

**Wirksamkeit teilstationärer
psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
und ihre Beziehung
zum Ausmaß und zur Reduktion
der Belastung mit interpersonellen Problemen**

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Jörg Assmann

aus Bielefeld

Tübingen

2003

Tag der mündlichen Prüfung: 26.11.2003

Dekan: Prof. Dr. Martin Hautzinger

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter: Prof. Dr. med Heinz Weiss

(Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, Lehrkrankenhaus der Universität
Tübingen)

Danksagung

Meinen Dank möchte ich all denen aussprechen, ohne deren Unterstützung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Mein besonderer Dank gilt der ehemaligen Leiterin der Tageskliniken Esslingen und Nürtingen, Frau Dr. Gertraude Ralle, deren Anregungen und fachliche Kompetenz mir eine wertvolle Hilfe waren. Weiterhin gilt mein Dank dem jetzigen Leiter, Dr. Peter Czisch, und allen ehemaligen und jetzigen Mitarbeitern der Tagesklinik Esslingen, deren beherzte Tatkraft in den Begegnungen mit den Patienten den Hintergrund dieser Arbeit bildet. Nicht zuletzt bedanke ich mich bei allen mitwirkenden Patienten.

Ganz herzlich möchte ich mich bei Prof. Dr. Martin Hautzinger bedanken, der mich nicht nur über wertvollen Anregungen bei der Entwicklung unterstützte, sondern in seiner offenen und motivierenden Haltung eine wichtige Bestärkung war. Weiterhin danke ich Prof. Dr. Volker Tschuschke, der meine Diplom-Arbeit betreute und mit dem ich seit meine Studium immer wieder in kurzen Gesprächen zusammentreffe, die mich sehr erfreuen.

Herzlichen Dank allen, die dieser Arbeit ihr Interesse in Form inhaltsreicher und lebendiger Diskussionen entgegenbrachten, ganz besonders meiner Partnerin Dipl.-Psych. Anja Grundler sowie meinen Freunden Dipl.-Psych. Dipl.-Math. Uli Gwinner und Dr. Bernd Banholzer.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VI
Einleitung	1
Theorie	
1. Das teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Setting	3
1.1. Der spezifische psychotherapeutische Rahmen	4
1.2. Förderung interpersoneller Kompetenz als Ausdruck des spezifischen psychotherapeutischen Rahmens	9
1.3. Struktur- und Angebotsmerkmale des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings	13
2. Evaluation	17
2.1. Evaluation des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings	17
2.2. Evaluation interpersoneller Probleme	20
3. Fragestellung und Hypothesen	29
3.1. Fragestellung zur Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung	29
3.2. Hypothesen zur Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen	30

Methode

4.	Untersuchungs-Ansatz	31
4.1.	Struktur- und Angebotsmerkmale der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Esslingen	31
4.2.	Die Patienten	33
4.3.	Realisierung der Stichprobe und Untersuchungsdurchführung	34
5.	Evaluation psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung - Probleme und Erfordernisse	37
6.	Auswahl der Untersuchungsinstrumente	38
6.1.	Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP)	40
6.2.	Symptom Checkliste (SCL-90-R)	40
6.3.	Global Assessment Scale of Function (GAF)	42
6.4.	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8)	42
7.	Bewertung therapeutischer Veränderung	43
7.1.	Das Konzept der klinischen Signifikanz nach Jacobsen	45
7.2.	Entwicklung der Kennwerte für deutschsprachige Stichproben	48
7.3.	Anwendung in der Qualitätssicherung	50
7.4.	Kritik des Konzeptes klinischer Signifikanz	52
7.5.	Validität von Differenzmaßen	55
8.	Operationalisierung der Fragestellung und Hypothesen	57
8.1.	Operationalisierung der Fragestellung	57
8.2.	Operationalisierung der Hypothesen	58
9.	Statistisches Vorgehen	61

Ergebnisse

10.	Soziodemographische Zusammensetzung	64
11.	Ergebnisse zur Fragestellung	70
12.	Ergebnisse zu den Hypothesen	75
12.1.	Ergebnisse zur Hypothese 1 als Zusammenhangshypothese	75
12.2.	Grundlagen zu den Hypothesen 1 und 2 als Unterschiedshypothesen	79
12.2.1.	Unterteilung der therapeutischen Veränderung in die Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“	79
12.2.2.	Exkurs: Unterteilung der therapeutischen Veränderung nach Schauenburg und Strack (1999)	82
12.3.	Ergebnisse zur Hypothese 1 als Unterschiedshypothese	85
12.3.1	Gesamtgruppe	85
12.3.2.	Persönlichkeitsstörungen	90
12.3.3.	Schizophrene Störungen	93
12.3.4.	Depressive Störungen	95
12.3.5.	Neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen	98
12.4.	Ergebnisse zur Hypothese 2	99
12.4.1.	Gesamtgruppe	99
12.4.2.	Persönlichkeitsstörungen	102
12.4.3.	Schizophrene Störungen	106
12.4.4.	Depressive Störungen	108
12.4.5.	Neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen	111

Diskussion

13.	Vorbemerkung	114
13.1.	Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch- psychotherapeutischer Behandlung	116
13.2.	Prognose therapeutischer Veränderung	117
13.3.	Bewertung der therapeutischen Veränderung im Sinne einer vergleichenden Qualitätssicherung	122
13.4.	Integration der Ergebnisse und praxisnahe Schlussfolgerungen	123
14.1.	Gesamtgruppe	124
14.2.	Persönlichkeitsstörungen	126
14.3.	Schizophrene Störungen	129
4.4.	Depressive Störungen	132
14.5.	Neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen	135
15.	Resümee, Limitation und Ausblick	135
	Literaturverzeichnis	138
	Anhang 1: Aufstellung der Hauptdiagnosen	147
	Anhang 2: Verwendete Fragebögen	149

Tabellenverzeichnis

Tab.1:	Soziodemographische Zusammensetzung und Behandlungstage	65
Tab. 2:	Hauptdiagnose (Anzahl und Prozent) und psychiatrische Nebendiagnosen (Mehrfachnennungen pro Patient möglich) nach ICD-10	69
Tab. 3:	Mittelwerte und Standardabweichungen des Global Severity Index GSI der Symptom Checkliste SCL-90-R in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärke	71
Tab. 4:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterskalen des SCL-90-R in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Werte, p-Werte und Effektstärken	71
Tab. 5:	Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP _{Gesamt} in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärke	72
Tab. 6:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterskalen des IIP in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärken	73
Tab. 7:	Mittelwerte, Standardabweichungen und Randwerte der Global Assessment Scale of Function GAF in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert und p-Wert	73
Tab. 8:	Median, Interquartilbereich und bewertete Kategorien des Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUf-8 in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsende	74
Tab. 9:	Personenzahlen, bivariate Korrelationen und p-Werte der bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende vorliegenden soziodemographischen Merkmale und Variablen mit dem Kriterium Differenz zwischen $GSI_{\text{Behandlungsbeginn}}$ und $GSI_{\text{Behandlungsende}}$ der Symptom Checkliste SCL-90-R	76
Tab.10:	Regressionsanalyse zur Prädiktion des Kriteriums Differenz zwischen $GSI_{\text{Behandlungsbeginn}}$ und $GSI_{\text{Behandlungsende}}$ mit Variablen des Behandlungsbeginns	78
Tab.11:	Auf den GSI der SCL-90-R angewandte Algorithmen mit $CV=0,70$ und $RCI=0,19$ oder $RCI=0,30$; Interpretation der Kategorien; Personenzahl und Prozent pro Hauptdiagnosegruppe und in der untersuchten Gesamtgruppe	81

Tab.12:	Auf den GSI der SCL-90-R angewandte Algorithmen mit $CV=0,57$ und $RCI=0,16$ oder $RCI=0,43$; Interpretation der Kategorien; Personenzahl und Prozent in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen ((1), $n=54$) der vorliegenden Untersuchung und in der Vergleichsstichprobe stationärer Psychotherapie ((2), $n=189$)	84
Tab.13:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	86
Tab.14	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	87
Tab.15:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	88
Tab.16:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	89
Tab.17:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)	90
Tab.18:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)	91
Tab.19:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)	92
Tab.20:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2)	93

Tab.21: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2)	94
Tab.22: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)	95
Tab.23: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)	96
Tab.24: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)	97
Tab.25: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4)	98
Tab.26: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4)	99
Tab.27: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe, sowie die Effektstärke	100
Tab.28: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe, sowie die Effektstärke	101

Tab.29: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	103
Tab.30: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	104
Tab.31: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	106
Tab.32: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	107
Tab.33: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	108
Tab.34: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	110
Tab.35: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	112

Tab.36: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	113
---	-----

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Das zirkumplexe Modell interpersoneller Probleme	22
Abb.2: Ergebnisse in der untersuchten Gesamtgruppe im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	125
Abb.3: Ergebnisse in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	128
Abb.4: Ergebnisse in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	131
Abb.5: Ergebnisse in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	133

Abkürzungsverzeichnis

B.-beginn	: Behandlungsbeginn
B.-ende	: Behandlungsende
CV	: Critical Value
GAF	: Global Assessment Scale of Function
GSI	: Global Severity Index (Gesamtwert) der Symptom-Checkliste SCL-90-R
IIP	: Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme
IIP _{Gesamt}	: Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme
I-S Index	: Differenz IIP Gesamtwert minus Global Severity Index der SCL-90-R
RCI	: Reliable Change Index
SCL-90-R	: Symptom-Checkliste
ZUF-8	: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung besteht in einer Studie zur Wirksamkeit und Prognose teilstationärer Behandlung, die den spezifischen psychotherapeutischen Rahmen des Untersuchungsgegenstandes Tagesklinik berücksichtigt und verdeutlicht. Als Ausdruck der spezifischen Merkmale des teilstationären Rahmens gilt die Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten, dies konnte auch durch bisherige empirische Forschung bestätigt werden. Vor diesem Hintergrund werden die Hypothesen formuliert, dass sich beim Patienten die Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen in der Wirksamkeit teilstationärer Behandlung niederschlägt und dass Patienten mit hoher Belastung mit interpersonellen Problemen gut von tagesklinischer Behandlung profitieren. In die naturalistische Studie werden 135 Patienten einbezogen, darunter 54 mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung, 37 Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, 27 mit depressiven Störungen und 17 mit neurotischen-, somatoformen- und Belastungsstörungen. Die Behandlungen finden in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik mit 30 Therapieplätzen statt und weisen eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 70,7 Tagen auf. In einer multimodalen Vorgehensweise werden die Instrumente Symptom Checkliste (SCL-90-R), Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP), Global Assessment of Funktion (GAF) und der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) eingesetzt.

Es ergibt sich eine signifikante Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome (SCL-90-R) und interpersoneller Probleme (IIP) wie auch eine Verbesserung des globalen psychosozialen Funktionsniveau (GAF) während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Über eine multiple Regressionsanalyse bestätigt sich das Ausmaß interpersoneller Problemen bei Behandlungsbeginn als Prädiktor der Reduktion im Haupterfolgsmaß allgemeine psychopathologische Symptome. Ebenso steht das Verhältnis interpersoneller Probleme zu allgemeinen psychopathologischen Symptome („I-S“ Index) mit dem Behandlungsergebnis in einem signifikanten Zusammenhang.

Zur praxisnahen und aussagekräftigen Formulierung der Relevanz interpersoneller Probleme für die psychotherapeutische Behandlung wird, ausgehend vom Konzept „klinischer Signifikanz“ nach Jacobsen, eine Gruppierung der Patienten im Sinne

einer bedeutsamen oder fehlenden Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome im SCL-90-R in „statistisch signifikant Verbesserte“ (72 Patienten) und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ (63 Patienten) durchgeführt. Folgende Charakterisierungen der Kategorien werden erkennbar: Patienten, die sich verbessern, sind bei Behandlungsbeginn gegenüber Nicht-Verbesserten charakterisiert durch eine höhere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen. Diese Gesamtbelastung verändert sich während der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam unterschiedlich bei den Verbesserten gegenüber den Nicht-Verbesserten. Verbesserte weisen eine bedeutsame Reduktion der Gesamtbelastung auf, mit dem Ergebnis einer bedeutsam geringeren Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen gegenüber den Nicht-Verbesserten bei Behandlungsende auf. Patienten, die sich nicht verbessern, sind dementsprechend charakterisiert durch eine bedeutsam geringere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, welche unverändert bleibt und bei Behandlungsende dann sogar bedeutsam höher gegenüber den Verbesserten liegt. Es werden für drei Diagnosegruppen praxisnahe Resultate dargestellt, welche spezifischen interpersonellen Problembereiche bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen- und depressiven Störungen eng mit einer symptomatischen Verbesserung zusammenhängen und somit psychotherapeutisch herausragend beachtenswert wie auch erreichbar sind.

Insgesamt bestätigt sich in der vorliegenden Untersuchung die Kompetenz des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten. Es profiliert sich das tagesklinische Setting für eine veränderte Patientengeneration mit vermehrten interpersonellen Problemen.

Einleitung

Die Geschichte der Tagesklinik spiegelt wie kaum ein anderes Element der psychiatrischen Versorgung die vielfältigen Veränderungen wieder, die während der letzten 35 Jahre in der Behandlung psychisch Kranker eingetreten sind. Das Merkmal kleiner Behandlungseinrichtungen begründete eine Flexibilität im Umgang mit neuen Anforderungen, wie sie sicher auch in der Zukunft erforderlich sein wird. So wird aktuell eine Verschiebung der behandelten Patienten der allgemeinspsychiatrischen Tagesklinken von schizophrenen Störungen weg hin zu Persönlichkeitsstörungen mit Verlust der Arbeitsfähigkeit diskutiert. In dieser Untersuchung wird der Frage nachgegangen, ob das teilstationäre Setting sich für diese Entwicklung auszeichnet. Dies ist eine Studie zur Wirksamkeit und Prognose teilstationärer Behandlung, die spezifische Merkmale des Untersuchungsgegenstandes aufgreift, so dass Aussagen über den spezifischen Stellenwert teilstationärer Einrichtungen im psychiatrischen Versorgungssystem abgeleitet werden können.

Zu Beginn wird die Diskussion zu spezifischen, für das teilstationäre Setting generell geltenden Merkmalen dargestellt (Kapitel 1, Abschnitt 1.1.), um vor diesem Hintergrund eine gegenstandsangemessene empirische Erhebung bezüglich der Wirksamkeit mit aussagekräftigen Variablen abzuleiten. Dabei wird eine aus den spezifischen Merkmalen des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings entstehende Kompetenz in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten beschrieben (Kapitel 1, Abschnitt 1.2.). Damit stellt sich die Frage, wie sich die beschriebene Kompetenz in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten abbilden lässt. Folgende Fragen werden im Zusammenhang mit der Abbildung der Wirksamkeit teilstationärer Behandlung verfolgt: reduzieren sich die vom Patienten berichteten Belastungen mit als problematisch wahrgenommenem, eigenem Beziehungsverhalten während teilstationärer Behandlung? Und weiter: profitieren insbesondere Patienten mit einer hohen Belastung an als problematisch wahrgenommenem, eigenem Beziehungsverhalten von einem teilstationären Behandlungsrahmen?

Grundlegend muß von einer großen interinstitutionellen Variabilität teilstationärer Einrichtungen ausgegangen werden. Um dennoch eine aussagekräftige Beschreibung der teilstationären Einrichtungen und eine Einordnung der hier untersuchten Tagesklinik zu ermöglichen, werden aktuelle und zentrale Struktur- und Angebotsmerkmale teilstationärer Einrichtungen in Deutschland sowie die diagnostische Zusammensetzung der behandelten Patientengruppen in Kapitel 1, Abschnitt 1.3. dargestellt.

In Kapitel 8 wird die Operationalisierung der Zielsetzungen dargestellt. Da die Bestätigung über Zusammenhangshypothesen neben prädiktiven Aussagen auch größere Einsichten in multivariate Beziehungen erwarten lässt (Kapitel 12, Abschnitt 12.1.), die Bestätigung über Unterschiedshypothesen jedoch die substantielle Signifikanz erhöht, indem statistisch signifikante Ergebnisse wie z.B. bedeutsame Zusammenhänge auch praxisnah bedeutsam und aussagekräftig werden, wird nachfolgend auf beide Arten operationalisiert und überprüft. Für die Prüfung über Unterschiedshypothesen wird auf dem Hintergrund des Konzeptes „klinischer Signifikanz“ nach Jacobsen (Kapitel 7) eine Gruppierung der Patienten in zwei Kategorien erreichter therapeutischer Veränderung durchgeführt (Kapitel 12, Abschnitt 12.2.). Über die ermittelten Ergebnisse wird es möglich, nicht nur die symptomatische Verbesserung der Gesamtgruppe der Patienten in ihrem engen Bezug zur Veränderung interpersoneller Probleme darzustellen, sondern auch für jede der drei Hauptdiagnosegruppen Persönlichkeitsstörungen, schizophrene und depressive Störungen praxisnahe Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen abzuleiten (Kapitel 12, Abschnitte 12.3., 12.4. und Kapitel 14).

Theorie

1. Das teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Setting

Die teilstationäre Versorgung im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie stellt eine wichtige Ergänzung zur vollstationären Versorgung und ein sinnvolles Bindeglied zu Bausteinen der gemeindenah organisierten Versorgungskette dar. Unter anderem auch aufgrund der Reduktion vollstationärer Bettenkapazitäten unterliegen die grundlegenden Behandlungskonzeptionen teilstationärer Einrichtungen in den letzten Jahren einem Wandel. So etabliert sich das teilstationäre Setting auch in der Versorgung einiger, von teilstationären Einrichtungen bisher kaum berücksichtigter Patientengruppen durch die Bildung spezialisierter Einrichtung der gerontopsychiatrischen und psychosomatischen Tageskliniken und der Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und für Suchtkranke. Gesundheitspolitische und fachliche Intentionen des weiteren Ausbaus von Alternativen zur vollstationären Behandlung lassen eine weitere Kapazitätzunahme des in der Vergangenheit anhaltend expandierenden Settings erwarten. Eine Evaluation der spezifischen Merkmale der teilstationären Behandlung steht dabei noch weitgehend aus. Dennoch wird auch von den teilstationären Einrichtungen als Teil des Versorgungssystems der Nachweis der Effektivität und von der einzelnen Einrichtung eine umfassende Qualitätssicherung gefordert (Gaebel, 1995; Haug und Stieglitz, 1995).

Die vermehrte Etablierung psychiatrischer Tageskliniken reicht bereits gut 35 Jahre zurück. In den 70er und 80er Jahren waren psychiatrische Tageskliniken überwiegend auf die Rehabilitation schizophrener Patienten zugeschnitten. Dies ist heute nicht mehr in dem Maße der Fall, da Enthospitalisierungen zuvor langfristig stationär behandelte Patienten nicht mehr erforderlich sind. Noch vor zehn Jahren wurde die allgemeinspsychiatrische teilstationäre Behandlung in Deutschland überwiegend für psychische Kranke konzipiert, deren vollstationärer Aufenthalt gerade zum Abschluss gekommen war, wenn es nun auch um Übernahmen aus vollstationären Behandlungen der Krisenintervention ging (Kallert, Schützwohl & Mathes, 2003). Im Zuge der Reformierungsbestrebungen psychiatrischer Versorgung mit der leitenden Zielvorstellung der Etablierung gemeindenaher Angebote gewannen seither Ansätze gemeindeintegrierter Akutbehandlung an Bedeutung. Dies weist den

Tageskliniken die Aufgabe zu, Akutbehandlungen im Sinne einer Alternative zur vollstationären Behandlung durchzuführen. Für die einzelne allgemeinspsychiatrische Einrichtung stellt sich somit die Aufgabe, ein Therapieangebot vorzuhalten, welches somatische, psycho- und soziotherapeutische Behandlungsverfahren integriert, so dass die einzelne Einrichtung einem breit gefächertem Spektrum psychischer Störungen gerecht wird. Zugleich sind bei den in allen allgemeinspsychiatrischen Tageskliniken behandelten Störungs- und Krankheitsbildern Funktionen und Fachkompetenzen erforderlich, die ein Spektrum von Krisenintervention und akutpsychiatrischen Behandlungsansätzen wie auch von Psychotherapie und Rehabilitation abdecken. Nach Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung sollen auf 100 000 bis 150 000 Einwohner mindestens 20 allgemeinspsychiatrische Tagesklinik-Plätze zur Verfügung stehen.

1.1. Der spezifische psychotherapeutische Rahmen

Mit welchen potentiell therapeutisch wirksamen Realitäten ist der Patient nach Aufnahme konfrontiert, die sich direkt aus dem Setting ergeben. Die im folgenden diskutierten potentiell wirksamen spezifischen Settingbedingungen haben eine Bedeutung für alle teilstationär arbeitenden psychotherapeutischen Kliniken.

Der Begriff tagesklinische Behandlung charakterisiert ein klinisches Behandlungsangebot, das nicht an das Krankenbett gebunden ist. Die Tagesklinik steht an fünf Wochentagen zur Verfügung. Die Patienten verbringen den Abend, die Nacht und das Wochenende im gewohnten häuslichen Umfeld. Mit der Bezeichnung teilstationär wird betont, dass diese Therapieform dem vollstationären Krankenhausaufenthalt vergleichbare diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stellt (Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1986).

In der tagesklinischen Behandlung sind Behandlungs- und Lebenssituation des Patienten eng miteinander verknüpft. Dieses spezifische Merkmal begründet gegenüber den vollstationären und ambulanten Versorgungsformen die eigenständige Qualität der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen

Behandlung. Der Patient verbringt ca. 40 Wochenstunden in der Tagesklinik. Das erlaubt ihm, seine sozialen Bindungen weitgehend aufrecht zu erhalten, oder sie – etwa nach einer vollstationären Behandlung – wieder neu zu knüpfen. Trotz der Behandlung verliert er nicht den Kontakt zu den Alltagsereignissen außerhalb des schützenden Rahmens. Im Vergleich zum vollstationären Aufenthalt bleibt ihm ein größerer Spielraum zur Entfaltung von Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Selbsthilfekräften.

Die unmittelbare Verknüpfung von Behandlungs- und Lebenssituation des Patienten erlaubt es, die Probleme seines Alltags kontinuierlich in eine Behandlung mit einzubeziehen, so dass diese einen integralen Bestandteil des therapeutischen Prozesses bilden (Reker, 1999). Die eigenständige Qualität der tagesklinischen Behandlung gewinnt besondere Bedeutung bei Krankheitsbildern, an deren Entstehung oder Fortdauer Einflüsse der sozialen Umwelt beteiligt sind oder die in ihren Auswirkungen das Lebensfeld des Patienten wesentlich berühren. Patienten, die Einbußen in ihrer sozialen Kompetenz erlitten haben z. B. aufgrund schizophrener Erkrankungen, bekommen somit die Möglichkeit, sich unter therapeutischem Beistand auf ihre lebenspraktischen und sozialen Fähigkeiten zu besinnen, sie zu stärken und weiter zu entwickeln.

Nach Aufnahme besteht für den Patienten eine Gleichzeitigkeit des konkret anwesenden strukturierenden Ort Tagesklinik und der konkret anwesenden eigenen sozialen Problemfeldern. Der Kontakt mit dem strukturierenden Tagesklinik wirkt stabilisierend auf Funktionen wie Realitätsüberprüfung und Selbst- und Fremdwahrnehmung. Dies wirkt sich für den Patienten in einer realitätskonformerer Konfrontation in und mit den konkret anwesenden sozialen Problemfelder aus. Weiterhin können gerade instabile Patienten mit einem geringen Funktionsniveau, deren Erkrankung sich auch in interpersonellen Problemen ausdrückt, zu einem Probehandeln bezüglich ihrer interpersonellen Probleme im eigene Umfeld motiviert sein, da sie anhaltend in Realitätsüberprüfung und Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich des Probehandelns stabilisiert sind und somit er vor einem schnellen Scheitern geschützt ist (oder nach einem Scheitern im Realitätskontakt unterstützt werden). Durch das teilstationäre Setting kann also bei instabilen und brüchigen Patienten mit interpersonellen Problemen ein konkretes Probehandeln in dem

eigenen konkreten sozialen Umfeld ermöglicht werden, da der Patient sich geschützt weiß.

Therapieerfolg ist abhängig von der Motivation. Schon Strauß, Eckert und Hess (1993) äußern in der Diskussion der Ergebnisse einer der beteiligten Kliniken der multizentrischen Studie, einer psychosomatischen Klinik der Rentenversicherungsträger, dass aufgrund motivationaler Defizite die Belastung mit interpersonellen Problemen keinen Behandlungserfolg prädiziert. Schneider et al. (1999) fordern eine auf die Behandlung bezogene, psychotherapiemotivierende Intervention. Dabei soll eine Veränderung der Krankheitskonzepte der Patienten in Richtung auf eine größere Akzeptanz psychosozialer Kausalattributionen unterstützt werden. Die Autoren belegen bedeutsame Zusammenhänge zwischen einer Behandlungsmotivation im Sinne einer psychosozial fokussierten Laienätiologie (z.B. in der Art einer Rückführung psychischer Beschwerden auf die eigenen Lebensführung) und dem Therapieerfolg (siehe Abschnitt 2.2.).

Es ist davon auszugehen, dass das teilstationäre Setting aufgrund des spezifischen psychotherapeutischen Rahmens die geforderte adäquate Therapiemotivation unterstützt, da die Relevanz psychosozialer Kausalattributionen nicht nur im Behandlungssetting, sondern auch im gewohnten sozialen Umfeld überprüft werden kann. Das teilstationäre Setting bietet die Möglichkeit, psychosoziale Kausalattributionen und die Wirksamkeit davon abgeleiteter Veränderungsschritte direkt im gewohnten sozialen Rahmen zu überprüfen. Gerade Patienten, die mit einer hohen Belastung an interpersonellen Problemen in die teilstationäre Behandlung kommen, können besonders motiviert sein, die Verlässlichkeit erarbeiteter psychosozialer Kausalattributionen bezüglich einer Verbindung mit ihren psychischen Beschwerden durch die unmittelbare Verknüpfung mit Veränderungsschritten im gewohnten sozialen Umfeld zu überprüfen. Damit kann sich eine fundierte Therapiemotivation herausbilden, die aufgrund des spezifischen psychotherapeutischen Rahmens des teilstationären Settings unterstützt wird und diesen wiederum spezifisch nützt.

Seit Tageskliniken auch unabhängig von psychiatrischen Institutionen entstanden sind und sich manche von ihnen psychosomatisch bzw. psychotherapeutisch

orientierten, wurde die Frage diskutiert, ob Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihren teilweise erheblichen interpersonellen Problemen tagesklinisch behandelt werden sollen (Heigl-Evers et al. 1986; Engelke, 1989). Die Diskussion erhielt einen besonderen Akzent dadurch, dass man der Tagesklinik in der Behandlung dieser Patienten eine spezifische Funktion zuordnete. Die Indikation für die psychotherapeutische teilstationäre Behandlung soll sich gerade auf diese Patientengruppe erstrecken, da deren vollstationäre Behandlung wegen der Überschreitung ihrer eingeschränkten Nähetoleranz schwierig oder unmöglich erscheint. Dabei wird die Gefährdung dieser Patienten durch eine maligne Regression im Zusammenhang mit dem vollstationären Aufenthalt hervorgehoben. Der Tagesklinik wird dabei eine günstige therapeutische Auswirkung auf jene Störungen zugesprochen, die in der frühkindlichen, bei diesen Patienten misslungenen Trennungs- und Wiederannäherungsphase (Mahler, Pine & Bergman, 1975) entstanden seien. Die durch das Setting notwendige tägliche Trennung und Wiederannäherung an die Klinik soll dazu beitragen, die psychische Störung an ihrem vermuteten entwicklungsgeschichtlichen Ansatz zu verdeutlichen und zu überwinden.

Dementsprechend nennt auch Küchenhof (1998) als spezifische therapeutische Vorteile der teilstationären gegenüber der vollstationären Behandlung erstens eine Entlastung von dem starken Binnendruck vollstationärer Psychotherapieeinrichtungen. Der Patient kann den Ort, an dem Erkrankung problematisiert und eine Auseinandersetzung damit gefördert wird verlassen, ohne ihn zu verlieren. Zweitens nennt Küchenhof als spezifischen Vorteil die Verringerung der durch Regression entstehenden Risiken, z.B. im Sinne einer Abwendung des Patienten von Alltagsrealitäten und einer „Flucht“ in allein therapeutische Bezüge. Es besteht durch die tägliche Notwendigkeit der Trennung vom Ort der Tagesklinik die Möglichkeit für den Patienten, sich symbolisch das Behandlungsende zu vergegenwärtigen, ja zu üben. Damit wird das Erleben gefördert, dass ein Behandlungsende als ein Bestandteil der Behandlung akzeptiert werden kann und damit die Entlassung nicht als traumatisch erlebt wird. Als dritten Punkt nennt Küchenhof die ständige Durcharbeitung von Trennungserfahrungen. Das Setting fordert eine ständige Bewältigung der Distanzierung und Wiederannäherung vom Patienten gegenüber dem Ort und Partner Tagesklinik, unabhängig von der aktuellen

Gestimmtheit oder Befindlichkeit des Patienten. Da die Tagesklinik nicht immer verfügbar ist, ist damit eine „geschützte“ Mangelerfahrung bei dem Patienten lebendig. Geschützt deswegen, weil der Patient seine konkreten und abgeleiteten Auseinandersetzungen diesbezüglich einbringen kann, und zwar gerade an dem Ort, der ein Auslöser der Mangelerfahrung ist. Gleichzeitig ist damit auch eine Idealisierung der Einrichtung begrenzt, die mit der Gefahr illusionärer Erwartungen und Haltungen auf Seiten des Patienten, aber auch auf Seiten der Mitarbeiter, verbunden sein kann. Weiterhin ist der Patient nicht durch ein „Bett“ an den Behandlungsort gebunden, die Bindung des Patienten besteht in seinen persönlichen Vereinbarungen mit der Tagesklinik. Die Motivation muß jeden Tag beim Patienten vorhanden sein oder zum Fokus der Behandlung werden. Als vierten Punkt der Vorteile nennt Küchenhof die bessere Verknüpfung von Psychotherapie mit sozialer Rehabilitation.

Heigl-Evers und Küchenhof betonen den spezifischen therapeutischen Rahmen als einen Auslöser für die Aktualisierung spezifischer Störungsbereiche. Ein weiterer Gedanke schließt sich hier an: eine grundlegende Notwendigkeit für einen Behandlungskontakt zwischen Tagesklinik und Patienten, der über einen Kurzkontakt hinausgeht, besteht für den Patienten in der Handhabung oder Integration zweier deutlich unterschiedlicher Erlebnisbereiche während der Behandlung: das Vorhandensein der Tagesklinik für den Patienten am Tag und die Abwesenheit der Tagesklinik am Abend und am Wochenende. Dies bedeutet, daß der Patient die Tagesklinik widersprüchlich erlebt, im Sinne von Unterstützend und Versagend. Wenn der Patient abends eine psychische Krise erlebt, so fühlt er sich alleingelassen vom Partner Tagesklinik und ist womöglich enttäuscht. Der Patient muß also anhaltend die Realität des widersprüchlich erlebten Partners Tagesklinik aushalten, bewältigen und somit integrieren, um jeden Tag eine Wiederannäherung zu leisten. Der Patient ist aufgefordert, während seiner psychiatrischen Krise einen inneren Kontakt zur Tagesklinik aufrechtzuhalten, auch wenn die physische Anwesenheit der Tagesklinik immer wieder unterbrochen wird. Möglicherweise unterstützt der Aufbau des Behandlungskontaktes vom Patienten zur Tagesklinik insgesamt eine eigenständige und realitätsnahe Integrationsleistung wechselnder, unterschiedlicher oder auch konflikthaft erlebter Erlebnisbereiche. Diese tägliche, konkret erlebte und für den Patienten oft schmerzhaft Bewältigung steht oft im Zusammenhang mit

einem längeren Behandlungszeitraum, wie dieser auch von teilstationären Einrichtungen wenn möglich genützt wird, zumindest aber gefordert wird. Schlussendlich ist damit der Bereich der Bindungsfähigkeit oder die Objekt Konstanz Mittelpunkt der Auseinandersetzung und der Arbeit des Patienten mit dem Partner Tagesklinik.

