, Z8, Z9, Z13 und Z14. Die Heterogenität und die nötige Interpretation des Inhaltes dürften die Ursache dafür sein, daß hier keine Eindeutigkeit geschaffen werden konnte.

Erneutes Prüfen der Interraterübereinstimmung nach Codieren der Texte 81-120

Mit der Codierung der nächsten vierzig Patientenangaben sollte überprüft werden, ob die vorgenommenen Änderungen im Categoriesystem zweckmäßig waren beziehungsweise zu guten Übereinstimmungen bei den Ratern führten. Schon vorher hatte sich gezeigt, daß nur noch bei einigen Kategorien wenig zufriedenstellende Kappa-Werte erreicht wurden, die anderen hingegen zu Genüge definiert und problemlos anwendbar schienen. Tabelle 5 zeigt die erreichten Übereinstimmungen bei der Codierung der Texte 81-120 sowie den Verlauf der Werte im Überblick.

Tab. 5: Interraterübereinstimmung bei den Texten 81-120, Vergleich zu den Texten 1-40 und 41-80.

PROBLEM	Kategorie	1-40	41-80	81-120	BEMERKUNG
P1	Körperliche Beschwerden	0.79	0,79	0.89	Verbesserung
P2	Depressive Beschwerden	0.95	0,60	0.87	Verbesserung
P3	Angst	1,00	1,00	0.94	
P4	Verhalten, Sucht, Eßstörung	0.84	0.92	1,00	
P5	Mangelnder Selbstwert	0.93	0.94	0.94	
P6	Ungelöste Probleme/Konflikte	0.04	0.36	0.73	Verbesserung
P7	Sonstige selbstbezogene Probleme	0.78	0.71	0.67	
P8	Interpersonelle Probleme	0.94	0.79	0.95	Verbesserung
P9	Berufliche Probleme	1,00	0.88	0.83	
P10	Motivation durch Dritte	-	-	-	

ZIEL	KATEGORIE	1-40	41-80	81-120	BEMERKUNG
Z1	Gesundheit erlangen	0.79	0.79	1,00	Verbesserung
Z2	Körperliche Beschwerden bessern	0.95	0.70	0.79	
Z3	Depressive Beschwerden bessern	0.73	0.79	0.75	
Z4	Angst bewältigen	0.88	0.92	0.93	
Z5	Sucht/Eßstörung überwinden	0.88	1,00	1,00	
Z6	Probleme bewältigen	0.47	0.45	0.68	Verbesserung
Z7	Selbstvertrauen stärken	0.81	0.94	1,00	
Z8	Mit sich in Einklang kommen	0.03	0.45	0.38	
Z9	Sich selbst erkennen	-	0.46	0.79	Verbesserung
Z10	Gefühle ausdrücken, zulassen	1,00	0.79	1,00	Verbesserung
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	0.48	0.90	0.77	Verschlechterung
Z12	Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit	0.65	0.90	0.918	
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung	0.48	0.67	0.47	Verschlechterung
Z14	Sonstige Ziele	0.44	0.08	0.06	
Z15	Kontaktfähigkeit verbessern	0.92	0.79	0.84	Verbesserung
Z16	Familie, Partnerbeziehung	0.47	0.80	0.94	
Z17	Berufliche Ziele	1,00	0.66	1,00	Verbesserung
Z18	Gefühle regulieren	0.38	0.79	0.66	Verschlechterung

- = diese Kategorie kam bei der Codierung der Texte nicht vor

Wie aus Tab. 5 zu ersehen ist, hat sich die Übereinstimmung der Rater bei der Codierung der Texte 81-120 eher noch einmal verbessert. Nur die Kategorien Z11 (Ruhe/Gelassenheit finden), Z13 (Freiheit/Selbstbestimmung erlangen) und Z18 (Gefühle regulieren) verschlechterten sich bezüglich der Übereinstimmung. Unverändert schlecht blieben die Kappa-Werte der Kategorien Z8 (mit sich in Einklang kommen) und Z14 (sonstige Ziele).

Nach der zweiten Modifikation des Kategoriensystems waren also insgesamt in sechzehn Kategorien sehr gute, in fünf gute und in drei Fällen befriedigende Interraterübereinstimmungen erzielt worden. Lediglich die Kategorien Z8 (mit sich in Einklang kommen), Z13 (Freiheit/Selbstbestimmung erlangen) und Z14 (sonstige Ziele) erreichten keine zufriedenstellenden Ergebnisse.

Bezüglich der Kategorie Z14 (sonstige Ziele) ist jedoch aufgrund der Tatsache, daß es sich um eine Art Sammelkategorie handelt, keine Verbesserung zu erwarten.

Bei den Kategorien Z8 (mit sich in Einklang kommen) und Z13 (Freiheit/ Selbstbestimmung erlangen) konnte schon in der Diskussion im Anschluß an die Texte 81-120 keine Lösung für eine Verbesserung der Übereinstimmung gefunden werden. Es handelt sich hierbei um Kategorien, in denen Angaben von Patienten zu finden sind, die jeweils mehr oder weniger interpretiert werden müssen. Hier war es letztlich schwer, ein gemeinsames Verständnis der Kategorie zu entwickeln. Es wurde nicht erwartet, dieses nach nochmaliger Diskussion und Änderung von Definitionen zu erreichen.

Unter diesen Umständen erschien es sinnvoll, die letzte Version des Kategoriensystems als Endversion zu belassen.

Bezüglich der Kategorie P10 (Motivation durch Dritte), die während des Codierens nicht vorkam, wurde entschieden, diese für die im Nachhinein gesehen doch recht häufig vorgekommenen Äußerungen zur Zwangsproblematik, welche jeweils in die Kategorie P7 codiert wurde, zu verwenden und dementsprechend zu definieren. Es wurde also eine Kategorie P10 mit dem Namen „Sonstige Symptome, Zwänge, Autoaggressionen“ erstellt.

Nachdem alle Änderungen in den endgültigen Codierleitfaden (siehe Anhang) aufgenommen wurden, konnten verbleibende Texte und alle bisher codierten Teilstichproben, also die Texte 1-120, noch einmal nach der endgültigen Version recodiert werden.

Abschließender Vergleich zu Vorstudie

Im folgenden sollen die erreichten Übereinstimmungen aus den Codierungen der Texte 81-120 mit den entsprechenden Werten der Vorstudie verglichen werden (siehe Tab. 6). Die Anwendbarkeit des in der Vorstudie entwickelten Codierleitfaden wird so überprüfbar, und die Veränderungen, die während der Textanalysen durchgeführt wurden, werden vergleichend bewertbar.

Tab. 6: Vergleich der Übereinstimmungen (Texte 81-120) mit der Vorstudie.

PROBLEM	KATEGORIE	81-120	81-120 VORSTUDIE
P1	Körperliche Beschwerden	0,89	0.78
P2	Depressive Beschwerden	0.87	0.94
P3	Angst	0.94	0.85
P4	Verhalten, Sucht, Eßstörung	1,00	0.64
P5	Mangelnder Selbstwert	0.94	0.89
P6	Innere Konflikte	0.73	-
P7	Sonstige selbstbezogene Probleme	0.67	0.16
P8	Interpersonelle Probleme	0.95	0.87
P9	Berufliche Probleme	0.83	0.84
P10	Motivation durch Dritte	-	1,00

ZIEL	KATEGORIE	81-120	81-120 VORSTUDIE
Z1	Gesundheit erlangen	1,00	1,00
Z2	Körperliche Beschwerden bessern	0.79	0.64
Z3	Depressive Beschwerden bessern	0.75	0.59
Z4	Angst bewältigen	0.93	0.94
Z5	Sucht/Eßstörung überwinden	1,00	1,00
Z6	Probleme bewältigen	0.68	0.55
Z7	Selbstvertrauen stärken	1,00	0.82
Z8	Mit sich in Einklang kommen	0.38	0.66
Z9	Sich selbst erkennen	0.79	0.77
Z10	Gefühle ausdrücken, zulassen	1,00	1,00
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	0.77	0.73
Z12	Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit	0.918	0.82
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung	0.47	0.75
Z14	Sonstige Ziele	0.06	0.46
Z15	Kontaktfähigkeit verbessern	0.84	0.38
Z16	Familie, Partnerbeziehung	0.94	0.70
Z17	Berufliche Ziele	1,00	0.93
Z18	Gefühle regulieren	0.66	-

- = diese Kategorie kam beim Codieren der Texte nicht vor

Beim Vergleich der Kappa-Werte der aktuellen Studie mit denen der Vorstudie zeigt sich in der hier besprochenen Studie eine ähnliche beziehungsweise bessere Übereinstimmung bei allen Kategorien außer P2 (depressive Beschwerden), Z8 (mit sich in Einklang kommen), Z13 (Freiheit/Selbstbestimmung) und Z14 (sonstige Ziele). Diese fielen in der Vorstudie besser aus. Nicht verglichen werden konnte die Kategorien P6 (innere Konflikte), P10 (Motivation durch Dritte) und Z18 (Gefühle regulieren), da hier jeweils nur ein Wert vorlag.

Zu P2 (depressive Beschwerden) ist zu sagen, daß die Vorstudie sehr gute und die aktuelle Studie gute Übereinstimmungen erzielte. Die Kategorie ist also bezüglich ihrer Anwendbarkeit nicht in Frage gestellt. In gewisser Weise ähnlich verhält es sich mit der Kategorie Z14 (sonstige Ziele), da an sie als Sammelkategorie kein Anspruch auf gute Übereinstimmungen erhoben wird.

Somit bleiben die Kategorien Z8 (mit sich in Einklang kommen) und Z13 (Freiheit/ Selbstbestimmung) in der Diskussion.

Kategorie Z8 (mit sich in Einklang kommen) erzielte in der Vorstudie zumindest befriedigende Übereinstimmungen. In der nun erhobenen Studie konnte hingegen nur eine schlechte Übereinstimmung erreicht werden. Schon in der Vorstudie wurde darauf hingewiesen, daß Werte, die über eine befriedigende Übereinstimmung hinausgehen, aufgrund der unterschiedlich formulierten Aussagen der Patienten - die dann für die Codierung in diese Kategorie interpretiert werden müssen - nicht zu erwarten seien. Die Kategorie ist also an sich schwer zu fassen und von einem gemeinsamen Verständnis der beiden Rater abhängig, welches in der Vorstudie im Gegensatz zur jetzigen Studie erreicht wurde. Eine weitere Veränderung der Kategorie erscheint deswegen nicht möglich, da die Inhalte der Kategorie an sich klar sind und die Problematik der Zuordnung eher auf der Ebene der Interpretation zu suchen sind.

Ähnlich verhält es sich mit Kategorie Z13 (Freiheit/Selbstbestimmung), bei der es ebenfalls keine inhaltlichen Schwierigkeiten gab. Auch hier scheint es Probleme durch unterschiedliche Interpretation zu geben. Beide Kategorien sind in ihrer Anwendung stark vom jeweiligen Rater abhängig und somit für weitere Auswertung der Daten weniger gut geeignet.

Zusammenfassend betrachtet, ist der Codierleitfaden also durchaus auf neues Datenmaterial anwendbar und von Ratern durchführbar, die nicht an der Entwicklung des Kategoriensystems beteiligt waren. Kategorien, die keine gute Übereinstimmung erzielten, sollten jedoch bei der weiteren Datenbewertung vorsichtig interpretiert werden.

4.5 Definition der Gruppe „erweiterte Ziele“

Auf die Bedeutung der Therapieziele in der Psychotherapie wurde bereits in der Einleitung hingewiesen. Ein weitergehender Schritt ist die Aufteilung der Therapieziele in verschiedene Kategorien. Eine Möglichkeit der inhaltlichen Ordnung von Therapiezielen ist die Kategorisierung aus der Perspektive von Therapieschulen (vgl. Ambühl u. Strauß 1999). Die verschiedenen Versuche der empirischen Klassifikation der Inhalte von Therapiezielen wurden bis zu Jahre 1990 von Schulte-Bahrenberg (1990) zusammengefasst. Die meisten von diesen orientierten sich bei der Konstruktion laut Grosse Holthforth (2001) jedoch an Therapeutenzielen und erwiesen sich als wenig empirisch fundiert bzgl. Inhalt oder der Konstruktionsmethodik oder als zu wenig breit bzgl. der repräsentierten Inhalte. Nun kamen weitere Kategoriensysteme von Heuft (1998; Heuft und Senf 1997) sowie Faller und Gößler (1998) hinzu, welche nach Grosse Holthforth (2001) am ehesten der Vorstellung von umfassenden empirisch konstruierten Kategoriensystemen entsprechen. In der vorliegenden Arbeit wird an die Vorläuferstudie von Faller und Gößler (1998) angeknüpft und neben der Überprüfung der Anwendbarkeit der erstellten Therapiezielkategorien durch die Bildung der Gruppe der erweiterten Ziele eine weitere Kategorie für Therapieziele erstellt. Dabei war es uns wichtig, eine Kategorie zu erstellen, die es ermöglicht, Ziele abzubilden, die über die Verminderung von Symptomen und Beschwerden hinausgehen. Schon Faller, Gößler und Lang (1998) wiesen in ihrer Studie zu Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten darauf hin, daß nicht allein die Milderung von Beschwerden für Patienten erstrebenswert war, sondern auch das Erreichen übergeordneter Ziele. Diese positiv formulierten, wenig defizitorientierten Ziele sind an sich schwer zu fassen und teilweise in Form von Einzelkategorien durch einen großen Interpretationsspielraum beim Codieren nur eingeschränkt einer weiteren Auswertung zugänglich. Eine breite Zieldefinition, die über die Verminderung von Beschwerden hinausgeht und mehrere Kategorien zusammenfassend betrachtet, erleichtert die Erfassung der angesprochenen erweiterten Ziele und reduziert auch den eventuellen Verlust wichtiger Patientenaussagen. Desweiteren wird verhindert,

daß individuelle und heterogene Therapieziele als gleichförmiges Anliegen einer kleinen Patientengruppe angesehen werden.

Es wurde eine übergreifende Kategorie mit dem Titel „erweiterte Ziele“ gebildet. Hier sollten Zielkategorien vereinigt werden, in denen übergeordnete Ziele zum Ausdruck kommen. Somit wurden die Kategorien Z7-Z13 als zugehörig zur Kategorie „erweiterte Ziele“ betrachtet (siehe Tab. 7). Sie wurde als vorhanden definiert, sobald eines der genannten Ziele vom Patienten erwähnt wurde.

Tab. 7 : Gruppe der erweiterten Ziele

Z7: Selbstvertrauen stärken

Z8: Mit sich in Einklang kommen

Z9: Sich selbst erkennen

Z10: Gefühle ausdrücken, zulassen

Z11: Ruhe/Gelassenheit finden

Z12: Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen

Z13: Freiheit/Selbstbestimmung erlangen

4.6 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Hypothesen erfolgte computergestützt mit Hilfe des SPSS-Programmes. Für qualitativ ausgeprägte Merkmale wurden Häufigkeiten, für quantitativ ausgeprägte kontinuierliche Merkmale Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen berechnet.

Der t-Test wurde zur Berechnung von Gruppenvergleichen bei kontinuierlichen Variablen verwendet.

Kreuztabellen und der Chi-Quadrat-Test wurden für die Auswertung von Häufigkeitsverteilungen herangezogen.

Für die Überprüfung der Interraterübereinstimmung wurde Cohens Kappa als Übereinstimmungsmaß berechnet, welches die zu erwartende zufällige Übereinstimmung berücksichtigt.

Ergebnisse wurden als signifikant angesehen, wenn das Signifikanzniveau von $p = 0.05$ (Irrtumswahrscheinlichkeit) unterschritten wurde.

5. Ergebnisse

5.1 Häufigkeiten inhaltsanalytischer Problem- und Zielkategorien

Im Folgenden werden zunächst die Häufigkeiten der Problemkategorien vorgestellt, dann diejenigen der Zielkategorien. Insgesamt wurden von 152 Patienten 544 Angaben zu ihren Problemen gemacht (Tab. 8). Betrachtet man alle Klartextangaben der Patienten, stellt man fest, daß 34% der Angaben unter die Kategorie P1 (körperliche Beschwerden) fallen. Tendenziell werden diese Probleme häufiger auf den ersten Rängen angegeben. In absteigender Häufigkeit folgen die Kategorien P8 (interpersonelle Probleme, 14%), P2 (depressive Beschwerden, 12 %) und P3 (Angst, 10%). Die Kategorien P1, P2, P3 und P8 stehen somit mit 70% an der Spitze der Häufigkeitstabelle. Die restlichen Kategorien bewegen sich zwischen 3% und 10%.

Die Häufigkeit der einzelnen Zielkategorien wird in Tabelle 9 zusammengefaßt. Insgesamt wurden von 152 Patienten 429 Ziele genannt. Übereinstimmend mit den Problemen wurde am häufigsten die Kategorie Z2 (körperliche Beschwerden bessern, 23%) codiert. Auch hier scheint das Problem vordringlich zu sein und wird, wenn es vorhanden ist, an vorderster Stelle genannt. Am zweithäufigsten wird dann schon das Ziel Z7 (Selbstvertrauen stärken, 10%) genannt. Es folgen Z4 (Angst bewältigen), Z12 (Lebensfreude/ Glück/ Zufriedenheit erlangen) und Z15 (Kontaktfähigkeit/ Umgang mit anderen Menschen verbessern) mit jeweils 7%. Die verbleibenden 46% verteilen sich auf die 13 restlichen Kategorien.

Tab. 8: Absolute und prozentuale Häufigkeit inhaltsanalytischer Problemkategorien (n = 152; Mehrfachnennungen möglich)

	P1		P2		P3		P4		P5		P6		P7		P8		P9		P10		Gesamt
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pro. 1	64	42	15	10	21	14	11	7	7	5	3	2	7	5	15	10	2	1	7	5	152
Pro. 2	42	32	17	13	11	8	6	5	13	8	3	2	9	7	19	14	11	8	2	2	133
Pro. 3	41	36	10	9	6	5	3	3	9	8	6	5	11	10	22	19	5	4	2	2	115
Pro. 4	25	30	12	14	9	11	-	-	4	5	2	2	14	16	13	15	4	5	2	2	85
Pro. 5	14	24	9	15	8	14	1	2	5	8	3	5	5	8	9	15	3	5	2	3	59
Gesamt	186	34	63	12	55	10	21	4	38	7	17	3	46	8	78	14	25	5	15	3	544

Tab. 9: Absolute und prozentuale Häufigkeit inhaltsanalytischer Zielkategorien (n = 152; Mehrfachnennungen möglich)

	Z1		Z2		Z3		Z4		Z5		Z6		Z7		Z8		Z9		Z10	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ziel 1	9	6	38	26	8	6	17	12	8	6	10	7	11	8	5	3	1	1	1	1
Ziel 2	1	1	25	22	6	5	7	6	5	4	6	5	17	15	5	4	4	4	2	2
Ziel 3	-	-	20	24	1	1	5	6	2	2	4	5	6	7	2	2	-	-	3	4
Ziel 4	-	-	10	19	4	7	3	6	1	2	2	4	9	17	2	4	1	2	-	-
Ziel 5	-	-	4	11	6	17	-	-	-	-	1	3	2	6	2	6	2	6	-	-
<i>Gesamt</i>	<i>10</i>	<i>2</i>	<i>97</i>	<i>23</i>	<i>25</i>	<i>6</i>	<i>32</i>	<i>7</i>	<i>16</i>	<i>4</i>	<i>23</i>	<i>5</i>	<i>45</i>	<i>10</i>	<i>16</i>	<i>4</i>	<i>8</i>	<i>2</i>	<i>6</i>	<i>1</i>

	Z11		Z12		Z13		Z14		Z15		Z16		Z17		Z18		<i>Gesamt</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ziel 1	7	5	9	6	2	1	5	3	4	3	6	4	1	1	2	1	<i>144</i>
Ziel 2	4	4	3	3	4	4	1	1	5	4	8	7	5	4	4	4	<i>112</i>
Ziel 3	3	4	9	11	1	1	5	6	12	14	5	6	5	6	1	1	<i>84</i>
Ziel 4	4	7	7	13	-	-	4	7	3	6	-	-	2	4	2	4	<i>54</i>
Ziel 5	-	-	3	9	1	3	2	6	7	20	3	9	2	6	-	-	<i>35</i>
<i>Gesamt</i>	<i>18</i>	<i>4</i>	<i>31</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>2</i>	<i>17</i>	<i>4</i>	<i>31</i>	<i>7</i>	<i>22</i>	<i>5</i>	<i>15</i>	<i>4</i>	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>429</i>

5.2 Häufigkeit der Patientenangaben

Weiterhin ist es von Interesse, wieviele Patienten eine bestimmte Kategorie nannten, unabhängig davon, auf welcher Problem- oder Zielebene (1. Problem bis 5. Problem, 1. Ziel bis 5. Ziel) die Angaben erfolgten. Im Gegensatz zur vorangegangenen Betrachtungsweise werden Mehrfachnennungen der einzelnen Patienten nicht berücksichtigt. Es geht nun darum, ob und wieviele der 152 Patienten bestimmte Kategorien nannten oder nicht.