Die spezifischen Nachteile bestünden in einer persönlichen Überforderung des Patienten durch die z.B. geringere haltgebende Funktion insbesondere abends und am Wochenende und in der geringeren Flexibilität der tagesklinischen Einrichtung bei Kriseninterventionen. Beide Settings, das vollstationäre und das teilstationäre, zeichnen sich durch die, wenn auch deutlich unterschiedliche Entlastung des Patienten vom gewohnten sozialen Umfeld und dessen Alltag aus, des weiteren durch die Integration verschiedener Therapiebausteine und durch die Nutzung des Milieus als therapeutischen Raum z. B. im Sinne einer konkreten Einbeziehung des Handlungsdialogs des Patienten in die Behandlung.

1.2. Förderung interpersoneller Kompetenz als Ausdruck des spezifischen psychotherapeutischen Rahmens

Somit wird eine spezifische Kompetenz des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten beschrieben. Das erklärt sich einerseits aus dem Verbleiben der Patienten in ihrem sozialen Kontext und aus den zuvor beschriebenen Merkmalen des spezifischen psychotherapeutischen Rahmens. Andererseits aus der Tatsache, dass eine Tagesklinik vielfältige, die soziale Kompetenz fördernde Milieufaktoren aufweist.

Die historische Entwicklung tagesklinischer Konzepte ist untrennbar verbunden mit gruppenbezogenen Behandlungsansätzen. Vor allem die Ideen der „therapeutischen Gemeinschaft“ haben die Gestaltung des Milieus beeinflusst (Überblick bei Finzen, 1986). Auf Gruppen- und Teamarbeit ausgerichtete Strukturen bilden die Grundlage für einen Behandlungsstil, der partnerschaftliche Umgangsformen fördert. Dieser erleichtert Patienten mit Defiziten im Bereich sozialer Kompetenz Anschluß zu finden

und trägt dazu bei, dass sich Freundschaften unter den Patienten bilden. Nachdem sich zwischenzeitlich viele inner- und außerpsychiatrische Entwicklungen hin zu Individualisierung der Person und ihrer Probleme ergeben haben, mag die milieutherapeutische Konzeptualisierung teilstationärer Behandlung aus aktueller Sicht überholt erscheinen, wird aber möglicherweise nur erweitert.

Wie jede gewährende Gruppe bietet die tagesklinische Gemeinschaft für den Patienten in ihrer Abgeschlossenheit ein Sicherheits- und Geborgenheitsgefühl, wie es Battegay (1974) beschreibt. Damit bietet die tagesklinische Gemeinschaft einerseits den Hintergrund, um veränderte soziale Fähigkeiten und ihre Anwendung zu erproben und zu erweitern, wie sie auch schlussendlich durch spezifische Therapiebausteine innerhalb des tagesklinischen Behandlungsangebotes gefördert werden, unabhängig vom psychotherapeutischen Ansatz. Es ist andererseits davon auszugehen, dass eine tägliche Konfrontation mit eigenen interpersonellen Problemen für den Patienten des tagesklinischen Settings auch im häuslichen oder privaten Bereich vorhanden ist. Idealerweise besteht damit eine anhaltend hohe Motivation beim Patienten, und dieser hat einen am Tag zeitlich länger anhaltenden therapeutischen Raum zur Verfügung. Somit kann das Ausmaß interpersoneller Probleme sich insbesondere durch eine tagesklinische Behandlung ändern und Patienten mit hohen interpersonellen Problemen können gut von einem derart auf ihre Belange fokussierten und intensiven Behandlungsrahmen profitieren.

Wie kann man allgemeine Grundlagen der Veränderung interpersoneller Probleme beim Patienten unter den spezifischen Bedingungen des teilstationären Rahmens modellhaft beschreiben? Das interpersonelle Lernen durch Beziehungserfahrung wird insbesondere in der Gruppenpsychotherapie als Basisansatz schlechthin konzeptualisiert. Im Folgenden wird ein Transfer des grundlegenden dynamisch-interaktionellen Modells der Gruppentherapie nach Yalom (1995) auf die tagesklinische Gemeinschaft versucht. Napolitani (zitiert nach Finzen, 1999) formuliert die Idee der therapeutischen Klinikgemeinschaft weitgehend vergleichbar. Wenn die von Yalom postulierten Wirkfaktoren (1. Bedeutung des interpersonellen Lernens, 2. korrigierende emotionale Erfahrung und 3. die Gruppe als sozialer Mikrokosmos und Abbild der Realwelt) in einem logischen Ablauf organisiert werden,

ergibt sich folgendes Modell, das idealtypisch den Mechanismus des interpersonellen Lernens als therapeutischen Wirkfaktor beschreibt (nach Tschuschke, 1990, 1996).

1. Die Symptome des Patienten entstehen durch gestörte interpersonelle Beziehungen.
2. Die tagesklinische Gemeinschaft stellt einen sozialen Mikrokosmos dar, in dem der Patient Beziehungsprobleme erlebt und agiert, die denen seiner Alltagswelt ähneln.
3. Die Haltung der Tagesklinik ermöglicht ein Klima, innerhalb dessen der Patient sich der problematischen interpersonellen Auseinandersetzungsstrategien bewusst wird.
4. Bewusstsein führt zur Möglichkeit der Veränderung.
5. Der Patient experimentiert mit neuen interpersonellen Verhaltensweisen, zuerst in den psychotherapeutischen Gruppenangeboten der Behandlung, dann in der tagesklinischen Gemeinschaft, bestehend aus allen Nutzern des Hauses, also Mitarbeiter und Patienten.
6. Das gelernte Verhalten wird in der Folge im täglichen Leben im individuellen häuslichen und privatem Umfeld erprobt. Das Experiment wird zwecks Validierung berichtet.
7. Eine „adaptive Spirale“ wird in Gang gesetzt, die den Teufelskreis zwischen Symptom und gestörten Beziehungen durchbricht: mehr funktionelles interpersonelles Verhalten generiert ein größeres Selbstbewusstsein, die Kapazität für zufriedenstellende Beziehungsgestaltung erweitert sich, was wiederum das Selbstwertgefühl anhebt und noch mehr Veränderung erleichtert usw.

Jeder dieser Schritte erfordert nach Tschuschke eine spezifische Erleichterung durch die therapeutischen Mitarbeiter über Feedback, Ermutigung, Abklären von Verantwortlichkeit, Anzweiflung von phantasierten schlimmen Konsequenzen, Verstärkung von Lerntransfers usw.

Wie lässt sich die beschriebene spezifische Kompetenz des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten empirisch abbilden? Folgende Frage leitet sich ab:

reduziert sich die vom Patienten berichtete Belastung mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten während teilstationärer Behandlung?

Die Kompetenz des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten wird auch aufgrund folgender Überlegung überprüfbar. Die Reduktion psychopathologischer Symptome ist 1. bei Patienten mit einem geringen strukturellen Funktionsniveau eng verbunden mit einer Veränderung der Belastung mit interpersonellen Problemen, die im häuslichen Umfeld wirksam wird und 2. dies wird insbesondere durch die spezifischen Settingbedingungen der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterstützt. Damit bekommt die Möglichkeit, über eine Belastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn berichten zu können, eine prädikative Bedeutung.

Das Scheitern bei der Suche nach einfachen, objektiv zu erfassenden Patientenmerkmalen, die es erlauben, schon vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine zutreffende Prognose über den zu erwartenden Erfolg bzw. Misserfolg abzugeben, hat in der empirischen Psychotherapieforschung Tradition. Die Gründe für dieses Scheitern sind gründlich analysiert worden. Offenbar nehmen eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren und Bedingungen Einfluss auf das Therapieergebnis, vor allem: die Persönlichkeit des Patienten und die Art seiner Störung, die Persönlichkeit des Therapeuten, seine therapeutische Erfahrung und die Art der von ihm angewandten Methode, die Art des therapeutischen Settings. Ferner wurde nachgewiesen, dass sich diese unterschiedlichen Faktoren und Bedingungen auch noch wechselseitig beeinflussen und dass bestimmte Faktoren ihre spezifische Wirkung in Abhängigkeit vom Kontext, in den sie gestellt werden, entfalten bzw. nicht entfalten (z.B. Stiles & Shapiro, 1989). Die Forschung hat nur begrenzt einzelne Kriterien wie z.B. die therapeutische Arbeitsbeziehung oder Kombinationen unterschiedlicher Kriterien zur Verfügung stellen können, mit deren Hilfe eine gesicherte Indikationsstellung, verbunden mit einer gesicherten Prognose des Therapieerfolgs im Individualfall möglich wäre (Bergin & Garfield, 1994; Beutler und Clarkin, 1990; Hautzinger, de Jong-Meyer, Treiber, Rudolf, Thien & Bailer, 1996).

Die kritische Analyse von Prognosestudien ergibt, dass eine Vielzahl der bisher auf ihre prognostische Relevanz untersuchten Faktoren offensichtlich „therapiefern“ und somit auch nicht indikationsrelevant sind. Nach Eckert und Strauß (1993) ist diese Gefahr bei der Entscheidung für die Untersuchung der prognostischen Bedeutung interpersoneller Probleme für den Therapieverlauf gebannt. Psychotherapie sei ein interpersonelles Geschehen und der Gegenstand von Psychotherapie seien interpersonelle Probleme, wenn auch häufig in Form von Klagen über eine Beeinträchtigung interpersoneller Beziehungen durch psychische und/oder somatische Probleme. Die Annahme der prognostischen Bedeutung interpersoneller Probleme gilt dann aufgrund der dargestellten spezifischen Merkmale insbesondere für das teilstationäre Setting.

1.3. Struktur- und Angebotsmerkmale des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings

Schon Bennett et al. (1976) stellen fest, dass die einzige Gemeinsamkeit von Tageskliniken darin bestehe, dass sie sich unterscheiden. Auch aktuell ist von einer begrenzten Einheitlichkeit der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland bezüglich zentraler Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale wie auch bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung der behandelten Patientengruppe auszugehen. Um trotzdem eine aussagekräftige Beschreibung der teilstationären Einrichtungen in Deutschland und eine Einordnung der hier untersuchten Einrichtung zu ermöglichen, werden aktuelle Struktur- und Angebotsmerkmale dargestellt. Im Zusammenhang mit aktuellen Bestrebungen des Aufbaus multizentrischer Studien (zwei unabhängige Forschungsgruppen: Tschuschke, Köln und Kallert, Dresden) und dem Vorhaben, eine Interessenvertretung teilstationärer Einrichtungen zu gründen, wurden mehrere Bestandserhebungen durchgeführt.

Seidler et al. (2002) erstellen 1997 eine bundesweite Umfrage zum aktuellen Angebot teilstationärer Einrichtungen, die sie 1999 ergänzen. Von 273 angeschriebenen Tageskliniken antworten 173 (63,4%). Es ergeben sich ähnliche Rahmenbedingungen: Bei 62% der Tageskliniken besteht eine öffentlich-rechtliche

Trägerschaft, bei 19% eine kirchliche und bei 20% eine andere. 54% geben einen überwiegend sektororientierten Aufnahmeschwerpunkt an. Durchschnittlich werden pro Jahr 96 Patienten aufgenommen (Standardabweichung $s = 50$), mit einem durchschnittlichen Alter von 37 ($s=3$) und einem Frauen-Anteil von 57% ($s=10$). Dafür stehen durchschnittlich 7 Planstellen zur Verfügung ($s=2$), in den Kliniken bestehen 15 Räume ($s=6$). Folgende ergänzende Angebote werden genannt: alters- (14%), diagnose- (68%) und geschlechtsspezifische (15%) Angebote, Krisenbetten (8%), Kinderversorgung (14%), Nachbetreuung (63%). Der Pflegesatz beträgt 222 DM ($s=50$).

In der bundesweiten Befragung durch Günther (2002) finden sich unter den erfassten 241 Tageskliniken 9 (3,8%), die autonom bzw. solitär geführt werden, dazu gehört die hier untersuchte Tagesklinik. Die Anzahl der Behandlungsplätze variiert wie folgt: 10-19 Plätze in 62,7% der Kliniken, 20-29 Plätze in 27,4% und 30-100 Plätze in 9,9%.

In einer weiteren bundesweiten Befragung im Jahr 2000 erfassen Kallert, Schützwohl und Matthes (2003) 191 Tageskliniken mit durchschnittlich 19,8 Behandlungsplätzen ($\pm 7,2$). Nach dieser Studie beträgt in den meisten Bundesländern das Verhältnis zwischen teilstationären und vollstationären psychiatrischen Behandlungsplätzen 1 : 4 bis 1 : 6. Dabei sind 23,6% der teilstationären Einrichtungen im gleichen Gebäude wie die vollstationäre psychiatrische Abteilung/Klinik untergebracht, 28,3% liegen innerhalb des Krankenhausgeländes, 9,9% haben ihre Räumlichkeiten in unmittelbarer Nähe zum Krankenhaus, 15,7% sind innerhalb von 15 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Krankenhaus erreichbar und 23% der Tageskliniken liegen weiter als 15 Minuten vom Krankenhaus entfernt. Nach dieser Studie ist in 4,2% der Tageskliniken die Anwesenheit der Patienten am Wochenende möglich. Das durchschnittliche Platzangebot pro Patient wird mit $20,7 \text{ m}^2$ bei einer Spannweite von 4 - 67 m^2 angegeben. Hier wird nun eine durchschnittliche Aufnahmezahl für das Jahr 2000 mit 122,4 ($\pm 58,5$) erhoben, die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt 42,6 Tage (± 18). Folgende Hauptdiagnosen werden angegeben: affektive Störungen (F3): 26,2%, Schizophrenie (F2): 27%, Angst- und Anpassungsstörungen (F4): 19,1%, Persönlichkeitsstörungen (F6): 14,7%, schizoaffektive Störungen (F25): 8,6%, somatoforme Störungen (F45, F54): 7,9%, Substanzabhängigkeit (F1): 7,4%, organische Störungen (F0) 4,4%, Essstörungen,

Schlafstörungen etc. (F5): 4,0%, andere: 6,0%. In den Einrichtungen der alten Bundesländern werden häufiger schizophrene Störungen und Persönlichkeitsstörungen behandelt, während in den neuen Bundesländern vor allem affektive Störungen, Angst- und Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen den diagnosespezifischen Behandlungsschwerpunkt bilden. Als wichtigste zuweisende Institutionen zeigen sich psychiatrische Stationen (39,4%), niedergelassene Psychiater/Neurologen (28,4%) und praktische Ärzte (17,7%).

Die Analyse mit multivariaten Verfahren (Faktoren- und Clusteranalyse) ergeben bei Seidler et al. (2002) eine Gleichverteilung der angegebenen teilstationären Behandlungsschwerpunkte als rehabilitative Einrichtung (30%), als Einrichtung mit Schwerpunkt Behandlungsverkürzung vollstationärer Behandlungen (33%) oder mit einem Psychotherapie-Schwerpunkt (37%). Signifikante Unterschiede zwischen den Einrichtungen, gruppiert über die von Ihnen angegebenen Behandlungsschwerpunkte, finden sich hinsichtlich der behandelten Patienten bei einem Vergleich des Psychotherapieschwerpunktes und des Behandlungsverkürzungsschwerpunktes versus des Rehabilitationsschwerpunktes: mehr neurotische Patienten (Psychotherapieschwerpunkt 30%/ Behandlungsverkürzungsschwerpunkt 26% versus Rehabilitation 11%), weniger schizophrene Erkrankungen (32% / 38% versus 51%), mehr „höhere“ berufliche Tätigkeitsbereiche (z.B. Angestellte: 30% / 30% versus 20%), mehr in Vollzeit-Tätigkeit (28% / 24% versus 16%) und mehr verheiratete Patienten (38% / 32% versus 24%). Tageskliniken mit Psychotherapieschwerpunkt bieten 443 Minuten pro Woche Ergotherapie an, mit Rehabilitationsschwerpunkt 662 Minuten pro Woche.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Orientierung wird wie folgt angegeben: tiefenpsychologisch-sozialpsychiatrisch (36%), lerntheoretisch-sozialpsychiatrisch (36%), tiefenpsychologisch (11%), soziotherapeutisch (18%). Insgesamt überwiegt eine sozialpsychiatrische Orientierung in Kombination mit lerntheoretischem oder tiefenpsychologischem Hintergrund. Reine psychotherapeutische Orientierungen ohne Kombination mit soziotherapeutischer Orientierung wie auch reine soziotherapeutische Orientierung ohne psychotherapeutische Orientierung sind weniger vertreten. Der Anteil an Persönlichkeitsstörungen unter den gestellten Diagnosen beträgt bei tiefenpsychologischer Orientierung 29%, bei lerntheoretisch-

sozialpsychiatrischer 17%, bei tiefenpsychologisch-sozialpsychiatrischer Orientierung 12% und bei soziotherapeutischer 10%. EU-Rente erhalten 6 bis 10% der Patienten. Der Anteil an psychotherapeutischen Gruppenangeboten beträgt bei tiefenpsychologisch-sozialpsychiatrischer Orientierung 484 Minuten pro Woche, bei tiefenpsychologischer Orientierung 441 Minuten pro Woche, und bei soziotherapeutischer Orientierung 246 Minuten pro Woche.

Die clusteranalytische Gruppierung ergab bei Kallert et al. (2003) zwei Typen von Behandlungsschwerpunkten (wenn auch bei geringer Trennschärfe). Typ 1 mit den Merkmalen „Alternative zur stationären Behandlung mit psychotherapeutischer Orientierung“ behandelt häufiger Angst- und Anpassungsstörungen, Typ 2 mit den Merkmalen „Rehabilitation und Abkürzung einer stationären Behandlung“ behandelt mehr schizophrene Störungen.

Kallert et al. (2003) vergleichen zudem ihre auf das Jahr 2000 bezogenen Ergebnisse mit der bislang einzigen älteren und flächendeckenden Studie zum Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahr 1982 (Bosch & Steinhart, 1983). Damals wurden 49 allgemeinspsychiatrische Tageskliniken erfasst. 41% waren erst in den Jahren 1980 - 1982 eröffnet worden. Insgesamt rechtfertigt nach Kallert et al. die vergleichende Analyse der beiden Erhebungen die Schlußfolgerung, dass sich Tageskliniken in einem erheblichen Wandlungsprozess ihres Aufgabenspektrums befinden. Während wesentliche strukturelle Merkmale der Tageskliniken in den letzten 20 Jahren offenbar unverändert blieben, reduzierte sich die durchschnittliche Behandlungsdauer (1982: 67,3 Tage). Die Behandlung affektiver Störungen habe offenbar zugenommen, während 1982 schwerpunktmäßig schizophrene Störungen behandelt wurden. Kallert, Schützwohl und Matthes (2002) kommen zu dem Schluß, dass offenbar der in der Vergangenheit vorherrschende rehabilitative Ansatz als Behandlungsschwerpunkt deutlich an Gewicht verloren hat.

2. Evaluation

2.1. Evaluation des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings

Ein grundlegendes Defizit der Evaluationsforschung besteht darin, dass sie im Bereich der vollstationären psychiatrischen Therapie gegenwärtig außerhalb der pharmakologischen Behandlung nur begrenzt stattfindet. Als erschwerende Bedingung kommt hinzu, dass empirische Untersuchungen im Bereich der psychiatrischen Versorgungsforschung eine komplexe Praxis evaluieren. Dies trifft auch auf die Evaluation tagesklinischer Behandlung zu. Empirische Aussagen über teilstationäre Einrichtungen als eigenständiger dritter Pfeiler im Versorgungssystem in Abgrenzung gegenüber ambulanten und vollstationären Einrichtungen fehlen weitgehend. Im Rahmen von Bestrebungen, als Teil einer umfassenden Qualitätssicherung die Ergebnisqualität abzubilden, zeigt sich aber aktuell das Bestreben nach vermehrter empirischer Untermauerung auch psychiatrischer Behandlungen (für das vollstationäre Setting z.B. Wetterling et al., 1997; für das teilstationäre Setting Jost & Saameli, 1998; Wiersma et al., 1995). Ein Überblicksartikel über empirische Studien zu Kosten und Nutzen tagesklinischer Behandlung findet sich bei Albers (1999).

Ein Großteil der in der Vergangenheit verfassten Studien zur psychiatrischen Tagesklinik entspricht nicht mehr dem Untersuchungsgegenstand Tagesklinik, wie er sich heute darstellt. So kritisieren Kluiters et al. (1992) alle zuvor veröffentlichten kontrollierten Studien, die nach damals praktizierter Indikation Patienten einer tagesklinischen oder einer vollstationären Behandlung zuwies. In dieser Untersuchung mit einer randomisierten Zuweisung von 160 Patienten erwies sich die tagesklinische Behandlung als gleichwertig für alle Patienten. Kallert und Schützwohl (2002) kommen in einer Übersicht bisheriger randomisierter und kontrollierter Effektivitätsstudien zu dem Schluß, dass sich die erbrachten Effektivitätsnachweise nur auf einzelne Einrichtungen in England, den Niederlanden und den USA beschränken und insgesamt dem für multizentrische Studien zu forderndem methodischen Niveau nicht genügen. Weiter hat sich auch empirisch gezeigt und muß als Einschränkung bisheriger multizentrischer Studien gewertet werden, dass

die Qualität der Einrichtungen und ihre Arbeit interinstitutionell erheblich abweichen kann (Hsu et al., 1993; Milne, 1984). Legt man die bisherigen Ergebnisse zugrunde, so können mindestens 33-40% aller potenziellen Aufnahmen in allgemeinpsychiatrischen Kliniken erfolgreich tagesklinisch behandelt werden. Es fehlt zuvorderst aber eine empirische Annäherung an potentiell settingspezifisch wirksame Faktoren zur Fundierung der Zuweisungskriterien zu den Alternativen teilstationärer versus vollstationärer Behandlung.

Ein gesichertes Ergebnis bisheriger Psychotherapieforschung besteht aber darin, dass offensichtlich unterschiedliche Rahmenbedingungen zu unterschiedlichen Ergebnissen und Veränderungsverläufen führen. Es gibt somit nicht die tagesklinische Behandlung schlechthin, sondern je unterschiedliche und offenbar auch unterschiedlich erfolgreiche bzw. erfolglose Behandlungen. Die tagesklinische Behandlung erwies sich aber insgesamt in manchen Belangen (z.B. dem psychopathologischen Outcome) der vollstationären Klinikbehandlung als ebenbürtig und in mancher Hinsicht sogar überlegen (Eikermann, 1991; Herz et al., 1971; Unrein, 1990; Piper et al., 1993; Übersicht bei Eikermann, Reker & Albers, 1999). Insbesondere die Entwicklung der sozialen Kompetenz der Patienten erscheint im tagesklinischen Rahmen günstiger.

Küchenhof (2003) diskutiert auf dem Hintergrund einer Untersuchung des Behandlungserfolges einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Tagesklinik, dass (aufgrund der Alltagseinbindung der Behandlung) spezifische Ergebnisse teilstationärer Behandlung von während der Katamnese stabilen oder sich tendenziell verbessernden Merkmalen des Behandlungserfolges, während nach vollstationärer Behandlungen regelmäßig ein Einbruch der Indikatoren des Behandlungserfolges sichtbar wird, der sich dann im weiteren Verlauf verliert.

Die Untersuchungen teilstationärer Behandlungen schließen auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein (vgl. Dazord, 1997; Dick et al., 1985). Eine Überlegenheit teilstationärer Behandlung (psychoanalytisch orientiert) von Borderline Störungen im Vergleich mit vollstationärer psychiatrischer Behandlung bei randomisierter Zuweisung fanden Bateman und Fonagy (1999, 2001). 22 Patienten der tagesklinischen Behandlung erzielten eine signifikante Besserung in den

Merkmale Anzahl der Suizidversuche, Anzahl autoaggressiver Handlungen, Anzahl und Dauer von Rehospitalisation, und in den Selbstratings der Depression, Angst, GSI des SCL-90-R, Interpersonelle Probleme IIP und soziale Anpassung. Während der 18- und 36- Monate Katamnese schritt die Reduktion fort. Die Kontrollgruppe mit 16 Patienten, die „standard psychiatric care“ im Rahmen vollstationärer psychiatrischer Behandlung erhielt, zeigte dagegen begrenzte Veränderungen. Auch diese Autoren schließen daraus, dass während der tagesklinischen Behandlung langfristig anhaltende Veränderungen im sozialen Funktionsniveau angestoßen werden.

Piper et al. (1994) suchten nach Prädiktoren für eine tagesklinische Behandlung mit Schwerpunkt Gruppentherapie von Patienten mit affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen und fanden als Prädiktor die „Psychological mindedness“ als Fähigkeit, intrapsychische Komponenten identifizieren zu können und sich in Probleme anderer hineinversetzen zu können. Zur Erfassung wird dem Probanden ein 15-minütiges Videoband vorgespielt, in dem eine Patientin ein Erlebnis schildert. Das beim Probanden erzielte Verständnis für die Situation im Video wird schlussendlich geratet („Psychological Mindedness Assessment Procedur“).

Allgemein sind die Ergebnisse zur Zufriedenheit der Patienten mit psychotherapeutischer Behandlung widersprüchlich. Korrelationsstudien haben bisher keine konsistenten Befunde zu Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit erbracht (Überblick bei Gruyters & Pribe, 1994). Kritisiert wird insbesondere auch der unscharf definierte Zufriedenheitsbegriff. Leimkühler und Müller (1996) kommen zu dem Schluß, dass das derzeitig verwendete Konstrukt Patientenzufriedenheit nicht als gültiger Indikator für die Versorgungsqualität angesehen werden sollte. Es sei nach Ansicht dieser Autoren zu diskutieren, ob über die durchweg gefundenen positiven Ergebnisse der Zufriedenheit bezüglich vollstationärer (insbesondere psychosomatisch- psychotherapeutischer) Behandlung allenfalls die resignativ-freundliche Bereitschaft der Patienten gemessen wird, sich nach dem Modell des „angepassten Anspruchsniveaus“ den therapeutischen Vorstellungen und Rahmenbedingungen anzupassen.

Die in einer teilstationären Einrichtung erhobene Patientenzufriedenheit ist nur unzureichend mit den Ergebnissen vollstationärer Behandlungen zu vergleichen. Eine tagesklinische Behandlung bietet nur eine deutlich verringerte „Hotel“-Komponente an. Regressive Wünsche werden nur teilweise erfüllt. Die Tagesklinik selbst wird als weniger verlässlich erlebt gegenüber einer vollstationären Klinik: sie ist nicht immer zur Hand, wenn man sie braucht. Zudem sind Patienten vollstationärer Behandlung von der direkten Konfrontation mit einer möglichen Problematik in der Beziehung zum eigenen sozialen Umfeld weitgehend entlastet. Hier baut sich oft eine Illusion auf, die möglicherweise eine hohe Zufriedenheit mit der vollstationären Behandlung mitbegründet. Semmler (1998) findet mit Verblüffung im Rahmen einer Studie über Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen, dass gerade die Patientengruppe, welche subjektiv und objektiv die besten sozialreintegrativen Ergebnisse zu verzeichnen hatte, gleichzeitig die therapeutischen Bereiche am schlechtesten qualifizierte. Sie schließen daraus auf eine Untergruppe der Patienten, die aufgrund ihres wieder erreichten Funktionsniveaus auch ein höheres Maß an Kritikfähigkeit gegenüber den Strukturvorgaben und den prozessualen Abläufen erbringen konnten. Auch nach Bertling und Hoyer (1998) stehen tagesklinisch behandelte Patienten im Vergleich mit vollstationär behandelten Patienten dem Gesamtangebot kritischer und differenzierter gegenüber.

2.2. Evaluation interpersoneller Probleme

Für die Erfassung interpersoneller Probleme im Hinblick auf Indikation, Prognose, Veränderung und Therapieerfolg zeichnet sich das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP) aus, das insbesondere in der Evaluation stationärer Gruppentherapie und Charakterisierung psychiatrischer Diagnosen breite Anwendung findet. Die teilweise unterschiedlichen Ergebnisse bisheriger Untersuchungen über die Bedeutung interpersoneller Probleme im Hinblick auf Diagnose, Indikation, Prognose und Veränderung werden nach einer Beschreibung des Inventars und seiner konzeptuellen Hintergründe zusammengefasst.

Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme in der Deutschen Version (auch als IIP-D abgekürzt) von Horowitz, Strauss und Kordy (2000, erste Auflage

1994) liegt in der zweiten, neunormierten Auflage vor. Ausgehend von der Beobachtung, dass Patienten in der Psychotherapie vor allem über Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen klagen entwickelte Horowitz (1979, Horowitz et al., 1988) das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme als einen Fragebogen, der Patienten und Therapeuten helfen sollte, spezifische Quellen zwischenmenschlicher Belastungen zu diagnostizieren und zum Behandlungsfokus zu machen. Mit Hilfe der Items des Fragebogens können Probanden beschreiben, wie sehr sie unter spezifischen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen leiden. Dabei werden Items zweier unterschiedlicher Formulierungen vorgelegt: es werden sowohl Aspekte erfragt, die im Umgang mit anderen schwierig sein können (z. B. „es fällt mir schwer, anderen Menschen zu vertrauen“) als auch Aspekte, die „man im Übermaß tun kann“ (z.B. „ich streite zuviel mit anderen“).

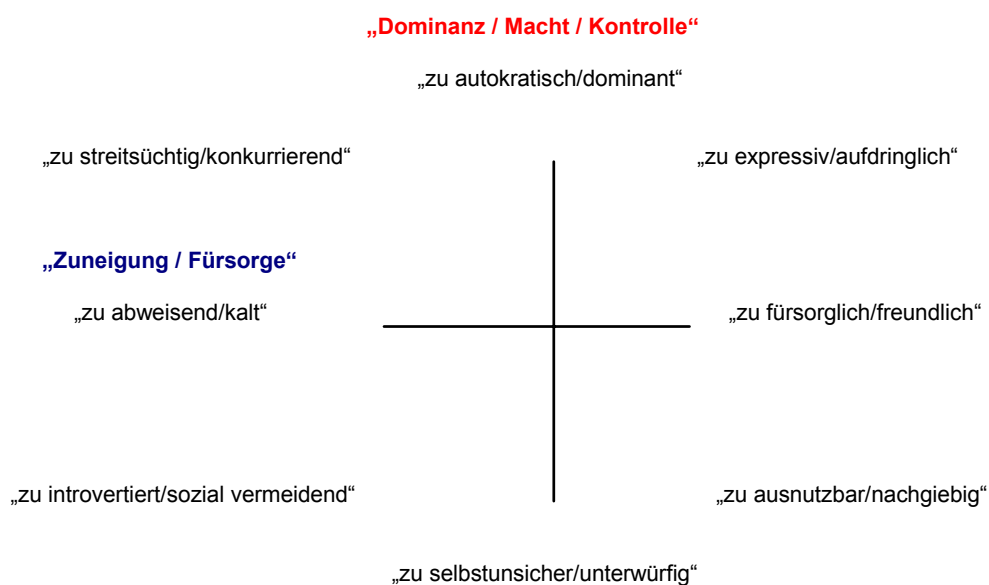
Das IIP schließt sich an die interpersonale Theorie von Leary (1957; vgl. auch Sullivan, 1953; Kiesler, 1986; Wiggins, 1982) an. Das dort theoretisch entwickelte Kreismodell wird empirisch als eine durch einen Zirkumplex beschreibbare Datenstruktur interpretiert. Die zirkumplexen Modelle interpersoneller Verhaltensweisen - und die aus ihnen abgeleiteten Meßinstrumente - sind innerhalb der Persönlichkeitspsychologie, der Sozialpsychologie und der klinischen Psychologie gut untersucht sowie validiert und werden auch in der klinischen Arbeit aufgegriffen. Eine solche Datenstruktur war bereits von L. Guttman im Rahmen faktorenanalytischer Intelligenz- und Persönlichkeitstheorien diskutiert worden.

Die erste von zwei zentralen Grundannahme ist, dass alle interpersonellen Verhaltensweisen entlang der Achsen eines zweidimensionalen Raumes beschreibbar sind: eine Dimension, mit Zuneigung und Fürsorge (auch Affiliation) zu benennen, reicht von extrem feindseligem zu liebevollem Verhalten. Die zweite Dimension, mit Kontrolle (auch Macht und Dominanz) zu benennen, reicht von dominantem Verhalten zu unterwürfigem und submissiven Verhalten. Eine weitere Annahme des Modells besagt, dass die interpersonelle Aktion einer Person beim Partner eine solche interpersonelle Antwort verursacht, dass eine Wiederholung der ersten Aktion gefördert wird. Dabei ist die wahrscheinlichste Reaktion auf ein Ausgangsverhalten komplementär im Hinblick auf die Zuneigungsachse (z.B. freundliches Verhalten wird durch ebensolches beantwortet) und reziprok im Hinblick

auf die Kontrolldimension (z.B. dominantes Verhalten wird durch selbstunsicheres oder unterwürfiges Verhalten beantwortet).

Das IIP umfasst 8 faktorenanalytisch gebildete Skalen und wurde von Alden, Wiggins und Pincus (1990) auf seine zirkumplexe Struktur und damit auf seine Kompatibilität mit dem zweidimensionalen Modell interpersoneller Verhaltensweisen analysiert. Dies wurde von Acton und Revelle (2002) für ipsatierte IIP-Werte bestätigt. Eine dritte Grundannahme bezieht sich nun auf die zirkumplexe Abbildung interpersoneller Probleme und besagt, dass die Vektorlänge von abgebildeten interpersonellen Problemen im Zirkumplex mit der Psychopathologie korreliert.

Abb. 1: Das zirkumplexe Modell interpersoneller Probleme



Die folgende Charakterisierung nach Horowitz, Strauss und Kordy (1994) der Kurzversion des IIP orientiert sich an einer präzisen Beschreibung der Skalen. Die Skalenbezeichnungen sind als ein prägnantes Kürzel für die Iteminhalte zu sehen:

- „zu autokratisch/dominant“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Probleme, andere zu akzeptieren, sie zu sehr ändern oder beeinflussen zu wollen, andere zu sehr zu kontrollieren oder zu oft im Streit mit anderen zu sein; sie

betonen ihre Unabhängigkeit zu sehr und berichten über Schwierigkeiten, sich unterzuordnen. Den Gegenpol bildet die Skala „zu selbstunsicher/unterwürfig“.

- „zu streitsüchtig/konkurrierend“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Probleme, anderen zu vertrauen bzw. anderen gegenüber misstrauisch zu sein; es fällt ihnen schwer, andere zu unterstützen, sich wirklich um die Probleme oder Bedürfnisse anderer zu kümmern; sie beschreiben sich als missgünstig und als Personen, die zu viel streiten und auf Rache aus sind. Den Gegenpol bildet die Skala „zu ausnutzbar/nachgiebig“.

- „zu abweisend/kalt“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Schwierigkeiten, Nähe zu anderen herzustellen oder Zuneigung zu zeigen; es fällt ihnen schwer, Liebe zu anderen zu empfinden oder langfristige Verpflichtungen gegenüber Personen einzugehen; sie geben an, andere zu sehr auf Distanz zu halten oder Schwierigkeiten zu haben, sich zu versöhnen nachdem sie ärgerlich waren. Den Gegenpol bildet die Skala „zu fürsorglich/freundlich“.

- „zu introvertiert/sozial vermeidend“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Probleme, Kontakt zu knüpfen, auf andere zuzugehen oder mit anderen etwas zu unternehmen; sie beschreiben Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu zeigen. Den Gegenpol bildet die Skala „zu expressiv/aufdringlich“.

- „zu selbstunsicher/unterwürfig“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Probleme, anderen mitzuteilen, was sie wollen; es fällt ihnen schwer, sich gegenüber anderen zu behaupten, standfest zu sein, andere auch mit Problemen zu konfrontieren oder auch aggressiv zu sein; sie sehen sich als wenig selbstbewußt im Beisein anderer und tun sich schwer, eine Chef-Rolle zu übernehmen. Den Gegenpol bildet die Skala „zu autokratisch/dominant“.

- „zu ausnutzbar/nachgiebig“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Schwierigkeiten, sich von anderen abzugrenzen, „Nein“ zu sagen oder zu zeigen, dass sie wütend sind; sie beschreiben sich als leichtgläubig bzw. als Person, die sich leicht überreden lässt; es fällt ihnen schwer, mit anderen zu streiten oder fest zu bleiben bzw. sich nicht zu sehr ausnutzen zu lassen. Den Gegenpol bildet die Skala „zu streitsüchtig/konkurrierend“.

- „zu fürsorglich/freundlich“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten, dass sie ihre eigenen Interessen und Wünsche gegenüber den Bedürfnissen anderer zu sehr vernachlässigen, dass sie zu großzügig sind oder sich zu leicht durch die Not

anderer anrühren lassen; es fällt ihnen schwer, anderen Grenzen zu setzen. Den Gegenpol bildet die Skala „zu abweisend/kalt“.

- „zu expressiv/aufdringlich“: Personen mit hohen Werten auf dieser Skala berichten über Schwierigkeiten, Dinge für sich zu behalten, sie erzählen zu oft Persönliches von sich, öffnen sich zu sehr, sie beschreiben sich als Personen, die zuviel Wert auf Beachtung durch andere legen, zu oft den Clown spielen oder Schwierigkeiten haben, alleine zu sein; sie fühlen sich zu sehr für andere verantwortlich, haben Schwierigkeiten, sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten. Den Gegenpol bildet die Skala „zu introvertiert/sozial vermeidend“

Untersuchungen zur Prognose zeigen ein widersprüchliches Bild. In einer multizentrischen Studie wurde das Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme (IIP) als zentrales Erhebungsinstrument eingesetzt, um die prognostische Bedeutung des Leidens an interpersonellen Problemen für den Behandlungserfolg und für die Veränderung zu bestimmen (Strauß, Eckert & Hess, 1993; Keller & Schneider, 1993). Beteiligt waren 8 psychotherapeutische Kliniken vollstationärer Gruppentherapie mit insgesamt 470 Patienten. Eine der beteiligten Kliniken brachte ambulant durchgeführte Gruppentherapien in die Gesamtstudie ein. Die Diagnosen lauteten Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, psychosomatische/funktionelle Störungen und Psychosen. In dieser multizentrischen Studie konnten zwar interpersonelle Probleme mit dem Therapieverlauf in Verbindung gebracht werden, doch weder Gesamtausmaß interpersoneller Probleme noch das Verhältnis von interpersonellen zu allgemeinen psychopathologischen Problemen („I-S“-Index) konnten den Behandlungserfolg vorhersagen, nur in einer der beteiligten Kliniken erwies sich der IIP als Prädiktor des Behandlungserfolges (Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim; Muhs, 1993). Allerdings ließ eine Reanalyse der Daten durch Davies-Osterkamp, Strauß und Schmitz (1996) bezüglich einer Teilstichprobe, die nur aus den Persönlichkeitsstörungen aller beteiligten Kliniken besteht, die prognostische Aussagekraft des IIP deutlich werden. Diejenigen Patienten, die am Anfang der Therapie die meisten interpersonellen Schwierigkeiten angaben, gehörten am Therapieende zu der Gruppe der „Gebesserten“ oder „Geheilten“, wohingegen die Patienten der verschlechterten Gruppe signifikant geringere interpersonelle Probleme zu Beginn beschrieben. Einen Hinweis auf die prognostische Aussage interpersoneller Probleme bezüglich des Erfolgs ambulanter Gruppentherapie

depressiver Erkrankungen findet sich bei Mohr et al. (1990), ein Hinweis auf die prognostische Aussagekraft des Index I-S bei ambulanter Einzelpsychotherapie berichtet Horowitz et al. (1988).

Neben der Frage, ob die Gesamtbelastung an interpersonellen Problemen den Behandlungserfolg prognostiziert, wird auch die Frage untersucht, ob einzelne interpersonelle Problembereiche eine unterschiedliche Bedeutung für den Behandlungserfolg aufweisen. Patienten, die Probleme im Bereich „zu autokratisch/dominant“ angeben, weisen in drei der beteiligten Kliniken tendenziell einen geringen Erfolg auf (Strauß, Eckert & Hess, 1993). Ein ähnliches Ergebnis wurde von Muran et al. (1994) für kognitive Kurzzeittherapien berichtet.

Die Befunde zur Veränderung interpersoneller Probleme während psychotherapeutischer Behandlung gestalten sich einheitlicher. Während vollstationärer gruppenpsychotherapeutischer Behandlung kommt es zu einer Reduktion interpersoneller Probleme (Strauß, Eckert & Hess, 1993). Dies bestätigt entsprechende Vorbefunde ambulanter psychodynamisch-orientierter Einzel-Kurzzeittherapie (Horowitz et al., 1988). Je länger die Therapiedauer vollstationärer gruppenpsychotherapeutischer Behandlung ist, desto größer ist das Ausmaß der Reduktion interpersoneller Probleme. In der Therapie Erfolgreiche reduzieren interpersonelle Probleme in allen Bereichen, besonders in dem unteren Bereich des Zirkumplex. Die in der Therapie weniger Erfolgreichen hingegen zeigen nur wenig Veränderung. Tendenziell findet sich zum Zeitpunkt der Katamnese nach einem Jahr ein Anstieg der Probleme der oberen Skalen, insbesondere in dem Problembereich „zu autokratisch/dominant“. Die interpersonellen Probleme der unteren Skalen lassen sich durch Psychotherapie am stärksten beeinflussen (vgl. Tschuschke und Anbeh, 2000) und zeigen die deutlichsten Effekte aber erst zum Zeitpunkt der Katamnese. Keller und Schneider (1993) schließen, dass erfolgreiche Patienten im Laufe der stationären Gruppentherapie mehr an Autonomie gewinnen, dies wird sichtbar an der Reduktion der Skalenwerte im unteren Bereich des Zirkumplex. Sie erleben sich anderen Menschen gegenüber weniger „ausgeliefert“, ohne dass diese „Autonomie“ durch vermehrte feindselige Dominanz erzielt worden wäre.

Ein weiteres Ergebnis der Reanalyse durch Davies-Osterkamp et al. (1996) zeigt, dass im Prä-Post Vergleich die Veränderung interpersoneller Probleme deutlich geringer als die der symptombezogenen Beschwerden ausfällt. Dies entspricht den Ergebnissen einer katamnestic Studie (Strauß & Burgmeier-Lohse, 1994; siehe auch Brockmann et al., 2002), die erst für die Ein-Jahres-Katamnese nach stationärer Gruppentherapie eine der Symptomreduktion vergleichbare Verbesserung der interpersonellen Probleme ergab. Interpersonelle Schwierigkeiten scheinen demnach änderungsresistenter als allgemeine psychische Probleme zu sein (vgl. Horowitz et al., 1988).

Die Studie von Liedtke und Geiser (2001) mit Zwei-Jahres-Katamnese konnte viele der Vorbefunde bestätigen. Die prädikative Potenz interpersoneller Probleme in dieser Untersuchung vollstationärer Psychotherapie mit im Mittelpunkt stehender psychodynamischer Gruppentherapie konnte nicht bestätigt werden. Die 45 untersuchten Patienten hatten folgende Diagnosen (ICD-10): 14 Eßstörungen, 12 somatoforme Störungen, 10 depressive Störungen und 9 Angststörungen. Es erfolgte eine signifikante Reduktion interpersoneller Probleme, die in der Effektstärke hinter dem symptomatischen Therapieerfolg zurückblieb (erhoben über den SCL-90-R). Der IIP-Aufnahmewert eignet sich nicht zur Prädiktion des langfristigen individuellen Therapieerfolgs. Hohe Probleme in den Bereichen „zu selbstunsicher/unterwürfig“, „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ stehen zu Therapiebeginn im Vordergrund. Im Gegensatz zur allgemeinen psychopathologischen Symptomatik (SCL-90-R) findet sich im interpersonellen Bereich die größte Reduktion erst nach Therapieende zum Zeitpunkt der Katamnese. Die IIP-Veränderung von Aufnahme bis Katamnese resultiert vornehmlich aus der Veränderung nach Therapieende. Dennoch zeigt sich bei getrennter Betrachtung der Patienten mit hohen/niedrigen IIP-Aufnahmewerten (Trennwert = Mittelwert = 1.77) ein unterschiedlicher Verlauf der therapeutischen Veränderung. Während die Patienten mit hoher Belastung an interpersonellen Problemen symptomatisch wie auch interpersonell schon während der Behandlung gut profitieren und diesen Erfolg nachstationär halten (also auch im interpersonellen Bereich eher keine verzögerte Reaktion zeigen), findet sich bei den Patienten mit geringen IIP-Aufnahmewerten eine quasi gleichbleibende Symptombelastung, teilweise auch eine Zunahme. Nachstationär kommt es dann zu einer kompensatorischen Besserung, wobei der Therapieerfolg insgesamt unter dem

der ersten Gruppe bleibt. Der auch hier bestätigte Befund der verzögerten Besserung im interpersonellen Bereich gilt also nur für die Gesamtgruppe, nicht für die Gruppe der Patienten mit sehr vielen interpersonellen Problemen zu Therapiebeginn, die sich schneller verbessern in ihren interpersonellen Problemen. Die Kombination eines geringen IIP-Aufnahmewertes mit einer Zunahme dieses Wertes während der Therapie scheint prognostisch eher ungünstig zu sein. Der IIP-Aufnahmewert korreliert nur bei Therapieende signifikant ($r=.32$) mit dem symptomorientierten Therapieerfolg (gemessen als Reduktion GSI des SCL-90-R), nicht aber mit den Ergebnissen der Katamnese ($r=.15$). Im Gegensatz zum symptombezogenen Therapieerfolg kann im interpersonellen Bereich aus einer Verbesserung während der Therapie (IIP-Reduktion) noch keine Vorhersage des mit dem IIP gemessenen interpersonellen Therapieerfolges zwei Jahre später abgeleitet werden. Daraus schließen Liedtke und Geiser (2001), dass vollstationäre Psychotherapie zwar ein soziales Übungsfeld in einem geschützten Raum anbietet, dass erste Veränderungsschritte erlaubt. Nach der Entlassung müssen diese jedoch im gewohnten Umfeld erneuert und wiederholt angegangen werden, bis merkliche und anhaltende Veränderungen fassbar werden.

Daneben wird das Inventar interpersoneller Probleme vielfach für eine Charakterisierung von Diagnosen verwendet. Grundsätzlich weisen Psychotherapiepatienten die meisten Probleme in den unteren Skalen auf (vgl. Brockmann et al., 2002). Nach Keller und Schneider (1993) könnte das damit im Zusammenhang stehen, dass Probleme mit Abhängigkeit sozial besser akzeptiert werden, weniger im Widerspruch zum eigene Idealbild stehen und daher auch leichter wahrgenommen werden. Wuchner, Eckert und Biermann-Ratjen (1993) konnten in einer Erweiterung der multizentrischen Studie von Strauß, Eckert und Hess (1993) mit insgesamt 712 Patienten, zumeist bei Beginn einer stationären Gruppentherapie in 11 verschiedenen Einrichtungen, mit Hilfe des IIP zeigen, dass sich Patienten mit verschiedenen Diagnosen (befundet nach ICD-9) bezüglich der Art und der Ausprägung ihrer interpersonellen Probleme deutlich voneinander unterscheiden. Im IIP-Gesamtwert zeigen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die höchste interpersonelle Beeinträchtigung ($n=84$; $M=2.01$, $SD=.58$). Patienten mit neurotischen Störungen erleben im Mittel ihre interpersonellen Defizite ähnlich hoch ($n=303$; $M=1.80$, $SD=.59$) wie Patienten mit psychotischen Störungen ($n=32$; $M=1.82$,

SD=.58). Das vergleichsweise geringste Ausmaß an interpersonellen Problemen geben Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (n=24: M=1.44, SD=.51) und psychosomatischen Störungen an (n=110; M=1.40, SD=.55). Bei einer differenzierten Sicht auf einzelne Problembereiche beschreiben sich Patienten der Diagnosegruppen Psychose, Neurose und Persönlichkeitsstörungen gegenüber den Abhängigkeitserkrankungen und den psychosomatischen Erkrankungen als „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu ausnutzbar/nachgiebig“. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen haben im Vergleich mit den anderen Diagnosegruppen vor allem in den Skalen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ und „zu abweisend/kalt“ erhöhte Werte. Das Ausmaß wird darüber hinaus auch vom Lebensalter bestimmt: die interpersonelle Problematik nimmt im Mittel mit steigendem Alter linear ab. Das Verhältnis von interpersonellen zu impersonellen Problemen, erfasst durch den Prognose-Index „I-S“ als Differenz zwischen IIP-Gesamtwert und Scl-90-R-Gesamtwert, ist dagegen nicht diagnosespezifisch.

Die diagnosespezifische Aussagekraft des IIP wird auch in folgender Untersuchung genutzt. Schauenburg, Pekrun und Leibing (1995) setzten den IIP erfolgreich ein, um in einer Gruppe von 169 Patienten einer psychotherapeutischen Beratungsstelle zwei Subgruppen mit unterschiedlicher depressiver Symptomatik zu differenzieren. 91 Patienten ließen sich einem Cluster „soziotrope Gruppe“ zuordnen, der seine stärksten Ausprägungen in den Skalen „zu selbstunsicher/unterwürfig“, „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ aufweist. 40 Patienten finden sich in einem Cluster „autonome Gruppe“ mit signifikant höherem Schwerpunkt auf den Skalen „zu autokratisch/dominant“ „zu streitsüchtig/konkurrierend“, „zu abweisend/kalt“, im geringeren Ausmaß auch „zu introvertiert/sozial vermeidend“. Die gefundene Charakterisierung von „interpersonellen“ Untergruppen wurde nicht durch die Art der drei depressiven Diagnosen (Depressive Reaktion, Dysthymia, depressive Episode) oder den Schweregrad der Depression beeinflusst. Die Autoren interpretieren dies als unterschiedliche Bewältigungsversuche eines mit der Depression verbundenen Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes. Interventionsstrategien sollen folgendes berücksichtigen: auf Autonomie bedachte Patienten brauchen Zeit, ihre Abhängigkeitsbedürfnisse wahrzunehmen und zu akzeptieren, während interpersonelle Nähe suchende Patienten sich von Beginn an mit den Grenzen der therapeutischen Beziehung auseinandersetzen müssen.

In einer Untersuchung zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf bei 219 Patienten vollstationärer Gruppentherapie (Schneider et al., 1999) weisen alle IIP-Skalen erwartungsgemäß enge Zusammenhänge zum subjektiven Leidensdruck auf, ausgenommen allein die Skala „zu autokratisch/dominant“. Patienten, die eine höhere Belastung bei Behandlungsbeginn und eine größere Reduktion im Verlauf bezüglich interpersoneller Probleme zeigen, zeigen eine ausgeprägtere Offenheit für Psychotherapie und eine Neigung, ihre Beschwerden psychosozialen Ursachen wie etwa der eigenen Lebensführung oder der beruflichen Belastung zuzuschreiben. Ein vergleichbares Bild ergibt sich beim Vergleich von Patienten mit psychotherapeutischen und Patienten mit eher organmedizinischen Behandlungserwartungen (im Sinne einer Erwartung der Instrumentalität der Behandlungsmaßnahmen für die Remission eigener Beschwerden) während vollstationärer Psychotherapie. Während sich beide Gruppen vor Behandlungsbeginn nicht im Ausmaß interpersoneller Probleme unterscheiden, reduzieren Patienten mit psychotherapeutischer Behandlungserwartung deutlicher ihre interpersonelle Probleme.

3. Fragestellung und Hypothesen

Die im folgenden genannte Fragestellung und die Hypothesen sind gut aus der dargestellten Literatur ableitbar.

3.1. Fragestellung zur Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

Fragestellung 1

Während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung reduziert sich die Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Symptomen.

3.2. Hypothesen zur Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen

Hypothese 1

Das Ausmaß der Belastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn prädiziert eine Reduktion der Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Symptomen während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung.

Hypothese 2

Die Veränderung der Belastung mit interpersonellen Problemen während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung unterscheidet Patienten, die bei Behandlungsende eine Reduktion der Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Symptomen aufweisen, gegenüber Patienten, die bei Behandlungsende keine Reduktion der Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Symptomen aufweisen.

Ein weiteres, grundlegendes Anliegen der Untersuchung besteht in einer Beschreibung der Gesamtgruppe der Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik bezüglich Diagnosen und soziodemographischer Merkmalen.

Methode

4. Untersuchungs-Ansatz

4.1. Struktur- und Angebotsmerkmale der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Esslingen

Die Panoramaklinik in Esslingen und die Tagesklinik im Schlößle, Nürtingen, sind zwei Abteilungen einer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit allgemeinem teilstationärem Versorgungsauftrag für den Landkreis Esslingen im örtlichen ambulant-teilstationären-vollstationären Verbund. Es handelt sich um ein Fachkrankenhaus nach § 107, Absatz 1 SGB V, das als autonome Tagesklinik geführt wird, d.h. es ist nicht Teil einer vollstationären Einrichtung. Die Tagesklinik ist eine Einrichtung der Samariterstiftung. Die Samariterstiftung ist eine kirchliche Stiftung und Mitglied des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirchen in Baden Württemberg, zu der 30 Heime und Einrichtungen, überwiegend für alte und behinderte Menschen, gehören.

Insgesamt bestehen in beiden Abteilungen 55 Plätze, in Nürtingen 25 Plätze seit Januar 1984 und in Esslingen 30 Plätze seit Dezember 1997. Beide Abteilungen sind identisch strukturiert. Da es außer den Mitarbeitern keine maßgeblichen Unterschiede zwischen den Abteilungen gibt, ist von einer Gültigkeit der Ergebnisse für beide Abteilungen auszugehen.

Die Tagesklinik Esslingen hat eine Hauptnutzfläche von 915 qm (Nebennutzfläche 141qm). Es besteht ein auf die Hauptnutzfläche bezogenes durchschnittliches Platzangebot von 30 qm pro Patient. Folgende Räumlichkeiten stehen den Patienten zur Verfügung: zwei Gruppenräume, ein Gestaltungstherapieaum, Räume für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, ein Gymnastikraum, ein medizinisches Untersuchungs-zimmer, Ruhe- und Aufenthaltsräume. Neben dem für beide Abteilungen verantwortlichen Leitenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sind folgende Mitarbeiter, überwiegend in Teilzeit, beschäftigt: zwei Fachärzte/in für Psychiatrie und Psychotherapie, eine davon in Funktion der Oberärztin, ein psychologischer Psychotherapeut, eine Assistenzärztin. Es bestehen verhaltenstherapeutische,

psychoanalytische, tiefenpsychologische, gruppenanalytische und familien-therapeutische Weiterbildungen. Weiterhin beschäftigt die Tagesklinik vier Krankenpflegekräfte, dabei zwei Fachkrankenpflegekräfte für Psychiatrie, zwei Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, zwei Kunst- und Gestaltungstherapeuten und ein Sozialarbeiter sowie zwei Sekretärinnen, Hauswirtschaftlerin und Raumpflegerin, Zivildienstleistender und Praktikanten.

Zentraler Bestandteil der Behandlung ist die Integration der Patienten in eine Bezugsgruppe von durchschnittlich acht Patienten, die sich täglich abwechselnd im Rahmen einer Gesprächsgruppe, Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie, einer Sozialberatungsgruppe und (zeitweise) in der Rollenspielgruppe und im Kreistanz begegnen. Die Integration in eine Bezugsgruppe erfolgt unabhängig von der gestellten Diagnose. Den Schwerpunkt der therapeutischen Orientierung kann man mit Soziotherapie und Psychotherapie in der Gruppe auf dem Hintergrund einer psychoanalytisch-interaktionellen und sozialpsychiatrischen Orientierung benennen. Es besteht eine externe Teamsupervision.

Weiterhin besteht eine indikationsbezogene Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Zu den Aktivierungs- und Freizeitgruppen gehören Angebote mit sportlicher Betätigung, Informationsgruppen, Interessengruppen, Außenaktivitäten und Vollversammlung. Die Therapieplanung wird in multiprofessionellen Teams koordiniert, die den Bezugsgruppen zugeordnet sind. Einzelgespräche, Angehörigengespräche, Beratung, Paar- und Familientherapie wie auch die medikamentöse Behandlung sind je nach Indikation ein weiterer Teil der therapeutischen Arbeit. Während der Behandlung besteht die Möglichkeit der Unterstützung durch extern durchgeführte Arbeitsversuche oder eine vor Behandlungsende beginnende Wiedereingliederung am Arbeitsplatz.

Die vollstationäre psychiatrische Versorgung des Landkreises Esslingen wurde im Untersuchungszeitraum von teilweise sehr weit von Esslingen entfernt liegenden Einrichtungen übernommen (in Zwiefalten und Nürtingen, $\frac{1}{2}$ - $1\frac{1}{2}$ Autostunden entfernt).

4.2. Die Patienten

Entsprechend dem Versorgungsauftrag dient die Tagesklinik der Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen, der Prävention solcher Erkrankungen und der Linderung von Krankheitsbeschwerden. Die Tagesklinik erfüllt damit sowohl Aufgaben aus dem Bereich der Akut-Psychiatrie und Krisenintervention als auch aus dem Bereich der mittelfristigen medizinischen Rehabilitation. Behandelt werden erwachsene Patienten mit Krankheitsbildern aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, bei denen Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, welche teilstationär erbracht werden kann.

Insgesamt bestehen nach Frau Dr. G. Ralle (interne Ausarbeitung) folgende zentrale Indikationen zur Aufnahme:

- Medizinische, psycho- und/oder soziotherapeutische Maßnahmen, die das ambulant mögliche Maß übersteigen
- Fortsetzung einer intensiven Klinikbehandlung nach vollstationärer Krisenintervention
- Fehlende Therapiebereitschaft für den vollstationären Bereich
- Vermeidung von Regression und Hospitalismus
- Weiterbestehen des Kontaktes mit den Problemstellen des Patienten zur Förderung des therapeutischen Prozesses
- Weiterbestehen von Pflichten im häuslichen und sozialen Umfeld, so dass einer Entfremdung entgegen gewirkt wird und neues Verhalten eingebracht werden kann
- Verstärkte Einbeziehung der Angehörigen

Kontraindikationen sind:

- Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung, Betreuung, Beobachtung und Kontrolle rund um die Uhr
- Notwendigkeit einer Trennung des Patienten von seiner Familie auf Wunsch des Patienten, der Angehörigen oder aus therapeutischen Gründen
- Fehlen eines ausreichend stabilen sozialen Hintergrundes

- Behandlungsbedürftigkeit bei ungenügender Krankheitseinsicht, bei Antriebs- und Motivationslosigkeit, Desorientierung und fortgeschrittener Demenz
- Einweisung nach dem Unterbringungsgesetz
- schwere körperliche Störungen (Gehunfähigkeit, mangelndes Seh-, Hör- und Sprachvermögen), so dass minimale Grundlagen der Gruppenfähigkeit nicht bestehen
- Patienten mit akuten, primären Suchterkrankungen, Demenz und Verwirrtheitszuständen sowie schwerer geistiger Behinderung werden nicht aufgenommen

Einzugsbereich für die Tagesklinik ist der Landkreis Esslingen. Die bessere Erreichbarkeit ist das maßgebliche Kriterium dafür, ob die Aufnahme in der Esslinger oder der Nürtinger Abteilung erfolgt. Das Recht der freien Krankenhauswahl bleibt von dieser Regelung unbenommen. Patienten aus anderen Kreisen werden aufgenommen so lange Kapazität vorhanden ist.

4.3. Realisierung der Stichprobe und Untersuchungsdurchführung

Die Überweisung für eine tagesklinische psychiatrische Behandlung wird zumeist vom niedergelassenen psychiatrischen Facharzt ausgestellt, im geringeren Ausmaß erfolgt eine Zuweisung über das vorbehandelnde vollstationäre psychiatrische Krankenhaus oder den Hausarzt. Vor der Aufnahme wird die Indikation in einem Vorgespräch durch die Klinik überprüft.

Die indikative Einschätzung muss im Einzelfall nach der Aufnahme revidiert werden, so dass es in geringem Umfang zu Kurzaufnahmen ohne langfristigen Behandlungskontakt kommen kann. Kurzaufnahmen entstehen bezüglich Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung nur schwer eine erfolgreiche Indikationsstellung zulassen oder geprägt sind von einer massiv instabilen Motivation. Vereinzelt erweist sich auch das schützende Angebot des tagesklinischen Settings als nicht ausreichend bei Patienten, die aufgrund einer schwer einzuschätzenden akuten Krise aufgenommen werden, so dass es nach Aufnahme zu einer Verlegung in eine

vollstationäre psychiatrische Einrichtung kommt. Dass die Erwartungen an die tagesklinische Behandlung in diesem Fall nicht zutreffen, wird oft in den ersten Behandlungstagen deutlich. Weiterhin können auf Seiten des Patienten persönliche Gründe und Umstände bestehen, die schlussendlich nach Aufnahme in eine nicht ausreichende Motivation der Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung münden. Eine Teilgruppe dieser Patienten bricht relativ kurz nach Aufnahme die Behandlung ab, zumeist in der ersten oder auch in der zweiten Behandlungswoche. Kurzaufnahmen sind somit ein Abbild psychiatrischer Krisen. Über einen Kurzaufenthalt profitiert der Patient vielfach aufgrund wichtiger Klärungsprozesse für sich, z.B. wie eine adäquate Behandlung möglich werden kann. Wenn Kurzaufenthalte somit auch eine Unterstützung in einer psychiatrischen Krise darstellen, so sind dennoch keine langfristige Behandlung.

Zur Beschreibung der Wirkungsweise kurzer psychotherapeutischer Kontaktaufnahmen sind sicherlich andere Merkmale zu erfassen als die in dieser Untersuchung erhobenen Veränderungen langfristig bestehender allgemeiner psychopathologischer und interpersoneller Beschwerden. Da eine spezielle Erfassung der Wirkungsweise von Kurzaufnahmen den Rahmen dieser Untersuchung überschreiten würde, wird eine systematische Kontrolle der Kurzaufnahmen vorgenommen.

Das Ziel dieser Untersuchung ist die Erfassung der psychotherapeutischen Veränderung während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Aufnahme einer Behandlung wird im folgendem definiert als Anwesenheit in der tagesklinischen Behandlung über mehr als 10 Behandlungstage. Eine Behandlungsdauer von mehr als 10 Behandlungstagen, also länger als zwei Wochen, wird als eine abgeschlossene Überprüfung der Indikation teilstationärer Behandlung und als Annahme des Behandlungsangebotes durch den Patienten betrachtet (ein vergleichbares Vorgehen siehe z.B. Wetterling et al., 1997). Als Behandlungstage werden hier die Berechnungstage aufgenommen. Diese sind die reinen Behandlungstage ohne Beurlaubung oder Abwesenheit aufgrund interkurrenter somatischer Erkrankungen oder vollstationärer Behandlungen. Wenn sich bei einem Patienten eine krisenbedingte Verlegung in eine vollstationäre psychiatrische Einrichtung als notwendig erweist, wird eine Behandlung mit einer

teilstationären Behandlungsaussetzung, die eine Dauer von zwei Wochen nicht überschreitet, als ein Behandlungsfall gezählt.

Ohne die Berücksichtigung der für diese Untersuchung aufgestellten Definition einer teilstationären Behandlung (als eine Anwesenheit in der Tagesklinik von mehr als 10 Behandlungstagen) wurden 1999 insgesamt 128 Patienten behandelt, 2000 124 und 2001 121.

Eine große Schwierigkeit bei der Dokumentation von Therapieeffekten psychiatrischer Behandlungen besteht darin, dass viele psychiatrische Patienten nicht in der Lage sind Selbstbeurteilungsbögen auszufüllen. Vielfach besteht bei den Patienten ein hohes Misstrauen oder eine große Ambivalenz, die sich auch in einer Entscheidungsunfähigkeit gegenüber Items äußert. In der Untersuchung stationärer psychiatrischer Behandlung von Wetterling et al. (1997) haben 46,9% der Patienten die Fragebögen nur unvollständig oder gar nicht ausgefüllt. Als häufigste Gründe werden in dieser Untersuchung kognitive Störungen, schizophrene Denkstörungen, Demenz oder Konzentrationsmängel und Weigerung des Patienten genannt. Damit besteht ein hoher Drop-out der schwer erkrankten Patienten. Dies wird bei der vorliegenden Untersuchung in sofern begrenzt, als dass ein verlässlicher Ansprechpartner sich auch während der selbstständigen Bearbeitung der Fragebögen durch den Patienten zur Verfügung hält, indem er sich in einem benachbarten Raum aufhält, und auch die Befragung beendet, wenn der Patient aus krankheitsbedingten Schwierigkeiten wie z. B. erkennbaren Konzentrationsmängeln oder Verständnisschwierigkeiten nicht zur Bearbeitung in der Lage ist. Dies bedeutet eine geringe Quote der Weigerung, aber gleichzeitig einen hohen personellen Aufwand. Die Untersuchung der Gesamtgruppe aller Patienten mit mehr als 10 Behandlungstagen erweist sich als zu aufwendig und steht in keinem Verhältnis zu dem erwartbaren Zuwachs an Erkenntnissen.