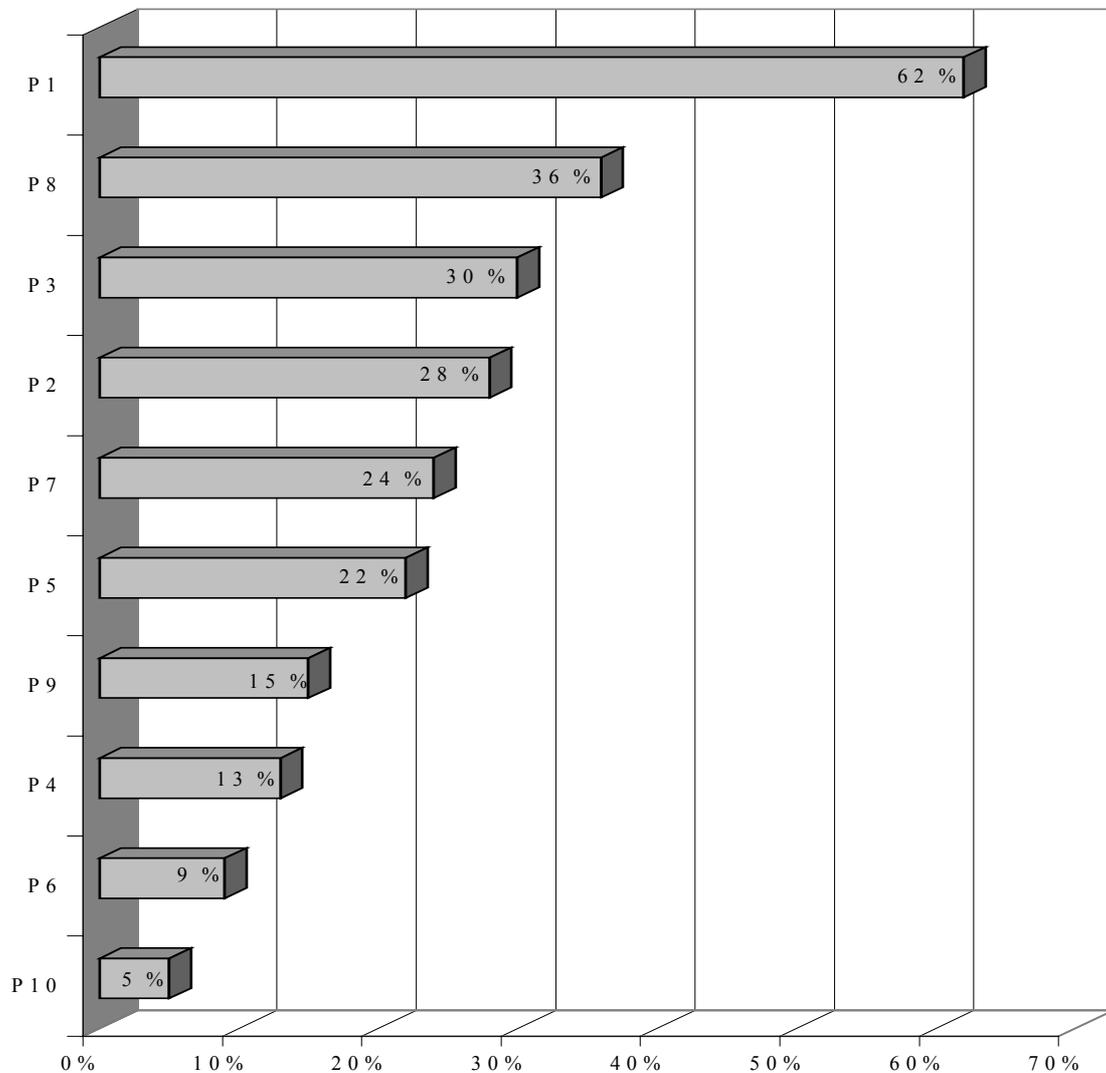
Probleme

Körperliche Beschwerden (P1) wurden von 62% der Patienten angegeben (Tab. 10, Abb. 5) Interpersonelle Probleme (P8) liegen mit 36% der Patienten auf Rang zwei. 30% der Patienten geben Probleme an, die in die Kategorie P3 (Angst) codiert wurden. Weniger häufig wurden Angaben gemacht, die in die Kategorie P10 (sonstige Symptome, Zwänge, Autoaggression) codiert wurden. Sie liegen mit nur 5% der Patienten auf Rang zehn.

Tab. 10: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Patienten, die bestimmte Problem-Kategorien angaben (n = 152; Mehrfachnennungen unberücksichtigt)

Problem	Kategorie	n	%	Rang
P1	Körperliche Beschwerden	94	62	1
P2	Depressive Beschwerden	43	28	4
P3	Angst	46	30	3
P4	Sucht/Eßstörungen	20	13	8
P5	Mangelndes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl	34	22	6
P6	Ungelöste Probleme/Konflikte	14	9	9
P7	Sonstige, selbstbezogene Probleme	37	24	5
P8	Interpersonelle Probleme	54	36	2
P9	Berufliche Probleme	23	15	7
P10	Sonstige Symptome, Zwänge, Autoaggression	8	5	10

Abb. 5: Prozentuale Nennung der einzelnen Problemkategorien in absteigender Häufigkeit (n = 152, Mehrfachnennungen unberücksichtigt, siehe P1-P10 Tab. 9)



Ziele

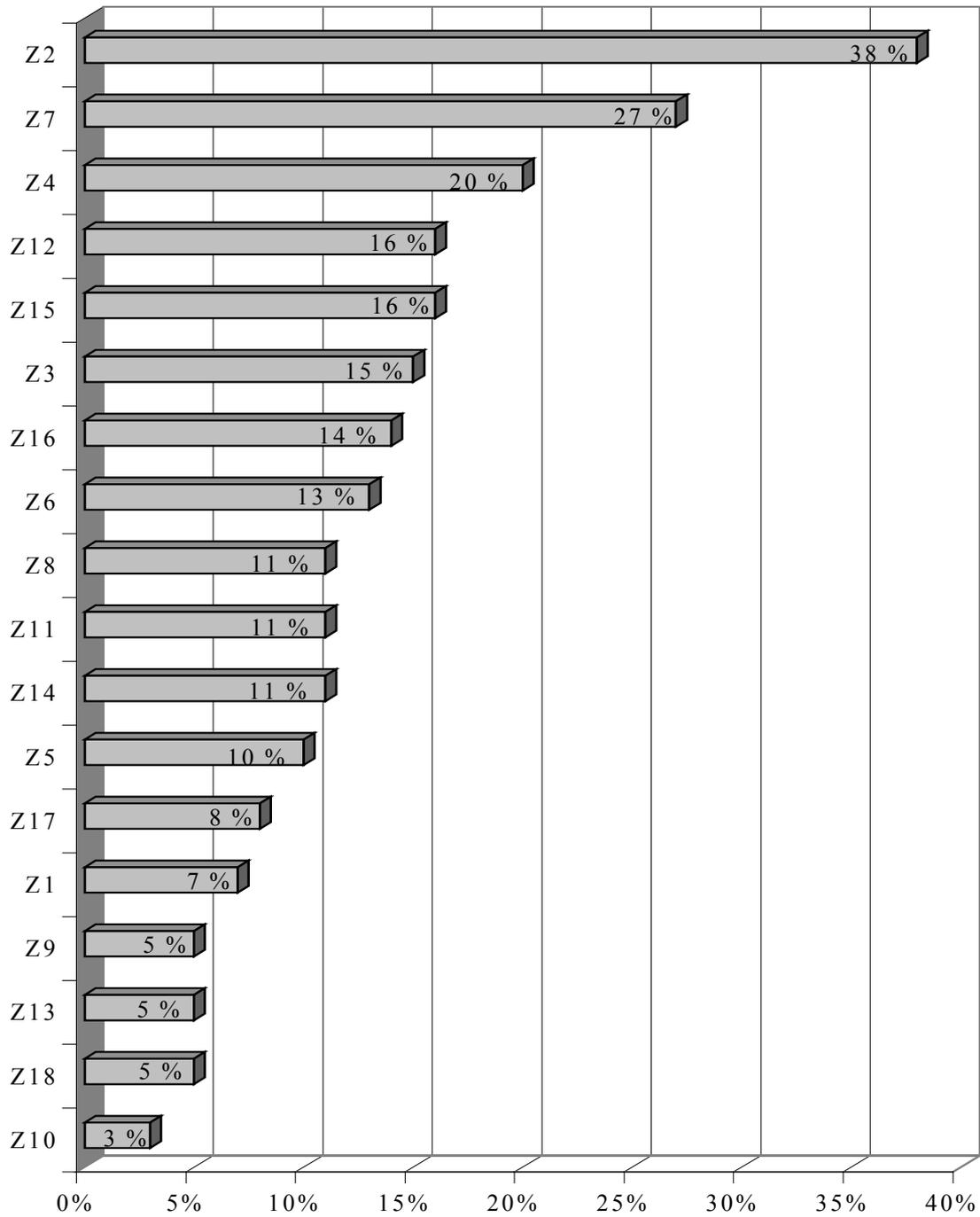
Entsprechend wurde die Zahl der Patienten berechnet, die bestimmte Ziele angaben (Tab. 11, Abb. 6). Es konnte festgestellt werden, daß 38% der Patienten eine Besserung ihrer körperlichen Beschwerden (Z2) anstreben. Schon an zweiter Stelle stehen mit 27% die Patienten, die das Ziel Selbstvertrauen zu stärken (Z7) angaben. Ähnlich viele Patienten

(20%) hatten Angstbewältigung (Z4) zum Ziel. Nur wenige Patienten (3-5%) machten Angaben, die in die Kategorien Z10 (Gefühle ausdrücken), Z13 (Freiheit/Selbstbestimmung erlangen) oder Z18 (Gefühle regulieren) fielen.

Tab. 11: Absolute und prozentuale Häufigkeit der Patienten, die gewisse Zielkategorien angaben (n = 152; Mehrfachnennungen unberücksichtigt)

Ziel	Kategorie	n	%	Rang
Z1	Unspezifisch Gesundheit erlangen	11	7	12
Z2	Körperliche Beschwerden bessern	58	38	1
Z3	Depressive Beschwerden bessern	22	15	5
Z4	Angst bewältigen	30	20	3
Z5	Sucht/Eßstörungen überwinden	15	10	10
Z6	Probleme bewältigen	20	13	7
Z7	Selbstvertrauen stärken	41	27	2
Z8	Mit sich in Einklang kommen	16	11	9
Z9	Sich selbst erkennen	8	5	13
Z10	Gefühle ausdrücken/ zulassen	4	3	15
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	16	11	9
Z12	Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen	24	16	4
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung erlangen	7	5	14
Z14	Sonstige Ziele	17	11	8
Z15	Kontaktfähigkeit/Umgang mit anderen Menschen	24	16	4
Z16	Familiäre Situation/Partnerbeziehung verbessern	21	14	6
Z17	Berufliche Ziele verwirklichen	12	8	11
Z18	Gefühle regulieren	7	5	14

Abb. 6: Prozentuale Nennung der einzelnen Zielkategorien in absteigender Häufigkeit (n = 152, Mehrfachnennungen unberücksichtigt, siehe Z1-Z18 Tab. 11)



5.3 Erweiterte Ziele und soziodemographische Daten

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse bezüglich der Zusammenhänge zwischen der Angabe erweiterter Ziele und soziodemographischen Daten dargestellt. Dabei wurde bei den soziodemographischen Daten nach Geschlecht, Alter und Schulbildung differenziert. Die Gruppe der erweiterten Ziele setzt sich aus folgenden Kategorien zusammen:

- Z7: Selbstvertrauen stärken
- Z8: Mit sich in Einklang kommen
- Z9: Sich selbst erkennen
- Z10: Gefühle ausdrücken/zulassen
- Z11: Ruhe/Gelassenheit finden
- Z12: Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen
- Z13: Freiheit/Selbstbestimmung erlangen

Geschlecht

Zu den 147 abgegebenen Patientenbögen lagen 139 Angaben zur Geschlechtszugehörigkeit vor. Tab. 12 gibt den Zusammenhang bezüglich des Geschlechtes und der Nennung erweiterter Ziele wieder. Von den Frauen gaben 52% erweiterte Ziele an, bei den Männern waren es 47%. Die Erwartung, daß Frauen häufiger erweiterte Ziele angeben als Männer, bestätigte sich nicht.

Die Vermutung, daß der Anteil von Patienten, die sich wegen einer gastric banding Operation (reversible, operative Verkleinerung des Magens) vorgestellt hatten, Einfluß auf das eben dargestellte Ergebnis haben könnte, wurde ebenfalls nicht bestätigt. Ein erneuter Chi²-Test, bei dem die neun betroffenen Frauen und die fünf Männer nicht berücksichtigt wurden, ergab einen p -Wert von 0.5.

Tab. 12: Häufigkeiten der Angaben erweiterter Ziele im Vergleich zwischen Männern und Frauen (Chi²-Test)

	<i>Frauen n=82</i>		<i>Männer n=57</i>		<i>Gesamt</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>erweiterte Ziele</i>	43	52	27	47	70	50	0.55
<i>keine erweiterten Ziele</i>	39	48	30	53	69	50	

Alter

Wie schon unter 3.2.1 erläutert, gibt es Hinweise darauf, daß die Angabe von Zielen vom Alter des Patienten beeinflusst wird. Im vorliegenden Fall soll geprüft werden, ob ältere Patienten weniger erweiterte Ziele angeben. Dazu wurde ein t-Test mit unabhängigen Stichproben durchgeführt (Tab. 13).

Es ist ersichtlich, daß die Patienten, die erweiterte Ziele angeben, im Durchschnitt signifikant jünger sind als diejenigen Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben. Somit konnte die Hypothese bestätigt werden.

Tab. 13: Alter und Angabe von erweiterten Zielen (t-Test)

	<i>keine erweiterten Ziele</i> <i>n=67</i>		<i>erweiterte Ziele</i> <i>n=70</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<i>Alter</i>	37,2	12,0	31,6	9,8	-2,99	0.003

Schulbildung

Bezüglich der Schulbildung liegen 121 Angaben vor. Bei der vorliegenden Untersuchung war es von Interesse, ob es einen Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der Nennung erweiterter Ziele gibt. Aufgrund vorheriger Untersuchungen gab es Anlaß zu der Vermutung, daß niedrige Schulbildung mit einer geringeren Nennung erweiterter Ziele einhergeht. Im χ^2 -Test wurden Gymnasium, Realschule und Hauptschule verglichen (Tab. 14). Es konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden ($p = 0.98$).

Tab. 14: Schulbildung und erweiterte Ziele (χ^2 -Test)

	<i>Hauptschule</i>		<i>Realschule</i>		<i>Gymnasium</i>		<i>Gesamt</i>		<i>p</i>
	<i>n=35</i>		<i>n=34</i>		<i>n=52</i>		<i>n=56</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>erweiterte Ziele</i>	14	40	18	53	33	64	65	54	
<i>keine erweiterten Ziele</i>	21	60	16	47	19	37	56	46	0.098

5.4 Erweiterte Ziele und Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens

Es wurde geprüft, ob zwischen dem Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens und der Nennung erweiterter Ziele ein Zusammenhang besteht. Dabei wurde erwartet, daß Patienten, die den Bogen nach dem Erstgespräch ausfüllen, häufiger erweiterte Ziele angeben. Es konnten 127 Angaben überprüft werden, jeweils ungefähr die Hälfte der berücksichtigten Patienten gab erweiterte Ziele an ($n = 62$) oder nicht ($n = 65$). Wie aus Tab. 15 zu ersehen ist, wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Patienten, die den Selbsteinschätzungsbogen vor dem Erstgespräch, und denen, die den Bogen nach dem Erstgespräch ausfüllen, gefunden ($p = 0.031$). Die gerichtete Hypothese kann jedoch aufgrund der Tatsache, daß 63,3% derer, die den Selbsteinschätzungsbogen vor dem Erstgespräch ausfüllten, und

nur 43% derer, die den Bogen nach dem Erstgespräch ausfüllten, ein erweitertes Ziel angeben, nicht bestätigt werden. Ob Patienten, die den Bogen vor dem Erstgespräch ausfüllen, signifikant mehr erweiterte Ziele angeben oder ob dieses Ergebnis zufallsbedingt ist, wäre in einer neuen Studie hypothesengeleitet zu überprüfen.

Tab. 15: Erweiterte Ziele und Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens (Chi²-Test)

	<i>vor dem Erstgespräch n=49</i>		<i>nach dem Erstgespräch n=78</i>		<i>Gesamt n=127</i>		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
<i>erweiterte Ziele</i>	31	63	34	44	65	51	0.031
<i>keine erweiterten Ziele</i>	18	37	44	56	62	49	

5.5 Erweiterte Ziele, Ursachenvorstellung, Behandlungserwartung

Im folgenden sollen die Ergebnisse der Unterschiedsprüfung von Ursachenvorstellungen und Behandlungserwartungen bezüglich der Angabe oder Nicht-Angabe erweiterter Ziele vorgestellt werden.

Erwartet wurde bei den Ursachenvorstellungen, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, eine weniger ausgeprägte somatische Ursachenvorstellung haben als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben.

Wie aus der Tab. 16 zu ersehen ist, konnten insgesamt 137 Patienten überprüft werden. Die Gruppe derer, die erweiterte Ziele angaben, vereint 70 Patienten. Fast genauso viele Patienten - nämlich 67 - gaben keine erweiterten Ziele an. Beim Vergleich dieser beiden Gruppen konnte explorativ ein signifikanter Unterschied bezüglich der intrapsychischen ($p = 0.01$) und biographischen ($p = 0.006$) Ursachenvorstellung festgestellt werden. So haben

Patienten, die erweiterte Ziele angeben, stärker ausgeprägte intrapsychische und biographische Ursachenvorstellungen als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben. Bei den interpersonellen, sozialen und somatischen Ursachenvorstellungen finden sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tab. 16 Erweiterte Ziele und Ursachenvorstellungen (n=137; t-Test)

Ursachenvorstellung	<i>keine erweiterten Ziele angegeben n=67</i>		<i>erweiterte Ziele angegeben n=70</i>		t	p
	M	SD	M	SD		
<i>Intrapsychisch</i>	2,69	1,22	3,38	1,12	3,48	0,01
<i>Biographisch</i>	1,73	0,92	2,19	1,02	2,82	0,006
<i>Interpersonell</i>	2,13	1,07	2,25	0,95	0,68	0,50
<i>Sozial</i>	1,99	0,84	2,13	0,91	0,89	0,37
<i>Somatisch</i>	1,53	0,57	1,47	0,52	-0,70	0,48

In Tab. 17 findet sich die Übersicht der Ergebnisse zur Unterschiedsprüfung der Ziele mit den Behandlungserwartungen. Hier liegen insgesamt 134 zu vergleichende Daten vor.

Analog zu den Ursachenvorstellungen wurde erwartet, daß diejenigen Patienten, die erweiterte Ziele angeben, höhere Werte auf den Skalen gesprächsorientierte und verhaltensorientierte Behandlungserwartung erreichen, als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben und daß Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben, höhere Werte auf der Skala der somatischen Behandlungserwartung aufweisen. Die ersten beiden Hypothesen bestätigen sich nicht. Bei der Prüfung, ob Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben, höhere Werte auf der Skala der somatischen Behandlungserwartung aufweisen, zeigte sich lediglich eine Tendenz ($p = 0,09$).

Tab. 17: Erweiterte Ziele und Behandlungserwartung (t-Test)

<i>Behandlungserwartung</i>	<i>keine erweiterten Ziele</i>		<i>erweiterte Ziele</i>		t	p
	M	SD	M	SD		
<i>Gesprächsorientiert</i>	n=66 2,75	1,14	n=68 2,99	0,95	1,34	0,18
<i>Verhaltensorientiert</i>	n=65 2,84	0,99	n=68 3,05	1,1	1,18	0,24
<i>Somatisch-passiv</i>	n=66 2,27	0,9	n=67 2,02	0,79	-1,7	0,09

5.6 Erweiterte Ziele, therapeutische Arbeitsbeziehung, Gegenübertragung

Bei den Interaktionen zwischen Patient und Therapeut wurde unter besonderer Berücksichtigung der therapeutischen Arbeitsbeziehung und der Gegenübertragung der Einfluß der erweiterten Ziele betrachtet.

Die Gruppe derer, die erweiterte Ziele angab und die Gruppe, welche dies nicht tat, sollten auf ihren Unterschied bezüglich der therapeutischen Arbeitsbeziehung geprüft werden. Dabei wurde erwartet, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, höhere Werte in der Beurteilung der therapeutischen Arbeitsbeziehung erhalten. Wie aus Tab. 18 zu ersehen ist, wurde diese Hypothese bestätigt ($p = 0.035$).

Bezüglich der Gegenübertragung wurde erwartet, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, beim Therapeuten Hilfsbereitschaft oder Sympathie auslösen statt bei ihm Ärger zu verursachen. Es stellte sich heraus, daß für das Gefühl Sympathie ein signifikanter Unterschied ($p = 0.017$) zwischen der Gruppe derer, die erweiterte Ziele angeben und der Gruppe, die dies nicht tut, besteht (Tab. 18). Patienten, die erweiterte Ziele angeben, liegen auf

der Skala Sympathie höher. Ein nur tendenzieller Unterschied fand sich bei der Skala Hilfsbereitschaft. Kein Unterschied fand sich in bezug auf das Gefühl Ärger.

Tab. 18: Erweiterte Ziele, therapeutische Arbeitsbeziehung und Gegenübertragung

	<i>keine erweiterten Ziele angegeben n=68</i>		<i>erweiterte Ziele angegeben n=70</i>		t	p
	M	SD	M	SD		
Therapeutische Arbeitsbeziehung	1,94	0,60	2,15	0,55	-2,13	0.035
Gegenübertragung						
Sympathie	2,28	0,72	2,61	0,89	-2,42	0.017
Hilfsbereitschaft	2,47	0,76	2,71	0,74	-1,89	0.060
Ärger	1,73	0,60	1,81	0,56	-0,87	0.384

5.7 Erweiterte Ziele und weiterbehandelnde Institution

Abschließend zu den erweiterten Zielen wurde geprüft, ob sich deren Nennung auf die Empfehlung der weiterbehandelnden Organisation auswirkt (siehe Tab. 19). Erwartet wurde, daß bei Patienten, die erweiterte Ziele angeben, die Empfehlung der eigenen Institution oder eines niedergelassenen Therapeuten im Vergleich zu sonstige/keine weiterbehandelnde Institution überwiegt. Der vermutete Zusammenhang bestätigte sich jedoch nicht (p = 0.685).

Tab. 19: Erweiterte Ziele und weiterbehandelnde Institution (Chi²-Test)

Institution	<i>keine erw. Ziele</i> <i>n=51</i>		<i>erweiterte Ziele</i> <i>n=53</i>		<i>Gesamt</i> <i>n=104</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
<i>eigenen Institution</i>	11	22	14	26	25	24	0.685
<i>niedergelassener Therapeut</i>	26	51	28	53	54	52	
<i>sonstige/keine Therapie</i>	14	28	11	21	25	24	

5.8 Häufigkeiten der Problem- und Zielangaben und diagnostische Störungsgruppe

Es wurden die fünf häufigsten Störungsgruppen (Depression, Anpassungsstörung, Angststörung, somatoforme Störung und Persönlichkeitsstörung) untersucht. In diese fünf Gruppen fielen 108 der 152 untersuchten Patienten. 34 (31,5%) dieser Patienten waren depressiv; bei 18 Patienten (16,7%) wurde eine Anpassungsstörung diagnostiziert, 19 Patienten (17,6%) litten unter einer Angststörung; 25 Patienten (23,1%) hatten eine somatoforme Störung und 12 Patienten (11,1%) wiesen eine Persönlichkeitsstörung auf. Es interessierten die Unterschiede in der Häufigkeit der einzelnen Problem- und Zielkategorien in bezug auf die verschiedenen Störungsgruppen.

Erwartet wurde zum Beispiel, daß Patienten mit einer somatoformen Störung signifikant häufiger körperliche Beschwerden als Problem und somit die Verbesserung körperlicher Beschwerden als Ziel angeben als Patienten ohne eine solche Störung.

Die Ergebnisse für die Problem- und Zielkategorien sind in den Tabellen 20 und 21 dargestellt.

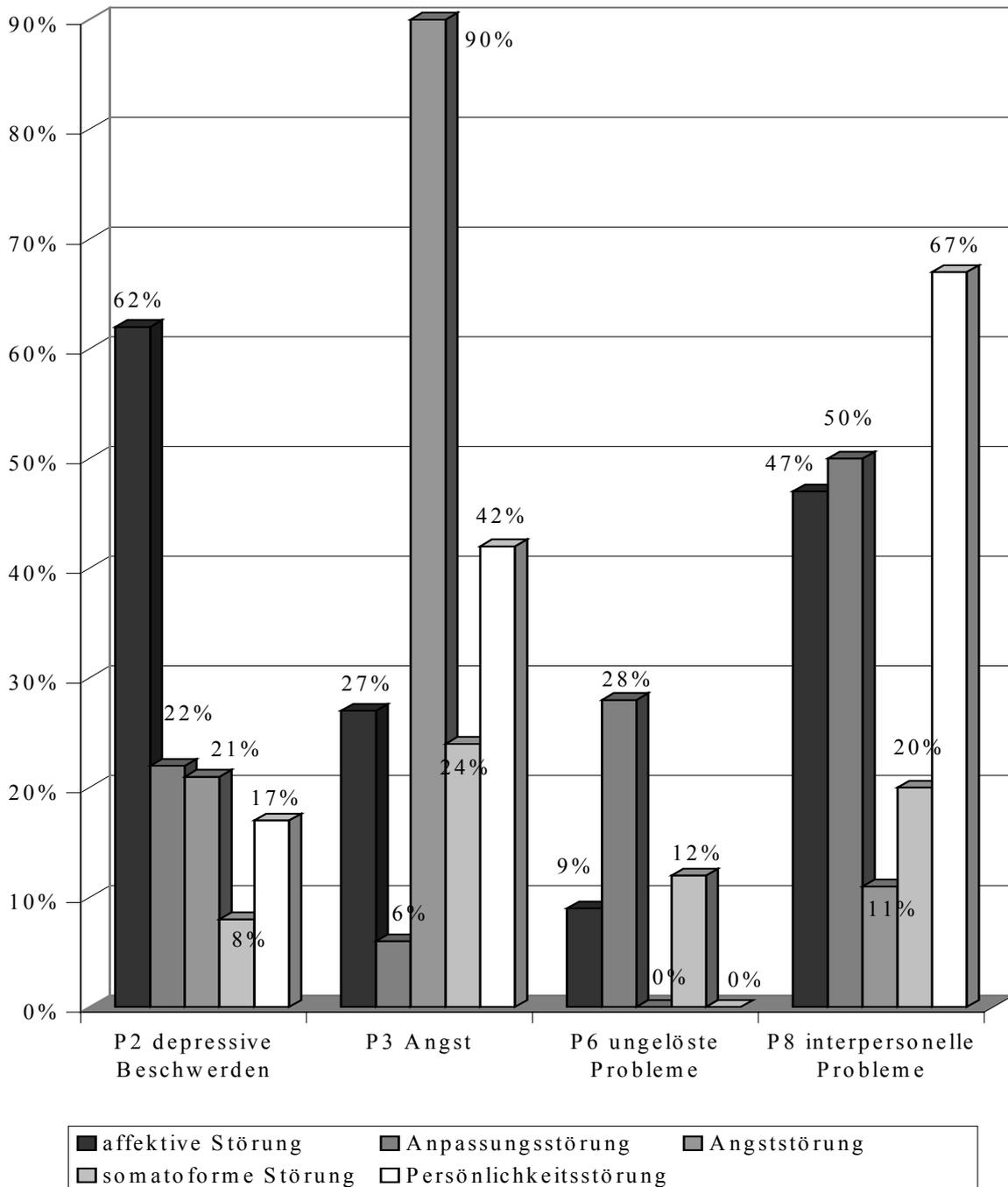
Tab. 20 zeigt die absolute und prozentuale Häufigkeit der Problemkategorien bei den jeweiligen Störungsgruppen, die Ergebnisse des Chi²-Tests sowie die Häufigkeiten insgesamt. Es wird deutlich, daß sich eine gewisse Diagnosespezifität abzubilden scheint. Die Kategorie P1 (körperliche Beschwerden) und die Kategorie P4 (Sucht/Eßstörung) wird von Patienten mit somatoformer Störung am häufigsten genannt. Die Kategorie P2 (depressive Beschwerden) wird von Patienten mit affektiven Störungen am häufigsten angegeben. Angst (P3) steht bei Patienten mit Angststörung im Vordergrund. Selbstbezogene Probleme (P7) werden von Patienten mit Anpassungsstörung und Persönlichkeitsstörung relativ häufiger angegeben. Auch die Kategorie P8 (interpersonelle Probleme) scheint bei diesen Patientengruppen eine größerer Rolle zu spielen. Nicht signifikant wurden die Unterschiede bei den Kategorien P5, P6, P9 und P10.

Abb. 7 zeigt die prozentuale Häufigkeit der Problemkategorien, für die das Signifikanzniveau im Chi²-Test kleiner als 0.01 ausfiel, nämlich P2 (depressive Beschwerden), P3 (Angst), P6 (ungelöste Probleme) und P8 (interpersonelle Probleme) im Vergleich. Betrachtet man in der Abbildung zum Beispiel den Bereich P3 „Angst“, so zeigt sich, daß dieser von Patienten mit einer Angststörung im Vergleich mit 90% am häufigsten genannt wurde, im Gegensatz zu 42% der Patienten mit Persönlichkeitsstörung und 27% der Patienten, bei denen eine affektive Störung diagnostiziert wurde.

Tab. 20: Absolute und prozentuale Häufigkeit der einzelnen Problemangaben für die fünf Störungsgruppen sowie für die Gesamtgruppe (Chi² -Test)

Item	Kategorie	Affektive Störungsgruppe n = 34		Anpassungsstörung n = 18		Angststörung n = 19		Somatoforme Störung n = 25		Persönlichkeitsstörung n = 12		Gesamt n = 108		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
P1	körperliche Beschw.	23,0	67,6	8,0	44,4	11,0	57,9	20,0	80,0	3,0	25,0	65,0	60,2	0.011
P2	depressive Beschw.	21,0	61,8	4,0	22,2	4,0	21,1	2,0	8,0	2,0	16,7	33,0	30,6	0.000
P3	Angst	9,0	26,5	1,0	5,6	17,0	89,5	6,0	24,0	5,0	41,7	38,0	35,2	0.000
P4	Sucht/Eißstörung	0,0	0,0	2,0	11,1	1,0	5,3	7,0	28,0	2,0	16,7	12,0	11,1	0.014
P5	Selbstwert	9,0	26,5	4,0	22,2	6,0	31,6	1,0	4,0	3,0	25,0	23,0	21,3	0.177
P6	ungelöste Probleme	3,0	8,8	5,0	27,8	0,0	0,0	3,0	12,0	0,0	0,0	11,0	10,2	0.045
P7	selbstbezogene Probleme	6,0	17,6	10,0	55,6	3,0	15,8	3,0	12,0	7,0	58,3	29,0	26,9	0.001
P8	interpersonelle Probleme	16,0	47,1	9,0	50,0	2,0	10,5	5,0	20,0	8,0	66,7	40,0	37,0	0.003
P9	berufliche Probleme	8,0	23,5	3,0	16,7	2,0	10,5	4,0	16,0	3,0	25,0	20,0	18,5	0.763
P10	Zwänge/Autoaggression	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	8,3	1,0	9,0	0.089

Abb. 7: Vergleich der prozentualen Angaben der Kategorien P2 (depressive Beschwerden), P3 (Angst), P6 (ungelöste Probleme) und P8 (interpersonelle Probleme) bei den fünf Störungsgruppen



Auch bei den Zielangaben ergab sich eine partielle Diagnosespezifität.

Tab. 21 zeigt die absolute und prozentuale Häufigkeit der Zielkategorien bei den jeweiligen diagnostischen Störungsgruppen, die Ergebnisse des χ^2 -Tests und die Häufigkeiten insgesamt.

Patienten mit somatoformen Störungen gaben häufiger die Kategorie Z2 (körperliche Beschwerden bessern) und Z5 (Sucht/Eßstörung überwinden) an. Die Kategorie Z3 (depressive Beschwerden bessern) und Z12 (Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen) wurde häufiger von Patienten mit affektiven Störungen genannt. Angst bewältigen (Z4) stand bei Patienten mit Angststörungen im Vordergrund. Die Bewältigung von Lebensereignissen (Z6) wurde von Patienten mit Anpassungsstörung hervorgehoben. Patienten mit Persönlichkeitsstörung nannten häufiger die Kategorien Z7 (Selbstvertrauen stärken) und Z8 (mit sich in Einklang kommen) und Z15 (Kontaktfähigkeit/Umgang mit anderen Menschen verbessern). Bei den restlichen Kategorien (Z1, Z9, Z10, Z11, Z13, Z14, Z16, Z17 und Z18) konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

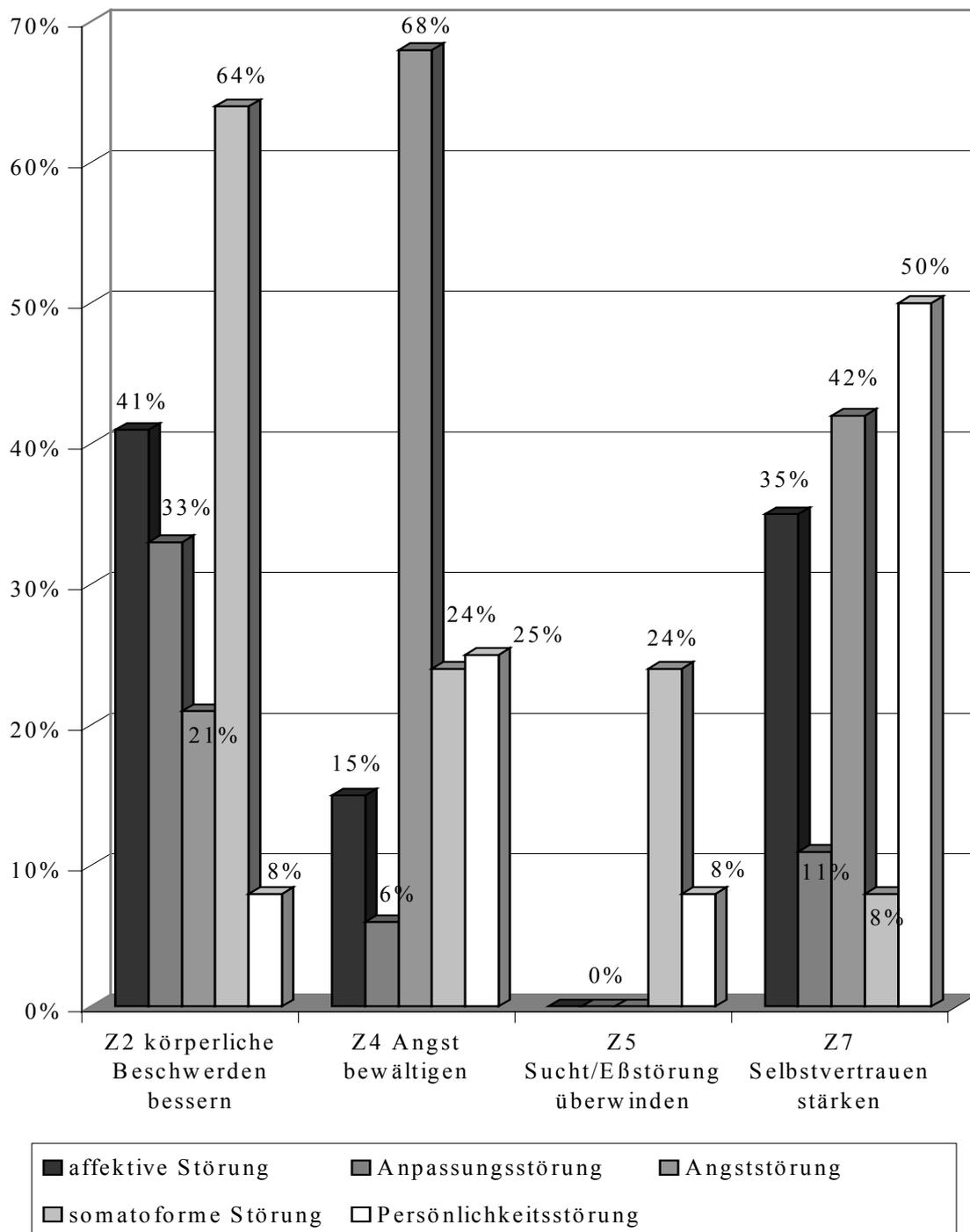
Abb. 8 verdeutlicht im direkten Vergleich die prozentuale Häufigkeit der Zielkategorien, für die das Signifikanzniveau im χ^2 -Test kleiner als 0.01 ausfiel, nämlich Z2 (körperliche Beschwerden bessern), Z4 (Angst bewältigen), Z5 (Sucht/Eßstörungen überwinden) und Z7 (Selbstvertrauen stärken).

Betrachtet man wie bei den Problemkategorien in der Grafik den Bereich Z4 (Angst bewältigen), so stellt man fest, daß dieser von Patienten mit einer Angststörung mit 68% am häufigsten genannt wurde. Dagegen gaben nur 25% der Patienten mit Persönlichkeitsstörung und 24% der Patienten mit somatoformer Störung in den Klartextangaben das Ziel der Angstbewältigung an.

Tab. 21: Absolute und prozentuale Häufigkeit der einzelnen Zielkategorien für die fünf Störungsgruppen sowie für die Gesamtgruppe (Chi²-Test)

Item	Kategorie	Affektive Störungsgruppe n = 34		Anpassungs- störung n = 18		Angst- störung n = 19		Somatoforme Störung n = 25		Persönlichkeits- störung n = 12		Gesamt n = 108		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Z1	Gesundheit erlangen	1,0	2,9	0,0	0,0	2,0	10,5	2,0	8,0	0,0	0,0	5,0	4,6	0,432
Z2	Körperl. Beschw. bessern	14,0	41,2	6,0	33,3	4,0	21,1	16,0	64,0	1,0	8,3	41,0	38,0	0,006
Z3	Depressive Beschw. bessern	12,0	35,3	3,0	16,7	1,0	5,3	2,0	8,0	1,0	8,3	19,0	17,6	0,020
Z4	Angst bewältigen	5,0	14,7	1,0	5,6	13,0	68,4	6,0	24,0	3,0	25,0	28,0	25,9	0,000
Z5	Sucht/Eßstör. überwinden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,0	24,0	1,0	8,3	7,0	6,5	0,001
Z6	Bewält. v. Lebensereignissen	5,0	14,7	7,0	38,9	1,0	5,3	2,0	8,0	2,0	16,7	17,0	15,2	0,040
Z7	Selbstvertrauen stärken	12,0	35,3	2,0	11,1	8,0	42,1	2,0	8,0	6,0	50,0	30,0	27,8	0,010
Z8	Einklang mit sich	3,0	8,8	2,0	11,1	3,0	15,8	1,0	4,0	5,0	41,7	14,0	13,0	0,024
Z9	Sich selbst erkennen	0,0	0,0	3,0	16,7	1,0	5,3	1,0	4,0	1,0	8,3	6,0	5,6	0,163
Z10	Gefühle ausdrücken	2,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	4,0	0,0	0,0	3,0	2,8	0,600
Z11	Ruhe/Gelassenheit finden	3,0	8,8	4,0	22,2	4,0	21,1	1,0	4,0	1,0	8,3	13,0	2,0	0,264
Z12	Lebensfreude/Glück erlangen	12,0	35,3	3,0	16,7	1,0	5,3	2,0	8,0	1,0	8,3	19,0	17,6	0,020
Z13	Freiheit/Selbstbestimmung	2,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	16,7	4,0	3,7	0,075
Z14	Sonstige Ziele	6,0	17,6	0,0	0,0	3,0	15,8	2,0	8,0	0,0	0,0	1,0	10,3	0,193
Z15	Kontaktfähigkeit/Umgang	9,0	26,5	2,0	11,1	0,0	0,0	2,0	8,0	4,0	33,3	17,0	15,7	0,030
Z16	Familiäre Situation/Partner	5,0	14,7	5,0	27,8	0,0	0,0	3,0	12,0	3,0	25,0	16,0	14,8	0,144
Z17	Berufliche Ziele	3,0	8,8	1,0	5,6	0,0	0,0	4,0	16,0	2,0	16,7	10,0	9,3	0,358
Z18	Gefühle regulieren	1,0	2,9	2,0	11,1	1,0	5,3	0,0	0,0	1,0	8,3	5,0	4,6	0,472

Abb. 8: Vergleich der prozentualen Häufigkeiten der Angaben Z2 (körperliche Beschwerden bessern), Z4 (Angst bewältigen), Z5 (Sucht/Eßstörung überwinden) und Z7 (Selbstvertrauen stärken) bei den fünf Störungsgruppen



5.9 Problemangaben und Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden

Nachdem bei dem Vergleich der Häufigkeiten der Problem- und Zielkategorien eine gewisse Diagnosespezifität aufgezeigt werden kann, ist von Interesse, ob sich auch die im SCL-90 erfassten körperlichen und psychischen Beschwerden in Zusammenhang mit den angegebenen Problemen bringen lassen, was für die Validität des Kategoriensystems sprechen würde (siehe Tab. 22)

Dazu werden vier Skalen des SCL-90 (Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit) mit entsprechenden Problemkategorien verglichen. Siehe dazu Tab. 21. Für die Skalen werden mit Hilfe des t-Tests Mittelwertunterschiede berechnet, je nachdem, ob das Problem angegeben wurde oder nicht.