Die Befragung nach Aufnahme wird im Zeitraum der ersten 10 Tagen der Behandlung vorgenommen. die Befragung bei Entlassung wird in den letzten 5 Behandlungstagen durchgeführt. Folgende Gründe führen zu einem Ausschluss der Patienten aus der Untersuchung: der Patient ist zum Zeitpunkt der Erhebung zu krank für eine selbstständige Fragebogenbearbeitung, der Patient willigt nicht ein, gibt einen unvollständig ausgefüllten Fragebogen ab oder es bestehen Lese- und

Verständnisprobleme aufgrund mangelnder Kenntnisse der deutschen Sprache. Patienten, die aufgrund einer krisenhaften Zuspitzung nach dem zehnten Berechnungstag in eine vollstationäre psychiatrische Einrichtung verlegt werden müssen und nicht innerhalb von zwei Wochen rückverlegt werden, werden nicht in die Untersuchung aufgenommen, da keine Fragebögen in vollstationären Einrichtung nachgesandt werden. Dieser Drop-out ergibt sich im Grunde im Sinne einer Fehlbelegung, die nicht in den ersten zwei Wochen der Behandlung erkannt wurde. Auch Patienten, die später als nach zehn Behandlungstagen die Behandlung abbrechen im Sinne eines Fortbleibens ohne weiteren Kontakt, werden aufgrund der fehlenden Enderhebung nicht einbezogen.

5. Evaluation psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung - Probleme und Erfordernisse

Folgt man Westmeyer (1978), dann geht es in der Therapieevaluation ganz allgemein darum, begründetes therapeutisches Handeln von unbegründetem zu unterscheiden. Eine therapeutische Maßnahme ist für einen bestimmten Patienten dann begründet, wenn dadurch die für ihn wichtigen Ziele mit möglichst hoher Wahrscheinlichkeit erreicht werden – bei minimalen Kosten. Die Aufgabe empirischer Ergebnisforschung liegt darin, Argumente für derart begründete therapeutische Entscheidungen bereitzustellen, so dass z.B. Kriterien differentieller Zuweisungen gesichert werden.

Bezüglich der Erfolgsbeurteilung in der psychotherapeutischen Behandlung stellen sich zwei grundsätzliche Fragen: zu welchem Zweck wird die Untersuchung durchgeführt, also an welchen Adressaten richtet sie sich, und was hat als Erfolg zu gelten (Mintz, 1972). Diese Untersuchung verfolgt das Ziel, die Wirksamkeit eines teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings empirisch zu belegen. Das Ziel dieser Untersuchung ist die Erfassung der Ergebnisqualität der Tagesklinik Esslingen. Somit richtet sich diese Untersuchung an die Nutzer (lokale Öffentlichkeit) und die Kostenträger (Krankenkassen). Da a-priori nur von einer begrenzten Vergleichbarkeit der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland bezüglich zentraler Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale wie auch bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung

der behandelten Patientengruppe ausgegangen werden kann, ist eine Generalisierung der Ergebnisse nur unter Vorbehalt möglich. Insbesondere aber die Hypothesen zum Ausmaß und Reduktion interpersoneller Probleme während teilstationärer Behandlung versuchen, ein für das Setting spezifisches und allen teilstationären Einrichtungen gemeinsames Merkmal zu erfassen. Somit richtet sich die Untersuchung weiterhin an Anbieter teilstationärer Behandlung und die wissenschaftliche Öffentlichkeit.

Quasiexperimentelle Untersuchungen wie die hier durchgeführte Studie im Sinne eines naturalistischen Designs oder eines Ein-Gruppen-Prätest-Posttest-Planes ohne Kontrollgruppe, sind hinsichtlich ihrer internen Validität den Untersuchungen mit randomisierten Vergleichsgruppen unterlegen, sind aber für die versorgungssystemorientierte Psychotherapieforschung und die Qualitätssicherung relevant, da sie die „Alltagspraxis“ zum Untersuchungsgegenstand haben. Das naturalistische Vorgehen impliziert eine Erhöhung der externen Validität auf Kosten der internen Validität. Die interne Validität oder Eindeutigkeit der Untersuchungsergebnisse ist in naturalistischen Studien psychotherapeutischer Behandlung ist als begrenzt einzuschätzen, da eine Vielzahl von Einflußgrößen neben dem Treatment eine Veränderung zumindest mitbeeinflussen können. Im Sinne einer „attributionalen Validität“ schreiben wir aber die vorhandenen Effekte der vorhergehenden Behandlung zu, um darauf aufbauend rationale Entscheidungen zu ermöglichen.

6. Auswahl der Untersuchungsinstrumente

Ziel der Auswahl der Untersuchungsinstrumente ist eine gegenstandsangemessene Erhebung unter Berücksichtigung der vorgestellten Interessen. Der Multidimensionalität, wonach eine heterogene Behandlung unterschiedliche Problembereiche des Patienten anspricht, und ebenso der Multiperspektivität im Sinne einer unterschiedlichen Relevanz von Aspekten des Outcomes für verschiedene Interessengruppen entspricht ein multimodales Erhebungsverfahren (Mintz, 1972; Baumann, Fähndrich, Stieglitz & Woggon, 1990; Buchkremer & Klingberg, 2001). Es werden demnach unterschiedliche Datenquellen (Selbst- und Fremdbeurteilung) und Konstrukte herangezogen. Ferner erscheint für eine gegen-

standsangemessene Erhebung im Bereich der Psychotherapie bedeutsam neben der Frage nach den Gütekriterien eine Vergleichbarkeit mit anderen Projekten sowie die Ökonomie und praxisnahe Nützlichkeit einer Untersuchung zu gewährleisten.

Die vorliegende Untersuchung berücksichtigt die Multiperspektivität teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, indem sowohl der Patient (Symptom Checkliste (SCL-90-R), Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP), Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8)) als auch die therapeutische Sichtweise über die Befragung des Arztes oder Psychologen (Global Assessment Scale of Function (GAF)) als Datenquelle herangezogen wird. Die Multidimensionalität des Krankheitsbegriffes wird auf der psychischen (SCL-90-R, GAF) und interpersonellen Dimension (IIP) aufgegriffen. Aufgrund der begrenzten personellen Kapazität beschränkt sich die Untersuchung auf diese Erhebungsdimensionen. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ergebnisse teilstationärer Behandlung auf diesen Merkmalen abbilden lassen, so dass die Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse im Sinne einer instrumentellen Validität ausreichend gesichert ist. Die Vergleichbarkeit mit anderen Studien ist berücksichtigt, da die verwendeten Meßinstrumente zu den am meisten benutzten im Bereich der Evaluationsforschung und Qualitätssicherung bei psychosomatischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung gehören.

Die interne Validität soll gesichert werden durch die Bestätigung eines definierten Haupterfolgsmaßes (GSI des SCL-90-R) durch die Veränderungsmessung anderer, nicht-redundanter Variablen (IIP, GAF), die gleichwohl weitere relevante Merkmale einer therapeutischen Veränderung messen. Psychometrische Verfahren sind für die Evaluation dann besonders geeignet, wenn sie zu einer adäquaten Explikation von Therapieerfolg bzw. -mißerfolg genutzt werden können. Hier eignet sich insbesondere die Kombination des SCL-90-R mit dem IIP.

Die interne Validität einer Evaluation ist ebenso durch eine mangelnde instrumentelle Reliabilität gefährdet. Bezüglich der Evaluation der Behandlung psychiatrischer Patienten ist dies eine nicht zu unterschätzende Problematik, die insbesondere zwischen zwei Polen besteht. Auf der einen Seite besteht bei der Erfassung der Veränderung psychischer Symptomatik eine Notwendigkeit, die Selbstbeschreibung

des Patienten miteinzubeziehen, da viele relevante Merkmale nur introspektiv zu erfassen sind. Auf der anderen Seite liegen insbesondere bei psychiatrischen Patienten deutliche, krankheitsbedingte Einschränkungen in der Fähigkeit zur Introspektion und Selbstwahrnehmung vor.

6.1. Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP)

Eine ausführliche inhaltliche Beschreibung des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP) in der Deutschen Version von Horowitz, Strauss und Kordy (2000, erste Auflage 1994) wurde bereits im Abschnitt 2.2. vorgenommen. Verwendet wird die 64 Items umfassende Kurzversion des IIP mit jeweils acht Items auf acht Skalen. Die Items werden auf fünffach gestuften Ausprägungen zwischen „0“ (gar nicht“) und „4“ („sehr“) beantwortet. Horowitz et al. (1994) empfehlen, statt der Skalenrohwerte die bzgl. der Anzahl der Items normierten Skalenwerte zu benutzen. Dies ist insbesondere dann vorteilhaft, wenn einzelne Items nicht beantwortet werden. Zur Auswertung lässt sich über alle 8 Subskalen ein Gesamtwert (IIP_{Gesamt}) errechnen, der einen Index für das generelle Ausmaß an interpersonellen Problemen darstellt. Im Sinne der Vergleichbarkeit mit Vorstudien werden in der vorliegenden Untersuchung für die Auswertung keine ipsatierten Werte berechnet. Hierbei wird der Skalenrohwert am Gesamtwert über alle Skalen standardisiert, wodurch die „allgemeine Klagsamkeit“ und „Sensitivität“ im einzelnen Skalenwert eliminiert werden soll. Zur Reliabilität siehe Abschnitt 7.5.

6.2. Symptom Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom Checkliste SCL-90-R von Derogatis (1986), vorliegend in der zweiten vollständig überarbeiteten und neu normierten deutschen Auflage von Franke (2002), misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Die Symptom Checkliste bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“,

„Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items hinweg. Der GSI (global severity index) misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI (positive symptom distress index) misst die Intensität der Antworten und der PST (positive symptom total) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die Durchführungszeit beträgt zehn bis fünfzehn Minuten. Diese Skala wird unter anderem auch von der DGPPN zur Erfassung der Ergebnisqualität empfohlen. Zur Reliabilität siehe Abschnitt 7.5.

Keine der Unterskalen des SCL hat einen nennenswerten interpersonellen Gehalt (Davies-Osterkamp & Kriebel, 1993). Gemeinsamkeiten im Sinne der engen Korrelation zwischen IIP und SCL ($r=0.64$) lassen sich weitgehend auf die unspezifischen Faktoren einer „allgemeinen Klagsamkeit“, „Sensitivität“ oder zusammengefasst als „Leidensfaktor“ zurückführen. D.h. es bildet sich die Antworttendenz ab, den intensiv erlebten Beeinträchtigungen dadurch Ausdruck zu verleihen, dass bei der Selbstbeurteilung in allen erfragten Bereichen Extremwerte zur Einschätzung benutzt werden (Horowitz et al., 1988).

Da das IIP interpersonelle Probleme und die Symptom Checkliste SCL-90-R die Belastung mit allgemeinen psychopathologische Symptomen erfasst, liegt es nahe, nicht nur beide, sich gegenseitig ergänzende Verfahren zur Evaluation von Psychotherapie zu nutzen, sondern auch ihre Kennwerte miteinander in Bezug zu setzen, insbesondere da auch die Items beider Instrumente identisch fünffach skaliert sind. Dazu werden zwei verschiedene Differenzbildungen diskutiert: zum einen die Berechnung der Differenz zwischen dem IIP Gesamtwert und dem Global Severity Index GSI des SCL-90-R (Index „I-S“) und zum anderen die Berechnung der Differenz zwischen dem IIP Gesamtwert und der Skala „Somatisierung“ des SCL-90-R (Index „I-SOM“). Zwischen dem IIP-Gesamtwert und dem GSI des SCL-90-R besteht eine mittelhohe Korrelation, während zwischen dem IIP-Gesamtwert und der Skala „Somatisierung“ der SCL-90-R nur ein geringer Zusammenhang besteht. Beide Indizes bilden ein Maß für das Verhältnis von interpersonellen zu allgemeinen psychopathologischen Problemen.

6.3. Global Assessment Scale of Function (GAF)

Die Global Assessment Scale of Funktion GAF (Endicott et al., 1976) ist international weit verbreitet und bildet im DSM-IV die Achse V (American Psychiatric Association, 1994). Die Skala basiert auf einem von Luborsky (1975) im Rahmen der „Health Sickness Rating Scale“ (HSRS) entwickeltem 100-Punkte Kontinuum, das sich in Zehnerklassen auf klinisch-psychiatrische Persönlichkeitsbeschreibungen bezieht. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche anhand eines einzigen Maßes beurteilt. Funktionseinschränkungen aufgrund körperlicher Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden. Es handelt sich um ein psychiatrisches Rating hinsichtlich des globalen psychosozialen Funktionsniveaus des einzuschätzenden Patienten.

Der Therapeut wählt lediglich eine der zehn Klassen und kann zusätzlich in jeder Klasse eine Abstufung in zehn Schritten vornehmen. Wegen ihrer Einfachheit kann diese Skala nach geringfügiger Eingewöhnung innerhalb von nur einer Minute ausgefüllt werden.

6.4. Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF 8)

Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8, eine deutschsprachige Adaption (Schmidt et al., 1989) des Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) von Atkisson und Zwick (1982), erfragt die erlebte Behandlungsqualität. Die Skala variiert von „unzufrieden“ (Skalenwert = 8) bis „große Zufriedenheit“ (Skalenwert = 32).

Die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Instrumenten der Veränderungsmessung und dem ZUF-8 sind schwach. Dies begründet sich in der mangelnden Varianz bei einer ausgeprägt linksschiefen Verteilung. Zum SCL-90-R besteht nach Hannover, Dogs und Kordy (2000) aufgrund einer Untersuchung mit 1284 Patienten psychosomatischer Kliniken eine Korrelation von $r = .13$, zum IIP eine Korrelation von $r = -.08$. Der Median lag bei Behandlungsende bei $Md = 29$ und der Interquartilbereich zwischen 26 (25%) und 31 (75%). Hannover et al. (2000) definieren Patienten mit einem ZUF-8 Rohwert unter 24 als unzufrieden, über 24 als

zufrieden. Dieser Wert impliziert, dass für mindestens eines der acht Items explizit eine Unzufriedenheit ausgedrückt wird. In der erwähnten Studie wurden 8% der Patienten als unzufrieden gewertet. In einer 6-Monats- wie auch in einer 12-Monats-Katamnese lag der Interquartilbereich lediglich um einen Punkt niedriger (25 (25%) und 31 (75%)). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Bewertung der Behandlungszufriedenheit zum Zeitpunkt des Behandlungsendes auch über das Behandlungsende hinweg wenig Veränderungen unterworfen ist.

7. Bewertung therapeutischer Veränderung

Die psychotherapeutische Evaluationsforschung beschäftigt sich seit einiger Zeit verstärkt mit der Frage nach der klinischen Relevanz der Ergebnisse von Evaluationsstudien. Ein Vergleich der Mittelwerte über alle Individuen hinweg lässt die Aussagekraft des Untersuchungsergebnisses bezüglich des einzelnen Patienten unberücksichtigt. Mit dem in diesem Abschnitt dargestellten Konzept klinischer Signifikanz wird ein Ansatz innerhalb der Psychotherapieforschung vorgestellt, der Beschreibungen und Bewertungen der therapeutischen Veränderung sowohl von Patientengruppen als auch von einzelnen Patienten vor dem Hintergrund großer und repräsentativer Vergleichsgruppen unternimmt.

Für die Bildung einer bewertenden Kategorisierung ist ein Rational notwendig. Die hier angewandte Grundlage der Kategorisierung der therapeutischen Veränderung basiert auf dem Konzept der klinischen Signifikanz, das von Jacobsen und Mitarbeitern (Jacobsen, Follette & Revenstorf, 1986; Jacobsen & Truax, 1991) entwickelt wurde. Zum gegenwärtigen Stand der Diskussion siehe auch Burlingame und Barlow (1996), Speer (1992), Saunders et al. (1988) und Kordy und Senf (1985). Durch die Untersuchungen von Schauenburg und Strack (1999) und Franke (2002) mit großen Stichproben klinischer Psychotherapiepatienten stehen nun repräsentative Kennwerte für eine Kategorisierung über den Global Severity Index GSI der SCL-90-R für den deutschen Sprachraum zur Verfügung.

In der vorliegenden Untersuchung konkretisiert sich die Umsetzung des Konzeptes klinischer Signifikanz in der Frage und anschließenden Definition, welche individuelle

Reduktion in dem für diese Untersuchung gewählten Haupterfolgsmaß GSI (Global Severity Index der Symptom-Checkliste SCL-90-R) als statistisch signifikant und damit als Verbesserung gewertet werden kann und welche nicht. Das Merkmale individuelle Veränderung wird somit a-priori festgelegten Kategorien therapeutischer Veränderung (unabhängige Variable) zugeordnet. Die Unterschiedlichkeit der kategorial festgelegten Gruppen wird in dem hier verfolgten Design dann bezüglich dem Merkmal interpersonelle Probleme (abhängige Variable, IIP) überprüft. Im Ergebnis werden Aussagen über die Charakterisierung von Kategorien therapeutischer Veränderung sichtbar. Nicht ausgeführt wird das alternativ mögliche Vorgehen, das Merkmal interpersonelle Probleme als unabhängige Variable im Median zu teilen in eine Gruppe mit hohen interpersonellen Problemen und in eine Gruppe mit niedrigen interpersonellen Problemen. Die Unterschiedlichkeit der Gruppen bezüglich dem Merkmal therapeutischer Veränderung (Differenz im SCL-90-R zu den Zeitpunkten Behandlungsbeginn und Behandlungsende) wird dann überprüfbar. Damit werden Aussagen der Art möglich, das z.B die Gruppe mit hohen interpersonellen Problemen eine große Differenz im SCL-90-R haben, und die Gruppe mit niedrigem interpersonellen Problemen eine niedrige Differenz im SCL-90-R haben. Eine Aussage über die Bedeutung der sich jeweils abbildenden Differenz als z. B. ausreichend zur Charakterisierung eines Therapieerfolges ist nicht gegeben.

Die für diese Untersuchung a-priori festgelegte, kategoriale Einteilung therapeutischer Veränderung, dargestellt vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen bezüglich des Konzeptes klinischer Signifikanz, wird im Folgenden hergeleitet (Abschnitte 7.1., 7.2. und 7.4.) und zur Überprüfung der hier aufgestellten Unterschiedshypothesen herangezogen (Abschnitte 12.3. und 12.4.). Für kleinere klinische Stichproben, wie in der vorliegenden Untersuchung, lassen sich in einem weiteren Anwendungsschritt des Konzeptes klinischer Signifikanz Aussagen über die therapeutische Veränderung erfassen, die vergleichbar werden mit anderen Untersuchungen im Sinne einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung (Abschnitt 7.3.), hier modellhaft auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchung demonstriert im Abschnitt 12.2.1.

7.1. Das Konzept der klinischen Signifikanz nach Jacobsen

Der Ansatz von Jacobsen et al. beruht auf den Grundannahmen, dass eine klinisch bedeutsame Veränderung des Patienten dann stattgefunden hat, wenn erstens eine intraindividuelle Veränderung im Zeitraum einer psychotherapeutischen Behandlung auf einem zu wählenden Niveau α signifikant ist (Reliable Change Index), und zweitens der Patient sich aus dem Bereich der dysfunktionalen (oder klinischen) Population in den Bereich der funktionalen Population („Normal“- oder „Norm“-Population, „Gesunde“) hineinbewegt (Critical Value). Dafür werden zwei statistische Indizes festgelegt.

Der erste Index RCI (Reliable Change Index) definiert ein Minimum an Veränderung, welches noch als statistisch bedeutsam gewertet werden kann. Der RCI ist eine notwendige Grundlage für den zweiten Index, den Critical Value: zunächst muss sich eine Veränderung über den RCI als ausreichend erweisen, um dann in einem zweiten Schritt über den Critical Value weiter bewertet zu werden. Eine kritische individuelle Differenz berechnet sich nach Jacobsen et al. aus der „Behandlungsbeginn-Behandlungsende-Differenz“ eines Individuums, dividiert durch den Standardfehler der Differenzen zwischen den Testscores. Dieses Vorgehen kann als eine „Standardisierung“ der „Behandlungsbeginn-Behandlungsende-Differenz“ an dem Standardfehler der Differenzen bezeichnet werden:

$$\frac{(x_{prä} - x_{post})}{SE_{diff}} \geq 1.96 \quad (1)$$

($x_{prä}$ = individueller Wert Behandlungsbeginn, x_{post} = individueller Wert Behandlungsende, SE_{diff} = Standardfehler der Differenzen)

Diese Berechnung entspricht der Bestimmung einer statistisch bedeutsamen Testpunktdifferenz in der klassischen Testtheorie (vgl. Lienert & Raatz, 1994). Bei einem individuellen $RCI \geq 1.96$, kann man davon ausgehen, dass die Wahrscheinlichkeit dafür, dass keine Veränderung stattgefunden hat bei zweiseitiger

Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner 5 % ist. Christensen und Mendoza (1986) formulieren aus Gleichung (1) einen gerundeten RCI :

$$RCI = 2 \times SE_{diff} \quad (2)$$

Der Nenner der Gleichung (1) lässt sich entsprechend Gleichung (3) aufschlüsseln. Der angewandte Standardfehler ist eine theoretische Größe, die nicht direkt beobachtet werden kann. Er lässt sich jedoch aus der Reliabilität und der Standardabweichung der Testwerte errechnen:

$$SE_{diff} = \sqrt{(2 \times SE^2)} = SD_{prä} \times \sqrt{2 \times (1 - REL)} \quad (3)$$

(SE = Standardmessfehler, SE_{diff} = Standardfehler der Differenzen, $SD_{prä}$ = Standardabweichung Behandlungsbeginn, REL = Reliabilität)

Aus klinischer Sicht ist eine statistisch signifikante Veränderung eines Patienten nicht immer klinisch bedeutsam. Und zwar dann, wenn eine Bedeutsamkeit erst bei einer Reduktion der Symptomatik bis zur Symptombfreiheit zugestanden wird. Der zweite Index bezieht sich daher auf die Festlegung eines cut-off Wertes, der es erlaubt zwischen dysfunktionaler und funktionaler Population zu unterscheiden. Dieser Trennwert kann nach Jacobsen und Truax (1991) auf unterschiedliche Weise operationalisiert werden, je nach Entfernung der Mittelwerte bzw. der Verteilungen der relevanten dysfunktionalen Gruppe gegenüber der funktionalen Gruppe (siehe hierzu auch Schmitz & Davies-Osterkamp, 1997; Schauenburg & Strack, 1999; Schmitz, Hartkamp & Franke, 2000).

Davies-Osterkamp, Strauss und Schmitz (1996) wenden in einer Evaluation stationärer Psychotherapie den „klassischen“ cut-off nach Jacobsen und Truax (1991) an:

$$CV = M_0 + 2 \times SD_0 \quad (4)$$

(CV =Critical Value, M_0 = Mittelwert der Normierungsstichprobe der funktionalen Population, SD_0 = Standardabweichung der Normierungsstichprobe der funktionalen Population)

Eine Veränderung aus dem dysfunktionalen Wertebereich in den durch den Critical Value markierten Bereich der funktionalen Population wird als klinisch signifikante Veränderung gewertet. Demnach gilt die gemessene Veränderung als klinisch signifikant, wenn der Testwert des Patienten nach der Behandlung im funktionalen Bereich liegt. Nimmt man an, dass die Werte der funktionalen Population normalverteilt sind, so weiß man, dass Werte kleiner CV mit einer Wahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ in der funktionalen Population auftreten. Damit ist also ein Zielintervall definiert.

Jacobsen, Follette und Revenstorf (1984, 1986) begründen eine weitere Definition des Critical Value. Ein Patient hat dann klinische Signifikanz erreicht, wenn er sich nach der Behandlung erstens aus dem Bereich der dysfunktionalen Population herausverändert hat, und zweitens in den Bereich der funktionalen Population hineinverändert hat. Durch die zusätzliche Berücksichtigung des Kriteriums, wonach ein Patient sich aus dem Bereich der dysfunktionalen Population herausbewegt, besteht eine größere Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Forderung nach Falsifikation. Der Critical Value ist nun der Überschneidungsbereich zweier Verteilungen, an dem die Wahrscheinlichkeit der Zugehörigkeit eines Wertes zu einer der beiden postulierten Normalverteilungen jeweils 50% beträgt.

$$CV = \frac{SD_0 \times M_1 + SD_1 \times M_0}{SD_0 + SD_1} \quad (5)$$

(CV = Critical Value, M_1 = Mittelwert der Normierungsstichprobe der dysfunktionalen Population, SD_1 = Standardabweichung der Normierungsstichprobe der dysfunktionalen Population, M_0 = Mittelwert der Normierungsstichprobe der

funktionalen Population, SD_0 = Standardabweichung der Normierungsstichprobe der funktionalen Population)

Jacobsen schlägt auf der Grundlage der Indizes RCI und CV folgende Kategorisierung vor, bei welcher die Klientenveränderung in drei Kategorien eingeteilt wird:

- eine „statistisch und klinisch verbessert“, sogenannte „recovered“ Gruppe (individuelle Differenz größer RCI und Überschreiten des CV in klinisch günstiger Richtung)
- eine „statistisch verbessert“, sogenannte „improved“ Gruppe (individuelle Differenz größer RCI, aber der CV in klinisch günstiger Richtung nicht überschritten)
- eine „unimproved or deteriorated“ Gruppe. In dieser Gruppe befinden sich sowohl die Patienten, die zwar eine leichte Verbesserung auf den Skalen zeigen und den CV überschreiten, aber nicht den RCI erfüllen, als auch Patienten, die weder den CV noch den RCI überschreiten, sowie jene, welche sich signifikant verschlechtert haben.

Davies-Osterkamp et al. (1996) differenzieren diese letzte Gruppe in eine „unimproved“ Gruppe und eine „deteriorated“ Gruppe („statistisch unverändert“ und „statistisch verschlechtert“). Zusätzlich erstellen sie eine „healthy“ Gruppe mit Patienten, die in Behandlungsbeginn- und Behandlungsendwerten im Bereich der funktionalen Population liegen. Diese werden als „Pseudo-Gesunde“ beschrieben, da bei ihnen (der Bewertung über die Symptom-Checkliste widersprechend) eine psychotherapeutische Behandlung indiziert war und aufgesucht wurde. Davies-Osterkamp et al. bezeichnen diese Patienten als Problemfälle der Kategorisierung.

7.2. Entwicklung der Kennwerte für deutschsprachige Stichproben

Der RCI wie auch der CV sind test- und populationsspezifische kritische Werte. Im folgenden werden Untersuchungen vorgestellt, die eine Ermittlung von RCI und CV im Hinblick auf den GSI (Global Severity Index der Symptom-Checkliste SCL-90-R) auf der Basis deutschsprachiger Vergleichspopulationen vornehmen. Zur Bestimmung des Standardfehlers der Differenzen (SE_{diff}) wird in den folgenden

Untersuchungen jeweils auf die interne Konsistenz (Cronbach α) aus der Vergleichspopulation zurückgegriffen.

Unter Einbezug der internen Konsistenz, ermittelt von Rief, Greitemeyer und Fichter (1991) mit 899 Patienten stationärer Psychotherapie, wurde von Davies-Osterkamp, Strauss und Schmitz (1996) für den GSI im deutschsprachigen Raum ein erster RCI = 0.31 ermittelt. Da Davies-Osterkamp et al. die Höhe des RCI aus einer dysfunktionalen Grundgesamtheit ableiten, wenden sie ihn nur bei Patienten an, die bei Behandlungsbeginn wiederum oberhalb des Critical Value liegen. Patienten, die bei Behandlungsbeginn einen Wert unterhalb des Critical Value haben werden als „Pseudo-Gesunde“ bezeichnet.

Davies-Osterkamp et al. (1996) berechnen nach Gleichung (4) (siehe Abschnitt 7.1.) einen Critical Value für den GSI mit $CV = 0.83$. Ein nach Gleichung (4) berechneter Trennpunkt ist aber nach Franke (2002) zu schwach, da zu viele Patienten die Chance haben, ihn zu unterschreiten. Schauenburg und Strack (1999) berechnen nach Gleichung (5) einen $CV = 0.57$. Schmitz und Davies-Osterkamp (1997) lehnen dieses Vorgehen ab, da das Vorliegen von Normalverteilungen nicht gegeben ist. Sie schlagen vor, die Verteilungen der relevanten Stichproben durch eine nicht-parametrische Diskriminanzanalyse zu trennen.

Schauenburg und Strack (1998, 1999) nehmen sich zum Ziel aufgrund noch größerer Stichproben vollstationärer, aber auch ambulanter Psychotherapiepatienten jeweils getrennt im deutschsprachigen Raum einen RCI zu bestimmen (zur Anwendung siehe auch Geiser, Imbierowicz, Conrad, Schilling & Liedtke, 2001; Geiser, Imbierowicz, Schilling, Conrad & Liedtke, 2000; Schauenburg, Sammet & Strack, 2001). Schauenburg und Strack (1999) formulieren zudem unter Einbezug der Symptom-Checkliste-Werte aus der ersten deutschen Normierung von Franke (1995; funktionale Grundgesamtheit: GSI mit $M=0.33$ und $s=0.25$) für die funktionale Stichprobe einen $RCI = 0.16$. Damit wird es möglich, auch die „Pseudo-Gesunden“-Problemfälle in eine Bewertung vor dem Hintergrund des Konzeptes klinischer Signifikanz einzubeziehen.

Schauenburg und Strack (1999) formulieren für ambulante Psychotherapiepatienten einen RCI = 0.38 und aus vier deutschen klinischen Untersuchungen mit insgesamt 1779 Patienten vollstationärer Psychotherapie mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, bei einer Behandlungsdauer von 8 bis 12 Wochen, einen RCI = 0.42 (aus Franke, 1995 und die dort aufgeführte dysfunktionale Grundgesamtheit; Rief et al., 1991; Wuchner et al., 1993; Davies-Osterkamp et al., 1996: zusammengesetzter GSI mit $M=1.22$ und $s=0.66$)

Franke (2002) formuliert aufgrund der Neunormierung des SCL-90-R Kennwerte des GSI auf der Grundlage folgender Vergleichsstichproben: Normstichprobe Erwachsene ($n = 2141$) RCI = 0.19; Normstichprobe Jugendliche ($n = 857$) RCI = 0.23; Normstichprobe Studierende ($n = 800$) RCI = 0.22; klinische Stichprobe HIV-Infizierter ($n = 568$) RCI = 0.22; klinische Stichprobe stationärer Psychotherapiepatienten ($n = 5057$, Kliniken Bad Grönenbach und Schwedenstein-Pulsnitz) RCI = 0.30. Interessanterweise fanden Davies-Osterkamp, Strauss und Schmitz (1996) in der Stichprobe von Rief, Greitemeyer und Fichter (1991, Klinik Prien am Chiemsee) mit RCI = 0.31 beinahe den gleichen Werte für die kritische Differenz zweier Messwerte. Franke (2002) formuliert zudem in der klinischen Stichprobe mit $n=5057$ stationären Psychotherapiepatienten nach Gleichung (5) einen Critical Value $CV = 0.70$.

7.3. Anwendung in der Qualitätssicherung

Aufgrund der gesundheitspolitischen Forderung nach ergebnisorientierter Qualitätssicherung auch in der Psychotherapie greifen Kordy und Lutz (1995, Lutz et al., 1995, Kordy, 1998) auf das Konzept der „klinischen Signifikanz“ zurück, um Praktikern direkt eine Rückmeldung über die klinische Relevanz der Behandlung eines Patienten zukommen zu lassen. Unter anderem aufgrund der Kritik, dass der Ansatz von Jacobsen für die Ziele der ergebnisorientierten Qualitätssicherung keine ausreichende Sensitivität für Veränderungen gewährleistet, werden die Indizes neu definiert.