Aus Tab. 22 ist ersichtlich, daß Patienten, die depressive Beschwerden als Problem angeben, signifikant höhere Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit aufweisen als Patienten, die keine depressiven Beschwerden in den Klartextangaben erwähnen. Die Belastung durch Zwanghaftigkeit ist bei Patienten, die Angaben zu Kategorie P10 (Sonstige Symptome/Zwänge/Autoaggression) machen, stärker ausgeprägt als bei Patienten, für die dies kein erwähnenswertes Problem darstellt. Bezüglich Somatisierung und körperlicher Beschwerden konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Da sich aber eine Tendenz abzeichnet, ist ein positives Ergebnis bei größeren Stichproben zu erwarten. Die beschriebenen Ergebnisse sprechen für die Validität des Categoriesystems.

Tab. 22: Problemangaben und psychische Beschwerden (n = 138; SCL-90-R; t-Test)

	Kategorie nicht angegeben		Kategorie angegeben			
<i>SCL-90-R-Skala</i>	<i>P1 körperliche Beschwerden</i>					
	n=51		n=87			
	M	SD	M	SD	t	p
<i>Somatisierung</i>	0,66	0,60	1,11	1,14	-2,64	0,09
	<i>P2 depressive Beschwerden</i>					
	n=99		n=39			
	M	SD	M	SD	t	p
<i>Depressivität</i>	1,27	0,85	2,08	0,88	-5	0,00
	<i>P3 Angst</i>					
	n=97		n=40			
	M	SD	M	SD	t	p
<i>Ängstlichkeit</i>	0,95	0,81	1,62	0,78	-4,4	0,00
	<i>P10 Sonstige Symptome/Zwänge/ Autoaggressionen</i>					
	n=97		n=40			
	M	SD	M	SD	t	p
<i>Zwanghaftigkeit</i>	0,95	0,81	1,62	0,78	4,41	0,00

6. Diskussion

Das Streben nach persönlichen Zielen verleiht dem Handeln von Menschen Struktur und Bedeutung (Baumeister, 1989), während das Fehlen von Zielbindungen Erfahrung von Sinnlosigkeit und Leere mit sich bringt (Wessman Ricks, 1966; Klinger, 1977). Therapieziele können als modellhafte Ziele betrachtet werden, an deren Beispiel Patienten Zielsetzung und Zielverfolgung erlernen und diese wiederum auf andere Ziele übertragen können, die sie verfolgen. Da jedoch die Ziele, welche eine Person verwirklichen möchte, vielfältig sind, dürfen die Therapieziele nicht isoliert betrachtet werden, sondern sollten in ihrer Einbettung in das System der Ziele, welche ein Patient hat, berücksichtigt werden (Pöhlmann et al. 2001). So verschieden und individuell die Therapieziele von Patienten sind, stellen sich auch die bisher erarbeiteten Methoden zu deren Erfassung dar (z. B. GAS, Kiresuk 1968; BIT, Grosse-Holthforth u. Grawe 2001; ITZ Heuft et al. 1995; GOALS Pöhlmann u. Brunnstein, 1997).

Mit diesem Hintergrund untersuchten wir - dem derzeitigen Forschungsinteresse an Therapiezielen Rechnung tragend - mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse die Therapieziele von Patienten. Dabei war es uns wichtig, der Vielgestaltigkeit der Therapieziele aus Sicht der Patienten Rechnung zu tragen und sie ohne großen Verlust von Sinnzusammenhängen und Zielinhalten einer empirischen Auswertung zugänglich zu machen.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die bereits beschriebene Studie von Faller und Goßler (1998) zu replizieren. Dabei war es von Interesse, ob das damals entwickelte Kategoriensystem bei erneuter Anwendung auch mit neuem Datenmaterial und Ratern, die teilweise nicht an der Entwicklung des Kategoriensystems beteiligt waren, zu vergleichbaren Ergebnissen kommt. Die durchgeführte qualitative Inhaltsanalyse erhebt den Anspruch auf Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit. Aus diesem Grund werden die durchlaufenen Schritte bei der inhaltsanalytischen Textbearbeitung detailliert beschrieben und somit die Interpretation offen gelegt.

Auf der Grundlage des bereits bestehenden Kategoriensystems (10 Problem- und 18 Zielkategorien) wurden in einem ersten Schritt vierzig Klartextangabe von Patienten codiert. Trotz der unterschiedlichen Vorerfahrung bezüglich inhaltsanalytischer Textanalyse konn-

ten die beiden Rater schon nach diesem Durchlauf zahlreiche zumindest als befriedigend einzuschätzende Interraterübereinstimmungen erreichen. Schlecht ausgefallene Werte der Übereinstimmung wurden aufgrund der fehlenden Erfahrung des einen Raters zunächst nicht als Ausdruck mangelnder Anwendbarkeit des Kategoriensystems gewertet. Wichtig war jedoch, die genaue Ursache der teilweisen schlechten Übereinstimmung zu klären. Es stellte sich heraus, daß es meist nicht eventuelle interpretatorische Diskrepanz war, die zu unterschiedlichen Codierungen geführt hatte, sondern daß diese oft durch formale Unklarheiten entstanden. In den Fällen, in denen es jedoch inhaltliche Unklarheiten und Diskrepanzen gab, galt es durch Diskussion und Verbesserungsvorschläge einen gemeinsamen Konsens zu finden und eventuell das Kategoriensystem dahingehend anzupassen und zu verändern. Die Kommunikation zwischen den beiden Ratern ermöglichte es, subjektive Anschauungen aufzudecken und somit den Einfluß der Interpretation auf die Codierung in einem klar definierten Rahmen zu halten. Die Bearbeitung weiterer Texte zeigte dann jeweils mit den erreichten oft guten oder sehr guten Interraterreliabilitäten den Erfolg der Modifikation des Kategoriensystems bzw. der Diskussionen. Auffallend war im Verlauf der Textcodierungen, daß vor allem solche Kategorien, die Wünsche der Patienten widerspiegeln, welche über die Beseitigung von Symptomen hinausgehen und versuchen, erweiterte Ziele abzubilden (wie z.B. die Kategorien Z6 „Probleme bewältigen“, Z8 „mit sich in Einklang kommen“, Z9 „sich selbst erkennen“), schwer zu fassen sind und anfangs eine noch nicht ausreichende Übereinstimmung der Rater zur Folge hatten. Durch genauere Beschreibung der Kategorien und deutlichere Abgrenzung zu anderen Kategorien wurde versucht, dies zu verbessern. Im Vergleich zur Vorstudie wurde ersichtlich, daß auch dort bei bestimmten Kategorien weniger Übereinstimmung erreicht wurde. Die Heterogenität und die nötige Interpretation des Inhalts dürfte die Ursache dafür sein, daß hier nur wenig Eindeutigkeit geschaffen werden konnte und es schwer ist, ein gemeinsames Verständnis für die betreffenden Kategorien zu entwickeln. Letztlich konnte jedoch für alle Kategorien bis auf Z8 („mit sich in Einklang kommen“), Z13 („Freiheit und Selbstbestimmung erlangen“) und Z14 („Sonstige“) eine mindestens zufriedenstellende Übereinstimmung erreicht werden. Das heißt, daß mit Hilfe der Diskussion, dem theoretischen Verständnis und den individuellen Vorstellungen der Rater angemessene Lösungen für aufgetauchte Schwierigkeiten

gefunden und die Modifikation des Kategoriensystems nachvollziehbar und erfolgreich durchgeführt wurden. Dies bedeutet jedoch nicht, daß der so entstandene Codierleitfaden unveränderlich und mit exakt den gleichen Ergebnissen von anderen Forschern angewendet werden muß. Vielmehr ist eine Veränderung vorstellbar, die jedoch durch regelgeleitetes Vorgehen und Transparenz die Forderungen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllen sollte.

Häufigkeiten Die Auswertung der Problemkategorien erfolgte zunächst unter Berücksichtigung der Nennungen insgesamt. Dabei ergaben sich folgende Häufigkeiten: Am häufigsten wurde in die Kategorien P1 „körperliche Beschwerden“ (34%), P8 „interpersonelle Probleme“ (14%), P2 „depressive Beschwerden“ (12%) und P3 „Angst“ (10%) codiert. Die restlichen Kategorien bewegen sich zwischen 3% und 10%.

Betrachtet man, wieviele Patienten entsprechende Kategorien jeweils einmal genannt haben, also Mehrfachnennungen unberücksichtigt läßt, ergeben sich ähnliche Verhältnisse. 62% der Patienten machten Angaben, die in die Kategorie „körperliche Beschwerden“ fallen. Weitere 36% der Patienten gaben „interpersonelle Probleme“ an. 30% nannten „Angst“ und 28 % gaben „depressive Beschwerden“ an.

Bei den Zielen wurde am häufigsten in die Kategorie Z2 „körperliche Beschwerden bessern“ (23%) codiert. Am zweithäufigsten wird dann schon die Kategorie Z7 „Selbstvertrauen stärken“ (10 %) benötigt, um die Patientenangaben einzuordnen. Es folgen die Kategorien Z4 „Angst“ bewältigen, Z12 „Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit“ und Z15 „Kontaktfähigkeit/Umgang mit anderen Menschen“ mit jeweils 7%.

Läßt man bei Betrachtung der Ziele Mehrfachnennungen der einzelnen Patienten unberücksichtigt, zeigt sich eine ähnliche Aufteilung. 38% der Patienten streben eine Besserung ihrer körperlichen Beschwerden an. An zweiter Stelle stehen mit 27% die Patienten, die das Ziel Selbstvertrauen zu stärken (Z7) angaben. 20% der Patienten gaben als Ziel Angstbewältigung (Z4) an.

Die Ergebnisse decken sich weitgehend mit der Studie von Faller und Goßler (1998), welche wiederum auf die ähnlichen Ergebnisse von Schneider et al. (1990), Heuft et al. (1996) und Adler et al. (1996) hinwies. Eine Ausnahme bildet das Ziel „Besserung körperlicher Beschwerden“ (Z2), welches in der Vorläuferstudie bedeutend weniger häufig genannt wurde, hier jedoch als eines der wichtigsten Ziele erschien. Der hohe Frauenanteil und das im Durchschnitt niedrige Alter der Patienten hatten vermuten lassen, daß die auf Milderung körperlicher Beschwerden ausgerichteten Ziele eher unterrepräsentiert sein würden. Eventuell ist der Grund für die Häufigkeit der genannten Zielangaben in der Tatsache begründet, daß in der vorliegenden Studie mehr Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung zu finden sind. Dies würde jedoch nicht erklären, warum in beiden Studien Probleme bezüglich körperlicher Schwierigkeiten mit am häufigsten genannt werden. Die unterschiedlichen Fragestellungen der Studien (s.u.) bezüglich der Probleme und Ziele waren möglicherweise ursächlich daran beteiligt, daß Patienten die von ihnen gewünschten Ziele in der vorliegenden Studie noch einmal explizit erwähnten, statt, wie bei der Vorläuferstudie vermutlich geschehen, diese als selbstverständlich erachteten Behandlungsmaßnahmen nicht mehr extra aufzuführen. So wurden die Patienten in der vorangegangenen Studie allein durch die Frage: „Was möchten Sie erreichen?“ aufgefordert, ihre Ziele zu formulieren. Dies könnte dazu geführt haben, daß die Patienten implizit zu einer Formulierung positiver Ziele, die weniger auf die Beseitigung von Beschwerden gerichtet sind, geführt wurden. Die zusätzliche Vorgabe im Antwortschema der Probleme und Ziele in der vorliegenden Studie in Form von 1. bis 5. Problem bzw. 1. bis 5. Ziel forderte den Patienten möglicherweise eher dazu auf, zu den vorangegangenen Problemangaben analog zu antworten und somit auch implizite Ziele ausdrücklich zu erwähnen. Eventuell ist auch die Zahl der Patienten, die sich wegen eines Gutachtens für eine gastric banding Operation in der psychotherapeutischen Ambulanz vorstellten, ursächlich an der im Vergleich zur Vorstudie höheren Anzahl der auf körperliche Beschwerden bezogenen Ziele beteiligt.

Erweiterte Ziele Faller et al. (1998) wiesen in einer Analyse der Gesundheitsvorstellung bei Psychotherapeuten darauf hin, daß nicht allein defizitorientierte, auf Bewältigung von Symptomen ausgerichtete Ziele für Patienten erstrebenswert waren, sondern auch das Er-

reichen übergeordneter Ziele. Auch Caspar (1999) stellte bei seiner Studie fest, daß es bei den Zielen zwar einerseits um Konkretes, Verhaltensnahes, aber eben auch um Einsichten geht. Diese Ziele können wie in der Studie von Heuft et al. (1996) bei der Therapieevaluation leicht vernachlässigt werden. So wird in der genannten Studie das Ziel „Lebenszufriedenheit erlangen“ unter den fünf wichtigsten Zielen von den Patienten genannt. Dementsprechende Zielvorstellungen wurden dagegen aus Sicht der Therapeuten nicht einmal erwähnt, obwohl schon Finke et al. (1995) darauf hinwiesen, daß Ziele wie „Lebensbejahung“ und „Selbstvertrauen“ insgesamt gesehen die wichtigste Rolle in einer therapeutischen Behandlung spielen. Um der Bedeutung dieser positiv formulierten Ziele Rechnung zu tragen, werden in der vorliegenden Arbeit Ziele, die über den Wunsch von Milderung der Beschwerden hinausgehen, in der Gruppe der erweiterten Ziele zusammengefaßt und Zusammenhänge zu verschiedenen im diagnostischen Prozeß wichtigen Variablen geprüft. Die Gruppe vereinigt Zielkategorien wie „Selbstvertrauen stärken“, „mit sich in Einklang kommen“, „sich selbst erkennen“, „Gefühle ausdrücken/zulassen“, „Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen“ und „Freiheit und Selbstbestimmung erlangen“. Von den insgesamt 429 Zielangaben fielen 30,8% in die beschriebenen Gruppe.

Diagnosespezifität Die oben beschriebenen Ergebnisse bezüglich der Interraterübereinstimmung lassen auf eine Anwendbarkeit des Kategoriensystems durch neue Rater und auf neues Datenmaterial schließen. Setzt man die Validität der ICD-10-Kategorien voraus, welche wegen beträchtlicher Komorbiditätsraten z.B. von Dilling und Freyberger (1994) als unzureichend bezeichnet wird, können bezüglich der Validität des Kategoriensystems ebenfalls positive Ergebnisse gefunden werden. So zeigte die Prüfung von Unterschieden der Häufigkeiten von Problemen und Zielen zwischen den diagnostischen Störungsgruppen eine gewisse Diagnosespezifität. Patienten mit somatoformer Störung nennen z. B. häufiger „körperliche Beschwerden“ sowie Probleme im Bereich „Sucht und Eßstörung“. „Depressive Beschwerden“ werden häufiger von Patienten mit affektiver Störung geäußert. Angstpatienten nennen häufiger das Problem „Angst“. Patienten mit Anpassungsstörung und Persönlichkeitsstörung äußern eher „selbstbezogene und interpersonelle“ Probleme.

Auch bei den Zielangaben konnte eine partielle Diagnosespezifität aufgezeigt werden. Analog zu den Problemen gaben Patienten mit somatoformer Störung häufiger Ziele an wie

„körperliche Beschwerden bessern“ und „Sucht und Eßstörung überwinden“ zu wollen. Die Ziele „depressive Beschwerden bessern“ und „Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen“ wurden von Patienten mit affektiver Störung gehäuft angegeben. Für Angstpatienten spielt Angst bewältigen die größte Rolle. Patienten mit Anpassungsstörung war die „Bewältigung von Lebensereignissen“ wichtig. „Selbstvertrauen stärken“, „mit sich in Einklang kommen“ und „besseren Umgang mit anderen Menschen“ zu erreichen stand bei Patienten mit Persönlichkeitsstörung im Vordergrund.

Die teilweise gefundene Diagnosespezifität bezieht sich größtenteils auf konkrete defizitbezogene Kategorien. Bei den eher positiv formulierten, gesundheitsbezogenen Erwartungen scheint es sich um diagnoseübergreifende wichtige Psychotherapieziele zu handeln. Wie schon 1977 von Strupp und Hadley formuliert, scheint Psychotherapie für die Patienten nicht allein ein Mittel zur Besserung ihrer Beschwerden zu sein, sondern auch ein Weg zur Verwirklichung übergeordneter Ziele wie „besseres Selbstverständnis“, „höhere Lebenszufriedenheit und Autonomie“. In der von uns gebildeten, zuvor beschriebenen, Gruppe der erweiterten Ziele sind Kategorien zusammengefaßt, die diagnoseunspezifisch sind („sich selbst erkennen“, „Gefühle ausdrücken“, „Ruhe/Gelassenheit finden“, „Freiheit/Selbstbestimmung erlangen“), was dafür spricht, daß die gebildete Gruppe solche Kategorien widerzuspiegeln vermag, die auf ein allgemeines Konzept seelischer Gesundheit schließen lassen, wie es zum Beispiel von Gadamer (1996) und Faltermaier (1994) beschrieben wurde.

SCL-90-R Daneben sprechen auch die Zusammenhänge der Probleme und Ziele mit den im *SCL-90-R* erfaßten körperlichen und psychischen Beschwerden der Patienten für die Validität des Kategoriensystems. Patienten, die „depressive Beschwerden“ als Problem angeben, weisen eine höhere Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit aus. Die Belastung durch Zwanghaftigkeit geht mit der Angabe von Problemen der Kategorie P10 („sonstige Symptome/Zwänge/Autoaggression“) einher.

Schon Faller und Goßler (1998) konnten Hinweise finden, daß das entwickelte Kategoriensystem sensibel und wenig anfällig für Konfundierungen ist. Durch die hier beschriebenen Ergebnisse kann dies nun untermauert werden.

Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens Daß die Patienten durch das Erstgespräch mit dem Therapeuten beeinflusst werden und so die Aussagekraft der eben erläuterten Ergebnisse geschwächt wird, kann zumindest insoweit ausgeschlossen werden, als daß wir feststellten, daß Patienten, die den Fragebogen nach dem Erstgespräch ausfüllen, nicht mehr erweiterte Ziele angeben als Patienten, die den Bogen schon vorher beantwortet haben. Eher entstand die Vermutung, daß Patienten, die den Bogen vor dem Erstgespräch ausfüllen, mehr erweiterte Ziele angeben. Dies könnte Ergebnissen Caspars (1999) Rechnung tragen, der in einer Untersuchung zu Therapiezielen im Erstgespräch feststellte, daß Therapieziele weder im therapeutischen Dialog noch im Denken der Therapeuten sehr häufig auftreten und es überwiegend die Patienten waren, die über Ziele sprachen. In einer neuen Studie wäre dies hypothesengeleitet zu prüfen.

Bei der Prüfung der soziodemographischen Daten auf Zusammenhänge mit der Gruppe der erweiterten Ziele wurden das Geschlecht, das Alter und die Schulbildung betrachtet.

Geschlecht Die Vermutung, daß sich Frauen und Männer hinsichtlich der Häufigkeit, mit der sie erweiterte Ziele nennen, unterscheiden, konnte in der vorliegenden Studie überraschenderweise nicht bestätigt werden. Zwar konnte auch Faller (1998) bezüglich Behandlungserwartung und Geschlecht keine Unterschiede feststellen, doch wurde bei dieser Studie die Behandlungserwartung mittels vorgegebener Items geprüft, welche aufgrund der Reaktivität des Instruments eventuelle Unterschiede maskieren können. Eine qualitative Studie (Faller und Göbner 1998) erbrachte, daß Männer häufiger das Ziel „verbesserte Kontaktfähigkeit“ angaben. Einschränkend wurde jedoch auf die möglicherweise zufällig entstandenen Ergebnisse hingewiesen. Schneider et al. (1990) stellten fest, daß Männer eher eine organmedizinische Behandlung anstreben als Frauen. Der Rückschluß, daß Frauen auch häufiger erweiterte Ziele angeben, scheint daraus und aus den Ergebnissen von Rudolf und Stratmann (1989), welche Frauen eine höhere soziale Kompetenz zuschreiben, jedoch nicht möglich zu sein. Eine andere Erklärungsmöglichkeit für die weitgehende Homogenität der beiden Gruppen ist die Tatsache, daß die Patienten beiderlei Geschlechts mit dem Vorsatz, eventuell eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen, zum Erstgespräch kamen, sie sich also sehr wahrscheinlich schon mit psychischen Proble-

men auseinandergesetzt hatten. Somit handelt es sich gewissermaßen um ein vorselektiertes Kollektiv.

Schulbildung Bezüglich der Schulbildung konnten ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge gefunden werden. Auch hier gilt es zu bedenken, daß die Gruppe vorselektiert ist und es zum Beispiel auch eine Rolle spielen könnte, ob Patienten mit gleichen Beschwerden, aber unterschiedlicher Schulbildung mit gleicher Häufigkeit psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen würden. Auch Nübling (1992) stellte fest, daß Patienten mit niedrigerem Schulabschluß höhere Werte hinsichtlich der Verleugnung psychische Hilfsbedürftigkeit aufweisen. Einen möglicher Hinweis auf Unterschiede diesbezüglich gibt die größere Anzahl von Patienten mit höherer Schulbildung in unserer Studie. Faller (1998) konnte in der Studie zu Behandlungserwartung feststellen, daß der Wunsch nach einer somatischen Behandlungserwartung umso stärker ist, je niedriger die Schulbildung ist. Die Folgerung, daß die fehlende Angabe von somatischen Zielen eventuell eine Angabe von erweiterten Zielen begünstigt, scheint hinfällig. Jedoch könnten auch die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente der beiden Studien einen Vergleich erschweren. Die schwache Tendenz, die sich beim Vergleich der Schultypen abzeichnet, könnte die Prüfung eventuell bei einer größeren Stichprobe signifikant werden lassen.

Alter Bestätigt wurde in unserer Studie die Vermutung, daß die Patienten, die erweiterte Ziele angeben, im Durchschnitt jünger sind, was die Ergebnisse von Faller (1998) und Peters und Löwenberg (1993) untermauert. Ob dies daran liegt, daß ältere Menschen eventuell tatsächlich mehr körperliche Beschwerden haben und somit eher das Bestreben, diese zu beseitigen, oder ob zum Beispiel ein unterschiedliches Selbstkonzept oder unterschiedliche Lebensphasen mit anderen gesellschaftlichen Anforderungen ursächlich sind, bleibt zu diskutieren.

Ursachenvorstellung/Behandlungserwartung Faller (2000) stellte in seiner Studie zu Therapiezielen und Indikation fest, daß zwischen den Ursachenvorstellungen bzw. Behandlungserwartungen von Patienten und den Therapiezielen plausible Zusammenhänge bestehen. Einschränkend wies er jedoch darauf hin, daß die mittels eines Fragebogens erhobenen Zielangaben relativ undifferenziert seien und die Angaben möglicherweise aufgrund der Reaktivität des Erhebungsverfahrens nicht von hoher subjektiver Relevanz seien. Aus die-

sem Grund war von Interesse, ob die in der vorliegenden Studie mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse erhaltenen Zielkategorien vergleichbare Ergebnisse erbringen. Es konnte festgestellt werden, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, stärker ausgeprägte intrapsychische und biographische Ursachenvorstellungen haben als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben. Bestimmte Ursachenvorstellungen führen also möglicherweise zu bestimmten Zielvorstellungen. Faller (1997) konnte in einer Studie zu subjektiven Krankheitstheorie feststellen, daß sich die Behandlungserwartung aus den Ursachenvorstellungen ableiten lassen: In demjenigen Bereich, wo die Ursache einer Störung vermutet wird, sollen auch die Interventionen zu ihrer Veränderung ansetzen. Die Gruppe der erweiterten Ziele stellt hier eventuell ein Bindeglied dar.

Bei den Behandlungserwartungen wurden keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen festgestellt. Somatisch-passive Erwartungen scheinen jedoch von Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben, tendenziell häufiger genannt zu werden. Es bestehen also logische Zusammenhänge zwischen der Behandlungserwartung, der Ursachenvorstellung und der Gruppe der erweiterten Ziele.

Dies könnte als Hinweis gewertet werden, daß die Gruppe der erweiterten Ziele einen Bestandteil der subjektiven Krankheitstheorie darstellt und somit Einfluß auf die Indikation, das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung haben könnte.

Therapeutische Arbeitsbeziehung Die Erfolgsaussichten einer psychotherapeutischen Behandlung sind für den Patienten um so besser, je besser die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung ist. Es war deshalb von großem Interesse, ob die Angabe von erweiterten Zielen einen Einfluß auf die vom Diagnostiker beurteilte therapeutische Arbeitsbeziehung ausübt. Schon Faller und Goßler (1998) konnten Hinweise darauf finden, daß positiv formulierte Ziele die therapeutische Arbeitsbeziehung beeinflussen. In der hier vorgestellten Studie konnte gezeigt werden, daß diejenigen Patienten, die erweiterte Ziele angeben, signifikant höhere Werte in der Beurteilung der therapeutischen Arbeitsbeziehung erhalten. Somit scheint die Angabe erweiterter Ziele eine günstige Voraussetzung für ein gemeinsames therapeutisches Arbeiten zu sein und dadurch den diagnostischen Prozeß mitzubestimmen. Die Gruppe der erweiterten Ziele scheint also Ziele abzubilden, welche den Patienten beim

Therapeuten als therapiefähiger bzw. motivierter erscheinen lassen. So sind die zusammengefaßten Kategorien möglicherweise in der Lage, Ziele eines Patientenkollektivs zu repräsentieren, die einer psychotherapeutischen Behandlung offener gegenüberstehen, weil sie eben nicht nur einzelne Symptome kurieren wollen.

Gegenübertragung Eng mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung verknüpft ist die emotionale Gegenübertragung (vgl. Faller und Rudolf 1998). Sie ist - als unmittelbar subjektive Reaktion auf den Patienten - von der therapeutischen Arbeitsbeziehung abzugrenzen (Faller, 1999) und weist Bezüge zu Kompetenzen, Defiziten und zum Krankheitsbild des Patienten auf. Es galt zu überprüfen, ob die Angabe erweiterter Ziele Anteile an dieser Reaktion haben. Wir stellten fest, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, höhere Werte auf der Skala Sympathie erreichen als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben. Tendenziell erreichte die erstgenannte Gruppe auch höhere Werte auf der Skala Hilfsbereitschaft. Kein Unterschied fand sich in bezug auf das Gefühl Ärger. Somit vermag die Angabe erweiterter Ziele positive Gefühle beim Therapeuten auszulösen. Werden keine erweiterten Ziele angegeben, löst dies jedoch nicht vermehrt Ärger aus. Die Gruppe der erweiterten Ziele bildet damit möglicherweise Ziele ab, die sich in ihrer Qualität von den anderen genannten Zielen unterscheiden, was einen Hinweis auf deren inhaltliche Homogenität liefert. Berücksichtigt man, daß die Angabe der erweiterten Ziele meist erst nach dem Erstgespräch erfolgt, also der Therapeut unter Umständen beim Erstgespräch noch keine Kenntnis von den geäußerten Ziele hat, liegt die Vermutung nahe, daß sich mit Hilfe der Gruppe der erweiterten Ziele solche Ziele abbilden lassen, die als Indikator für die Eignung eines Patienten für Psychotherapie gelten können. Die Angabe erweiterter Ziele muß dabei aber nicht per se zu einer besseren therapeutischen Arbeitsbeziehung oder Gegenübertragung führen, vielmehr scheint die Gruppe der erweiterten Ziele, neben anderen Merkmalen im therapeutischen Gespräch, über die Beeinflussung der therapeutischen Arbeitsbeziehung und Gegenübertragung als ein Einflußfaktor für die Eignung des Patienten zu Psychotherapie zu gelten.

Weiterbehandelnde Institution Unterschiede bezüglich der Therapieziele und der weiterbehandelnden Institutionen, wie sie Faller (2000) bei einer Studie mit Fragebogenangaben fand, konnten in der hier vorliegenden Studie nicht gefunden werden. Die Angabe erwei-

terter Ziele führte nicht zu einer bevorzugten Behandlung in der eigenen Institution oder bei einem niedergelassenen Therapeuten. Hier scheinen andere Faktoren eine wichtigere Rolle zu spielen.

Einschränkungen Aufgrund der relativ geringen Rücklaufquote (58,8 %) bei den Patientenbögen ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Dies ist wohl teilweise auf organisatorische und Motivationsprobleme in der Anfangsphase der umfangreichen Basisdokumentation zurückzuführen.

Schon Faller und Goßler (1998) wiesen darauf hin, daß ein Unterschied zwischen den Problemen und Zielen besteht, die ein Patient tatsächlich hat, und denjenigen, die auf einem Fragebogen zu Papier gebracht werden. Die Ergebnisse der Studie treffen also möglicherweise nur auf solche Patienten zu, die einerseits bereit und andererseits in der Lage sind, ihre tatsächlichen Probleme und Ziele schriftlich wiederzugeben.

Betrachtet man die soziodemographischen Daten, finden sich Hinweise auf eine gewisse Selektivität. So stellten wir fest, daß Patienten, die den Selbsteinschätzungsbogen abgaben, im Durchschnitt jünger sind als die Patienten, die keinen Bogen abgaben. Dadurch könnte es zum Beispiel zu einer Überrepräsentation von weniger defizitorientierten Zielen gekommen sein, was wiederum die Gruppe der erweiterten Ziel beeinflußt haben könnte. Zu diskutieren wären in diesem Zusammenhang die Ergebnisse bezüglich Alter der Patienten und der Gruppe der erweiterten Ziele. Dort zeigte sich, daß die Gruppe derer, die erweiterte Ziele angeben, in Durchschnitt jünger sind als solche, die dies nicht tun.

Zusammenfassung Die Häufigkeiten von Problem- und Zielangaben entsprechen denen der Vorläuferstudie sowie u. a. den Ergebnissen von Schneider et al. (1990), Heuft et al. (1996) und Adler et al. (1996). Ziele, welche die Beseitigung von körperlichen Beschwerden betreffen, kamen in der vorliegenden Studie häufiger vor. Bei den Problem- und Zielangaben konnte neben den Zusammenhängen mit den, mittels des SCL-90R erfaßten, körperlichen und psychischen Beschwerden eine partielle Diagnosespezifität gefunden werden, die sich größtenteils auf konkrete defizitorientierte Kategorien bezogen.

Die gebildete Gruppe der erweiterten Ziele vereinigt übergeordnete, nicht allein defizitorientierte Ziele, welche diagnoseunspezifisch sind. Es lassen sich positive Beziehungen

zur Gegenübertragung und therapeutischen Arbeitsbeziehung aufzeigen. Das Erstgespräch scheint dabei keinen förderlichen Einfluß auf die Nennung erweiterter Ziele zu haben. Ebenso fand sich kein Unterschied bezüglich Schulbildung bzw. Geschlecht und der Gruppe der erweiterten Ziele. Bezüglich des Alters konnte festgestellt werden, daß jüngere Patienten häufiger erweiterte Ziele angeben als ältere. Auch die Ursachenvorstellungen der Patienten stehen im Zusammenhang mit den erweiterten Zielen. So haben Patienten, die erweiterte Ziele angeben, stärker ausgeprägte intrapsychische und biographische Ursachenvorstellungen. Bei den Behandlungserwartungen konnten Tendenzen festgestellt werden. Somatisch passive Behandlungserwartungen werden demnach tendenziell häufiger von Patienten genannt, die keine erweiterten Ziele angeben. Das von Faller und Goßler erstellte Kategoriensystem ermöglicht eine empirische Bearbeitung der Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Es zeigt sich, daß das Manual auch von Ratern genutzt werden kann, die nicht an dessen Erstellung beteiligt waren und genügt der Forderung nach Objektivität, Validität und Reliabilität.

Konsequenzen für die Forschung und Praxis Durch standardisierte Erfassung der Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten können einzelne Patienten, aber auch ganze Patientengruppen, untereinander verglichen werden (Vgl. Grosse Holtforth, 2001). Gerade auf der Ebene der Therapieziele ist dies für die zukünftige Forschung zum Beispiel im Zuge von Qualitätssicherung von Bedeutung. Die Klärung möglicher Zusammenhänge zwischen Therapieziel und -erfolg kann mit Hilfe dieser standardisierten individualisierten Therapieziel-erfassung unterstützt werden, da hier die gesamte Bandbreite möglicher Patienten Anliegen und nicht nur Symptombelastung durch Fragebögen erfaßt werden. Von Interesse wäre außerdem ein Vergleich zwischen den Zielen der Patienten und denen der Therapeuten. Auch für die Therapie an sich können sich, abhängig von den vorgebrachten Therapiezielen, verschiedenen Konsequenzen ergeben. So kann der Therapeut zum Beispiel die von ihm als maximal förderungswürdig betrachteten Ziele mit den vom Patient vorgebrachten Zielen vergleichen und mögliche Differenzen im Vorfeld klären oder den Patienten im Hinblick auf hilfreichere Therapieziele motivieren (Vgl. Berking et al. 2001).

7. Zusammenfassung

Ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit war, die Studie über die Erstellung eines Kategoriensystems von Faller und Goßler (1998) zu replizieren.

Dabei war es uns vor allem wichtig, eine Methode der Therapiezielerfassung aufzuzeigen, die auf der Basis von Klartextaussagen von Patienten arbeitet und nicht auf das Instrument der Fragebögen zurückgreifen muß. Es war unser Ziel, die Vielseitigkeit der Therapieziele aus Sicht der Patienten in ihrer Heterogenität und Individualität zu erhalten und sie einer empirischen Auswertung zugänglich zu machen.

Für die hier besprochene Arbeit lagen von 152 Patienten Angaben zu ihren Problemen und Zielen vor. Nach einem Ratertraining erfolgte die Codierung der Klartextangaben mittels des vorbestehenden Kategoriensystems. Dabei konnten ähnliche Interraterübereinstimmungen wie in der Vorstudie erreicht werden. Die endgültige Fassung des Kategoriensystem wurde nach sukzessivem Überprüfen und Verbessern erstellt.

Am häufigsten werden unter den Problemen „körperliche Beschwerden“, „interpersonelle Probleme“, „depressive Beschwerden“ und „Angst“ genannt. Bei den Zielen stehen die Kategorien „körperliche Beschwerden bessern“ mit 23% aller Zielangaben und „Selbstvertrauen stärken“ mit 10% aller Angaben im Vordergrund.

Betrachtet man die Häufigkeiten unter der Vorgabe, daß Mehrfachnennungen unberücksichtigt bleiben, also eine Kategorie pro Patient nur einmal gezählt wird, ergibt sich ein ähnliches Bild.

Zwischen den diagnostischen Störungsgruppen fanden sich Unterschiede in den Problem- und Zielangaben der Patienten. So nennen z.B. Patienten mit somatoformer Störung häufiger die Kategorien „körperliche Beschwerden“ und „Sucht/EBstörung“. Auch bei den Zielangaben ergab sich eine partielle Diagnosespezifität. Beispielsweise waren für Patienten mit affektiven Störungen die Ziele „Depressive Beschwerden bessern“ und „Lebensfreude/Glück erlangen“ von großer Bedeutung.

Neben der eben beschriebenen Diagnosespezifität spricht auch der gefundene Zusammenhang der im SCL-90-R erfaßten körperlichen und psychischen Beschwerden mit den angegebenen Problemen für die Validität des Kategoriensystems. Patienten, die depressive Beschwerden als Problem angeben, weisen zum Beispiel eine höhere Belastung durch Depressivität und Ängstlichkeit auf.

Zielkategorien, in denen Ziele zum Ausdruck kommen, die über eine Beseitigung von Beschwerden im engeren Sinne hinausgehen, wurden in der Gruppe der erweiterten Ziele zusammengefaßt. Die gebildete Gruppe beinhaltet folgende Ziele: „Selbstvertrauen stärken“, „mit sich in Einklang kommen“, „sich selbst erkennen“, „Gefühle ausdrücken/zulassen“, „Ruhe/Gelassenheit finden“, „Lebensfreude/Glück/Zufriedenheit erlangen“ und „Freiheit/Selbstbestimmung erlangen“. Sie machen 30,8% aller Zielangaben aus.

Frauen und Männer unterscheiden sich hinsichtlich der Angabe erweiterter Ziele nicht. Auch die Schulbildung scheint keinen Einfluß auszuüben. Es konnte jedoch festgestellt werden, daß jüngere Patienten häufiger erweiterte Ziele angeben.

Die Vermutung, daß Patienten, die den Fragebogen erst nach dem Erstgespräch ausfüllen, mehr erweiterte Ziele nennen, bestätigte sich nicht.

Bezüglich der Ursachenvorstellung wurde festgestellt, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, eine stärker ausgeprägte intrapsychische und biographische Ursachenvorstellung haben als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben. Keine eindeutigen Ergebnisse fanden sich bei der Behandlungserwartung. Tendenziell haben die Patienten, die keine erweiterte Ziele angeben, höhere Werte bei der somatisch-passiven Behandlungserwartung als Patienten, die erweiterte Ziele angeben.

Hinsichtlich der therapeutischen Arbeitsbeziehung konnte die Erwartung bestätigt werden, daß Patienten, die erweiterte Ziele angeben, höhere Werte in der Beurteilung dieser erhalten als Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben.

Vergleicht man die Gruppen derer, die erweiterte Ziele angeben mit denen, die dies nicht tun, stellt sich bei Betrachtung der Gegenübertragung heraus, daß die erstgenannte Gruppe

auf der Skala Sympathie signifikant und auf der Skala Hilfsbereitschaft tendenziell höher liegt.

Nicht bestätigt wurde die Erwartung, daß Patienten mit erweiterten Zielen eher eine Therapie in der eigenen Institution oder bei einem nieergelassenen Therapeuten angeboten wird als denjenigen Patienten, die keine erweiterten Ziele angeben.

Methodische Einschränkungen ergeben sich aus der Art der Datenerhebung, der geringen Rücklaufquote seitens der Patienten und der Vorselektion des Kollektivs.

Im Zuge der gestiegenen Bedeutung von Qualitätssicherung und Therapieevaluation wäre es überdenkenswert, ob nicht die Kategorisierung von Klartextangaben der Patienten in die Basisdokumentation aufgenommen werden sollte. Außerdem wäre die generelle Forderung nach einer Therapiezieldefinition vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung erfüllt. Des weiteren wäre es von Interesse, ob bestimmte Therapieziele, zum Beispiel die Gruppe der erweiterten Ziele, mit dem Therapieoutcome in Zusammenhang stehen.