Nach Kordy wird für die statistische Abschätzung, welche Werte hinreichend von der funktionalen Population abweichen, oft der Standardmessfehler herangezogen. Der Standardmessfehler ist im Betrag bedeutend kleiner als die kritische Differenz zweier Testwerte und wird hier nun zur Bewertung der Veränderung angewandt.

$$RCI = SE \quad (6)$$

(SE = Standardmessfehler)

Der Critical Value zur Bestimmung der Veränderung eines Patienten aus dem klinischen Bereich in den Bereich der funktionalen Population hinein ist nun definiert als eine Standardabweichung über oder unter dem Mittelwert der funktionalen Population nach Franke (1995).

$$CV = SD \quad (7)$$

(SD= Standardabweichung)

Die gemessene Veränderung wird analog wie folgt gruppiert: einen „sehr guten“ Erfolg erreicht der Patient in einer Skala, wenn er sich von der Behandlungsbeginnmessung zur Behandlungsendemessung in den funktionalen Bereich hineinentwickelt und eine Verbesserung um mindestens einen Standardmessfehler in klinisch günstiger Richtung zeigt. Ein „guter“ Erfolg bedeutet allein eine Verbesserung um einen Standardmessfehler. „Misserfolg“ bedeutet keine ausreichende Veränderung oder eine Verschlechterung um einen Standardmessfehler. Eine „Verschlechterung“ wird angezeigt, wenn sich der Patient aus dem funktionalen Bereich herausentwickelt hat und sich zudem um mindestens zwei Standardmessfehler verschlechtert hat. Diese konservative Einschätzung der Veränderungen in klinisch ungünstiger Richtung soll verhindern, dass Sensibilisierungsprozesse, die durch die Behandlung ausgelöst und nicht als Verschlechterungen interpretiert werden können, zu sehr ins Gewicht fallen. Vor diesem Hintergrund wird weiterhin eine Zusammenführung der Bewertungen mehrerer unterschiedlicher Skalen zu einer Gesamtbewertung vorgenommen.

7.4. Kritik des Konzeptes klinischer Signifikanz

Das Konzept klinischer Signifikanz ist mit generellen Problemen behaftet. Im folgenden werden zentrale Kritikpunkte dargestellt. Dabei beinhalten die Unterpunkte 2., 3. und 4. Schlussfolgerungen, die für die vorliegende Untersuchung relevant sind.

1. Es liegt in der Konstruktionslogik psychometrischer Skalen, dass der Maßstab durch Bezug auf eine Referenzgruppe hergestellt wird. Dies definiert einen statistischen Begriff von „Gesundheit“ oder „Normalität“, der für den einzelnen Patienten aus dessen persönlicher Sicht wie auch aus der Sicht seines Therapeuten inadäquat sein kann. So besteht die Möglichkeit, dass Patienten im funktionalen Bereich liegen können, aber dennoch eine psychische Störung haben (vgl. die „Healthy“-Gruppe oder „Pseudo-Gesunde“ bei Davies-Osterkamp et al., 1996). In einer Vergleichsstudie von tiefenpsychologisch-orientierten und verhaltenstherapeutischen Langzeittherapien (Brockmann et al., 2002) lagen zu Behandlungsbeginn 20% der tiefenpsychologisch-orientiert behandelten Patienten im Bereich der Normalpopulation (definiert aufgrund der Kennwerte klinischer Signifikanz nach Schauenburg & Strack, 1999). Genauso dürfte es aber auch Probanden geben, die zwar außerhalb des funktionalen Bereichs liegen, jedoch keine psychische Störung aufweisen. Die Wahl eines Trennwertes im Sinne eines Critical Values ist trotz aller möglichen statistischen, aber auch inhaltlichen Plausibilität immer willkürlich. Je nachdem, wo der Mittelpunkt der zugrundeliegenden Gruppe liegt, gilt ein Individuum als krank oder nicht. Ferner enthalten auch gängige Eichstichproben der „Normalbevölkerung“ Personen mit psychischen Störungen. Somit wären für alle einbezogenen Instrumente neue Eichstichproben zu erheben, wobei unklar bleibt, wie eine „Normalstichprobe“ gewonnen werden soll. Da in epidemiologischen Studien in der Normalbevölkerung häufig erhebliche Symptombelastungen nachgewiesen werden, wird für US-amerikanische Untersuchungen der doch deutlich von den bisherigen vorgestellten Critical Values abweichende $CV = 0.19$ für eine symptomfreie Population vorgeschlagen (Tingey et al., 1996). Weiterhin kann eine Rückkehr in die funktionale Population für mehrere Diagnosegruppen (z.B. chronisch psychisch Kranke) ein zu strenges Kriterium sein. Ferner übersieht das Kriterium der Rückkehr in den funktionalen Bereich psychotherapeutische Leistungen im Sinne von Sensibilisierungsprozessen, die

einen Patienten z.B. über eine voll- oder teilstationäre Behandlung zu einer ambulanten Psychotherapie hinführen und sich eben nicht in einer Reduktion symptomatischer Belastung ausdrückt (siehe auch Saunders, Howard & Newman, 1988).

2. Die Patientengruppe einer psychiatrischen Tagesklinik umfasst unterschiedliche psychiatrische Diagnosegruppen. Möglicherweise werden unterschiedliche Erkrankungen sich in unterschiedlich gelegenen Verteilungen und entsprechend abweichenden Mittelwerten im GSI niederschlagen. Ein globales Erhebungsinstrument bildet zudem möglicherweise den Schweregrad bei unterschiedlichen Diagnosen unterschiedlich valide ab. Damit ist wiederum die Beschreibung einer Veränderung über das Festlegen eines generellen Critical Value nur begrenzt sinnvoll. Franke (2002) veröffentlicht zwar nun erstmals eine Differenzierung des generellen Critical Values in spezielle, vom generellen aber nur unerheblich abweichende Critical Values für unterschiedliche psychiatrische Diagnosegruppen, aber nicht z.B. für psychotische Erkrankungen. Bezüglich eines validen Abbildes der Erkrankung mittels der Selbsteinschätzung liegt generell für die psychotischen Erkrankungen kein schlüssiger Lösungsansatz vor (vgl. Wetterling et al., 1997). Dies begründet sich auch dadurch, dass gerade die besonders eingeschränkte Selbstwahrnehmung eine zentrale Symptomatik psychotischer Erkrankungen darstellt. Im Hinblick auf das Ziel der Vergleichbarkeit mit Vorstudien oder im Rahmen der Qualitätssicherung wird bislang ein für alle Diagnosegruppen einheitlicher Trennwert in allen Vorstudien bevorzugt. Entsprechend wird auch in dieser Untersuchung so verfahren. Insgesamt ist zu bemerken, dass mit dem hier verwendeten Haupterfolgsmaß GSI der Symptom-Checkliste nur eingeschränkt ein umfassendes subjektives Beschwerdebild erhoben werden kann.

3. In den hier untersuchten Hypothesen wird die Bedeutung des bei Behandlungsbeginn wahrgenommenen Ausmaßes an Belastung mit interpersonellen Problemen für die Charakterisierung von Therapieerfolgskategorien ermittelt und damit die erwartete prognostische Relevanz überprüft. Folgende Überlegungen zur Erstellung einer Kategorisierung sind hierbei zusätzlich zu beachten: mit der Festlegung von Therapieerfolgsgruppen über ein Erhebungsinstrument gilt die Zuordnung der Ausprägungen in einem zweiten Erhebungsinstrument dann als

teilweise vorbestimmt, wenn zwischen beiden Meßinstrumenten ein hoher korrelativer Zusammenhang besteht. Wird dies nicht beachtet besteht die Gefahr, dass man lediglich beweist, was man bereits vorher festgelegt hat. Daraus ergeben sich folgende Implikationen für diese Untersuchung: wird der CV über den Global Severity Index der Symptom-Checkliste in die Bildung der Veränderungskategorien einbezogen, so ist damit eine bestimmte Zuordnungswahrscheinlichkeit der Höhe des bei Behandlungsbeginn vorliegenden Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme vorgegeben aufgrund der Korrelation. Die beiden Instrumente korrelieren mit $r = .68$ (Franke 1995) bzw. $r = .64$ (Horowitz et al, 1988) in der funktionalen Population. Die Definition therapeutischer Veränderungskategorien kann somit nicht die absolute Höhe des Gesamtwertes der Symptom-Checkliste in Form eines Critical Values beinhalten, sondern nur den RCI, wenn darauf das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme bezogen wird.

4. Geiser, Imbierowicz, Conrad, Schilling und Liedtke (2001) untersuchen, ob die vierfach gestufte Klassifizierung nach Jacobsen unter empirischen Gesichtspunkten Vorteile gegenüber einer einfachen Zweiteilung in „erfolgreich/nicht erfolgreich“ bringt. Es zeigt sich, dass „Geheilte“ und „Gebesserte“ sich zwar im Ausgangsniveau der Symptombelastung unterscheiden, sich aber im Katamnesezeitraum in Ausmaß und Stabilität der Symptomreduktion angleichen. Zudem können „Verschlechterte“ ihre Symptomzunahme im Katamnesezeitraum wieder reduzieren, sind also letztendlich nicht von den „Unveränderten“ unterscheidbar. Auch unter dem Gesichtspunkt der Folgekosten durch nachstationäre Behandlung ergibt sich kein Hinweis für eine notwendige Unterscheidung zwischen „Geheilten“ und „Gebesserten“ beziehungsweise „Unveränderten“ und „Verschlechterten“. Die zusätzliche Unterscheidung nach dem Kriterium der klinischen Signifikanz ist nach Geiser et al. nur dann sinnvoll, wenn der „Übergang“ in den funktionalen Bereich für den Therapie-Outcome in der Praxis von besonderer Bedeutung ist, denkbar zum Beispiel bei Entscheidungen über Berufsfähigkeit nach Behandlung. Geiser et al. halten es für gerechtfertigt, sich auf die einfache Zweiteilung in „Erfolgreiche“ und „Nicht Erfolgreiche“ nach dem Kriterium statistischer Signifikanz zu beschränken. Dies wird in der vorliegenden Untersuchung beachtet.

5. Schauenburg und Strack (1999) weisen auf die Grenzen dieses Vorgehens aus statistischer Sicht hin. In der funktionalen Population sind die Werte des GSI der Symptom-Checkliste nicht normalverteilt, sondern es zeigt sich eine schiefe Verteilung. Somit ist ein Grenzwert RCI unter Voraussetzung normalverteilter Werte eine festgelegte Konvention oder Übereinstimmung, aber bezieht sich nicht notwendigerweise auf eine „wahre“ Klassifikation.

6. Im Grunde beinhaltet das Vorgehen nach Kordy und Mitarbeitern in beiden Indizes keine statistische, sondern eine klinische Definition der Signifikanz, da keine kritischen Differenzen auf dem Hintergrund der Normalverteilung einbezogen werden.

7.5. Validität von Differenzmaßen

Der Einsatz einer Erhebung mit den Zeitpunkten Behandlungsbeginn und Behandlungsende als Indikator von Veränderung wird auch kritisch diskutiert. Anders als Differenzen zwischen Stichproben bereiten Differenzen innerhalb von Stichproben einige Schwierigkeiten. Die zentralen Argumente einer dabei gefährdeten internen Validität betreffen die Problematik der Regression zur Mitte und die mangelnde Reliabilität von Differenzwerten. Im Folgenden wird diese Diskussion anhand der Kritik der Effektstärkenberechnung aufgegriffen (vgl. Steyer et al., 1997).

Ein zentraler Veränderungsindex in der Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen ist die Berechnung der Effektstärke. Grawe, Caspar und Ambühl (1990) haben eine Effektstärkenberechnung vorgestellt, die auf einer normierte Behandlungsendwert-Behandlungsbeginnwert-Differenz beruht. Vom Wert y einer Person der Erhebung zu Behandlungsende Y wird der Wert x der Erhebung zu Behandlungsbeginn X subtrahiert und durch die Streuung SD der Erhebung zu Behandlungsbeginn geteilt. Für die Berechnung wäre es auch möglich, die mittlere Differenz als Basis der Standardisierung nicht ins Verhältnis zur Streuung der Behandlungsbeginnerhebung, sondern zur Streuung der Differenzwerte Behandlungsende minus Behandlungsbeginn zu setzen. Für den ersten Berechnungsweg spricht sich Grawe in der Berner Therapiestudie aus, weil dies erlaubt, Erhebungsinstrumente in Vergleiche einzubeziehen, die die Veränderung

direkt messen (z.B. Veränderungssensitive Liste von Zielke, 1978). Insgesamt lehnt sich Grawe an Cohen (1977) und Smith und Glass (1977) und ihrer Vorgehensweise für Metaanalysen an.

Steyer et al. (1997) zeigen auf, dass die Effektstärkenberechnung von Grawe et al. aufgrund der Vernachlässigung des Messfehlerproblems der Regression zur Mitte nicht zwischen einer zufälligen, messfehlerbedingten Fluktuation und einer systematischen, tatsächlichen Veränderung unterscheiden kann. Der Effekt der Regression zur Mitte bedeutet, dass hohe Skalenwerte eine „Tendenz zur Mitte“ bei Testwiederholung zeigen. In der Regel ist allein durch diese Unreliabilität der Messung eine Veränderung in der Ausprägung der Messwerte zu erwarten, auch wenn keine tatsächliche Veränderung stattgefunden hat. Während Speer (1992) dazu ausführt, dass Regression zur Mitte dann auftritt, wenn die Korrelation zwischen Veränderungsbetrag und Ausgangswert negativ ist, zeigen Steyer et al. (1997), dass dieser Effekt immer auftritt, wenn die Regression nicht perfekt ist. Steyer et al. empfehlen ein Vorgehen, wonach die Differenz zwischen dem tatsächlichen Behandlungsendwert und dem (unter der Nullhypothese „keine wahre intraindividuelle Veränderung“) erwarteten Behandlungsendwert betrachtet werden soll. Teilt man dies durch die Streuung der Erhebung zu Behandlungsbeginn, so wird wie üblich die Veränderung in der Streuungseinheit der Erhebung zu Behandlungsbeginn gemessen.

Steyer et al. weisen darauf hin, dass sich der korrigierte Veränderungsindex gegenüber dem üblichen Berechnungsweg bei hoch reliablen Instrumenten kaum unterscheidet. Die Symptom-Checkliste verfügt über die geforderte hohe (für sozialwissenschaftliche Messungen beachtliche) Reliabilität, so dass von einer ausreichenden Absicherung gegenüber der Regression zur Mitte ausgegangen werden kann.

Eine hohe Reliabilität der Untersuchungsinstrumente ist auch Bedingung für eine ausreichende Reliabilität der Differenzwerte. Die interne Konsistenz der Symptom-Checkliste beträgt in der repräsentativen Grundgesamtheit (Grundlage der neuen Normierung 2002 mit $n=2141$ „Gesunden“) zwischen $r=.75$ und $r=.97$, in einer klinischen Stichprobe stationärer Psychotherapie mit $n=5057$ zwischen $r=.74$ und

$r=.97$. Die Retest-Reliabilitäten des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme liegen zwischen $r=.81$ und $r=.90$. Bortz (1984) erwähnt ein zweites Kriterium für eine ausreichende Reliabilität von Differenzwerten: es muß eine gleichbleibende Streuung der Prä- und Posttestmessungen vorliegen. Dies wird in der vorliegenden Untersuchung jeweils überprüft. Bortz urteilt abschließend, dass für eine quasiexperimentelle Überprüfung von Veränderungshypothesen die einfachen Differenzen zwischen den Messungen verschiedener Messzeitpunkte sinnvolle, unverzerrte Schätzungen der „wahren“ Veränderung darstellen.

Folgende Berechnung der Effektstärke ist demnach in dieser Untersuchung angebracht:

$$ES = \frac{(M_{prä} - M_{post})}{SD_{prä}} \quad (8)$$

(ES= Effektstärke, $M_{prä}$ = Mittelwert Behandlungsbeginn, M_{post} = Mittelwert Behandlungsende, $SD_{prä}$ = Standardabweichung Behandlungsbeginn)

8. Operationalisierung der Fragestellung und Hypothesen

8.1. Operationalisierung der Fragestellung

Zur Operationalisierung der Fragestellung 1 wird eine Veränderungshypothese formuliert. Die interne Validität der Aussage über das gewählte Haupterfolgsmaß wird gesichert durch eine Veränderungsmessung in insgesamt drei Teilbereichen, die für eine therapeutische Behandlung relevant sind (siehe Abschnitt 6). Im Rahmen der Datenerhebung wird weiterhin die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung ermittelt, erhoben über den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUF-8.

Fragestellung 1: Veränderungshypothese

Es wird erwartet, dass es zu einer signifikanten Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung kommt, gemessen über den als Haupterfolgsmaß definierten Global Severity Index GSI der Symptom Checkliste SCL-90-R. In gleicher Weise wird erwartet, dass es zu einer signifikanten Reduktion der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen kommt, gemessen über den Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP_{Gesamt}). Ebenso wird erwartet, dass es zu einer signifikanten Reduktion der Beeinträchtigung des globalen psychischen Funktionsniveaus kommt, gemessen über die Global Assessment Scale of Function (GAF).

8.2. Operationalisierung der Hypothesen

Hypothese 1 lässt sich auf unterschiedliche Weisen operationalisieren, und zwar als Zusammenhangshypothese und als Unterschiedshypothese. Da die Bestätigung über eine Zusammenhangshypothese neben prädikativen Aussagen auch größere Einsichten in multivariate Beziehungen erwarten lässt, die Bestätigung als Unterschiedshypothese aber die substantielle Signifikanz erhöht, indem statistisch signifikante Ergebnisse wie z.B. signifikante Zusammenhänge auch praxisnah bedeutsam und aussagekräftig werden, wird Hypothese 1 nachfolgend auf beide Arten operationalisiert und überprüft.

Im Rahmen der Überprüfung der Zusammenhangshypothese werden explorativ bei Behandlungsbeginn erhobene soziodemographische Merkmale in ihrer prädikativen Bedeutung für die therapeutische Veränderung in einer multiplen Regressionsanalyse aufgenommen, wenn auch die prädikative Bedeutung allgemeiner soziodemographischer Merkmale als eher gering einzuschätzen ist (Bergin & Garfield, 1994; Fuhriman & Burlingame, 1994).

Hypothese 1: Zusammenhangshypothese:

Es wird erwartet, dass zwischen der Prädiktorvariablen „Belastung mit interpersonellen Problemen“, erhoben über den Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme bei Behandlungsbeginn (IIP_{Gesamt}-Behandlungsbeginn), und dem Kriterium „therapeutische Veränderung“, definiert als Differenz des Haupterfolgsmaßes Global Severity Index GSI der Symptom-Checkliste SCL-90-R von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende, ein signifikanter Zusammenhang besteht.

Als Grundlage für die Hypothese 1 als Unterschiedshypothese wird eine Kategorisierung therapeutischer Veränderung vorgenommen. Die Unterschiedshypothese trägt dann zur Charakterisierung der Kategorien therapeutischer Veränderung bei. Zur Kategorisierung therapeutischer Veränderung werden Kriterien angewandt, die der Frage folgen, welche individuelle Veränderung im Sinne einer bedeutsamen Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome im Haupterfolgsmaß GSI als eine bedeutsame therapeutische Veränderung zu bewerten ist und welche nicht. Auf dem Hintergrund der dargestellten Diskussion des Konzeptes klinischer Signifikanz im Abschnitt 7.4 wird somit als Kriterium der Kategorienbildung allein der Reliable Change Index angewandt und kein Critical Value einbezogen. Die Überprüfung der Unterschiedshypothese wird für die Gesamtgruppe der untersuchten Patienten vorgenommen und getrennt für vier Diagnosegruppen (Persönlichkeitsstörungen, schizophrene-, depressive und neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen). Es werden Ergebnisse zu den Fragen erwartet, ob das Ausmaß der Gesamtbelastung und wenn ja, ob das Ausmaß der Belastung in spezifischen und unterschiedlichen interpersonellen Problembereichen (IIP-Unterskalen) schon zu Behandlungsbeginn in der Gesamtgruppe und in vier Diagnosegruppen (Persönlichkeitsstörungen, schizophrene-, depressive und neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen) den Therapieerfolg charakterisiert, der sich in Kategorien therapeutischer Veränderung ausdrückt. Im Rahmen der Untersuchung wird zudem explorativ erhoben, ob das Ausmaß der Belastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsende zwischen den Kategorien therapeutischer Veränderung unterscheidet.

Hypothese 1: Unterschiedshypothese:

Es wird erwartet, dass das Ausmaß an Belastung mit interpersonellen Problemen, erhoben über den Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme zu Behandlungsbeginn (IIP_{Gesamt} -Behandlungsbeginn), unterscheidet zwischen den in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewerteten Patienten, definiert als bedeutsame Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome im Haupterfolgsmaß Global Severity Index GSI der Symptom Checkliste SCL-90-R, und in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewerteten Patienten, definiert als eine fehlende Reduktion im Haupterfolgsmaß.

Auch Hypothese 2 lässt sich auf diese beiden unterschiedlichen Arten operationalisieren. Eine Operationalisierung als Zusammenhangshypothese lässt aber keinen Erkenntniszuwachs erwarten, da der korrelative Zusammenhang zwischen SCL-90-R und IIP bekannt ist. Anders über eine Operationalisierung als Unterschiedshypothese: eine praxisnahe und aussagekräftige Formulierung oder Übersetzung des Zusammenhangs zwischen der Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen und der therapeutischen Veränderung soll überprüft und erreicht werden. Als Grundlage für die Hypothese 2 wird wieder die Kategorisierung therapeutischer Veränderung angewandt. Die Überprüfung wird wiederum für die Gesamtgruppe der untersuchten Patienten und für jede Hauptdiagnosegruppe vorgenommen. Es werden Ergebnisse zu den Fragen erwartet, ob die Reduktion der Gesamtbelastung und wenn ja, ob die Reduktion der Belastung in spezifischen und unterschiedlichen interpersonellen Problembereiche (IIP-Unterskalen) bei der Gesamtgruppe und in vier Diagnosegruppen (Persönlichkeitsstörungen, schizophrene-, depressive und neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen) den Therapieerfolg charakterisiert, der sich in Kategorien therapeutischer Veränderung ausdrückt.

Hypothese 2:

Es wird erwartet, dass die Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen, erhoben über die Differenz des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP_{Gesamt}) von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende, unterscheidet zwischen den in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewerteten Patienten, definiert als bedeutsame Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome im Haupterfolgsmaß Gesamtwert GSI (Global Severity Index) der Symptom Checkliste SCL-90-R, und in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewerteten Patienten, definiert als eine fehlende Reduktion im Haupterfolgsmaß.

9. Statistisches Vorgehen

Soziodemographische Daten wurden von Eröffnung der Klinik im Dez 1997 bis Feb 2002 (Gesamt: 461 Patienten) in einem Zeitraum von 51 Monaten erhoben. Davon waren 399 Patienten mehr als 10 Tage in tagesklinischer Behandlung. Die Repräsentativität der Stichprobe wurde aufgrund soziodemographischer Merkmale gegenüber den 264 Patienten mit mehr als 10 Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Stichprobe geprüft. Fragebogendaten wurden in einem Zeitraum von 33 Monaten bis Feb 2002 erhoben aufgrund Kapazitätsgrenzen in der Aufbauphase. In diesen 33 Monaten konnten 135 in die Untersuchung aufgenommen werden, 144 nicht oder eine Dropout Quote von 52%.

Zur Überprüfung signifikanter Abweichungen der soziodemographischen Merkmale von Patienten der untersuchten Gesamtgruppe mit mehr als 10 Behandlungstagen gegenüber den Merkmalen von Patienten mit mehr als 10 Behandlungstagen unter Ausschluss der Patienten der untersuchten Gesamtgruppe wird der Student's t-Test unabhängiger Stichproben und der Pearson- χ^2 -Test angewandt (Abschnitt 10). Bezüglich aller t-Wert-Testungen wird das Vorliegen übereinstimmender Varianzen überprüft.

Alle a-priori formulierten Hypothesen werden auf dem Signifikanzniveau $p < .05$ (zweiseitig) getestet. Die jeweils ermittelte „Overall-Signifikanz“, erhoben über die Gesamtwerte der angewandten Meßinstrumente SCL-90-R und IIP, wird in einem weiteren Schritt über a-posteriori-Einzelvergleiche der Unterskalen hinsichtlich der Frage untersucht, welche der Unterskalen der Meßinstrumente maßgeblich zu dem signifikanten Gesamtergebnis beitragen. Bei den a-posteriori-Einzelvergleichen der Unterskalen wird die α -Fehler-Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferoni angewandt. Bezüglich der neun Unterskalen der SCL-90-R beträgt somit das korrigierte Signifikanzniveau $(.05 \div 9) p < .0055$, für eine Tendenz $(.10 \div 9) p < .011$. Bezüglich der acht Unterskalen des IIP beträgt das korrigierte Signifikanzniveau $(.05 \div 8) p < .0063$, für eine Tendenz $(.10 \div 8) p < .013$. Die Interkorrelationen der Unterskalen (SCL-90-R: $r = .43$ bis $r = .78$; IIP: $r = -.68$ bis $r = .45$) sind insgesamt nicht hoch genug, als dass mit einer auf die Gesamtskala oder eine Unterskala bezogenen Signifikanz alle anderen Unterskalen auch als signifikant betrachtet werden könnten. In diesem Fall wäre auf eine Bonferoni-Korrektur zu verzichten.

Bei Überprüfung der Hypothese 1 als Zusammenhangshypothese berücksichtigt der Einbezug multivariater Zusammenhänge eine mögliche Bedeutung von Merkmalszusammenhängen, die bei isolierter Betrachtung bivariater Zusammenhänge verloren gehen. Es wird daher zur Bestimmung der relativen Erklärungswerte mehrerer Variablen bezüglich des Kriteriums eine multiple, schrittweise durchgeführte Regressionsanalyse vorgenommen (Abschnitt 12.1.). Die zentrale Größe, die am stärksten zu einer Überschätzung des Zusammenhangs in der Grundgesamtheit beitragen kann und gleichzeitig das Ausmaß der Schrumpfung einer multiplen Korrelation in einer Kreuzvalidierung bestimmt, ist die Relation zwischen Stichprobenumfang (n) und der Prädiktoranzahl (k). Das Verhältnis $k : n$ sollte nach Stevens (1986) und Cohen und Cohen (1975, vgl. auch Barth, 1997) $\leq 1:15$ sein. Selbst in diesem Fall ist noch eine Schrumpfung von ca. 15% zu erwarten. Für die Auswahl „guter“ Prädiktoren empfehlen Lord und Novick (1968, vgl. auch Barth, 1997) die folgenden beiden Faustregeln: wähle erstens solche Prädiktoren aus, die hoch mit dem Kriterium korrelieren, aber nicht oder nur gering mit anderen Prädiktoren. Und füge zweitens zu diesen Prädiktoren solche hinzu, die nicht oder nur gering mit dem Kriterium korrelieren, aber dafür hoch mit den unter Schritt 1

ausgewählten Prädiktoren. Durch solche Suppressorvariablen wird die prädikative Kraft der Regressionsanalyse erhöht und deren Interpretierbarkeit erleichtert.

Zur Prüfung der Hypothesen 1 (Unterschiedshypothese) und 2 wird eine Zusammenfassung und Zweiteilung der Kategorien nach Franke in „statistisch signifikant Verbesserte“ gegenüber „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ vorgenommen. Diese Kategorienbildung wird über den t-Test für unabhängige Stichproben auf signifikante Unterschiedlichkeit getestet. Weiterhin wird geprüft, ob personenbezogene Störvariablen (relevante soziodemographische Merkmale) einen differentiellen Einfluss auf die Kategorien aufweisen und somit eine Konfundierung der therapeutischen Veränderung mit diesen Variablen vorliegt, welche die Kategorisierung beeinflusst (Abschnitt 12.2.1.).

Die statistischen Berechnungen wurden mit „SPSS for Windows“, Version 11.0, durchgeführt.

Ergebnisse

10. Soziodemographische Zusammensetzung

Die Patienten der Tagesklinik (alle aufgenommenen Patienten n=461) werden überwiegend von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und nur 24,8 % aus der vollstationären psychiatrischen Behandlung übernommen. Damit besteht ein Behandlungsschwerpunkt in gemeindepsychiatrischer Akutbehandlung. 89,7 % aller entlassenen Patienten werden in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Bei 10,3 % erfolgte eine Verlegung aufgrund vollstationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit, meist in den ersten Behandlungstagen, bei ungefähr der Hälfte aufgrund akuter Suizidalität, die eine fürsorgliche Einweisung notwendig machte.

Bei 38 % der Patienten der untersuchten Gruppe (mehr als zehn Behandlungstagen n=135) liegt die Erstmanifestation mit vollstationärer psychiatrischer Behandlungsaufnahme bezüglich der zur aktuellen Aufnahme führenden Symptomatik länger als 6 Jahre zurück (bei Persönlichkeitsstörungen sind dies z.B. klinisch auffällige depressive Episoden). Aufgeschlüsselt: Erstmanifestation unter einem Jahr vor Aufnahme 13,3% (n=18), 1-5 Jahre 48,2% (n=65), 6-10 Jahre 17,8% (n=24), 11-15 Jahre 11,1% (n=15) und über 15 Jahre 8,9% (n=12).

Wiederum 37% der 135 Patienten der untersuchten Gruppe weisen zwei oder mehr vollstationäre psychiatrische Voraufenthalte bezüglich der zur aktuellen Aufnahme führenden Symptomatik auf. Aufgeschlüsselt: Keine Voraufenthalte 31,1% (n=42), ein Voraufenthalt ebenso 31,1% (n=42), zwei Voraufenthalte 16,3% (n=22), drei Voraufenthalte 6,7% (n=9), vier Voraufenthalte 6,7% (n=9) und mehr als vier Voraufenthalte 8,9% (n=12). 75,2% (n=104) sind bei Entlassung psychopharmakologisch eingestellt.

Zur Beschreibung der Patienten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik Esslingen werden relevante soziodemographische Merkmale aller aufgenommenen Patienten dargestellt (n=461). Da Kurzaufnahmen zur Überprüfung von Indikation und Motivation in die hier vorgenommene Untersuchung therapeutischer

Veränderung nicht einbezogen werden, werden überdies die relevanten soziodemographischen Merkmale derjenigen aufgenommenen Patienten aufgelistet, die mehr als zehn Behandlungstage aufweisen (n=399). Daraus wird die untersuchte Gruppe der Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen gezogen (n=135), die im Folgenden als Gesamtgruppe bezeichnet wird. Zum Zweck der Überprüfbarkeit der statistischen Auswertung werden weiterhin die Merkmale der Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten der Gesamtgruppe (n=264) in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1:

Soziodemographische Zusammensetzung und Behandlungstage

- alle Patienten, deren Behandlung zwischen 12/1997 bis 2/2002 stattfand und abgeschlossen wurde (1).
- daraus die Patienten mit > 10 Behandlungstagen (2).
- die untersuchte Gesamtgruppe, gezogen aus den Patienten mit > 10 Behandlungstagen (3).
- die Patienten mit > 10 Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten (4).