Literaturverzeichnis

ADLER Y., RAUCHFLEISCH U., MÜLLEJANS R. (1996). Die Bedeutung der Konzepte zu Krankheitsursache und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. PPM-P Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 46, 321-326

ALBERTI L. (1994). Von qualitativer zur quantitativen Forschung. In: Faller H., Frommer J. (Hrsg.). Qualitative Psychotherapieforschung, Roland Asanger Verlag, Heidelberg 1994, 53-56

AMBÜHL H., STRAUSS B. (1999). Therapieziele. Göttingen: Hogrefe

BAUMEISTER R.F. (1989). The problem of life's meaning. In D.M. Buss & Cantor (Eds.), Personality psychology. Recent trends and emerging directions. New York: Springer 138-148

BERKING M., JACOBI C., MASUHR O. (2001). Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 33, 259-273

BEUTLER L.E., MACHADO P., ALLSTETTER, NEUFELD S. (1994). Therapist Variables. In: Bergin A. E., Garfield S. L. (eds). Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4th edition. New York: Wiley

BRÄUTIGAM W., RAD M. v., ENGEL K. (1980). Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 26, 101-118

BRODA M., DAHLENBENDER R.W., SCHMIDT J., v. RAD M., SCHORS R. (1993). DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychotherapie. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 43, 214-223

CASPAR F. (1999). Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In Ambühl H., Strauß B. (Hrsg.). Therapieziele. Hogrefe, Göttingen

CIRCOUREL A.V. (1970). Methode und Messung in der Soziologie. Frankfurt: Suhrkamp

CONOLLY M.B., STRUPP H.H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. Psychotherapy Research 6, 30-42

CIPS, COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM (1986). SCL-90-R. Beltz Test 3. Auflage

DILLING H., MOMBOUR W., SCHMIDT M.H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Huber Bern

DILLING H., FREYBERGER H. J. (1994). Neurosen und psychosomatische Störungen in der ICD-10. In Strauß B., Meyer A.E. (Hrsg.). Psychoanalytische Psychosomatik. Schattauer, New York

DRIESSEN M., SOMMER B., RÖSTEL C., MALCHOW C.P., RUMPF H.J., ADAM B. (2001). Therapieziele in der Psychologischen Medizin - Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. PPM Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 51, 239-245

FALLER H. (1994). Qualitative Psychotherapieforschung. Roland Asanger Verlag Heidelberg 1994

FALLER H., GOßLER S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. PPM Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 48, 176-186

FALLER H., GOßLER S., LANG H. (1998). Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. In: Flick U. (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim München

FALLER H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychotherapeut 43, 8-17

FALLER H. UND RUDOLF G. (1998). Die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung für Diagnostik und Indikationsstellung bei Psychotherapiepatienten. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 44, 54-71

FALLER H. (1999). Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozeß. Psychotherapeut 44, 25-35

FALLER H. (2000). Therapieziele und Indikation. Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. PPM Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 50, 292-300

FALLER H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. ZKPP Jg.45, 264-278

FALLER H., WAGNER R.F., VOGEL H., INSELMANN U., KOEPESELL K., WEIß H., LANG H. (1997). Die Klientel einer psychotherapeutischen Poliklinik im Spiegel der Basisdokumentation. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 65, 313-322

- FALTERMAIER T. (1994). Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Psychologie Verlagsunion, Weinheim
- FINKE J., TEUSCH L., GASTPAR M. (1995). Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik – eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. Psychiatrische Praxis 22, 112-116
- FRANKE G.H. (1995). SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis-Deutsche Version-Manual. Beltz, Göttingen
- GADAMER H.G. (1996). Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp, Frankfurt
- GARFIELD S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin A.E., Garfield S.L. (eds). Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4 th edition. New York: Wiley
- GASTON L., PIPER W.E., DEBBANE E.G., BIENVENU J.P., GARANT J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and longterm analytic psychotherapy. Psychotherapy Research 4, 121-135
- GROSSE HOLTFOORTH (2001). Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? – Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 33, 241-259
- HENRY W. P., STRUPP H.H., SCHACHT T.E., GASTON L. (1994). Psychodynamik approaches. In: Bergin A.E., Garfield S.L. (eds). Handbook of psychotherapy and behaviour change. 4 th edition. New York: Wiley
- HEUFT G., SENF W., JANSSEN P.L., LAMPRECHT F., MEERMANN R. (1995). Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. PPmp Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 45, 303-309
- HEUFT G., SENF W., WAGENER R., PINTELON CH., LORENZEN J. (1996). Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 44, 186-199
- HEUFT G., SENF W. (1997). Therapieziel- Ergebnisdokumentation psychotherapeutischer Behandlung: Categoriesystem KITZ, Version 6/1997. Essen: Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Essen
- HEUFT G., SEIBÜCHLER-ENGEC H., TASCHKE M., SENF W. (1996). Langzeitoutcome ambulanter psychoanalytischer Psychotherapien und Psychoanalysen, Eine textinhaltsanalytische Untersuchung von 53 Katamneseinterviews. Forum der Psychoanalyse 12, 342-355

HEUFT G. (1998). Psy-Ba-Do. Kernmodul einer Basisdokumentation der Fachpsychotherapie. *Psychotherapeut* 43, 48-52

KANFER F.H., REINECKER H., SCHMELZER D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (2.Aufl.). Heidelberg, Berlin, New York: Springer

KÄCHELE H., KORDY H. (1995). Indikation als Entscheidungsprozeß. In Uexküll T. v. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin* (5.Auflage). Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore

KIRESUK T.J., SHERMAN R.E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4, 443-453

KIRESUK T.J., SMITH A., CARDILLO J.E. (Hrsg.) (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory and Measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Publishers

KLINGER E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and incentives in people's lives*. Minneapolis: University of Minnesota Press

KRACAUER (1952). The challenge of qualitative content analysis. *Public Opinion Quarterly* 16, 631-642

LLEWELYN S.P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology* 27, 223-237

MANG S. (1990). *Klinische Urteilsbildung im Rahmen stationärer Psychotherapie. Eine Feldstudie in einer psychosomatischen Klinik*. Phil. Diss., Universität Würzburg

MAYRING P. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim

NÜBLING R. (1992). *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept*. VAS, Frankfurt

ORLINSKY D. E., GRAWE K., PARKS B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin A.E., Garfield S.L. (eds). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th edition). New York: Wiley

PETERS M., LÖWENBERG H. (1993). Erwartungen an die Behandlung in einer Psychosomatischen Klinik. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 39, 38-50

POTREK-ROSE F., KOCH U. (1994). *Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten*. Schattauer, Stuttgart, New York

- PÖHLMANN K., BRUNNSTEIN J.C. (1997). GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. *Diagnostika* 43, 63-79
- PÖHLMANN K., JORASCHKY P., PETROWSKI K., ARNOLD B., RAUSCH T. (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 33, 205-225
- RAD M. V., SCHORS R., HENRICH G. (1994). Stationäre psychoanalytische Psychosomatik. In: Strauß B., Meyer A.E. (Hrsg.). *Psychoanalytische Psychosomatik*. Schattauer, New York
- ROSENTHAL R., ROSNOW R.L. (1975). *The volunteer subject*. New York: Wiley
- RUDOLF G. (1981). *Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen*. Beltz, Weinheim
- RUDOLF G., STRATMANN H. (1989). Psychogene Störungen bei Männern und Frauen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 35, 201-219
- RUDOLF G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Springer, Berlin
- RUDOLF G., STILLE D. (1984). Die Bedeutung von positiven Persönlichkeitsmerkmalen und Abwehrhaltungen für die Einschätzung der Behandlungschancen von Psychotherapiepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 34, 161-170
- SACK M., SCHMID-OTT G., LEMPA W., LAMPRECHT F. (1999). Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele - Ein Instrument zur Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 45, 113-127
- SCHEPANK H. (1995). *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score, Beltz-Test*, Göttingen
- SCHEPANK H. (1987). *Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung*. Springer, Berlin
- SCHNEIDER W., BASLER H.D., BEISENHERZ B. (1990). Krankheitserleben und Behandlungserwartungen bei stationären Psychotherapiepatienten. *Psycho* 16, 511-521
- SCHNEIDER G., BURSUS D. (1994). Die therapeutische Weitervermittlung von Patienten/innen- Ergebnisse einer katamnästischen Untersuchung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 40, 128-154
- STATISTISCHES BUNDESAMT (1994). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland*. Metzler-Poeschel 41, 84-87

STRAUß B., SPEIDEL H., PROBST P., SEIFERT A. (1991). Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Rückblickende Bewertung durch die Patienten. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 41, 43-52

STRAUß B., SPEIDEL H., PROBST P., SEIFERT A. (1991). Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. Potentielle Determinanten der Inanspruchnahme therapeutischer Empfehlungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 41, 53-60

STRUPP H. (1996). Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41, 84-87

STRUPP H., HADLEY S. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist* 32, 187-196

SCHULTE-BAHRENBERG (1990). Therapieziele, Therapieprozess und Therapieerfolg. Pfaffenweiler: Centaurus

THEBALDI B., FRANZ M., SCHELLENBERG D., SCHEPANK H. (1996). Differentielle Laienätiologie bei psychogen beeinträchtigten Probanden aus einer epidemiologischen Feldstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 71-87

THOMMEN M., BLASER A., RINGER C., HEIM E. (1990). Zum Stellenwert subjektiver Krankheitstheorien in der Problemorientierten Therapie (POT). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 40, 172-177

VOGEL H., TUSCHHOFF T., ZILLESSEN E. (1994). Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. *Deutsche Rentenversicherung* 11, 751-764

WILLUTZKI U. (1999). Menschenbild und Therapieziele in der kognitiven Verhaltenstherapie. In: Ambühl H., Strauß B. (Hrsg). *Therapieziele Hogrefe, Göttingen*

WESSMAN A.E. U. RICKS D.F. (1966). *Mood and personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston

Anhang

1. Patienten-Selbteinschätzungsbogen
2. Therapeuten-Bogen
3. Manual zur Erstellung eines Codierleitfadens

Registriernummer: |_|_|_|_|_|

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 dient ausschließlich Forschungszwecken und ist absolut freiwillig. Aus einer Ablehnung entstehen Ihnen keine Nachteile.

Ihre Angaben fallen unter die ärztliche Schweigepflicht, werden anonym verschlüsselt und nach den Bestimmungen des Bayerischen Datenschutzgesetzes behandelt. Eine personenbezogene Auswertung erfolgt nicht.

Bitte erteilen Sie Ihr Einverständnis durch Ihre Unterschrift: _____

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)? Ziel?	Wie wichtig ist Ihnen dieses				
	nicht so wichtig	leichte Besserung ausreichend	mäßige Besserung ausreichend	strenge 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

Codenummer / Name:

Geschlecht: männlich weiblich

Bildungsstand: Haupt-/Realschule Abitur abgeschl. Studium unbekannt

Alter:

Datum:

SCL-90-R

Anleitung
 Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.
Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel:
 Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?
 Stärke Ihrer Zustimmung:

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.

Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	0	1	2	3	4
1. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="checkbox"/>				
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	<input type="checkbox"/>				
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="checkbox"/>				
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="checkbox"/>				
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="checkbox"/>				
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	<input type="checkbox"/>				
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>				
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	<input type="checkbox"/>				
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="checkbox"/>				
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="checkbox"/>				
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="checkbox"/>				
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="checkbox"/>				
17. Zittern	<input type="checkbox"/>				
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	<input type="checkbox"/>				
19. schlechtem Appetit	<input type="checkbox"/>				
20. Neigung zum Weinen	<input type="checkbox"/>				

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	0	1	2	3	4
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="checkbox"/>				
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>				
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>				
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>				
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>				
30. Schwermut	<input type="checkbox"/>				
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>				
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>				
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>				
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>				
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>				
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	<input type="checkbox"/>				
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>				
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				

SCL-90-R

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 1 2 3 4 ziemlich stark 5 sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht 1 2 3 4 ziemlich stark 5 sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4	66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0 1 2 3 4	67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0 1 2 3 4
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4	68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 2 3 4	69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0 1 2 3 4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0 1 2 3 4	70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0 1 2 3 4	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	0 1 2 3 4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0 1 2 3 4	72. Schreck- und Panikanfällen	0 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 2 3 4	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0 1 2 3 4
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0 1 2 3 4	74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 2 3 4	75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 2 3 4	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0 1 2 3 4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 2 3 4	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	0 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 2 3 4	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3 4	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0 1 2 3 4	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 2 3 4	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0 1 2 3 4	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 2 3 4	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0 1 2 3 4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4	86. schreckenregenden Gedanken und Vorstellungen	0 1 2 3 4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0 1 2 3 4	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0 1 2 3 4	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0 1 2 3 4
64. frühem Erwachen am Morgen	0 1 2 3 4	89. Schuldgefühlen	0 1 2 3 4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0 1 2 3 4	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	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"/>

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

Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, Basisdokumentation Patient, Version 1/97

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?

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

Nehmen Sie sonstige Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? Wie lange?

Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, Basisdokumentation Patient, Version 1/97

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? |_|

Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, Basisdokumentation Patient, Version 1/97

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
 eigene Kinder
 wenn ja
 ja nein
 ja nein
 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

Institut für Psychotherapie und Med. Psychologie, Basisdokumentation Patient, Version 1/97

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!

Registriernummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

Basis- und Forschungsdokumentation, diagnostische Phase. Therapeutenbogen (1/99)

Name des Patienten:

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

Geschlecht männlich weiblich

Erstkontaktdatum:

Tag |_|_|_| Monat |_|_|_| Jahr|_|_|_|

Anzahl der diagnostischen Gespräche |_|_|

nicht gekommen

**Ist der Patient schon einmal im Institut
gewesen?**

nein ja

Initiative (Mehrfachnennungen möglich)

- von selbst
 von anderen empfohlen
 beides
 unklar

Sozialer Status

- Unterschicht
 untere Mittelschicht
 mittlere Mittelschicht
 obere Mittelschicht
 Oberschicht

Vermittlung der Behandlung durch

- niedergelassener Arzt
 Kostenträger/Leistungsträger
 geplante Wiederaufnahme (Klinik)
 andere Klinik
 Beratungsstelle
 nichtärztlicher Psychotherapeut
 Gesundheitsamt/Ordnungsamt/Sozialamt
 Patient selbst
 unbekannt/sonstiges

Motivation zur Untersuchung

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

Konsil? **Liaisondienst?** **Ort der Gespräche** Institut andere Klinik**Dringlichkeit**

- Notfallambulanz
 dringend, wenige Tage
 Routine

Kostenträger

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

Fachrichtung des überweisenden Arztes

es gab keine Überweisung

Allgemeinmedizin/prakt. Arzt

Chirurgie

 Dermatologie Gynäkologie HNO Innere Medizin Neurologie Orthopädie Pädiatrie Psychiatrie Kinder- & Jugendpsychiatrie Psychosomatik/Psychotherapie Sonstige:**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 suizidal*
- 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, Inkonstanz 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, Schnippeln 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**Psych. Diagnosen****Klartext:**

Somatische Diagnosen**Klartext:**

(ICD-10)1) F | | | . | | | Verdacht ? 2) F | | | . | | | Verdacht ? 3) F | | | . | | | Verdacht ? keine (!) psych. Diagnose**(ICD-10)**1) | | | | | . | | | Verdacht ? 2) | | | | | . | | | Verdacht ? 3) | | | | | . | | | Verdacht ? keine (!) somatische Diagnose

KRANKHEITSANAMNESE**Krankheitsdauer**

Dauer der Beschwerden, die Anlaß für die aktuelle Konsultation sind

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

Psychotherapeutische Vorbehandlung

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

Stationäre Aufenthalte

wegen der Beschwerden, die Anlaß für die aktuelle Konsultation sind

(einschl. psychosomatischer/psychiatrischer Behandlungen)

- keine
- bis 1 Woche
- bis 2 Wochen
- bis 4 Wochen
- bis 6 Wochen
- bis 8 Wochen
- mehr und zwar |_|_| Wochen
- nicht gefragt/unklar

Psychiatrische Vorbehandlung

(aktuelles oder anderes Problem)

- keine
- ambulant
- stationär
- ambulant und stationär
- nicht gefragt/unklar

Aktuell-psychiatrische Behandlung

- keine
- ambulant
- stationär
- ambulant und stationär
- nicht gefragt/unklar

Aktuelle Psychopharmakabehandlung

- nein ja

Somatische Vorbehandlung

wegen der Beschwerden, die Anlaß für die aktuelle Konsultation sind

- keine
- ambulant
- stationär
- ambulant und stationär
- nicht gefragt/unklar

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]

BIOGRAPHISCHE BELASTUNGEN

Globale biographische Belastung [nicht] [wenig] [mittel] [ziemlich] [sehr]

AUSLÖSESITUATION

(Mehrfachwahl möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> realer oder phantasierter Objektverlust | <input type="checkbox"/> Traumatisierung |
| <input type="checkbox"/> Schwellensituation, Ablösung, Rollenwechsel | <input type="checkbox"/> sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Partnerkonflikt | |
| <input type="checkbox"/> Konflikt im Arbeits- und Leistungsbereich | <input type="checkbox"/> nicht abgrenzbar |
| <input type="checkbox"/> Konflikt im Bereich des Besitzes | |

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]

Intellektuelle Differenziertheit..... [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

ERGEBNIS DER UNTERSUCHUNG

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

Patient wünscht Psychotherapie

- ja
 ambivalent
 nein

Abschluß des diagnostischen Prozesses

- abgebrochen/kein Ergebnis
 Therapieempfehlung mitgeteilt/Pat. sucht selbst Therapieplatz
 direkte Vermittlung an einen bestimmten Therapeuten
 sonstiges

Kommunikation mit Überweiser

- keine
 schriftlich
 telefonisch
 beides
 gab keinen Überweiser

Art des Therapievorschlags

- Psychoanalyse
 Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie
 Gruppentherapie
 Kognitive/Verhaltenstherapie
 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

Manual

zum

**Codierleitfaden für Problem- und
Zielangaben**

von Psychotherapiepatienten

von H. Faller und S. Gößler

**Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg**

Version 1.0

Februar 1997

Inhalt

Vorbemerkung	S. 124
Items, Codierregeln und Ankerbeispiele	
A. Probleme	
<u>P 1</u> körperliche Beschwerden	S. 125
<u>P 2</u> depressive Beschwerden	S. 126
<u>P 3</u> Angst	S. 127
<u>P 4</u> Sucht/Eßstörung	S. 128
<u>P 5</u> mangelndes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl	S. 129
<u>P 6</u> ungelöste Probleme/Konflikte	S. 130
<u>P 7</u> sonstige selbstbezogene Probleme	S. 131
<u>P 8</u> interpersonelle Probleme	S. 132
<u>P 9</u> berufliche Probleme	S. 133
<u>P 10</u> Motivation durch Dritte	S. 134
B. Ziele	
<u>Z 1</u> unspezifisch Gesundheit erlangen	S. 135
<u>Z 2</u> körperliche Beschwerden bessern, beheben	S. 136
<u>Z 3</u> depressive Beschwerden bessern, beheben	S. 137
<u>Z 4</u> Angst bewältigen	S. 138
<u>Z 5</u> Sucht/Eßstörung überwinden	S. 139
<u>Z 6</u> Probleme bewältigen	S. 140
<u>Z 7</u> Selbstvertrauen stärken	S. 141
<u>Z 8</u> mit sich in Einklang kommen	S. 142
<u>Z 9</u> sich selbst erkennen	S. 143
<u>Z 10</u> Gefühle ausdrücken, zulassen	S. 144
<u>Z 11</u> Ruhe/Gelassenheit finden	S. 145
<u>Z 12</u> Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen	S. 146
<u>Z 13</u> Freiheit, Selbstbestimmung erlangen	S. 147
<u>Z 14</u> sonstige Ziele	S. 148
<u>Z 15</u> Kontaktfähigkeit, Umgang mit anderen Menschen verbessern	S. 149
<u>Z 16</u> familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern	S. 150
<u>Z 17</u> berufliche Ziele verwirklichen	S. 151
<u>Z 18</u> Gefühle regulieren	S. 152

Vorbemerkung

Der vorliegende Codierleitfaden soll es ermöglichen, Klartextangaben von Patienten bezüglich ihrer Probleme und Ziele im Hinblick auf eine psychotherapeutische Behandlung in ein inhaltsanalytisches Kategoriensystem zu fassen, um sie einer weiteren (statistischen) Auswertung zugänglich zu machen.

Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens waren die Klartextangaben von 198 Patienten in einer psychotherapeutischen Ambulanz, aus denen auch die jeweiligen Ankerbeispiele für die einzelnen Items entnommen sind.

Insgesamt wurden 28 Items benannt, von denen zehn sich auf Problem- und 18 auf Zielangaben der Patienten beziehen. Als Problem wurde dabei ein erlebtes Defizit beziehungsweise der Ist-Zustand zu Behandlungsbeginn definiert, als Ziel ein Wunsch beziehungsweise der Soll-Zustand, den der Patient erreichen will.

Um eine möglichst klare Handhabung des Kategoriensystems zu gewährleisten, wurde eine schlüssige Definition der Einzelkategorien angestrebt und wo nötig durch Codierregeln eine eindeutige Zuordnung geschaffen.

Für Kritik und Verbesserungsvorschläge sind wir jederzeit offen.

Hermann Faller
Sabine Göbner

Würzburg, Februar 1997

A. Probleme

P 1 körperliche Beschwerden

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf körperliche Beschwerden und Probleme beziehen, d.h. Symptome wie Schmerzen oder Durchfälle.

Codierregel:

Krankheitsdiagnosen, wenn sie als Problem geschildert werden, sowie Sexual- und Schlafstörungen und Alpträume* werden hier codiert.