Merkmal	Merkmals- ausprägung	(1)	(2)	(3)	(4)
		alle Patienten von 12/1997 bis 2/2002	Patienten mit > 10 Behandlungs- tagen	Untersuchte Gesamtgruppe der Patienten mit > 10 Behandlungs- tagen	Patienten mit >10 Behandlungs- tagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten
		n=461	n=399	n=135 (33,8% der Patienten mit > 10 Behandlungs- tagen)	n=264
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Geschlecht	Weiblich	265 (57,5%)	234 (58,6%)	86 (63,7%)	148 (56,1%)
	Männlich	196 (42,5%)	165 (41,4%)	49 (36,3%)	116 (43,9%)
Wohnform	Allein lebend	230 (49,9%)	193 (48,4%)	63 (46,7%)	130 (49,2%)
	Verheiratet/ Partner	179 (38,8%)	162 (40,6%)	62 (45,9%)	100 (37,9%)
	Sonstiges (bei Eltern/ Wohnheim/ WG)	52 (11,3%)	44 (11,0%)	10 (7,4%)	34 (12,9%)
Berufsabschluss	Ohne / in Ausbildung	124 (26,9%)	105 (26,3%)	24 (17,8%)	81 (30,7%)
	Arbeiter / Angestellter	314 (68,1%)	274 (68,7%)	102(75,6%)	172 (65,2%)
	Akademiker	23 (5,0%)	20 (5,0%)	9 (6,7%)	11 (4,2%)
Beschäftigungs- status bei Behandlungs- beginn	Schüler/ Student	30 (6,5%)	25 (6,3%)	8 (5,9%)	17 (6,4%)
	Arbeitsplatz vorhanden	179 (38,8%)	160 (40,1%)	66 (48,9%)	94 (35,6%)
	Arbeitslos	168 (36,4%)	145 (36,3%)	43 (31,9%)	102 (38,6%)
	Rentner	37 (8,0%)	28 (7,0%)	5 (3,7%)	23 (8,7%)
	Sonstiges (z.B. Arbeit in der Familie)	47 (10,2%)	41 (10,3%)	13 (9,6%)	28 (10,6%)

Merkmal	Merkmalsausprägung	(1)	(2)	(3)	(4)
		alle Patienten von 12/1997 bis 2/2002	Patienten mit > 10 Behandlungstagen	Untersuchte Gesamtgruppe der Patienten mit > 10 Behandlungstagen	Patienten mit >10 Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten
		n=461	n=399	n=135 (33,8% der Patienten mit > 10 Behandlungstagen)	n=264
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Alter bei Behandlungsbeginn	≤ 20	29 (6,3%)	24 (6,0%)	2 (1,5%)	22 (8,3%)
	21 - 30	114 (24,7%)	94 (23,6%)	34 (25,2%)	60 (22,7%)
	31 - 40	156 (33,8%)	135 (33,8%)	45 (33,3%)	90 (34,1%)
	41 - 50	82 (17,8%)	74 (18,5%)	27 (20,0%)	47 (17,8%)
	51 - 60	56 (12,1%)	53 (13,3%)	23 (17,0%)	30 (11,4%)
	> 61	24 (5,2%)	19 (4,8%)	4 (3,0%)	15 (5,7%)
Behandlungstage	≤ 10	62 (13,4%)	-	-	-
	11 - 30	90 (19,5%)	90 (22,6%)	24 (17,8%)	74 (28,0%)
	31 - 50	73 (15,8%)	73 (18,3%)	23 (17,0%)	50 (18,9%)
	51 - 70	82 (17,8%)	82 (20,6%)	32 (23,7%)	50 (18,9%)
	71 - 90	45 (9,8%)	45 (11,3%)	18 (13,3%)	27 (10,2%)
	91 - 110	48 (10,4%)	48 (12,0%)	17 (12,6%)	31 (11,7%)
	111 - 130	26 (5,6%)	26 (6,5%)	11 (8,1%)	15 (5,7%)
	131 - 150	15 (3,3%)	15 (3,8%)	5 (3,7%)	10 (3,8%)
	151 - 200	17 (3,7%)	17 (4,3%)	4 (3,0%)	13 (4,9%)
> 200	3 (0,7%)	3 (0,8%)	1 (0,7%)	2 (0,8%)	

Anzahl und Prozent sind bezogen auf die Merkmalsausprägung in der jeweiligen Gruppe.

Die Abweichungen der soziodemographischen Merkmale der untersuchten Gesamtgruppe der Patienten mehr als zehn Behandlungstagen (3) gegenüber den Merkmalen der Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Gesamtgruppe (4) wird auf Bedeutsamkeit geprüft.

Hinsichtlich des Alters ist der Unterschied mit Werten der untersuchten Gesamtgruppe (3) mit einem durchschnittlichen Alter von 38,9 Jahren (SD = 11,4; Min.: 19; Max.: 67) gegenüber den Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten (4) mit einem durchschnittlichen Alter

von 37,6 Jahren (SD = 12,8) nicht signifikant (t [df = 397] = -1,05). Im Durchschnitt sind alle aufgenommenen Patienten (1) 37,8 Jahre alt (SD = 12,4; Min.: 17; Max.: 76), die Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen (2) sind durchschnittlich 38,0 Jahre alt (SD = 12,3; Min.: 17; Max.: 76).

Es gibt ebenso keine bedeutsame Abweichung bezüglich der Anzahl der Behandlungstage zwischen der untersuchten Gesamtgruppe (3) mit durchschnittlich 70,7 Behandlungstagen (SD = 39,6; Min.: 12; Max.: 213) gegenüber den Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten (4) mit durchschnittlich 66,1 Behandlungstagen (SD = 43,1) (t [df = 397] = -1,05; n.s.). Im Durchschnitt werden alle aufgenommenen Patienten (1) 59,3 Tage behandelt (SD = 44,4; Min.: 2; Max.: 214), die Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen (2) werden durchschnittlich 67,6 Tage behandelt (SD = 42,0; Min.: 11; Max.: 214).

Ebenso unterscheidet sich die Anzahl der Personen nicht signifikant bei den Merkmalen Geschlecht über eine 4-Felder-Tafel (χ^2 [df = 1, n = 399] = 2,15; n.s.), Wohnform über eine 6-Felder-Tafel (χ^2 [df = 2, n = 399] = 3,97; n.s.) und Beschäftigungsstatus über eine 10-Felder-Tafel (χ^2 [df = 4, n = 399] = 8,38; n.s.) zwischen der untersuchten Gesamtgruppe (3) und der Gruppe der Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten (4).

Das Merkmal Berufsabschluss dagegen unterscheidet signifikant über eine 6-Felder-Tafel (χ^2 [df = 2, n = 399] = 8,17; $p < .05$). Deskriptiv wird sichtbar, dass die Patienten der untersuchten Gesamtgruppe (3) gegenüber den Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten (4) vermehrt einen Berufsabschluss aufweisen.

Tabelle 2:

Hauptdiagnose (Anzahl und Prozent) und psychiatrische Nebendiagnosen nach ICD-10 (Mehrfachnennungen pro Patient möglich) der Patienten, deren Behandlung zwischen 12/1997 bis 2/2002 stattfand und abgeschlossen wurde (1) und der untersuchten Gesamtgruppe, gezogen aus den Patienten mit > 10 Behandlungstagen (3)

(1) alle Patienten von 12/1997 bis 2/2002 n=461		(3) Untersuchte Gesamtgruppe der Patienten mit > 10 Behandlungs- tagen n=135	
Hauptdiagnose	Zweit- und Dritt-diagnose	Hauptdiagnose	Zweit- und Dritt-diagnose
Persönlichkeitsstörungen F6 : 146 (31,7%)	F1:26 F2:1 F3: 67 F4:63 F5:5	F6: 54 (40,0%)	F1:7 F2:- F3:29 F4:24 F5:2
Schizophrene Störungen F2 : 160 (34,7%)	F0:1 F1:18 F3: 6 F4:1 F5:2 F9:1	F2: 37 (27,4%)	F0:- F1:5 F3:3 F4:- F5:2 F9:-
Depressive Störungen F3 : 101 (21,9%)	F0:2 F1:5 F4:6 F5:2 F7:1 F9:1	F3: 27 (20%)	F0:1 F1:- F4:2 F5:- F7:- F9:-
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F4: 48 (10,4%)	F0:2 F1:8 F3:8 F5:1	F4 : 17 (12,6%)	F0:- F1:2 F3:2 F5:1
Sonstige F0,F7,F9 : 6 (1,2%)	-	-	-

Sonstige Hauptdiagnosen:

Organische Störungen (F0; n=2; 0,4%), Störungen der Intelligenz (F7; n=2; 0,4%), Verhaltens- und emotionale Störungen in Kindheit und Jugend (F9; n=2; 0,4%). Keine psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) als Hauptdiagnose.

Es besteht kein bedeutsamer Unterschied bezüglich der Verteilung der Hauptdiagnosen zwischen der untersuchten Gesamtgruppe (3) gegenüber den Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der untersuchten Patienten (4) (F2: 96 [37,1%], F3: 58 [22,4%], F4: 26 [10,0%], F6: 79 [30,5%]) (8-Felder- χ^2 [df = 3, n = 393] = 5,77, n. s.). Die Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen (2) weisen folgende Diagnosen auf: F2: 133 (33,8%), F3: 84 (21,4%), F4: 43 (10,9%), F6: 133 (33,8%). Eine differenzierte Auflistung der genauen Diagnosen der vier Hauptdiagnosegruppen ist im Anhang aufgeführt.

Die Patienten der untersuchten Gesamtgruppe, verglichen mit den Patienten mit mehr als zehn Behandlungstagen unter Ausschluss der Patienten der untersuchten Gesamtgruppe, erweisen sich in der Verteilung der Hauptdiagnosen, der Behandlungstagen und den erhobenen soziodemographischen Merkmalen, ausgenommen das Merkmal Berufsabschluss, als repräsentative Stichprobe der Patienten, die mehr als zehn Behandlungstage aufweisen.

11. Ergebnisse zur Fragestellung

Zur Überprüfung der Fragestellung 1 (Veränderungshypothese) wird die Bedeutsamkeit des Unterschiedes der Werte der untersuchten Gesamtgruppe zum Zeitpunkt Behandlungsbeginn gegenüber den Werten zum Zeitpunkt Behandlungsende über den t-Test abhängiger Stichproben erhoben. Die auf die Gesamtwerte des SCL-90-R und des IIP bezogenen, a-priori formulierten Hypothesen werden auf dem Signifikanzniveau $p < .05$ getestet. Bei den a-posteriori-Einzelvergleichen der Unterskalen wird die α -Fehler-Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferoni angewandt. Bezüglich der neun Unterskalen der SCL-90-R beträgt somit das korrigierte Signifikanzniveau $p < .0055$, für eine Tendenz $p < .011$. Bezüglich der acht Unterskalen des IIP beträgt das korrigierte Signifikanzniveau $p < .0063$, für eine Tendenz $p < .013$. Zudem wird für SCL-90-R und IIP eine Berechnung der Effektstärken vorgenommen.

Tabelle 3:

Mittelwerte und Standardabweichungen des Global Severity Index GSI der Symptom Checkliste SCL-90-R in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärke

Gesamtgruppe	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		t	Effektstärke
	M	SD	M	SD		
GSI	1,22	0,71	0,84	0,69	6,44(df=134) p<.001	0,54

p<.05

Von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende verändert sich die Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Symptomen signifikant, erhoben über das Haupterfolgsmaß Global Severity Index (GSI) des SCL-90-R. Es erfolgt eine Reduktion in klinisch günstiger Richtung.

Tabelle 4:

Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterskalen des SCL-90-R in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Werte, p-Werte und Effektstärken

Gesamtgruppe	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		t	Effektstärke
	M	SD	M	SD		
Somatisierung	0,99	0,78	0,73	0,76	4,84(df=134) p<.001	0,33
Zwanghaftigkeit	1,57	0,85	1,08	0,87	7,03(df=133) p<.001	0,58
Unsicherheit im Sozialkontakt	1,30	0,84	0,87	0,74	6,43(df=132) p<.001	0,51
Depressivität	1,66	0,91	1,14	0,88	6,70(df=133) p<.001	0,57
Ängstlichkeit	1,29	0,92	0,88	0,81	5,55(df=134) p<.001	0,45
Aggressivität/ Feindseligkeit	0,89	0,82	0,61	0,72	3,91(df=132) p<.001	0,34
Phobische Angst	0,95	0,87	0,65	0,83	3,96(df=134) p<.001	0,34
Paranoides Denken	1,10	0,94	0,79	0,84	4,34(df=133) p<.001	0,33
Psychotizismus	0,87	0,71	0,56	0,61	5,46(df=133) p<.001	0,43

$p < .0055$

Bei einer a-posteriori Unterteilung in die Unterskalen verändern sich signifikant alle Unterskalen des SCL-90-R in klinisch günstiger Richtung.

Tabelle 5:

Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP_{Gesamt} in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärke

Gesamtgruppe	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		t	Effektstärke
	M	SD	M	SD		
IIP_{Gesamt}	1,51	0,60	1,26	0,63	6,14(df=134) $p < .001$	0,42

$p < .05$

Von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende verändert sich die Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen, erhoben über IIP_{Gesamt} , signifikant. Es erfolgt eine Reduktion in klinisch günstiger Richtung.

Tabelle 6:

Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterskalen des IIP in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärken

Gesamtgruppe	Behandlungsbeginn		Behandlungsende		t	Effektstärke
	M	SD	M	SD		
zu autokratisch/ dominant	0,80	0,63	0,72	0,60	1,66(df=131) p=.099	0,13
zu streitsüchtig/ konkurrierend	1,20	0,66	0,97	0,68	5,07(df=133) p<.001	0,35
zu abweisend/ kalt	1,38	0,83	1,04	0,77	6,30(df=131) p<.001	0,41
zu introvertiert/ sozial vermeidend	1,68	0,95	1,36	0,89	5,03(df=133) p<.001	0,34
zu selbstunsicher/ unterwürfig	2,03	0,91	1,68	0,92	4,69(df=134) p<.001	0,38
zu ausnutzbar/ nachgiebig	1,91	0,74	1,62	0,76	5,46(df=129) p<.001	0,39
zu fürsorglich/ freundlich	1,85	0,77	1,55	0,84	5,59(df=129) p<.001	0,39
zu expressiv/ aufdringlich	1,22	0,83	1,08	0,77	2,39(df=132) p=.018	0,17

p<.0063

Von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende verändert sich signifikant die Belastung mit interpersonellen Problemen in sechs Unterskalen. Es erfolgt eine Reduktion in klinisch günstiger Richtung.

Tabelle 7:

Mittelwerte, Standardabweichungen und Randwerte der Global Assessment Scale of Function GAF in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert und p-Wert.

Gesamtgruppe	Behandlungsbeginn			Behandlungsende			t
	M	s	Min.-Max.	M	s	Min.-Max.	
GAF	37,80	10,00	16 - 65	54,43	10,91	30 - 78	-13,86(df=94) p<.001

p<.05

Von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende verändert sich das globale psychische Funktionsniveau signifikant, gemessen über die Global Assessment Scale of Funktion (GAF). Es erfolgt wiederum eine Veränderung in klinisch günstiger Richtung, die sich hier in einem Anstieg des globalen psychischen Funktionsniveaus ausdrückt.

Deskriptiv besteht somit eine Übereinstimmung in der Aussage der Erhebungsinstrumente bezüglich der therapeutischen Veränderung über eine Reduktion der Belastung mit allgemeiner psychopathologischer Symptomatik (SCL-90-R) und interpersoneller Probleme (IIP-D), erhoben über die Selbstwahrnehmung des Patienten, mit dem Fremdurteil des Behandlers (GAF).

Im Rahmen der Datenerhebung wird die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung über den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) festgestellt. Zur angewandten Kategorienbildung siehe Hannöver, Dogs und Kordy (2000, siehe auch Abschnitt 6.4).

Tabelle 8:

Median, Interquartilbereich und bewertete Kategorien des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit ZUF-8 in der untersuchten Gesamtgruppe (n=116) bei Behandlungsende

Gesamtgruppe	Median	Interquartilbereich		Unzufrieden	Zufrieden
		25%	75%		
ZUF-8	24	20	28	46 (39,7%)	70 (60,3%)

Die Zufriedenheitsrate der Patienten mit der Behandlung beträgt 60,3%.

12. Ergebnisse zu den Hypothesen

12.1. Ergebnisse zur Hypothese 1 als Zusammenhangshypothese

Über eine Regressionsanalyse soll der relative Erklärungswert der Belastung mit interpersonellen Problemen unter Berücksichtigung der möglichen Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen für das Kriterium therapeutische Veränderung bestimmt werden. Das Kriterium therapeutische Veränderung wird definiert als Differenz des Global Severity Index (GSI) der Symptom Checkliste SCL-90-R zum Zeitpunkt Behandlungsbeginn, reduziert um den GSI zum Zeitpunkt Behandlungsende.

In einem ersten Schritt zur Erstellung einer multiplen Regressionsanalyse gehen alle soziodemographischen Merkmale als mögliche Prädiktoren in eine bivariate Korrelationsmatrix mit dem Kriterium ein. Soziodemographische Merkmalsausprägungen werden in dichotome Variablen überführt. Im Rahmen der Untersuchung werden zudem explorativ Korrelationen mit erst bei Behandlungsende vorliegenden Variablen sowie den Kennwerten „I-S“ (Differenz $IIP_{\text{Gesamt}}\text{-Beginn}$ minus $GSI\text{-Beginn}$) und „I-SOM“ (Differenz $IIP_{\text{Gesamt}}\text{-Beginn}$ minus $SCL\text{-}90\text{-}R\text{-Unterskala Somatisierung-Beginn}$, siehe Abschnitt 6.1) zum Kriterium ermittelt.

Tabelle 9:

Personenzahlen, bivariate Korrelationen und p-Werte der bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende vorliegenden soziodemographischen Merkmale und Variablen mit dem Kriterium Differenz zwischen $GSI_{\text{Behandlungsbeginn}}$ und $GSI_{\text{Behandlungsende}}$ der Symptom Checkliste SCL-90-R

Gesamtgruppe	n		r	p
Korrelationen Kriterium zum Zeitpunkt				
Behandlungsbeginn				
IIP _{Gesamt}	135	P	.331	<.001
GAF	105	P	-.048	.625
Hauptdiagnosegruppen:				
Persönlichkeitsstörungen	135 (54)	δ	-.075	.389
schizophrene Störungen	135 (37)	δ	-.089	.803
depressive Störungen	135 (27)	δ	.098	.256
neurotische-, Belastungs-, somatoforme Störungen	135 (17)	δ	.112	.196
Soziodemographische Merkmale				
Alter	135	P	.010	.912
Wohnform:				
Allein lebend	135 (63)	δ	.088	.309
Verheiratet/Partnerschaft	135 (62)	δ	.010	.904
Sonstiges (bei Eltern/ W.heim/WG)	135 (10)	δ	-.188	.029
Berufsabschluss:				
Ohne/in Ausbildung	135 (24)	δ	-.057	.512
Arbeiter/Angestellter	135 (102)	δ	.095	.273
Akademiker	135 (9)	δ	-.077	.377
Beschäftigungsstatus:				
Schüler/Student	135 (8)	δ	-.101	.245
Arbeitsplatz vorhanden	135 (66)	δ	.182	.035
Arbeitslos	135 (43)	δ	-.093	.281
Rentner	135 (5)	δ	.093	.285
Sonstiges (z.B. Arbeit in der Familie)	135 (13)	δ	-.139	.107
Behandlungsende				
IIP _{Gesamt}	135	P	-.177	.040
GAF	103	P	.111	.265
Patientenzufriedenheit ZUF-8	116	$\delta^{(1)}$.165	.076
Behandlungstage	135	P	.08	.327
Kennwerte Behandlungsbeginn				
Differenz IIP _{Gesamt} Beginn – SCL-90-R: GSI-Beginn	135	P	-.314	<.001
Differenz IIP _{Gesamt} Beginn – SCL-90-R: Unterskala Somatisierung Beginn	135	P	-.034	.699

p<.05

P = Pearson

 δ = Spearman⁽¹⁾Spearman's δ aufgrund der linksschiefen Verteilung der Werte des ZUF-8

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Belastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, erhoben mit dem IIP_{Gesamt} , und der therapeutischen Veränderung, definiert als Differenz des Haupterfогsmasses GSI-Behandlungsbeginn abzüglich GSI-Behandlungsende. Ein höherer IIP_{Gesamt} -Wert bei Behandlungsbeginn weist auf eine Vergrößerung des Veränderungswertes hin. Dies bedeutet wiederum eine vermehrte Reduktion der grundlegenden psychischen Belastung zum Zeitpunkt Behandlungsende gegenüber dem Zeitpunkt Behandlungsbeginn.

Ein positiver Zusammenhang besteht zudem bezüglich des Vorhandenseins eines Arbeitsplatzes, ein negativer Zusammenhang besteht zu einer Wohnform bei Eltern, Wohnheim, WG. Weder die Variation der Behandlungstage noch die Patientenzufriedenheit stehen in einem Zusammenhang mit der therapeutische Veränderung.

Ein prädiktiver negativer Zusammenhang zum Kriterium besteht zudem für IIP_{Gesamt} zum Zeitpunkt Behandlungsende. Ein geringerer IIP_{Gesamt} -Wert bei Behandlungsende verweist auf eine vermehrte Reduktion der grundlegenden psychischen Belastung im Verlauf der Behandlung. Ein positiver Zusammenhang besteht bezüglich der Differenz des IIP_{Gesamt} bei Behandlungsbeginn abzüglich der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik im GSI.

Auf der Basis der Ergebnisse der bivariaten Korrelationen zum Kriterium wurde eine Auswahl möglicher Prädiktoren für eine multiple Regressionsanalyse getroffen. In Anlehnung an die erste Bedingung nach Lord und Novick (1968, siehe Abschnitt 9.) wird ein $r \geq .10$ zum Kriterium als Voraussetzung festgelegt, in Anlehnung an die zweite Bedingung wird ein $r \leq .01$ zum Kriterium als Voraussetzung festgelegt. Es werden aufgrund der zweiten Bedingung zwei potentielle Suppressorvariablen aufgenommen, die, realtiv gesehen zu den anderen Merkmalen, ausnehmend geringe Korrelationen zum Kriterium aufweisen: die Wohnform Verheiratet/Partnerschaft und das Alter. Das Verhältnis zwischen Stichprobenumfang (n) und der Prädiktoranzahl (k) nach Stevens (1986) und Cohen und Cohen (1975, siehe Abschnitt 9.) mit $k : n \leq 1:15$ sollte in dieser Untersuchung demnach nicht den Wert 9 überschreiten und wird erfüllt.

Tabelle 10:

Regressionsanalyse zur Prädiktion des Kriteriums Differenz zwischen $GSI_{\text{Behandlungsbeginn}}$ und $GSI_{\text{Behandlungsende}}$ mit Variablen des Behandlungsbeginns

Gesamtgruppe	β	t	p
IIP_{Gesamt} -Behandlungsbeginn	.327	4.13	<.001
neurotische-, Belastungs-, somatoforme Störungen	.065	.83	.410
Wohnform:			
Verheiratet/Partnerschaft	-.019	-.23	.821
Sonstiges (bei Eltern/ Wohnheim/WG)	-,179	-2.23	.028
Beschäftigungsstatus bei Behandlungsbeginn:			
Schüler/Student	-.074	-.90	.371
Arbeitsplatz vorhanden	.175	2.18	.031
Sonstiges (z.B. Arbeit in der Familie)	-.051	-.61	.545
Alter	-.027	-.34	.735

$p < .05$

ANOVA $F(1,127)=10,87$; $p < .001$.

Die Verteilung der Residuen über der standardisierten Kriteriumsvariablen bestätigt die Geltung des angewandten linearen Regressionsmodells: die Residuen korrelieren nicht und folgen einer Normalverteilung. Die Varianzaufklärung beträgt 16%. Der multiple Korrelationskoeffizient R beträgt .43, der korrigierte Wert R^2 beträgt .13. Nach Cohen und Cohen (1975) bildet ein schrumpfungskorrigierter $R^2 = .13$ einen mittleren Effekt ab. Zur Überprüfung wurden die zwei möglichen Suppressorvariablen durch mit dem Kriterium hoch korrelierende Variablen ersetzt, ohne dass eine bedeutsame Änderung der analysierten Prädiktoren eintritt. Die Wohnform Verheiratet/Partnerschaft und das Alter bestätigen sich somit nicht als Suppressoren.

Es besteht somit ein bedeutsamer positiver Zusammenhang zwischen der Prädiktorvariablen Belastung mit interpersonellen Problemen und dem Kriterium therapeutische Veränderung. Dieser Zusammenhang ist nicht bedeutsam konfundiert mit den erhobenen soziodemographische Variablen oder den

Hauptdiagnosegruppen. Somit wird über die Regressionsanalyse sichtbar, dass die Belastung mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten von anderer Qualität als die soziodemographischen Merkmale ist. Einen weiteren bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage einer Reduktion der psychopathologischen Symptomatik leistet das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes, ein negativer Zusammenhang besteht für das Vorliegen einer Wohnform bei Eltern, im Wohnheim oder in einer Wohngemeinschaft, d.h. eine „unselbstständigere“ Wohnform prädiziert eine geringe Reduktion der Symptomatik.

12.2. Grundlagen zu den Hypothesen 1 und 2 als Unterschiedshypothesen

12.2.1. Unterteilung der therapeutischen Veränderung in die Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“

Zur Überprüfung der Hypothesen 1 (Unterschiedshypothese) und 2 werden Kriterien angewandt, die der Frage folgen, welche individuelle Veränderung im Sinne einer Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome im Haupterfolgsmaß GSI als eine bedeutsame therapeutische Veränderung zu bewerten ist und welche nicht. Vor dem Hintergrund der dargestellten Diskussion des Konzeptes klinischer Signifikanz im Abschnitt 7.4. wird als Kriterium der eigentlichen Kategorienbildung allein der Reliable Change Index RCI angewandt. Neben dieser Kategorienbildung über das Erreichen oder Nicht-Erreichen einer signifikanten Veränderung wird keine weitere Beurteilung der Veränderung über einen Critical Value vorgenommen.

Als Grundlage werden Kennwerte zur Kategorisierung der therapeutischen Veränderung im Haupterfolgsmaß GSI der Symptom Checkliste SCL-90-R nach Franke (2002) vor dem Hintergrund des Konzeptes klinischer Signifikanz von Jacobsen angewandt. Franke ordnet zwei unterscheidbare RCI-Werte dem GSI-Wert des Patienten zu Behandlungsbeginn zu, je nachdem, ob der Patient zu Beginn der funktionalen oder dysfunktionalen Population zugeordnet wird. Diese beiden Populationen werden durch den Critical Value CV getrennt. Die Beachtung des Critical Value ist hier somit zur Beurteilung des individuellen GSI-Wertes zu

Behandlungsbeginn notwendig, so dass der jeweils zugeordnete RCI angewandt werden kann. Damit können auch die Patienten in die Kategorienbildung miteinbezogen werden, die bei Behandlungsbeginn in ihrer allgemeinen psychopathologischen Belastung im Bereich der funktionalen Population liegen, also die früheren Problemfälle der sogenannten „Pseudo-Gesunden“. Der Critical Value wird jedoch nicht zur Beurteilung der Veränderung herangezogen.

Der Selektionsprozeß, der zur Bildung der Kategorien führt, wird in Tabelle 11 genau dargestellt. In einem ersten Schritt wird den Werten im GSI zu Behandlungsbeginn einer der zwei RCI-Werte zugeordnet, so dass die Kategorien C, D, E, und F gebildet werden. Für alle Patienten, deren Wert im GSI zu Behandlungsbeginn kleiner oder gleich dem Critical Value von 0,70 ist, wird der Reliabel Change Index der funktionalen Normierungsstichprobe von 0,19 angewandt (Kategorien C, E, F) . Für alle Patienten, deren Wert im GSI zu Behandlungsbeginn größer ist als der Critical Value von 0,70 wird der Reliabel Change Index der dysfunktionalen Normierungsstichprobe von 0,30 angewandt (Kategorie D). Zur modellhaften und vollständigen Darstellung des kombinierten Vorgehens nach Franke, unter Einbezug von RCI und CV zur Beurteilung der Veränderung, werden die Kategorien A und B sowie die Kategorien G und H getrennt, da Kategorie A und H in der Veränderung zusätzlich den CV überschreiten.

In einem nächsten Schritt werden alle Patienten, die eine statistisch signifikante Veränderung erreichen (Kategorien F,G und H) zusammengelegt zur Kategorie der „statistisch signifikant Verbesserten“. Alle Patienten, die keine statistisch signifikante Veränderung erreichen (Kategorien A,B,C,D und E) werden zusammengelegt zur Kategorie der „statistisch nicht signifikant Verbesserten“.

Tabelle 11:

Auf den GSI der SCL-90-R angewandte Algorithmen* mit $CV=0,70$ und $RCI=0,19$ oder $RCI=0,30$; Interpretation der Kategorien; Personenzahl und Prozent pro Hauptdiagnosegruppe und in der untersuchten Gesamtgruppe.

Kat.	Algorithmus:	Interpretation	F6 n=54	F2 n=37	F3 n=27	F4 n=17	Gesamt- gruppe n=135
A	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.70 \cap X_{Gsi/B.ende} > 0.70) \cap (X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} < -0.19)$	klinisch und statistisch signifikant verschlechtert (von funkt. nach dysfunkt.)	3 (5,5%)	-	-	1 (5,9%)	4 (3,0%)
B	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.70 \cap X_{Gsi/B.ende} > 0.70) \cap (X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} < -0.30)$	statistisch signifikant verschlechtert (innerhalb der dysfunkt. Gruppe)	7 (13,0%)	2 (5,4%)	-	-	9 (6,7%)
C	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.70 \cap X_{Gsi/B.ende} \leq 0.70) \cap (X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} < -0.19)$	statistisch signifikant verschlechtert (innerhalb der funkt. Gruppe)	1 (1,9%)	-	-	-	1 (0,7%)
D	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.70) \cap (0,30 \leq X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} \leq -0.30)$	unverändert (innerhalb der dysfunkt. Gruppe)	12 (22,2%)	7 (18,9%)	7 (25,9%)	5 (29,4%)	31 (23,0%)
E	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.70) \cap (0,19 \leq X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} \leq -0.19)$	unverändert (innerhalb der funkt. Gruppe)	5 (9,3%)	9 (24,3%)	3 (11,1%)	1 (5,9%)	18 (13,3%)
		↑ Nicht Verbesserte					
		↓ Verbesserte					
F	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.70 \cap X_{Gsi/B.ende} \leq 0.70) \cap (X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} > 0.19)$	statistisch signifikant verbessert (innerhalb der funkt. Gruppe)	2 (3,7%)	7 (18,9%)	5 (18,5%)	1 (5,9%)	15 (11,1%)
G	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.70 \cap X_{Gsi/B.ende} > 0.70) \cap (X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} > 0.30)$	statistisch signifikant verbessert (innerhalb der dysfunkt. Gruppe)	9 (16,6%)	4 (10,8%)	3 (11,1%)	7 (41,2%)	23 (17,0%)
H	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.70 \cap X_{Gsi/B.ende} \leq 0.70) \cap (X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} > 0.30)$	klinisch und statistisch signifikant verbessert (von dysfunkt. nach funkt.)	15 (27,8%)	8 (21,6%)	9 (33,3%)	2 (11,8%)	34 (25,2%)

F6: Persönlichkeitsstörungen, F4: neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen, F3: depressive Störungen, F2: schizophrene Störungen. B.-beginn: Behandlungsbeginn; B.-ende: Behandlungsende; funkt.: funktional; dysfunkt.: dysfunktional
*nach Franke (2002)

Somit entfallen auf die Kategorie „statistisch signifikant Verbesserte“ n=72 Patienten und auf die Kategorie „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ n=63 Patienten.

Im folgenden wird die Konfundierung der beiden Kategorien therapeutischer Veränderung mit personengebundenen Störvariablen und weiteren Variablen über t-Test unabhängiger Stichproben und Pearson- χ^2 -Test überprüft. Es gibt keine bedeutsame Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung und den bei Behandlungsbeginn vorhandenen Variablen und Merkmalen GAF-Behandlungsbeginn (t [df = 103] = 0,11; n.s.), Alter (t [df = 133] = -0,39; n.s.), Geschlecht (4-Felder- χ^2 [df = 1, n = 135] = 0,76; n.s.), Wohnform (6-Felder- χ^2 [df = 2, n = 135] = 4,83; n.s.), Berufsabschluss (6-Felder- χ^2 [df = 2, n = 135] = 1,60; n.s.), Beschäftigungsstatus (10-Felder- χ^2 [df = 4, n = 135] = 5,60; n.s.). Es gibt keine bedeutsame Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung bezüglich den bei Behandlungsende vorhandenen Variablen GAF-Behandlungsende (t [df = 101] = -1,41; n.s.), der Anzahl der Behandlungstage (t [df = 133] = -0,37; n.s.) und der Patientenzufriedenheit (t [df = 114] = -1,78; n.s.).

Es gibt weiterhin keine bedeutsame Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung bezüglich den vier Hauptdiagnosegruppen (8-Felder- χ^2 [df = 3, n = 135] = 1,85; n.s.). Es besteht somit keine unterschiedliche Verteilung bestimmter Hauptdiagnosegruppen auf die zwei Kategorien therapeutischer Veränderung.

12.2.2. Exkurs: Unterteilung der therapeutischen Veränderung nach Schauenburg und Strack (1999)

Das Ziel kategorialer Einteilung therapeutischer Veränderung besteht (neben der Möglichkeit einer Bewertung individueller therapeutischer Veränderung) auch in einer besseren Vergleichbarkeit der therapeutischen relevanten Veränderung mit anderen therapeutischen Einrichtungen. Die verwendeten Indices nach Franke (2002) für CV

und RCI beziehen sich auf die neue Normierung des SCL-90-R, so dass noch keine Vergleichswerte aus anderen Untersuchungen vorliegen. Um modellhaft einen deskriptiven Vergleich vorzustellen, wird die untersuchte Gesamtgruppe zusätzlich mit den CV- und RCI-Kennwerten nach Schauenburg und Strack (1999) analysiert (Tabelle 12). Schauenburg und Strack veröffentlichten auch Werte einer Reanalyse von 189 Patienten vollstationärer Psychotherapie mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung (Davies-Osterkamp et al., 1996), die zum deskriptiven Vergleich in Tabelle 12 aufgenommen werden.

In der hier untersuchten Gesamtgruppe teilstationärer Behandlung weisen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bei Behandlungsbeginn einen Mittelwert im GSI der Symptom Checkliste von 1,40 auf bei einer Standardabweichung von 0,68. Es wird für die Patienten der Vergleichsuntersuchung von Schauenburg und Strack bei Behandlungsbeginn ein GSI-Mittelwert von 1,61 bei einer Standardabweichung von 0,72 angegeben. Damit erleben sich die hier aufgeführten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus vollstationärer Psychotherapie höher mit psychopathologischen Symptomen belastet als die untersuchte Gesamtgruppe teilstationärer Behandlung.

Tabelle 12:

Auf den GSI der SCL-90-R angewandte Algorithmen* mit $CV=0,57$ und $RCI=0,16$ oder $RCI=0,43$; Interpretation der Kategorien; Personenzahl und Prozent der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen ((1), $n=54$) in der vorliegenden Untersuchung und in der Vergleichsstichprobe stationärer Psychotherapie ((2), $n=189$)*

Kat.	Algorithmus:	Interpretation	(1)	(2)
			F6 n=54	F6 n=189
A	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.57 \cap X_{Gsi/B.ende} > 0.57)$ \cap $(X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} < -0.16)$	klinisch und statistisch signifikant verschlechtert (von funkt. nach dysfunkt.)	1 (1,9%)	3 (1,6%)
B	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.57 \cap X_{Gsi/B.ende} > 0.57)$ \cap $(X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} < -0.43)$	statistisch signifikant verschlechtert (innerhalb der dysfunktionalen Gruppe)	7 (13,0%)	11 (5,8%)
C	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.57 \cap X_{Gsi/B.ende} \leq 0.57)$ \cap $(X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} < -0.16)$	statistisch signifikant verschlechtert (innerhalb der funktionalen Gruppe)	2 (3,7%)	2 (1,1%)
D	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.57)$ \cap $(0.43 \leq X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} \geq -0.43)$	unverändert (innerhalb der dysfunktionalen Gruppe)	19 (35,2%)	73 (38,6%)
E	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.57)$ \cap $(0.16 \leq X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} \geq -0.16)$	unverändert (innerhalb der funktionalen Gruppe)	1 (1,9%)	8 (4,3%)
F	$(X_{Gsi/B.beginn} \leq 0.57 \cap X_{Gsi/B.ende} \leq 0.57)$ \cap $(X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} > 0.16)$	statistisch signifikant verbessert (innerhalb der funktionalen Gruppe)	2 (3,7%)	-
G	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.57 \cap X_{Gsi/B.ende} > 0.57)$ \cap $(X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} > 0.43)$	statistisch signifikant verbessert (innerhalb der dysfunktionalen Gruppe)	8 (14,8%)	60 (31,7%)
H	$(X_{Gsi/B.beginn} > 0.57 \cap X_{Gsi/B.ende} \leq 0.57)$ \cap $(X_{Gsi/B.beginn} - X_{Gsi/B.ende} > 0.43)$	klinisch und statistisch signifikant verbessert (von dysfunkt. nach funkt.)	14 (25,9%)	32 (16,9%)

* nach Schauenburg und Strack (1999)

Legt man die Kategorien F,G und H wiederum zusammen zur Kategorie der „statistisch signifikant Verbesserten“, so erfüllen nach der teilstationären Behandlung 44,4% dieses Kriterium, in der Vergleichsstichprobe vollstationärer Psychotherapie sind es 48,7%.

1.2.3. Ergebnisse zur Hypothese 1 als Unterschiedshypothese

12.3.1. Gesamtgruppe

Zur Überprüfung der Hypothese 1 als Unterschiedshypothese wird die Bedeutsamkeit der Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ (Abschnitt 12.2.1.) bezüglich IIP bei Behandlungsbeginn in der untersuchten Gesamtgruppe getestet. Wieder werden die auf den Gesamtwert des IIP bezogenen, a-priori formulierten Hypothesen auf dem Signifikanzniveau $p < .05$ (zweiseitig) getestet. Wird ein Unterschied über den Gesamtwert des IIP bestätigt, werden a-posteriori die acht Unterskalen des IIP zur differenzierteren Sicht in die statistische Testung miteinbezogen. Dann beträgt das korrigierte Signifikanzniveau $p < .0063$, für eine Tendenz $p < .013$. Im Rahmen der Untersuchung wird explorativ die Bedeutsamkeit der Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung bezüglich IIP auch bei Behandlungsende getestet.

Tabelle 13:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe

Gesamtgruppe	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP_{Gesamt}	72	1,61	,63	63	1,40	,54

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn unterscheidet Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden, gemessen über IIP_{Gesamt} ($t [df = 133] = -2,05; p = .042$). Patienten, die sich verbessern, sind bedeutsam höher mit interpersonellen Problemen belastet gegenüber Patienten, die sich nicht verbessern. (Signifikanzniveau $p < .05$).

Tabelle 14:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe

	Statistisch sig. Verbesserte			Statistisch nicht sig. Verbesserte			t	df	sig.
	<u>Behandlungsbeginn</u>			<u>Behandlungsbeginn</u>					
	n	M	SD	n	M	SD			
zu autokratisch/dominant	71	,85	,69	62	,74	,54	-1,03	131	.307
zu streitsüchtig/konkurrierend	72	1,26	,67	62	1,12	,65	-1,23	132	.220
zu abweisend/kalt	71	1,46	,80	63	1,29	,85	-1,13	132	.259
zu introvertiert/s. vermeidend	72	1,82	,93	62	1,52	,96	-1,86	132	.065
zu selbstunsicher/unterwürfig	72	2,18	,93	63	1,85	,86	-2,08	133	.040
zu ausnutzbar/nachgiebig	69	2,04	,81	62	1,79	,65	-1,89	129	.061
zu fürsorglich/freundlich	71	1,94	,83	61	1,74	,69	-1,49	130	.137
zu expressiv/aufdringlich	72	1,34	,89	63	1,10	,73	-1,68	133	.095

Bei einer a-posteriori Unterteilung in die Unterskalen unterscheidet keine Unterskala signifikant die beiden Kategorien therapeutischer Veränderung. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

Tabelle 15:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe

Gesamtgruppe	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
	IIP _{Gesamt}	72	1,14	,64	63	1,40

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsende, gemessen über IIP_{Gesamt}, unterscheidet Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 133] = 2,50; p = .014$). Patienten, die sich verbesserten, sind nach der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Behandlungsende bedeutsam geringer mit interpersonellen Problemen belastet gegenüber Patienten, die sich nicht verbesserten. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 16:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe

Gesamtgruppe									
	Statistisch sig. Verbesserte Behandlungsende			Statistisch nicht sig. Verbesserte Behandlungsende			t	df	sig.
	n	M	SD	n	M	SD			
zu autokratisch/ dominant	71	0,69	,64	61	0,76	,55	0,70	132	,487
zu streitsüchtig/ konkurrierend	72	0,85	,60	63	1,12	,73	2,31	133	.023
zu abweisend/ kalt	71	,94	,71	62	1,15	,81	1,56	131	.122
zu introvertiert/ s. vermeidend	72	1,23	,86	63	1,54	,94	1,95	133	.054
zu selbstunsicher/ unterwürfig	72	1,47	,94	63	1,93	,85	2,98	133	.003
zu ausnutzbar/ nachgiebig	72	1,51	,77	62	1,77	,73	2,02	132	.046
zu fürsorglich/ freundlich	71	1,38	,78	62	1,76	,86	2,65	131	.009
zu expressiv/ aufdringlich	71	1,01	,82	62	1,17	,70	1,19	131	.236

Bei einer a-posteriori Unterteilung in die IIP-Unterskalen unterscheidet die Unterskala „zu selbstunsicher/unterwürfig“. Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden. Patienten, die sich verbesserten, sind bei Ende der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam geringer mit den interpersonellen

Problembereichen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ belastet gegenüber Patienten, die sich nicht verbesserten. Tendenziell bedeutsam unterscheidet zudem die Unterskala „zu fürsorglich/freundlich“ zwischen den beiden Gruppen. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

12.3.2. Persönlichkeitsstörungen

Die Bedeutsamkeit der Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung bezüglich IIP bei Behandlungsbeginn wird für jede Hauptdiagnosegruppe getrennt getestet. Es werden Ergebnisse zu den Fragen erwartet, ob das Ausmaß der Gesamtbelastung und wenn ja, ob das Ausmaß der Belastung in spezifischen und unterschiedlichen interpersonellen Problembereichen (IIP-Unterskalen) schon bei Behandlungsbeginn in den vier Diagnosegruppen (Persönlichkeitsstörungen, schizophrene-, depressive und neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen) den Therapieerfolg charakterisiert, der sich in Kategorien therapeutischer Veränderung ausdrückt. Es folgt die Darstellung der entsprechenden Ergebnisse für die einzelnen Hauptdiagnosegruppen.

Tabelle 17:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)

F6	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP_{Gesamt}	26	1,77	,54	28	1,56	,54

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, gemessen über IIP_{Gesamt} , unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen nicht zwischen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 52] = -1,46, p = .149$). (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 18:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)

F6	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP_{Gesamt}	26	1,30	,62	28	1,66	,52

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsende, gemessen über IIP_{Gesamt} , unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 52] = 2,27; p = .027$). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich verbesserten, sind nach der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam geringer mit interpersonellen Problemen belastet gegenüber Patienten, die sich nicht verbesserten. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 19:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)

F6	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			t	df	sig.
	n	M	SD	n	M	SD			
	zu autokratisch/ dominant	26	,78	,69	28	,93			
zu streitsüchtig/ konkurrierend	26	,91	,57	28	1,40	,76	2,69	52	.010
zu abweisend/ kalt	26	1,05	,64	28	1,38	,82	1,68	52	.100
zu introvertiert/ s. vermeidend	26	1,46	,94	28	1,83	,87	1,55	52	.127
zu selbstunsicher/ unterwürfig	26	1,80	1,01	28	2,21	,78	1,65	52	.105
zu ausnutzbar/ nachgiebig	26	1,77	,76	28	2,00	,67	1,16	.52	.252
zu fürsorglich/ freundlich	26	1,51	,79	27	2,15	,87	2,81	51	.007
zu expressiv/ aufdringlich	26	1,14	,88	28	1,35	,68	,96	52	.341

Bei einer a-posteriori Unterteilung in die Unterskalen unterscheiden tendenziell die Problembereiche „zu streitsüchtig/konkurrierend“ und „zu fürsorglich/freundlich“. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich verbesserten, sind bei Ende einer teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung tendenziell geringer mit den interpersonellen Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ und „zu

fürsorglich/freundlich“ belastet gegenüber Patienten, die sich nicht verbesserten. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

12.3.3. Schizophrene Störungen

Tabelle 20:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2)

F2	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP_{Gesamt}	19	1,28	0,76	18	1,19	,55

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, gemessen über IIP_{Gesamt} , unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen nicht zwischen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 35] = -,39; p = .700$). (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 21:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2)

F2	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP _{Gesamt}	19	,86	,59	18	1,14	,66

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsende, gemessen über IIP_{Gesamt}, unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen nicht zwischen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 35] = 1,32; p = .195$). (Signifikanzniveau $p < .05$)

12.3.4. Depressive Störungen

Tabelle 22:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)

F3	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP _{Gesamt}	17	1,70	,54	10	1,26	,40

In der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen unterscheidet das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden, gemessen über IIP_{Gesamt} zum Zeitpunkt Behandlungsbeginn ($t [df = 25] = -2,26$; $p = .033$). Patienten mit depressiven Störungen, die sich verbessern, sind bedeutsam höher mit interpersonellen Problemen belastet gegenüber Patienten, die sich nicht verbessern. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 23:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)

F3	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			t	df	sig.
	n	M	SD	n	M	SD			
zu autokratisch/ dominant	17	,97	,69	10	,95	,53	-,08	25	.936
zu streitsüchtig/ konkurrierend	17	1,22	,65	10	1,19	,55	-,135	25	.894
zu abweisend/ kalt	17	1,50	,89	10	1,24	,83	-,757	25	.456
zu introvertiert/ s. vermeidend	17	1,82	,92	10	1,16	,55	-2,04	25	.052
zu selbstunsicher/ unterwürfig	17	2,25	,71	10	1,40	,53	-3,27	25	.003
zu ausnutzbar/ nachgiebig	17	2,26	,45	10	1,44	,51	-4,39	25	.001
zu fürsorglich/ freundlich	17	2,13	,64	10	1,74	,67	-,152	25	.142
zu expressiv/ aufdringlich	17	1,47	,89	10	,95	,50	-1,69	25	.104

Bei einer a-posteriori Unterteilung in die Unterskalen unterscheiden die Unterskalen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu ausnutzbar/nachgiebig“. Patienten mit depressiven Störungen, die sich verbessern, sind bedeutsam höher mit den interpersonellen Problembereichen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu ausnutzbar/ nachgiebig“ belastet gegenüber Patienten mit depressiven Störungen,

die sich nicht verbessern. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

Tabelle 24:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)

F3	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP_{Gesamt}	17	1,11	,73	10	1,14	,66

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsende, gemessen über IIP_{Gesamt} , unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen nicht zwischen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 25] = ,09$; $p = .928$). (Signifikanzniveau $p < .05$)

12.3.5. Neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen

Tabelle 25:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4)

F4	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsbeginn</u>		
	n	M	SD	N	M	SD
IIP _{Gesamt}	10	1,64	,57	7	1,50	,53

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen nicht zwischen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 15] = -,518; p = .612$). (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 26:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4)

F4	Statistisch sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>			Statistisch nicht sig. Verbesserte <u>Behandlungsende</u>		
	n	M	SD	n	M	SD
IIP _{Gesamt}	10	1,26	,59	7	1,47	,33

Das Ausmaß an Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsende, gemessen über IIP_{Gesamt}, unterscheidet in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen nicht zwischen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewertet werden gegenüber solchen Patienten, die in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewertet werden ($t [df = 15] = ,844; p = .412$). (Signifikanzniveau $p < .05$)

12.4. Ergebnisse zur Hypothese 2

12.4.1. Gesamtgruppe

Zur Überprüfung der Hypothese 2 wird die Bedeutsamkeit der Abweichung zwischen den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung bezüglich der Reduktion im IIP getestet.

Tabelle 27:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe, sowie die Effektstärke

Gesamtgruppe	Statistisch sig. Verbesserte						Statistisch nicht sig. Verbesserte					
	<u>B.-beginn</u>			<u>B.-ende</u>			<u>B.-beginn</u>			<u>B.-ende</u>		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
IIP_{Gesamt}	72	1,61	,63	72	1,14	,64	63	1,40	,54	63	1,40	,59

Die statistische Auswertung über eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bestätigt über einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit die über die Veränderungshypothese zuvor belegte signifikante Reduktion (siehe Tabelle 5): es besteht eine signifikante Reduktion in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende. Es ergibt sich kein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung: es besteht kein bedeutsamer Unterschied in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen zwischen den Verbesserten und den Nicht-Verbesserten. Es ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung ($F(1, 133) = 45,41; p < .001$): die Veränderung in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende ist signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Kategorien therapeutischer Veränderung. Post-hoc-Analysen ergeben eine signifikante Reduktion in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende bei Verbesserten ($t(df = 71) = 8,843; p < .001$) und keine bedeutsame Reduktion bei Nicht-Verbesserten. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Die Reduktion der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen unterscheidet zwischen den in der therapeutischen Veränderung als verbessert bewerteten Patienten gegenüber den in der therapeutischen Veränderung als nicht verbessert bewerteten Patienten. Die als verbessert bewerteten Patienten zeigen eine signifikante Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen, nicht jedoch die als nicht verbessert bewerteten Patienten.

Tabelle 28:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe sowie die Effektstärke

Gesamtgruppe	Statistisch sig. Verbesserte						Statistisch nicht sig. Verbesserte						ES
	B.-beginn			B.-ende			B.-beginn			B.-ende			
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
zu	71	0,85	,69	71	0,69	,64							.23
autokratisch/ dominant							61	0,74	,54	61	0,76	,55	-.04
zu	72	1,26	,67	72	0,85	,61							.61
streitsüchtig/ konkurrierend							62	1,12	,65	62	1,10	,73	.03
zu	70	1,46	,80	70	0,94	,71							.65
abweisend/ kalt							62	1,29	,86	62	1,15	,81	.16
zu	72	1,82	,93	72	1,23	,86							.63
introvertiert/ s. vermeidend							62	1,51	,96	62	1,50	,91	.01
zu	72	2,18	,93	72	1,47	,93							.76
selbstunsicher/ unterwürfig							63	1,85	,86	63	1,93	,85	-.09
zu	69	2,04	,81	69	1,50	,77							.65
ausnutzbar/ nachgiebig							61	1,77	,62	61	1,75	,72	.03
zu	70	1,94	,83	70	1,37	,78							.69
fürsorglich/ freundlich							60	1,75	,69	60	1,75	,86	0
zu	71	1,33	,89	71	1,01	,82							.36
expressiv/ aufdringlich							62	1,10	,73	62	1,17	,70	-.10

Bei einer a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bestätigen sich wieder die signifikanten Haupteffekte für den Faktor Zeit in den Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“, „zu abweisend/kalt“, „zu introvertiert/sozial vermeidend“, „zu selbstunsicher/unterwürfig“, „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ (siehe Tabelle 6). Es ergibt sich in keinem Problembereich ein signifikanter Effekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung.

Es ergeben sich in den aufgezählten Problembereichen auch signifikante Wechselwirkungen: „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($F(1, 132) = 21,28; p < .001$), „zu abweisend/kalt“ ($F(1, 130) = 12,59; p < .001$), „zu introvertiert/sozial vermeidend“ ($F(1, 132) = 23,24; p < .001$), „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($F(1, 133) = 35,66; p < .001$), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($F(1, 128) = 29,04; p < .001$), „zu fürsorglich/freundlich“ ($F(1, 128) = 34,75; p < .001$), zudem in dem Problembereich „zu expressiv/aufdringlich“ ($F(1, 131) = 12,72; p < .001$).

Post-hoc-Analysen ergeben in allen Problembereichen, in denen eine signifikante Wechselwirkung besteht, eine signifikante Reduktion bei Verbesserten und keine signifikante Reduktion bei Nicht-Verbesserten. Die Verbesserten reduzieren die Belastung im Problembereich „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($t(df = 71) = 7,09; p < .001$), „zu abweisend/kalt“ ($t(df = 69) = 6,79; p < .001$), „zu introvertiert/sozial vermeidend“ ($t(df = 71) = 7,26; p < .001$), „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($t(df = 71) = 8,14; p < .001$), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($t(df = 68) = 7,68; p < .001$), „zu fürsorglich/freundlich“ ($t(df = 69) = 8,60; p < .001$) und „zu expressiv/aufdringlich“ ($t(df = 70) = 3,83; p < .001$). (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

12.4.2. Persönlichkeitsstörungen

Die Überprüfung der Hypothese 2 wird nach einer Unterteilung der Gesamtgruppe für jede Hauptdiagnosegruppe vorgenommen. Es werden Ergebnisse zu den Fragen

erwartet, ob die Reduktion der Gesamtbelastung und wenn ja, ob die Reduktion der Belastung in spezifischen und unterschiedlichen interpersonellen Problembereiche (IIP-Unterskalen) in den vier Diagnosegruppen Persönlichkeitsstörungen, schizophrene-, depressive und neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen den Therapieerfolg charakterisiert, der sich in Kategorien therapeutischer Veränderung ausdrückt.

Tabelle 29:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F6	Alle						Statistisch sig. Verbesserte						Statistisch nicht sig. Verbesserte						ES
	<u>B.-beginn</u>			<u>B.-ende</u>			<u>B.-beginn</u>			<u>B.-ende</u>			<u>B.-beginn</u>			<u>B.-ende</u>			
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
							26	1,77	,54	26	1,30	,62							,87
IIP_{Gesamt}	54	1,66	,55	54	1,49	,59													,31
													28	1,56	,54	28	1,66	,52	-,19

Die statistische Auswertung über eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit ($F(1, 52) = 11,36; p < .001$): es besteht eine signifikante Reduktion in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende bei Patienten der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen. Es ergibt sich kein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung. Es ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung ($F(1, 52) = 26,98; p < .001$): die Veränderung von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen ist signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Kategorien therapeutischer Veränderung.

Bei einer a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen ergeben sich signifikante Haupteffekte für den Faktor Zeit in den Problembereichen „zu abweisend/kalt“ ($F(1, 52) = 15,45; p < .001$), „zu introvertiert/sozial vermeidend“ ($F(1, 52) = 9,61; p = .003$), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($F(1, 52) = 8,07; p = .006$) und „zu fürsorglich/freundlich“ ($F(1, 52) = 10,14; p = .003$). Es ergibt sich in keinem Problembereich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung.

Es ergeben sich signifikante Wechselwirkungen im Sinne einer unterschiedlichen Veränderung in den Problembereichen „zu abweisend/kalt“ ($F(1, 52) = 8,78; p = .005$), „zu introvertiert/sozial vermeidend“ ($F(1, 52) = 14,59; p < .001$), „zu fürsorglich/freundlich“ ($F(1, 52) = 31,48; p < .001$) und tendenziell im Problembereich „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($F(1, 52) = 6,82; p = .012$). Es ergeben sich auch signifikante Wechselwirkungen in den Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($F(1, 52) = 21,53; p < .001$) und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($F(1, 52) = 10,17; p = .002$), ohne dass der Haupteffekt Zeit signifikant wird. Damit verändern sich Verbesserte und Nicht-Verbesserte in diesen beiden Problembereichen zwar signifikant unterschiedlich, zusammengenommen ergibt sich aber keine signifikante Reduktion.

Post-hoc-Analysen ergeben in allen Problembereichen, in denen eine signifikante oder tendenzielle Wechselwirkung besteht, eine signifikante Reduktion bei Verbesserten und keine Veränderung bei Nicht-Verbesserten. Die Verbesserten reduzieren die Belastung im Problembereich „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($t(df = 25) = 4,70; p < .001$), „zu abweisend/kalt“ ($t(df = 24) = 5,01; p < .001$), „zu introvertiert/sozial vermeidend“ ($t(df = 25) = 4,85; p < .001$), „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($t(df = 25) = 4,73; p < .001$), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($t(df = 24) = 3,74; p < .001$) und „zu fürsorglich/freundlich“ ($t(df = 24) = 6,38; p < .001$). (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

12.4.3. Schizophrene Störungen

Tabelle 31:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F2	Alle						Statistisch sig. Verbesserte			Statistisch nicht sig. Verbesserte			ES		
	B.-beginn		B.-ende		B.-beginn		B.-ende		B.-beginn		B.-ende				
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
IIP _{Gesamt}	37	1,24	,66	37	,99	,63	19	1,28	,76	19	,86	,59	,55	,38	,09

Die statistische Auswertung über eine zweifaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit ($F(1, 35) = 16,22$; $p < .001$): es besteht eine signifikante Reduktion in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende. Es ergibt sich kein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung. Es ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung ($F(1, 35) = 9,15$; $p = .005$): die Veränderung in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende ist signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Kategorien therapeutischer Veränderung. Post-Hoc-Analysen ergeben eine signifikante Reduktion in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende bei Verbesserten ($t(df = 18) = 4,21$; $p < .001$) und keine bedeutsame Reduktion bei Nicht-Verbesserten. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 32:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F2	Alle						Statistisch sig. Verbesserte						Statistisch nicht sig. Verbesserte						ES
	B.-beginn			B.-ende			B.-beginn			B.-ende			B.-beginn			B.-ende			
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	
zu							18	.74	.86	18	.57	.59							.20
autokratisch/ dominant	36	.63	.69	36	.53	.51							18	.53	.43	18	.49	.43	.16
zu							19	1,01	.71	19	.72	.58							.41
streitsüchtig/ konkurrierend	37	.99	.64	37	.74	.59							18	.96	.56	18	.77	.63	.39
zu							19	1,19	.89	19	.77	.77							.47
abweisend/ kalt	37	1,17	.86	37	.90	.82							18	1,15	.85	18	1,04	.86	.31
zu							19	1,38	.89	19	1,01	.70							.42
Introvertiert/ s. vermeidend	37	1,37	.84	37	1,14	.87							18	1,35	.80	18	1,28	1,02	.27
zu							19	1,70	.94	19	1,05	.71							.69
selbstunsicher/ unterwürfig	37	1,68	.87	37	1,34	.91							18	1,65	.82	18	1,65	1,01	.39
zu							17	1,58	.95	17	1,08	.77							.44
ausnutzbar/ nachgiebig	35	1,59	.81	35	1,31	.82							18	1,59	.68	18	1,51	.84	.36
zu							19	1,53	.87	19	.98	.69							.63
fürsorglich/ freundlich	36	1,47	.78	36	1,21	.75							17	1,40	.70	16	1,46	.77	.33
zu							18	1,05	1,01	18	.71	.58							.35
expressiv/ aufdringlich	36	0,98	.84	36	.80	.58							18	.90	.65	18	.89	.59	.21
													18	.90	.65	18	.89	.59	.02

Bei einer a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen ergeben sich signifikante Haupteffekte für den Faktor Zeit in den Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($F(1, 35) = 17,24$; $p < .001$), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($F(1, 33) = 12,03$; $p < .001$) und „zu fürsorglich/freundlich“ ($F(1, 34) = 10,56$; $p = .003$) und tendenziell im Problembereich „zu abweisend/kalt“ ($F(1, 35) = 7,34$; $p =$

.010) und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($F(1, 35) = 7,66; p = .009$). In keinem Problembereich ergibt sich ein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung.

Es ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung in dem Problembereich „zu fürsorglich/freundlich“ ($F(1, 34) = 16,19; p < .001$) und tendenziell in dem Problembereich „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($F(1, 35) = 7,34; p = .010$). Post-hoc-Analysen ergeben eine signifikante Reduktion bei Verbesserten in den Problembereichen „zu fürsorglich/freundlich“ ($t(df = 18) = 6,29; p < .001$) und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($t(df = 18) = 3,20; p = .005$), und keine bei den Nicht-Verbesserten. Post-hoc-Analysen ergeben auch eine signifikante Reduktion bei Verbesserten in den Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($t(df = 18) = 3,15; p < .001$) und zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($t(df = 16) = 3,99; p < .001$). Es ergibt sich keine signifikante Reduktion bei Nicht-Verbesserten. Da aber keine Wechselwirkung vorliegt unterscheiden diese beiden Problembereiche nicht bedeutsam die Verbesserten von den Nicht-Verbesserten. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

12.4.4. Depressive Störungen

Tabelle 33:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F3	Alle			Statistisch sig. Verbesserte			Statistisch nicht sig. Verbesserte			ES				
	B.-beginn		B.-ende	B.-beginn		B.-ende	B.-beginn		B.-ende					
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD					
IIP_{Gesamt}	27	1,53	,53	27	1,12	,65	17	1,70	,54	17	1,11	,73	1,09	,77

Die statistische Auswertung über eine zweifaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit ($F(1, 25) = 11,08$; $p = .003$): es besteht eine signifikante Reduktion in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende. Es ergibt sich kein signifikanter Haupteffekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung. Es ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung ($F(1, 25) = 4,76$; $p = .039$): die Veränderung in der Belastung mit dem Gesamt an interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende ist unterschiedlich zwischen den beiden Kategorien therapeutischer Veränderung. Post-hoc-Analysen ergeben eine signifikante Reduktion in der Belastung mit dem Gesamt an interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn bis Behandlungsende bei Verbesserten ($t(df = 16) = 4,09$; $p < .001$) und keine bedeutsame Reduktion bei Nicht-Verbesserten. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 34:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F3	Alle						Statistisch sig. Verbesserte			Statistisch nicht sig. Verbesserte			ES		
	B.- beginn		B.- ende		B.- beginn		B.- ende	B.- beginn		B.- ende					
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD			
zu autokratisch/ dominant	27	,96	,62	27	,65	,59	17	,97	,69	17	,57	,65	,58	,50	,28
zu streitsüchtig/ konkurrierend	27	1,20	,60	27	,82	,65	17	1,22	,65	17	,81	,70	,63	,63	,65
zu abweisend/ kalt	27	1,40	,86	27	,92	,75	17	1,50	,89	17	,95	,80	,62	,56	,43
zu Introvertiert/ s. vermeidend	27	1,57	,85	27	1,14	,86	17	1,82	,92	17	1,13	,94	,75	,51	-,04
zu selbstunsicher/ unterwürfig	27	1,94	,76	27	1,50	,89	17	2,25	,71	17	1,46	,95	1,11	,58	-,28
zu ausnutzbar/ nachgiebig	27	1,96	,62	27	1,51	,73	17	2,26	,45	17	1,49	,76	1,71	,73	-,20
zu fürsorglich/ freundlich	27	1,97	,67	27	1,42	,73	17	2,13	,64	17	1,48	,77	1,02	,82	,64
zu expressiv/ aufdringlich	27	1,28	,80	27	1,00	,81	17	1,47	,89	17	,99	,93	,54	,35	-,10

Bei einer a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen ergeben sich signifikante Haupteffekte für den Faktor Zeit in den Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ ($F(1, 25) = 13,47$; $p < .001$) „zu abweisend/kalt“ ($F(1, 25) = 9,73$; $p = .005$), „zu fürsorglich/freundlich“ ($F(1, 25) = 17,48$; $p < .001$). Es ergibt sich in keinem Problembereichen ein signifikanter Effekt für den Faktor

Kategorien therapeutischer Veränderung. Es ergeben sich signifikante Wechselwirkungen in den Problembereichen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($F(1, 25) = 12,36; p = .002$), „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($F(1, 25) = 11,43; p = .002$).

Post-Hoc-Analysen ergeben eine signifikante Reduktion bei Verbesserten in den Problembereichen „zu selbstunsicher/unterwürfig“ ($t(df = 16) = 4,94; p < .001$) und „zu ausnutzbar/nachgiebig“ ($t(df = 16) = 4,75; p < .001$), die Nicht-Verbesserten zeigen hier keine Reduktion. In diesen beiden Problembereichen reduzieren die Verbesserten bedeutsam ihre Belastung mit interpersonellen Problemen, nicht aber die Nicht-Verbesserten, zusammengenommen ergibt sich aber keine signifikante Reduktion.

Post-Hoc-Analysen ergeben auch eine signifikante Reduktion bei Verbesserten im Problembereich „zu introvertiert/sozial vermeidend“ ($t(df = 16) = 4,54; p < .001$), die Nicht-Verbesserten zeigen hier keine Reduktion, weiterhin im Problembereich „zu fürsorglich/freundlich“ ($t(df = 16) = 3,54; p = .003$), die Nicht-Verbesserten zeigen hier auch eine signifikante Reduktion ($t(df = 9) = 3,64; p = .005$). Da aber jeweils keine Wechselwirkung vorliegt unterscheiden diese beiden Problembereiche nicht bedeutsam die Verbesserten von den Nicht-Verbesserten. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

12.4.5. Neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen

Bei einem t-Test abhängiger Stichproben ist nach Bortz (1984) bei $\alpha = 0,05$ Niveau und der hohen Test-Retest-Korrelation des IIP zwischen $r = .81$ und $r = .90$ bei einer mittleren Effektstärke von einer optimalen Stichprobengröße mit $n = 11$ auszugehen. Für eine zweifaktorielle Varianzanalyse ist bei einem mittleren Effekt und $\alpha = 0,05$ Niveau von einer optimalen Stichprobengröße mit $n = 33$ auszugehen. Dies ist bei der Patientengruppe mit neurotischen-, somatoformen- und Belastungsstörungen nicht gewährleistet, eine Darstellung erfolgt aus Gründen der Vollständigkeit.