Ankerbeispiele

13.	Dauerblutungen, Übergewicht
16.	starke Herzschmerzen, Schlafstörungen
17.	gewisse körperliche Beschwerden
18.	Schluckstörungen im Hals - teilweise kommt Essen oder Trinken wieder zurück
21.	Ich leide an Oberbauchbeschwerden (Magenschmerzen) seit etwa Februar 1992, alle bisherigen medizinischen Versuche (Eradikation des Helicobacter pylori), die Beschwerden zu beheben, waren erfolglos
24.	Darmbeschwerden (Reizdarm), Durchfälle bei Stress und Ärger, vor Urlaubsfahrten, vor Prüfungen, Arztbesuchen (Zahnarzt)
29.	- Schlaflosigkeit - fühle mich, als sei mir der Boden unter den Füßen weggezogen worden - Knicke in den Beinen ein
31.	meine gesundheitlichen Probleme
36.	Ich habe Herzrhythmusstörungen
47.	Seit nun mehr als 6 Jahren Schmerzen am ganzen Körper, besonders aber die rechte Körperhälfte, schnelles Ermüden aller Muskeln, besonders Schmerzen im rechten Unterkiefer und rechten Arm.
57.	Krebserkrankung
58.	Übelkeit und manchmal Erbrechen nach den Mahlzeiten
59.	Sexualstörungen
66.	ungewollte Kinderlosigkeit
79.	Kinderwunschbehandlung

*) Die Angabe von Alpträumen als Problem wird in Übereinstimmung mit den Codierregeln von Z2 (körperliche Beschwerden bessern/beheben) unter P1 codiert.

P 2 depressive Beschwerden

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Depressivität/Depression explizit erwähnen, sowie Probleme, die dem depressiven Beschwerdebild zuzuordnen sind, wie Antriebslosigkeit, negative Zukunftsperspektive oder innere Unruhe.

Codierregel:

Hier codiert werden auch Störungen der Konzentrationsfähigkeit.

Ankerbeispiele

4.	Traurigkeit, gedrückte Stimmung
5.	äußerst niedergeschlagen
6.	Wenn ich nicht trinke (und rauche), bekomme ich oft depressive Gedanken
9.	fühle mich oft depressiv und antriebsarm
17.	langandauernde Niedergeschlagenheit
20.	Depression
22.	Wunsch, über Depression zu sprechen => vielleicht hilft das; Wunsch, über die durch die Depression entstandenen Probleme zu sprechen
28.	Unlust, Niedergeschlagenheit, dann wieder Hochstimmung, tag drauf wieder Unlust, niedergeschlagen, nervös, gereizt, usw
29.	derzeitige Niedergeschlagenheit
31.	die Spannungszustände und innere Unruhe
37.	manchmal Verstimmungszustände
39.	meine depressive Stimmung
53.	Depressionen
77.	innere Unruhe
79.	Niedergeschlagenheit
120.	Negatives Denken, Depressionsphasen, Konzentrationsschwächen, innere Unruhe
189.	kann mich nicht konzentrieren

P 3 Angst

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Angst als solche erwähnt oder sinn- gemäß beschrieben wird, sowie die nähere Erläuterung des Sachverhalts.

Ankerbeispiele

7.	- Angst vor der Zukunft, bzw. durch die Änderungen in der nahen Zukunft genau in die Situation von früher zu gelangen. - Ängste in beruflichen Fortbildungen und Kontrollsituationen, Unsicherheit
8.	Nach einem Verkehrsunfall entwickelte sich im Laufe des Genesungsprozesses eine Angstneurose. Die Angst bestimmte mein Leben.
11.	Angst vor Menschenansammlungen Angst davor, mit dem Bus zu fahren Angst vorm Alleinsein
12.	Starke Angst, Kontrolle zu verlieren, verletzt, zurückgewiesen zu werden.
16.	Angstgefühle, panikartige Angst
23.	Flugangst
25.	Ich habe Angstzustände und Panikattacken in Situationen in denen ich nicht gehen kann, bzw. es unpassend ist zu gehen (Kaufhaus, Oper, Theater, Friseur etc.)
27.	Todesangst; die Realität, daß ich irgendwann sterben muß. Die Angst, daß danach nichts mehr kommt.
32.	der Wunsch, einige Stunden begleitet zu werden, um mit meinen Ängsten besser umzugehen
34.	Angst in allen Bereichen, insb. vor der ev. Notwendigkeit, eine berufliche Tätigkeit aufnehmen zu müssen
36.	Ich habe Angst vor dem Tod, Angst vor einem Herzinfarkt und Angst vor Krankheiten.
37.	Angstzustände in bestimmten Situationen, vor allem, was mit Menschen zu tun hat, Angst mit körperl. Symptomen, wenn über bestimmte Themen geredet wird. Bindungsangst
38.	Angstzustände, insbesondere Prüfungsangst
39.	meine Ängste
51.	Ich habe sogenannte Panikattacken. Mir wird plötzlich beklemmend, schneller Puls, schneller Herzschlag, ich bekomme ein Angstgefühl
52.	Ich komme aus Angst vor einer weiteren Fehlgeburt nach 3 Abgängen
72.	Angstzustände, habe Angst, daß ich jemandem etwas antu. Habe manchmal Angst vor mir selbst

P 4 Sucht/Eßstörung

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Probleme durch Suchtverhalten erwähnt werden, wie Medikamentenmißbrauch, sowie Eßstörungen aller Art.

Codierregel:

Nicht hier codiert werden Körpersymptome wie Erbrechen, wenn nicht absichtlich herbeigeführt, sowie Zwangsstörungen.

Ankerbeispiele

1.	wenn ich nicht mehr weiter wußte, habe ich in den letzten Jahren ein paar Mal zum Alkohol gegriffen.
6.	Seit einiger Zeit merke ich, daß/wie sich mein Alkoholkonsum verselbständigt.
19.	Ich beendete am 31. August 93 meine stationäre Therapie in der Klinik R.. Ich war dort wegen Bulimie.
30.	Ich habe Eßstörungen, das heißt: ohne erkenntlichen Grund esse ich übermäßig viele verschiedene Lebensmittel und anschließend erbreche ich diese wieder.
56.	wegen der Diagnose Anorexia nervosa geschickt
69.	aufgrund Bulimie und Alkoholgefährdung, bzw. Missbrauch
70.	Meine Freß- und Brechanfälle
78.	Meine Eßstörung, alles gegessene zu erbrechen. Nicht mehr den normalen Weg zu essen zu finden
80.	Eß-Brech-süchtig, abführmittelabhängig
165	Tablettenabhängigkeit
.	

P 5 mangelndes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die direkt mit Problemen in bezug auf Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen des Patienten in Verbindung stehen, wie Minderwertigkeitsgefühle oder Selbstzweifel.

Codierregel:

Nicht hier codiert werden allgemeingehaltene Angaben wie Unsicherheit, wenn nicht näher bezeichnet, worauf sie sich beziehen.

Ankerbeispiele

4.	Gehemmtheit
12.	Enorme Selbstwertproblematik
13.	kein Selbstwertgefühl
32.	meine Einstellung gegenüber mir selbst
39.	mein geringes Selbstvertrauen, die massiven Zweifel und Verunsicherungen an mir/über mich
46.	Ein Minderwertigkeits- oder Unsicherheitsgefühl in bestimmten Lagen, das sich in letzter Zeit zugespitzt hat
43.	meine Selbstzweifel
45.	Mir fehlt es an Mut und Ehrgeiz (Motivation) etwas zu erreichen, was mich mit mir zufriedenstellt.
46.	Ein Minderwertigkeits- o. Unsicherheitsgefühl
71.	kaum Selbstvertrauen

P6 ungelöste Probleme/Konflikte

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich entweder ganz allgemein auf bestehende Probleme beziehen sowie auf das Gefühl, mit dem Alltag bzw Streß nicht mehr zurecht zu kommen, oder auf unverarbeitete Erlebnisse in der Vergangenheit, unter denen der Patient noch immer leidet.

Codierregel:

Hier werden auch Äußerungen codiert, in denen ein innerer Konflikt benannt oder unmißverständlich umschrieben wird, wie das Gefühl, hin und her gerissen zu sein; auch, wenn beide Seiten eines Konflikts beschrieben werden.

Ankerbeispiele

4.	Ich kann mich anfänglich für eine Sache (oder Person) begeistern, aber wenn ich dieser Sache (oder Person) näher komme, sträubt sich alles in mir dagegen. Ich fühle mich sehr an der Entfaltung gehindert. innere Zerrissenheit, mich mit keiner Sache identifizieren können;
7.	Ich habe das Gefühl, meine Vergangenheit allein nicht verstehen und bewältigen zu können.
9.	- fühle mich oft hin- und hergerissen zwischen Gefühl und Verstand - kann mich schlecht entscheiden
49.	durch das ständige Verdrängen wurden meine Probleme, Sorgen, die mich beschäftigen, immer belastender für mich und ausweglos.
66.	Tod des Bruders 1992, sexueller Mißbrauch in der Kindheit
68.	innerliche Zerrissenheit
71.	Starke innere Konflikte
83.	Ich kann nicht mit Streß umgehen
99.	über Jahre das Gefühl, ein Erlebnis nicht verarbeitet zu haben
137.	Ich stehe mir seit Jahren selbst im Wege.
141.	Ich habe das Gefühl, mit den Anforderungen des Lebens nicht fertig zu werden.
142.	Ich fühle mich ständig überfordert
148.	Probleme werden in Schubladen gesteckt, Schubladen sind übervoll, es gelingt nicht mehr, sie geschlossen zu halten
149.	kann meine Probleme nicht bewältigen,
151.	Ich weiß nicht mehr, wie ich alles wieder auf die Reihe bekommen soll
155.	Psychische Probleme
160.	Probleme mit der Kindheit
173.	Eine Konfliktsituation, die ich alleine nicht mehr zu bewältigen glaube.

P 7 sonstige selbstbezogene Probleme

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die Probleme in bezug auf das Selbsterleben betreffen, welche sich nicht in andere Kategorien einordnen lassen.

Ankerbeispiele

12.	große Schwierigkeiten, die eigenen Wünsche und Gefühle zu verbalisieren.
43.	Ich meine immer ich muß für alles und jeden Verantwortung übernehmen.
61.	weil ich das Gefühl habe, daß ein Teil meiner Persönlichkeit nie verstanden wurde und deshalb im verborgenen liegt.
68.	Selbstaufgabe, Orientierungslosigkeit
87.	Unfähigkeit zur Selbsteinschätzung
119.	die Erkenntnis, daß ich unter Zwangshandlungen leide.
124.	Weil ich von einer Sektengruppe (Reggae-Gruppe) belästigt wurde und ich werde weiterhin am Telefon eingeschüchert ich solle mich vorsehen und nichts sagen und sie würden meine Familie mitbedrohen und meinen Freundeskreis
128.	Seit meiner Kindheit leide ich unter einer Redeflußstörung
144.	Zwangssystematik (Kontrollieren, Grübeln, z.B. kann meinen Augen nicht trauen, daß Tür zu ist, usw.; „Was andere denken könnten“
152.	schnelle Aufgeregtheit
172.	Ich kann mich nicht mit meiner Frauenrolle identifizieren. Ich wollte schon immer von Kindheit an ein Mann sein. Ich fühle mich benachteiligt was zu Aggression und Traurigkeit führt.
174.	Unselbständigkeit
195.	Daß ich Sachen mache, die verboten sind, z.B. Ladendiebstähle, und ich weiß nicht, warum ich das tue
196.	- verkrampte, penible Grundeinstellung in allen Lebensbereichen; - übertriebene Anstrengung, jede Minute des Tages sinnvoll zu nutzen; - physische und oft auch psychische Überforderung durch selbstauferlegte Ansprüche

P 8 interpersonelle Probleme

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf Probleme mit anderen Menschen, d.h. mit Familie, Freunden oder Fremden beziehen, sowie deren Umschreibung.

Codierregel:

Hier codiert werden auch Äußerungen, in denen es um die Unfähigkeit geht, Gefühle für andere Menschen zu empfinden.

Ankerbeispiele

1.	Die Probleme mit meinem Mann,
3.	Private Probleme, meine Einstellung zu Problemen, zu mir selbst und zu meinem Partner
17.	stark zurückgezogenem Verhalten
23.	Ehe- und Alltagsprobleme
26.	Probleme in der Ehe, Schwierigkeiten im Aufrechterhalten von Beziehungen Beziehung zu meiner Frau, evtl meiner zukünftigen Lebenspartnerin; eigene Einstellung
43.	Bruch der Freundschaft mit einer langjährigen Freundin. Außerdem habe ich schon immer Probleme mit meinem Vater.
48.	die Vorstellung, daß andere Menschen Zugriff auf mein Innenleben haben
50.	Ich habe vor einem Jahr eine Frau kennengelernt und liebe sie. Dann schrieb sie mir einen Brief und wollte mich nicht mehr sehen. Aber ich verstehe nicht, warum und kann ihre Entscheidung nicht akzeptieren. Sie will ihre Gründe nicht erklären.
57.	problematische Beziehung, starke Empfindlichkeit
59.	Sexualstörungen in der Partnerschaft aufgrund versuchter Vergewaltigung
60.	seit der Geburt meines Kindes bin ich sehr isoliert.
65.	Schwierigkeiten in der Ehe mit dem Partner, dadurch oft übernervös und nervlich sehr angespannt. Überzogenes Harmoniebedürfnis und Scheu vor Auseinandersetzungen!
68.	Beziehungskrise, derzeit seit 6 Wochen akut (aufgrund Beziehungsende)
71.	Umgang mit anderen Menschen (Mitarbeitern, Frauen)
72.	Isoliere mich von der Umwelt.
75.	Schwiegermutter macht mir die Hölle heiß.

P 9 berufliche Probleme

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen ein Problem geschildert wird, das mit der beruflichen Situation des Patienten zusammenhängt oder mit verwandten Bereichen wie Studium oder Pensionierung.

Codierregel:

Auch wenn es sich um Angst, mangelndes Selbstvertrauen etc. in beruflichen Bereichen handelt, wird immer hier codiert

Ankerbeispiele

7.	Ängste in beruflichen Fortbildungen und Kontrollsituationen
13.	Beruflicher Werdegang
34.	Angst vor der ev. Notwendigkeit, eine berufliche Tätigkeit aufnehmen zu müssen
39.	meine Studium-/Berufswünsche, mein Lebensziel, meine Fähigkeiten
57.	depressive Zustände (nicht längerfristig) wegen Pensionierung
60.	Wenn meine schlechteste Phase mit der Arbeit zusammen mit meinem Lebensgefährten fällt und ich mich zittrig fühle, kann ich nur unter Alkoholeinfluß arbeiten.
61.	in der Medizin schein ich zu verkrampfen. Da verstecke ich mich am liebsten hinter Fachwissen oder coolen Sprüchen. Mit Patienten kann ich nur richtig reden, wenn ich alleine mit ihnen bin (d.h. keine anderen Studenten oder Ärzte anwesend).
168.	ich weiß nicht, wie es weitergehen soll, es scheint alles aus zu sein; kein Beruf erlernt, Studium abgebrochen,
175.	Der Anlaß sind häufige und stärkste Erschöpfungszustände, die im beruflichen Bereich in den letzten Jahren aufgetreten sind. (Ich bin Lehrer für Deutsch und Geographie an einer staatl. Realschule)
180.	Probleme am Arbeitsplatz
182.	Große Belastungen und Ängste, als Geschäftsführer, Kredite, Arbeitsplätze erhalten und Umsätze und daß ich zum 31.12.94 nach 27 Jahren G7-Tätigkeit meinen Arbeitsplatz verliere

P 10 Motivation durch Dritte**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen als Anlaß für die Vorstellung eine Empfehlung oder ähnliches von Dritten genannt wird.

Ankerbeispiele

2.	Vom Hausarzt wurde ich an Sie verwiesen..
8.	Auf Empfehlung meines Nervenarztes kam ich zu Ihnen
17.	Die im Gespräch mit meinem Hausarzt erarbeitete Vermutung, daß gewisse Probleme auf seelische Ursachen zurückzuführen sind.
33.	Die Empfehlung von Herrn Dr. K.
35.	Nach einem Selbstmordversuch im Mai und einem 12wöchigen Klinikaufenthalt wurde mir eine Therapie dringend empfohlen.
42.	Mir wurde von Herrn Dr. K. angeboten, ein Gespräch zu führen
48.	Rat des Hausarztes
56.	Ich wurde von der Schule und den dortigen Ärzten des Krankenhauses zu einer ambulanten Therapie wegen der Diagnose Anorexia nervosa geschickt.

B. Ziele

Z1 unspezifisch Gesundheit erlangen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der allgemein formulierte Wunsch zum Ausdruck kommt, gesund zu werden beziehungsweise zu sein.

Ankerbeispiele

14.	Gesund zu sein
15.	Beschwerdefreiheit
16.	Gesund zu sein
18.	möchte erreichen, daß meine Gesundheit wieder in den Vordergrund gerät
27.	Daß ich wieder so leben kann wie vor meiner Krankheit.
33.	gesund werden
44.	Wieder gesund werden
75.	Endlich richtig gesund sein. Wohlfühlen
77.	Gesundwerden im Allgemeinen
78.	Auch wieder einen gesunden, fitten Körper zu haben, aktiv zu sein, meinem Leben gesund nachgehen.

Z 2 körperliche Beschwerden bessern, beheben

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den konkreten Wunsch nach Besserung beziehungsweise Behebung von körperlichen Beschwerden und Erkrankungen angibt, sowie der Wunsch, Medikamente reduzieren oder ganz darauf verzichten zu können.

Codierregel:

Hier codiert wird auch der Wunsch nach Besserung bzw. Behebung von Sexual- und Schlafstörungen sowie Alpträumen.

Ankerbeispiele

13.	keine Dauerblutungen mehr haben
14.	Keine Schmerzen mehr
16.	Die Herzschmerzen sowie die Schlafstörungen unter Kontrolle bringen
21.	Behebung der geschilderten Beschwerden
24.	Die Darmprobleme, Durchfälle bei Streß besserr verarbeiten können. Schmerzfrei leben, ohne Medikamente.
33.	gesund werden, die Stoffe, die ich nicht vertrage zu finden
36.	Ich möchte die Herzrhythmusstörungen loswerden
47.	Ich möchte keine Schmerzen mehr haben
57.	besser mit der Krebserkrankung umgehen zu können.
69.	die Übelkeit wegzubringen
73.	Schmerzfreiheit
77.	Wieder schlafen zu können ohne Alpträume zu haben
81.	Ohne Medikamente einschlafen
116.	ausgeglichenes Sexualleben

Z 3 depressive Beschwerden bessern, beheben

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch nach Besserung oder Beseitigung depressiver Beschwerden angibt, sowie positive Ziele in dieser Richtung, wie die Rückgewinnung von Kraft, Energie oder Antrieb.

Codierregel:

Hier codiert wird auch der Wunsch nach besserer Konzentrationsfähigkeit.

Ankerbeispiele

7.	Nicht immer wieder in Tiefs zu gelangen
10.	Konzentrationsstörungen ganz oder teilweise wegbringen
20.	depressionslose bzw. verringerte depressive Haltung
22.	Eigentlich kann ich nicht die Probleme ändern, denn die sind durch die Depression entstanden, die sich ändern müßte; wie, weiß ich nicht.
55.	ich will diese Depressionsanfälle verlieren
68.	Depressionszustände zu vermeiden bzw. damit umzugehen.
69	Mit den Problemen ohne Depressionen fertig zu werden
76.	Nicht alles mutlos angehen
107.	Bessere Konzentration haben bzw. steigende Konzentration.
152.	Überwindung der Apathie
168.	raus aus der Depression

Z 4 Angst bewältigen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Umgang mit beziehungsweise die Bewältigung von Angst als Ziel angegeben wird.

Ankerbeispiele

5.	keine Angst mehr vor Zukunft
8.	in der Hoffnung, mit Ihrer Hilfe die Angst in den Griff zu bekommen. Körperliche Beschwerden/Empfindungen nicht sofort als Bedrohung für meine Gesundheit, mein Leben zu erleben und keine Angst vor dem Alleinesein haben. Angstfrei leben.
11.	Angstfreies Leben. Ich möchte wieder unter Menschen gehen können; die Busfahrt ohne Angst überstehen und beim Einkaufen sicher und gelassen durch die Geschäfte gehen (auch ohne Familienanhang etc.).
16.	und Angstgefühle unter Kontrolle bringen
23.	Ich möchte meine Flugangst loswerden, oder zumindest mit dieser Angst besser fertig werden,
25.	mich nicht von Angst von etwas zurückhalten lassen. angstfrei leben
27.	Ohne Angst zu leben.
32.	Strategien entwickeln, um mit meiner Angst (v.a. meiner Versagensangst) besser leben zu können.
34.	Ich möchte zu einem angstfreien Umgang mit meinen Mitmenschen befähigt werden.
36.	und keine oder weniger Angst vor Krankheiten haben.
37.	Ich möchte lernen, mit meinen Ängsten umzugehen, meine Bindungsangst zu verlieren
42.	Ängstlichkeit sollte gemindert werden
49.	Entscheidungen treffen ohne immer Angst und Zweifel zu haben, am schlimmsten ist die Angst vor dem alleine sein und diese Angst möchte ich irgendwie besiegen um auch alleine zurechtzukommen.
51.	Die Attacken sollen aufhören, oder daß ich lerne mit der Angst umzugehen, daß ich damit leben kann
59.	Abbau der inneren Angst vor Männern
60.	Ich möchte wieder ohne Angst sein
63.	Ich möchte durch Einzel- und Gruppentherapie erreichen, daß ich meine Angst nicht mehr wichtig nehme und wenn die Angst da ist, alleine damit fertig werde, ohne Medikamente. Ich möchte wieder alles machen können, ohne Angst, wie früher.
72.	daß ich keine Angst mehr zu haben brauche

Z 5 Sucht/Eßstörung überwinden

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach Überwindung einer Sucht oder Eßstörung ausgedrückt wird.

Codierregel:

Der Wunsch nach Überwindung eines Mißbrauchs von Medikamenten wird hier codiert.

Ankerbeispiele

1.	Auf jeden Fall in solchen Situationen nicht mehr zu Alkohol greifen zu müssen, und die Probleme anders lösen können.
14.	kein Alkohol! Keine Tabletteneinnahme mehr!
19.	Ich erhoffe mir von der ambulanten Therapie eine Hilfe, nicht wieder in das alte Eßverhalten zurückzufallen
30.	Diese „Freßsucht“ abstellen bzw. lindern
56.	Ich möchte vor allem die Eßstörungen verändern
65.	Ich möchte das Verlangen nach Nähe verlieren und den Zwang, bei Enttäuschungen und Ärger nach Tabletten oder Alkohol zu greifen. Nicht mehr trotzig und bockig zu sein,
69.	Mit den Problemen ohne Suchtmittel fertig zu werden
70.	Keine Freß- und Brechanfälle mehr zu haben
78.	Wieder normal zu essen, den Mittelweg zu finden.
80.	meine Eßgewohnheiten umzustellen

Z 6 Probleme bewältigen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Patient den Wunsch äußert, unspezifisch Probleme zu bewältigen, sowie das Ziel, mit Problemen, dem Leben oder Schwierigkeiten besser fertig zu werden und zukünftige Konflikte zu lösen.

Codierregel:

Hier codiert wird auch das Ziel, mit Streß besser umgehen zu können.

Ankerbeispiele

2.	Durch die Gesprächstherapie erhoffe ich mir wesentliche Anhaltspunkte, wie ich mich zukünftig besser verhalten kann
3.	die Hoffnung meine Probleme zu erkennen und in den Griff zu bekommen.
19.	und Probleme lösen zu können.
23.	und ich hoffe, daß dann auch meine anderen Probleme lösbar sind.
56.	Probleme besser lösen können
69.	Problemen gelassen gegenüber zu stehen
75.	Probleme, die von Kindheit anerzogen wurden abzulegen
80.	Konfliktbereitschaft (mit Konflikten fertig zu werden)
129.	Konflikte diesseits der Streßgrenze austragen zu können.
148.	Problemen stellen, verstehen, klar kommen, Perspektiven für zukünftiges Leben kennen lernen
175.	ein Leben zu führen, das weniger einem als unerträglich empfundenen Streß ausgesetzt ist
180.	mein Leben wieder „in den Griff“ bekommen
181.	Nicht mehr so oft an alle Probleme denken, und nach und nach mit allem fertig zu werden

Z7 Selbstvertrauen stärken

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Ziel des Patienten, ein größeres Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl zu entwickeln, zum Ausdruck kommt.

Ankerbeispiele

1.	Mehr Selbstwertgefühl bekommen, Stark werden!
7.	Mein Ziel ist es, selbstbewußter den auf mich zukommenden Situationen und Lebensbedingungen entgegentreten zu können; mich durch andere Menschen nicht so verunsichern zu lassen.
8.	mehr Selbstvertrauen gewinnen.
11.	Zielstrebiges und selbstbewußtes Auftreten.
13.	mehr Selbstwertgefühl, mehr Selbstbewußtsein
17.	selbstbewußten Umgang mit mir und meinen Mitmenschen
38.	größeres Selbstvertrauen
40.	Selbstwertgefühl haben
43.	Ich möchte selbstbewußter und selbstsicherer werden
49.	Mehr Vertrauen zu mir selbst, diese Selbstzweifel, die von vorneherein schon immer zwischen mir stehen und den Dingen (abbauen)
56.	und mein Selbstvertrauen, -wertgefühl aufbauen
60.	Ich wäre gerne selbstbewußter
74.	Ängste weniger wert zu sein zu besiegen
79.	Ich möchte ein stärkeres Selbstwertgefühl bekommen

Z 8 mit sich in Einklang kommen**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mit sich selbst in Einklang zu kommen, zu sich selbst zu stehen und sich zu akzeptieren, d.h. innere Spannungen abzubauen.

Ankerbeispiele

4.	in Übereinstimmung mit mir selber kommen
17.	Einen Weg finden, durch den ich innere Spannungen abarbeiten kann, ohne daß sich körperliche Symptome allzu stark einstellen.
19.	ich möchte mich akzeptieren lernen, so wie ich bin.
38.	besser mit mir in Einklang stehen
42.	seelische Lockerung (weniger Spannung)
43.	und zu mir selbst stehen.
45.	wissen (besonders fühlen), wann man mit sich zufrieden sein kann.
60.	Ich möchte mein Leben akzeptieren lernen
61.	Ich möchte immer so sein können wie ich bin
68.	Harmonie mit mir selbst
107.	Mich besser anerkennen und lieben können
133.	ich möchte mich ändern um mit mir zufriedener zu sein
142.	meine Einstellung zu mir und meinem Leben verbessern

Z 9 sich selbst erkennen**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen als Ziel eine verbesserte Selbstkenntnis oder Selbsterkenntnis angegeben wird, wie der Wunsch, sich besser verstehen zu lernen oder sich der eigenen Ziele bewußt zu werden.

Ankerbeispiele

4.	mir darüber klar werden, wer ich selber bin
26.	Bewußtwerden der eigenen Wünsche
36.	Ich möchte meinen Körper besser verstehen lernen, mehr auf ihn hören
38.	mich besser verstehen lernen
39.	Klarheit
43.	Ich möchte mich selbst kennenlernen und zu mir selbst stehen.
46.	lernen, mich auf mich zu besinnen
55.	den Grund für meine Probleme finden
57.	Sinnfindung für meine Lebensphase
67.	Ich möchte mich finden
87.	Fähigkeit, mich einzuschätzen
128.	Mehr Verständnis für mich selbst
173.	für mich selbst meine Bedürfnisse klarer zu erkennen
180.	Sinn meines Lebens herausfinden

Z 10 Gefühle ausdrücken, zulassen**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich auf einen freieren Ausdruck von und Umgang mit den eigenen Gefühlen beziehen.

Codierregel:

Nicht hier codiert wird der Wunsch nach besserer Kontrolle über die eigenen Gefühle.

Ankerbeispiele

9.	- möchte mich mehr öffnen können - möchte loslassen können
15.	Meinem Bedürfnis nach Liebe, Zärtlichkeit und Sex Ausdruck verleihen.
35.	innere Barrieren abbauen Gefühle ausdrücken Grenzen deutlich machen
62.	Mehr aus mir rausgehen. Auf Menschen zugehen.
118.	Gefühle zulassen
196.	die Fähigkeit, mich auf andere gefühlsmäßig einlassen zu können

Z 11 Ruhe/Gelassenheit finden

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch nach mehr Ruhe und Gelassenheit, nach innerem Frieden und nervlicher Stabilität ausgedrückt wird.

Ankerbeispiele

3.	Ruhe in meinem Leben einziehen lassen
6.	Ich würde gerne ein gelasseneres Verhältnis zu meiner Umwelt (Arbeit/Uni/Freunde) bekommen, bzw. eine höhere Frustrationstoleranz.
9.	innere Ruhe
12.	Innerlich ruhiger und gelassener zu werden. Konflikte bereits im Ansatz zu entschärfen
16.	nervlich stabil
28.	innerlich ruhig
29.	möchte ausgeglichen, ruhig, zuversichtlich werden. Ruhe
31.	ruhiger werden, bestimmte Dinge (Wahrnehmungen, Erlebnisse) nicht überbewerten oder besser damit umzugehen
32.	Gelassenheit gegenüber der Gegenwart und der Zukunft
50.	Ich möchte endlich wieder meine innere Ruhe finden
53.	mehr Gelassenheit
55.	Ich möchte heiterer, ruhiger und gelassener werden
69.	Problemen gelassen gegenüber zu stehen
71.	Friedliches, ruhiges Leben
74.	Gelassener werden
76.	In Ruhe leben können
77.	Innere Ruhe und Kraft zu finden.

Z 12 Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen der Wunsch ausgedrückt wird, mehr Lebensfreude zu entwickeln, genießen zu können, Glück und Zufriedenheit sowie eine positive Einstellung zu erlangen oder allgemein positiv zu denken.

Ankerbeispiele

3.	Glück in meinem Leben einziehen lassen
9.	mehr Lebensfreude
14.	Wieder Freude am Leben haben
15.	eher zufrieden sein. Lustvoller leben.
21.	positive Grundbefindlichkeit
25.	Meine Energie für Dinge einsetzen, die sinnvoll sind, und es frei gestalten können, mein Leben schlicht genießen.
28.	Positiv denken, handeln
37.	Ich möchte meine Lebenssituation verändern, zufriedener leben.
39.	Mut, Freude
41.	positive Lebenseinstellung
42.	Auch möchte ich lernen, positiver denken zu lernen
45.	Ich möchte optimistisch sein und Freude wahrnehmen können.
46.	und innere Zufriedenheit zu erlangen.
55.	heiterer werden
59.	Zufriedenheit
62.	mehr genießen können
66.	Positiver denken
74.	zufriedener werden => Positives Denken
76.	Ich will eine positive Lebenseinstellung haben
79.	Ich möchte das Leben als Geschenk sehen
80.	- Frohsinn - neuen Lebensmut

Z 13 Freiheit, Selbstbestimmung erlangen

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich mit dem Wunsch nach mehr Freiheit und Selbstbestimmung befassen, wie größere Eigenverantwortung und Unabhängigkeit vom Einfluß anderer Menschen.

Ankerbeispiele

12.	die noch verbleibende Lebenszeit eigenen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.
13.	ein freier Mensch sein
15.	Weniger grübeln, dafür mehr konstruktiv handeln. Leichter Entscheidungen fällen
17.	Die Möglichkeit, aktiv an Probleme heranzugehen und meine inneren Werte wieder zur Geltung zu bringen.
25.	Mein tägliches Leben frei gestalten
34.	Außerdem möchte ich lernen, nein zu sagen u. fordern zu können.
36.	und wieder mehr für mich tun als für andere.
39.	Selbständigkeit
48.	Rückgewinnung der Entscheidungsfähigkeit
49.	Entscheidungen treffen ohne immer Zweifel zu haben
55.	für mich selbst verantwortlich werden
58.	Ich möchte selbständiger werden, unabhängig von Freunden und Eltern
60.	nicht so abhängig von der Meinung anderer.
67.	indem ich das sein kann, was ich möchte
68.	eigenständig und authentisch leben, Entscheidungen treffen und dazu stehen, innerlich frei werden
74.	auch mal nein sagen zu können zu mir und zu anderen
75.	Endlich einmal leben ohne ständig im Einfluß von anderen zu stehen.
76.	Ich möchte in Eigenverantwortung leben.

Z 14 sonstige Ziele**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen wichtige Ziele des Patienten zum Ausdruck kommen, die sich nicht einer der anderen Kategorien zuordnen lassen.

Ankerbeispiele

10.	Zwangshandlungen ganz oder teilweise wegbringen.
46.	ein „interessantes Leben“ führen
60.	Ich möchte kein schlechtes Gewissen mehr haben.
66.	auch an andere denken können
74.	Alte Stauungen in mir (Scheidungserlebnisse) endlich rauszulassen und verarbeiten. Den Defi akzeptieren, ihn als Lebensretter anzuerkennen.
90.	Selbsterstörerische Unfähigkeit Aufgaben rechtzeitig zu erledigen verlieren
119.	die Zwangshandlungen loswerden
144.	Zwangsvorstellungen abbauen, mein Verhalten normalisieren
161.	Ich möchte keine Zwangsgedanken mehr haben
171.	emotionale Ebene des Vaterkonflikts aufarbeiten
172.	Ich möchte ein Mann sein, da dies nicht geht, möchte ich zumindest für mich einen Weg finden mit meinem Frau-Sein klarzukommen.
184.	Ich möchte versuchen, meine Psychosen abklingen zu lassen
197	nicht gleich alles kaputt machen, von meinem schwarz-weiß Denken wegkommen.

Z 15 Kontaktfähigkeit, Umgang mit anderen Menschen verbessern

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen das Ziel zum Ausdruck kommt, besser Kontakte knüpfen und mit Menschen umgehen zu können. Dazu gehört auch der Wunsch, die eigene Isolation und Einsamkeit zu durchbrechen.

Ankerbeispiele

15.	damit ich im Alltag (Studium, Freunde) besser zurecht komme. Das heißt auch Kontakte zu Menschen aufbauen zu können, damit das Gefühl des „Andersseins“ einem Gefühl des Gehaltenseins weicht.
17.	Meinen Rückzug von der Umwelt umkehren erreichen.
19.	ich möchte offener Kontakte schließen können und mich dabei nicht immer darauf konzentrieren, wie ich reagiere und was die anderen von mir denken könnten.
37.	nicht mehr so schüchtern und gehemmt sein
60.	fähig, Kontakte zu knüpfen, denn seit der Geburt meines Kindes bin ich sehr isoliert
62.	Auf Menschen zugehen. Freunde gewinnen
71.	Umgang mit anderen Menschen. Frei vor vielen Menschen sprechen können.
72.	die Isolation zu durchbrechen
76.	kontaktfreudiger werden
80.	Kontaktfreude

Z 16 Familiäre Situation, Partnerbeziehung verbessern

Definition:

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, die sich mit dem Wunsch nach Verbesserung einer bestehenden Beziehung oder nach der Fähigkeit, eine solche eingehen zu können, auseinandersetzen. Auch Probleme mit Verwandten, z.B. Eltern, Schwiegermüttern etc., die gelöst werden sollen, sowie der Wunsch nach eigener Familie und Kindern, werden hier codiert.

Ankerbeispiele

1.	Selbstsicherheit gegenüber meinem Mann (und seiner ganzen Verwandtschaft)
2.	Ich möchte, daß ich meinen Frust und Haß gegen meine Tante und meinen Bruder abbauen kann.
4.	fähig werden, eine Partnerschaft einzugehen
13.	Kinder bekommen
14.	eine Familie zu haben!
19.	Ich möchte mich von meinen Eltern abkapseln und ein eigenes Leben beginnen (von vorne anfangen)
26.	Intakte Partnerschaft
29.	Beständigkeit - Partnerschaft
45.	Ich würde gerne unabhängig von meinen Eltern sein.
50.	vielleicht durch ein klärendes Gespräch mit jener Frau, damit ich dieses Problem für mich abschließen kann.
57.	klare, feste, intensive Partnerbeziehung
58.	unabhängig von Freunden und Eltern
60.	Ich möchte, daß ich bei der Erziehung meines Kindes nicht versage.
65.	lernen, nach einem Streit auch mal anfangen zu sprechen, überhaupt zu lernen, Probleme anzusprechen, anstatt tagelang sprachlos zu sein.
67.	Glücklich mit meinen Kindern zu sein, später fähig zu einer Partnerschaft und noch wichtiger Freundschaft
68.	Beziehungskrise verarbeiten

Z17 berufliche Ziele verwirklichen**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen Ziele genannt werden, die mit beruflichen Dingen in Zusammenhang stehen, auch mit Ausbildung, Studium, Pensionierung etc..

Codierregel:

Hier codiert wird auch der Wunsch zu lernen, bzw. wieder lernen zu können, um berufliche Ziele zu erreichen.

Ankerbeispiele

10.	Die vorgenannten Probleme möchte ich soweit wie möglich beseitigen, um wieder richtig arbeiten zu können.
6.	gelasseneres Verhältnis zu meiner Umwelt (Arbeit, Uni)
13.	Beruflichen Werdegang => Arbeit über einen längeren Zeitraum
15.	damit ich im Alltag (Studium, Freunde) besser zurecht komme
19.	eine Arbeitsstelle, in der ich mich wohl fühle
45.	Ich möchte einen Beruf finden, in dem ich mich wohl und gebraucht fühle
58.	Ich habe eine neue Arbeitsstelle, ich möchte gut sein in meinem Beruf und allen Anforderungen gerecht werden, mir beweisen, daß ich Leistungen alleine vollbringen kann
68.	mein Examen zu schaffen. Prüfungsängste und Lernschwierigkeiten abbauen
71.	Umgang mit anderen Menschen (Mitarbeitern, Frauen). Frei vor vielen Menschen sprechen können.

Z 18 Gefühle regulieren**Definition:**

In dieser Kategorie werden Äußerungen codiert, in denen es um die Regulation und Modifikation von Gefühlen und der Art und Weise diese auszudrücken geht, wie den Abbau bestehender Aggressionen.

Ankerbeispiele

57.	Konflikte aus dem Bauch heraus angehen können (anstatt sich trotz innerer Aggressivität zu beherrschen)
59.	Abbau der Aggressivität
68.	meinen Haß und Wut überwinden
112.	weniger launisch sein
159.	Ausgeglichenheit, weniger launisch
161.	Ich möchte mit meiner Aggression „gesund“ umgehen können.
191.	mit meinen Gefühlen besser umgehen zu können
198.	meine Aggressivität bei Angst in den Griff zu bekommen

Danksagung

Abschließend möchte ich mich bei allen bedanken, die mich während der Doktorandenzeit mit Rat und Tat sowie mit aufmunternden Worten unterstützt und die Durchführung der vorliegenden Arbeit ermöglicht haben.

Mein besonderer Dank gilt dabei:

Herrn Prof. Dr. Dr. Faller für die freundliche Überlassung des Themas, sowie für die wertvollen Hinweise bei der Erstellung der Arbeit und die Geduld, die er aufbrachte, um mir die Geheimnisse der Statistik etwas näher zu bringen.

Herrn Prof. Dr. Csef für die Übernahme des Korreferates.

Den Mitarbeitern des Institutes für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, insbesondere Frau Silvia Beck, für Ihre Unterstützung bei der Erstellung des Anhangs.

Herrn Arek Drag, ohne dessen Computerkenntnisse meine Dissertation wohl handschriftlich abgegeben worden wäre.

Frau Marlies Neu und Herrn Dieter Bullinger für das Korrekturlesen meiner Arbeit.

All meinen Freunden, meiner Familie und meinem Freund, die mich durch Höhen und Tiefen begleiteten und so zum Gelingen der Arbeit beitrugen.

DANKE!!

Yvonne Dick

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Yvonne Katrin Dick
Geburtsdatum 01.03.1975
Geburtsort Markttheidenfeld

Schulbildung

1981-85 Grundschule Lohr/Sackenbach
1991 Realschulabschluß, Lohr
1995 Abitur, Babenhausen

Hochschulbildung

1996-1998 Vorklinisches Studium an der
Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1998-2001 Klinisches Studium an der
Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
2001-2002 Praktisches Jahr

Prüfungen

03/1998 Ärztliche Vorprüfung
03/1999 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
08/2001 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
11/2002 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Famulaturen

1998 Fachbereich Anästhesie (Ochsenfurt)
1999 Fachbereich Chirurgie (Brixen, Italien)
2000 Fachbereich Allgemeinmedizin (Würzburg)
2001 Fachbereich Innere Medizin (Sefwi-Asafo, Ghana)

Praktisches Jahr

2001-02 Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1. Tertial Fachbereich Innere Medizin
Missionsärztliche Klinik, Würzburg
2. Tertial Fachbereich Pädiatrie
Klinikum Aschaffenburg
3. Tertial Fachbereich Chirurgie
- St. Clare's Mercy Hospital, Lehrkrankenhaus der „Memorial-
University of Newfoundland“
- Missionsärztliche Klinik, Würzburg

Stipendium

Studienstiftung des Deutschen Volkes

Lohr, den 30.11.02

Yvonne Dick