Tabelle 35:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP_{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F4	Alle						Statistisch sig. Verbesserte			Statistisch nicht sig. Verbesserte			ES			
	B.- beginn		B.- ende		B.- beginn		B.- ende		B.- beginn		B.- ende					
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD				
IIP _{Gesamt}	17	1,59	,54	17	1,35	,50	10	1,64	,57	10	1,26	,59	,67			
										7	1,50	,53	7	1,47	,33	,06

Die statistische Auswertung über eine zweifaktorielle Varianzanalyse ergibt einen signifikanten Haupteffekt für den Faktor Zeit ($F(1, 15) = 8,55$; $p = .010$): es besteht eine signifikante Reduktion in der Belastung mit dem Gesamt an interpersonellen Problemen bei Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende. Es ergibt sich kein signifikanter Effekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung. Es ergibt sich eine signifikante Wechselwirkung ($F(1, 15) = 6,03$; $p = .027$): die Veränderung in der Belastung mit dem Gesamt an interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende ist signifikant unterschiedlich zwischen den beiden Kategorien therapeutischer Veränderung. Post-hoc-Analysen ergeben eine signifikante Reduktion in der Belastung mit dem Gesamt an interpersonellen Problemen von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende bei Verbesserten ($t(df = 10) = 3,91$; $p = .004$) und keine bedeutsame Reduktion bei Nicht-Verbesserten. (Signifikanzniveau $p < .05$)

Tabelle 36:

Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken

F4	Alle						Statistisch sig. Verbesserte			Statistisch nicht sig. Verbesserte			ES								
	B.- beginn		B.- ende		B.- beginn		B.- ende		B.- beginn		B.- ende										
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD									
zu autokratisch/ dominant	16	,77	,47	16	,83	,53	10	,82	,31	10	,91	,55	6	,69	,70	6	,69	,51	-,29	-,12	,0
zu streitsüchtig/ konkurrierend	17	1,34	,76	17	1,13	,63	10	1,46	,81	10	1,01	,62	7	1,16	,71	7	1,29	,64	,56	,28	-,18
zu abweisend/ kalt	15	1,34	,83	15	,92	,62	9	1,56	,75	9	,99	,63	6	1,02	,91	6	,81	,66	,77	,50	,23
zu Introvertiert/ s. vermeidend	17	1,81	1,04	17	1,35	,89	10	1,88	,90	10	1,26	,77	7	1,71	1,29	7	1,48	1,09	,69	,44	,18
zu selbstunsicher/ unterwürfig	17	2,09	,76	17	1,67	,72	10	2,16	,90	10	1,39	,82	7	1,98	,55	7	2,07	,25	,86	,55	-,16
zu ausnutzbar/ nachgiebig	16	2,00	,63	16	1,71	,57	10	2,08	,78	10	1,61	,69	6	1,88	,29	6	1,88	,22	,60	,46	,0
zu fürsorglich/ freundlich	16	1,90	,76	16	1,66	,76	9	1,93	,87	9	1,65	,79	7	1,84	,65	7	1,68	,77	,33	,33	,25
zu expressiv/ aufdringlich	16	1,33	,83	16	1,32	,88	10	1,28	,60	10	1,24	,81	6	1,42	1,10	6	1,46	1,04	,07	,01	-,05

Bei einer a-posteriori Auswertung über zweifaktorielle Varianzanalysen ergibt sich eine Tendenz für den Faktor Zeit in dem Problembereich „zu abweisend/kalt“ ($F(1, 13) = 10,09$; $p = .007$). Es ergibt sich in keinem Problembereich ein signifikanter Effekt für den Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und auch keine signifikante Wechselwirkungen

Post-hoc-Analysen ergeben auch eine signifikante Reduktion bei Verbesserten in den Problembereichen „zu streitsüchtig/konkurrierend“ (t ($df = 9$) = 3,71; $p = .005$) und „zu abweisend/kalt“ (t ($df = 8$) = 4,48; $p = .002$), die Nicht-Verbesserten zeigen hier keine Reduktion. Da aber jeweils keine Wechselwirkung vorliegt unterscheiden diese beiden Problembereiche nicht bedeutsam die Verbesserten von den Nicht-Verbesserten. (Korrigiertes Signifikanzniveau: $p < .0063$, Tendenz: $p < .013$).

Diskussion

13. Vorbemerkung

Wie in den zurückliegenden circa 35 Jahren, seit dem es vermehrt psychiatrische Tageskliniken in der Bundesrepublik gibt, ist auch aktuell von einer begrenzten Einheitlichkeit der teilstationären allgemeinspsychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland auszugehen. Dies gilt sowohl bezüglich zentraler Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale wie auch bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung der behandelten Patientengruppen. Bei der hier untersuchten psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik besteht im Sinne von Seidler et al. (2002) ein Behandlungsschwerpunkt in den Bereichen Psychotherapie und Verkürzung vollstationärer Behandlung.

Das Ziel dieser Untersuchung besteht in einer Studie zur Wirksamkeit und Prognose teilstationärer Behandlung, die den spezifischen psychotherapeutischen Rahmen des Untersuchungsgegenstandes Tagesklinik berücksichtigt und verdeutlicht. Dafür wird eine Aufnahme der tagesklinischen Behandlung durch den Patienten, in der dann der spezifischen psychotherapeutischen Rahmen wirksam und mit Hilfe des verwendeten Untersuchungsdesigns erkennbar werden kann, definiert als eine Anwesenheit in der tagesklinischen Behandlung von mehr als 10 Behandlungstagen. Eine Behandlungsdauer von mehr als 10 Behandlungstagen wird als eine abgeschlossene Überprüfung der Indikation teilstationärer Behandlung und der Motivation des Patienten betrachtet, so dass eine psychotherapeutische Behandlungsbeziehung zwischen Patient und Tagesklinik Realität werden kann.

Die untersuchte Gesamtgruppe, entnommen aus der Grundgesamtheit aller im Zeitraum von 12/1997 bis 2/2002 aufgenommenen Patienten, die mehr als 10 Behandlungstage aufweisen, erweist sich in allen erhobenen Merkmalen als repräsentative Teilstichprobe der Grundgesamtheit, ausgenommen das Merkmal Berufsabschluss (Tab. 1). Ein Berufsabschluß ist in der untersuchten Gesamtgruppe signifikant häufiger vorhanden als in der Grundgesamtheit. Dieses Merkmal erweist sich aber bezüglich der Evaluation teilstationärer Behandlung als unbedeutsam: die Wirksamkeit tagesklinischer Behandlung ist nicht erklärbar durch die erhobenen Merkmalsausprägungen des Berufsabschlusses. Das Merkmal ist weder Prädiktor der therapeutischen Veränderung (Tab. 9 und 10) noch charakterisiert es Kategorien therapeutischer Veränderung (Abschnitt 12.2.1.). Dies bestätigen auch entsprechende Überblicksarbeiten zur unbedeutenden prädikativen Aussagekraft des beruflichen Status (Fuhrman und Burlingame, 1994). Die untersuchte Gesamtgruppe entspricht somit in relevanten Merkmalen der Grundgesamtheit, ist also spezifisch für die therapeutische Veränderung repräsentativ.

Betrachtet man die hier untersuchte Stichprobe teilstationärer psychiatrischer Akutbehandlung, so kann man verallgemeinert von einem Patientenkontinuum mit geringem Ausbildungsniveau und relativ hoher Arbeitslosigkeitsrate sprechen, das als chronisch gestört zu bezeichnen ist und das teilweise wiederholt vollstationäre psychiatrische Behandlung aufsucht. Die Patienten weisen ein geringes psychosoziales Funktionsniveau auf (GAF: 38) und berichten auf der einen Seite von einem erwarteten hohen Niveau psychopathologischer Beschwerden (GSI des SCL-90-R: 1,22). Der Wert zu Behandlungsbeginn entspricht z.B. dem Wert von 258 Patienten einer Routineerhebung aller Stationen der psychiatrischen Universitätsklinik Lübeck (Wetterling, 1997) mit 1,16. Auf der anderen Seite aber berichten die Patienten über erstaunlich wenig Belastung mit interpersonellen Problemen (IIP bei Behandlungsbeginn: 1,42. Zum Vergleich: 73 Patienten vollstationärer Psychotherapie: 1,77 (n= 73; 29% depressive Störung, 23% Persönlichkeitsstörung, 18 % somatoforme Störung, 16% Belastungsstörungen; Mattke & Schreiber-Willnow, 2002)).

Die diagnostische Zusammensetzung der behandelten Patienten zeichnet sich durch den relativ hohen Anteil an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (31,7%) aus, sowohl im Vergleich mit anderen Diagnosegruppen innerhalb der untersuchten teilstationären Einrichtung, als auch im Vergleich mit dem durchschnittlichen Anteil an Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (14,7%) in der diagnostischen Zusammensetzung der Patienten in teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. Der in der Vergangenheit vorherrschende rehabilitative Ansatz als Behandlungsschwerpunkt der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen in Deutschland hat auch in dieser Tagesklinik deutlich an Gewicht verloren. Somit bildet sich in der untersuchten Tagesklinik der aktuelle Wandlungsprozess ab, in dem sich die teilstationären Einrichtungen bundesweit befinden. Auch unter dem veränderten diagnostischen Schwerpunkt findet sich in der hier untersuchten Patientengruppe eine berufliche Desintegration bei mehr als der Hälfte der Patienten. Dies entspricht Erhebungen anderer psychiatrischer Tageskliniken und spiegelt häufig Chronizität sowie daraus erwachsende bzw. damit assoziierte soziale Behinderung wieder, die mit den in allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken behandelten psychischen Störungen einhergehen.

13.1. Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

Während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zeigt sich neben einer bedeutsamen Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden (Symptom Checkliste, SCL-90-R) und einem Anstieg des globalen psychosozialen Funktionsniveaus (Global Assessment Scale of Function, GAF) eine Reduktion interpersoneller Probleme (Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme, IIP). Die Reduktion interpersoneller Probleme fällt dabei geringer aus als die Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden, dies bestätigt entsprechende Vorbefunde.

Teilstationäre Behandlung bearbeitet also nachweislich den interpersonellen Bereich, erkennbar in der Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen, genauer,

mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten. Über ein differenzierendes Vorgehen zeigt sich eine herausragende Bedeutung der Reduktion der Belastung mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten, das als „zu selbstunsicher/unterwürfig“ (und tendenziell „zu fürsorglich/freundlich“) von den Patienten beschrieben wird. Ferner wird die geringe therapeutische Erreichbarkeit von Beziehungsverhalten nachgewiesen, das als „zu autokratisch/dominant“ wahrgenommen wird (detaillierter siehe Abschnitt 14.1., Abb. 2). Dies bestätigt vorausgehende Befunde aus vollstationären Behandlungen.

Liedtke und Geiser (2001) berichten in einer Untersuchung vollstationärer Psychotherapie erst zur Zwei-Jahres-Katamnese von einer Effektstärke im IIP ähnlich der hier beschriebenen. Damit ergibt sich ein Hinweis, dass die Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen im teilstationären Setting zeitnaher erfolgt, das vollstationäre Setting dagegen eine verzögerte Reduktion interpersoneller Probleme begünstigt. Die unterschiedlichen spezifischen psychotherapeutischen Rahmenbedingungen können hierbei ursächlich wirken.

Auch wenn die wahrgenommene Belastung mit interpersonellen Probleme vergleichsweise gering sind, so ist diese für die Reduktion psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrischer Akutbehandlung zentral wichtig, da die Veränderung der Belastung mit interpersonellen Problemen signifikant unterschiedlich auf die Gruppen Verbesserte und Nicht-Verbesserte verteilt ist: nur die Verbesserten reduzieren interpersoneller Probleme signifikant.

13.2. Prognose therapeutischer Veränderung

Die Veränderung der Belastung mit interpersonellen Problemen ist so bedeutsam für den Therapieerfolg, daß der Möglichkeit, schon bei Behandlungsbeginn über eigenes problematisches Beziehungsverhalten berichten zu können eine prädikative Bedeutung für die Reduktion psychopathologischer Beschwerden zukommt. Um so höher die Belastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn ist, desto größer ist die erreichte Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während tagesklinischer Behandlung.

Interpretativ bestätigt sich hiermit als eine Grundlage psychotherapeutischer Veränderung die Fähigkeit des Patienten, das eigene Beziehungsverhalten wahrnehmen und bewerten zu können. Diese Fähigkeit ist im Verlauf der Behandlung von hohem Nutzen. Kurz gesagt: ein höheres Bewußtsein über eigenes problematisches Beziehungsverhalten ist bei den untersuchten Patienten verbunden mit der Wahrnehmung einer höheren Selbstunsicherheit. Dieses Wissen um eigenes problematisches Beziehungsverhalten steht in einem engen Zusammenhang mit der Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Gleichzeitig tritt im Verlauf auch eine Steigerung der Selbstsicherheit auf (detaillierter siehe Abschnitt 14.1., Abb.2). Notwendige Voraussetzung dafür ist eine Bewertung eigener interpersoneller Verhaltensweisen auch als problematisch, dies wiederum heißt, daran zu leiden.

In diesen Zusammenhang lässt sich ein weiteres Ergebnis einordnen: auch das Verhältnis von interpersonellen Problemen zu allgemeinen psychopathologischen Beschwerden ist ein Prädiktor der therapeutischen Veränderung während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Um so höher die Belastung mit interpersonellen Problemen relativ zur der Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Beschwerden bei Behandlungsbeginn ist, desto größer ist eine Reduktion der Belastung mit allgemeinen psychopathologischen Beschwerden zu Behandlungsende.

Die Möglichkeit, schon bei Behandlungsbeginn über eigenes problematisches Beziehungsverhalten berichten zu können, bekommt eine prädikative Qualität im teilstationären (psychiatrisch-psychotherapeutischen) Setting, nicht aber im vollstationären (psychosomatisch-psychotherapeutischen) Setting. In einer multizentrischen Studie vollstationärer psychotherapeutischer Behandlung, in der acht beteiligte Kliniken, gleichermaßen wie die hier untersuchte teilstationäre Klinik, einen gruppentherapeutischen Schwerpunkt angeben, konnte das Ausmaß der Belastung mit interpersonellen Problemen nur in einer der acht untersuchten Einrichtungen den Stellenwert einer prädizierenden Aussagekraft erlangen, das Verhältnis von interpersonellen Problemen zu allgemeinen psychopathologischen Beschwerden in keiner Einrichtung (vgl. Abschnitt 2.2; Strauß, Eckert & Hess, 1993;

Muhs, 1993). In einer Reanalyse konnte das Ausmaß der Belastung mit interpersonellen Problemen nur für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen den Stellenwert einer prädizierenden Aussagekraft erlangen (Davies-Osterkamp et al., 1996). Die Patienten der multizentrischen Studie (IIP_{Gesamt} bei Persönlichkeitsstörungen $M = 2,01$, psychotische Störungen $M = 1,82$, neurotische Störungen $M = 1,80$ (ICD-9 Diagnosen)) gaben bei Behandlungsbeginn eine höhere Belastung mit interpersonellen Problemen an wie die Patienten der hier untersuchten Tagesklinik (IIP_{Gesamt} bei Persönlichkeitsstörungen $M = 1,66$, schizophrene Störungen $M = 1,24$, depressive Störungen $M = 1,53$, neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen $M = 1,59$ (ICD-10 Diagnosen); siehe Tab. 28,30,32,34). Die prädizierende Aussagekraft interpersoneller Probleme bezüglich teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und das Fehlen dieser Aussagekraft bezüglich vollstationärer psychotherapeutischer Behandlung ist somit nicht auf eine unterschiedlich hohe Regressionen zur Mitte aufgrund initial unterschiedlich schwer belasteter Patientengruppen und damit nicht als statistisches Artefakt erklärbar.

Zusammengefasst ist die Aussage zu treffen, dass bei Patienten mit einem geringen psychosozialen Funktionsniveau die Reduktion psychopathologischer Beschwerden eng mit der Reduktion der Belastung mit interpersonellen Probleme verbunden ist (während teilstationärer psychiatrischer Akutbehandlung). Die Reduktion der (relativ) geringen, aber nichtsdestotrotz subjektiv bedeutsamen Belastung mit interpersonellen Probleme ist zentral für den Therapieerfolg und wird im teilstationären Setting ermöglicht.

Dies weist auf die Wirksamkeit der spezifischen Settingbedingung realitätskonformere Konfrontation und realitätskonformes Probehandeln im eigenen sozialen Umfeld hin. Der Kontakt mit der strukturierenden Tagesklinik wirkt stabilisierend auf strukturelle Funktionen wie Realitätsprüfung und Selbst- und Fremdwahrnehmung. Dies wirkt sich für den Patienten erstens in einer realitätskonformeren Konfrontation mit den eigenen interpersonellen Problemen in den konkret anwesenden häuslichen Problemfeldern aus. Zweitens können Patienten mit einem geringen Funktionsniveau zu einem Probehandeln bezüglich ihrer interpersonellen Probleme im eigenen Umfeld motiviert sein, da sie anhaltend in der

Realitätsprüfung und Selbst- und Fremdwahrnehmung bezüglich des Probehandelns stabilisiert sind und somit vor einem schnellen Scheitern geschützt sind (oder nach einem Scheitern im Realitätskontakt unterstützt werden).

Unterteilt man die untersuchte Gesamtgruppe in die Hauptdiagnosegruppen Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Störung und depressive Störungen, wird die prädikative Aussagekraft der Belastung mit interpersonellen Problemen nur für die Patientengruppe mit depressiven Störungen bedeutsam. Eine prädikative Aussagekraft der Belastung mit interpersonellen Problemen konnte für Patienten mit schizophrenen Störungen, mit neurotischen-, somatoformen- und Belastungsstörungen und auch nicht - entgegen den Erwartungen - für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bestätigt werden. Somit besteht eine Abhängigkeit der prädiktiven Aussagekraft der Belastung mit interpersonellen Problemen von der Diagnose. Zur Gesamtaussage der prädikativen Bedeutung interpersoneller Probleme tragen also besonders Patienten mit depressiven Erkrankungen bei. Die Reduktion interpersoneller Probleme ist in dieser Untersuchung bei depressiven Störungen mit $ES=.77$ auch höher als in einer Vergleichsgruppe vollstationärer Psychotherapie mit $ES=.62$ (Mattke & Schreiber-Willnow, 2002).

Bei einer klassischen depressiven Störung ist das psychische Erleben weniger verfestigt (und auch das soziale Umfeld weniger als Nische gestaltet) und damit flexibler im Vergleich mit Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenen. Damit kann gerade der depressiv Erkrankte die spezifische Settingbedingung realitätskonformere Konfrontation und Probehandeln im eigenen sozialen Umfeld nützen.

Eine depressive Störung steht häufig in einem Zusammenhang mit inadäquat verarbeiteten Verusterlebnissen. Dies weist hin auf die Wirksamkeit der spezifischen Settingbedingung Bewältigung von Trennung: unabhängig von seiner psychischen Befindlichkeit muß der Patient die Realität der Trennung von dem Partner Tagesklinik, den er als unterstützend und gut erlebt und aufgenommen hat, tagtäglich aushalten und adäquat integrieren) und der Settingbedingung Bewältigung von Widersprüchlichkeit: wenn der Patient abends eine psychische Krise erlebt, so fühlt er sich alleingelassen vom Partner Tagesklinik und ist womöglich enttäuscht. Der Patient muß also anhaltend die Realität des widersprüchlich erlebten Partners

Tagesklinik aushalten, bewältigen und somit integrieren, um jeden Tag eine Wiederannäherung zu leisten.

Bei Patienten mit depressiven Störungen besteht neben einer prädiktiven Aussagekraft aufgrund der allgemeinen Belastung mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten bei Behandlungsbeginn eine spezifische prädiktive Aussagekraft bezüglich eigenem Beziehungsverhalten, das als „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ von den Patienten beschrieben wird (detaillierter siehe Abschnitt 14.4., vgl. Mohr et al., 1990). Dieses Ergebnis wird sichtbar in der hier vorliegenden Stichprobe mittelschwerer und schwerer, teilweise rezidivierender depressiver Erkrankungen. Damit gewinnt im zirkumplexen Modell die Dimension Dominanz-Submission weiter die Priorität als Prädiktor. Nach Horowitz, Rosenberg und Bartholomew (1993) sei derjenige therapeutisch erfolgreicher, der sich aus der Submission emanzipiert. Damit entsteht oder verfestigt sich ein Empfinden, anderen Menschen gegenüber weniger „ausgeliefert“ zu sein, ohne dass diese „Autonomie“ durch vermehrte feindselige Dominanz erzielt wird. Dass interpersonelle Faktoren grundsätzlich für den Verlauf und die weitere Entwicklung einer Depression relevant sind legen unter anderem auch die Ergebnisse von Hooley, Orley und Teasdale (1986) sowie Hinrichsen und Hernandez (1993) nahe.

Ein negativer Prädiktor besteht im Vorliegen einer Wohnform bei Eltern, im Wohnheim oder in einer Wohngemeinschaft: eine „unselbstständigere“ Wohnform prädiziert eine geringe Reduktion der Belastung mit allgemeiner psychopathologischer Symptomatik. Eingeordnet in die aus den Ergebnissen gezogenen Schlussfolgerungen scheint sich der Zusammenhang von chronischer Submission und fehlendem Therapieerfolg zu bestätigen. Einen Beitrag zur Vorhersage leistet das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes. Weder die Variation der Behandlungstage noch die Patientenzufriedenheit stehen in Zusammenhang mit der Reduktion mit allgemeiner psychopathologischer Symptomatik. Es besteht bei Behandlungsende eine relativ geringe Zufriedenheitsrate mit dem teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufenthalt von 60 %. Hierbei sei verwiesen auf uneinheitliche Vorbefunde, wonach z.B. teilstationär behandelte Patienten im

Vergleich mit vollstationär behandelten Patienten dem Therapieangebot kritischer und differenzierter gegenüber stehen (siehe Abschnitt 2.1.).

13.3. Bewertung der therapeutischen Veränderung im Sinne einer vergleichenden Qualitätssicherung

In der vorliegenden Untersuchung konkretisiert sich die Umsetzung des Konzeptes klinischer Signifikanz in der Frage und anschließenden Definition, welche individuelle Reduktion in dem für diese Untersuchung gewählten Haupterfolgsmaß GSI (Global Severity Index der Symptom-Checkliste SCL-90-R) als statistisch signifikant und damit als Verbesserung gewertet werden kann und welche nicht. Das Merkmale individuelle Veränderung wird somit a-priori festgelegten Kategorien therapeutischer Veränderung zugeordnet. Die Unterschiedlichkeit der kategorial festgelegten Gruppen wird in dem hier verfolgten Design dann bezüglich dem Merkmal interpersonelle Probleme überprüft. Im Ergebnis werden Aussagen über die Charakterisierung von Kategorien therapeutischer Veränderung sichtbar. Nicht ausgeführt wird das alternativ mögliche Vorgehen, das Merkmal interpersonelle Probleme als unabhängige Variable im Median zu teilen in eine Gruppe mit hohen interpersonellen Problemen und in eine Gruppe mit niedrigen interpersonellen Problemen (Liedtke & Geiser, 2001). Eine Aussage über die Bedeutung der abhängigen Variablen Reduktion im GSI als z. B. ausreichend für einen Therapieerfolg ist dann nicht gegeben.

Es zeigt sich, dass die hier angewandte Kategorisierung therapeutischer Veränderung nicht durch soziodemographische Variablen überlagert bzw. konfundiert ist. Somit stellt der angewandte Algorithmus ein erfolgreiches Vorgehen zur Kategorisierung therapeutischer Veränderung dar. Es kann mit Hilfe der hier angewandten Kennwerte nach Franke (2002) und der in dieser Untersuchung daraus abgeleiteten, zweigeteilten Kategorisierung therapeutischer Veränderung eine direkte Bewertung individueller therapeutischer Veränderung in „statistisch signifikant verbessert“ und „statistisch nicht signifikant verbessert“ auf dem Hintergrund repräsentativer Stichproben erfolgen, ohne dass eine Gruppenstatistik durchgeführt

werden muß, nur über die Kenntnis des GSI-Wertes eines Patienten zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende.

Ein weiteres Ziel kategorialer Einteilung therapeutischer Veränderung besteht in einer Vergleichbarkeit der in einer Einrichtung therapeutisch erzielten Veränderungen mit anderen Einrichtungen. Dieses Vorgehen im Sinne einer Qualitätssicherung über vergleichende Ergebnisqualität benötigt methodisch vergleichbare Evaluationen mit in zentralen Struktur- und Prozeßmerkmalen ähnlichen Einrichtungen. Diese Evaluationen sind bezüglich der hier untersuchten teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung nicht vorhanden. Modellhaft wird dies dennoch im Abschnitt 12.2.2. dargestellt. Deskriptiv besteht eine Vergleichbarkeit der therapeutisch erzielten Veränderungen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen dieser Untersuchung mit den Ergebnissen einer Untersuchung vollstationärer Psychotherapie (Tab. 12). Ein aussagekräftiger Vergleich ist jedoch nicht gegeben, da nicht nur das Setting ein anderes ist, sondern sich auch die jeweils behandelten Patienten in dem Ausmaß der angegebenen psychischen Belastung unterscheiden.

14. Integration der Ergebnisse und praxisnahe Schlussfolgerungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Ausmaß und Reduktion interpersoneller Probleme in den zwei Kategorien therapeutischer Veränderung zusammengestellt, und zwar getrennt für die untersuchte Gesamtgruppe und jede der vier Hauptdiagnosegruppen. Es werden differenzierte Resultate dargestellt, die aufzeigen, ob die Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen eng mit einer symptomatischen Verbesserung bei den Diagnosegruppen Persönlichkeitsstörungen, schizophrene- und depressive Störungen zusammenhängt und welche spezifischen interpersonellen Problembereiche (IIP-Unterskalen) dann psychotherapeutisch herausragend beachtenswert sind. Ein interpersoneller Problembereich weist sich dann als besonders beachtenswert in einer Diagnosegruppe für die symptomatischen Verbesserung aus, wenn Verbesserte in dem spezifischen interpersonellen Problembereiche eine bedeutsame Reduktion aufzeigen und diese bedeutsam unterschiedlich ist gegenüber den Nicht-Verbesserten im Sinne einer Wechselwirkung.

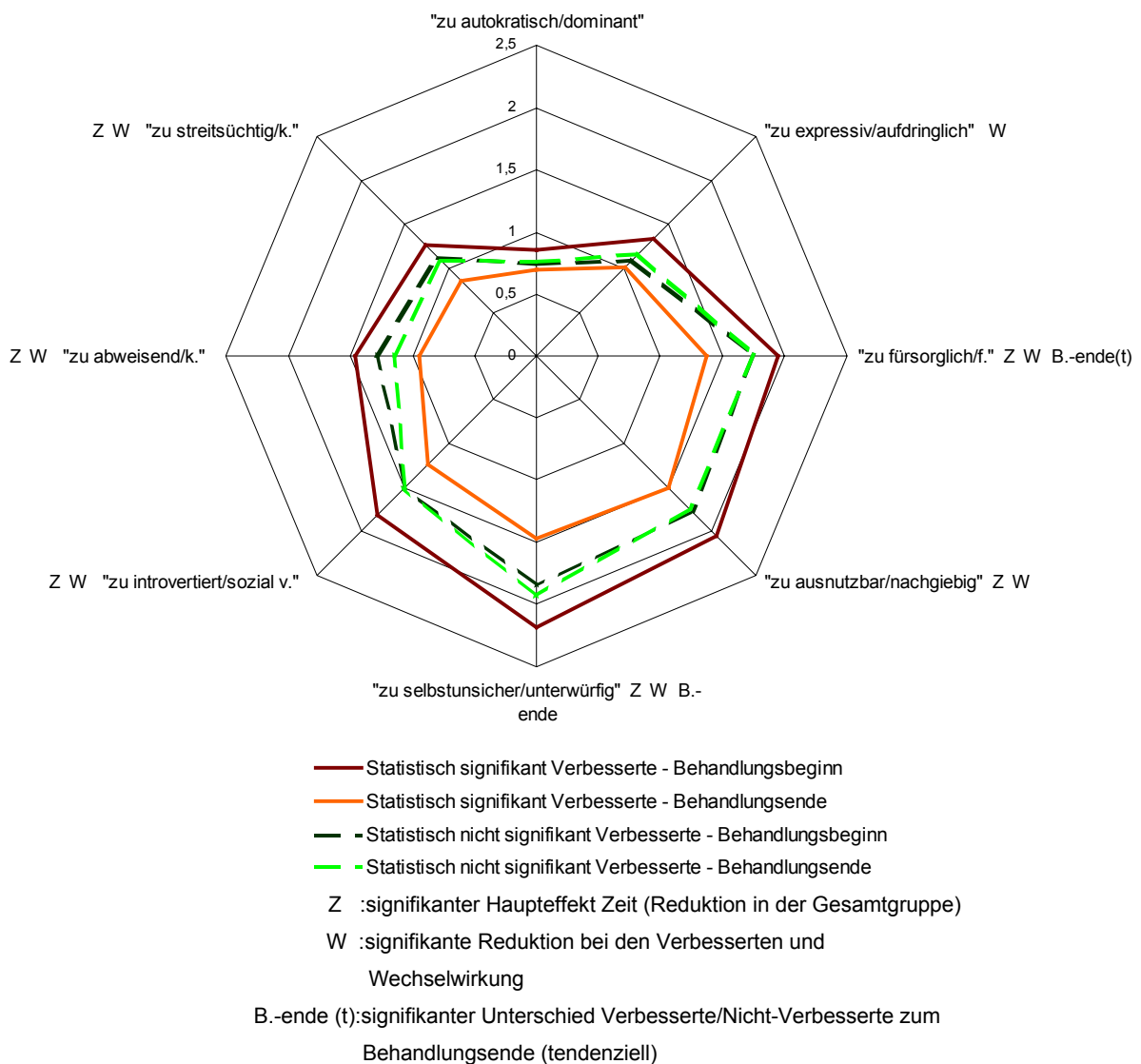
14.1. Gesamtgruppe

Sind Verbesserte und Nicht-Verbesserte (im Sinne einer bedeutsamen oder fehlenden Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung) durch eine unterschiedliche Veränderung der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (IIP_{Gesamt}) gekennzeichnet?

Teilstationär behandelte Patienten, die sich verbessern, sind gegenüber Nicht-Verbesserten charakterisiert durch eine höhere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn. Diese anfänglich höhere Gesamtbelastung bei Verbesserten reduziert sich während der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam (und bedeutsam unterschiedlich gegenüber den Nicht-Verbesserten) mit dem Ergebnis einer bei Behandlungsende bedeutsam geringeren Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen gegenüber den Nicht-Verbesserten. Patienten, die sich nicht verbessern, sind charakterisiert durch eine bedeutsam geringere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, die unverändert bleibt und bei Behandlungsende dann bedeutsam höher gegenüber den Verbesserten liegt (siehe Tab. 13,15, 27).

Zur Frage, ob Verbesserte und Nicht-Verbesserte auch durch eine unterschiedliche Veränderung einzelner interpersoneller Problembereiche (IIP-Unterskalen) gekennzeichnet sind, ergeben sich differenzierte Aussagen.

Abb. 2: Ergebnisse der untersuchten Gesamtgruppe (n=135) im zirkumplexen Modell - zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und den Stufen „Statistisch signifikant Verbesserte“ und „Statistisch nicht signifikant Verbesserte“ und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende und - zum Mittelwertsunterschied der Kategorien therapeutischer Veränderung zu den beiden Zeitpunkten. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.



Bei einer genauen Betrachtung zeigen die Verbesserten in allen einzelnen interpersonellen Problembereichen (ausgenommen der Problembereich „zu autokratisch/dominant“) eine bedeutsame Reduktion und bedeutsam unterschiedliche

Veränderungen gegenüber Nicht-Verbesserten, die jeweils keine Veränderung aufweisen (Abb.2; Tab. 28).

Fazit:

1. Es besteht prognostisch für Patienten, die relativ gering belastet sind mit interpersonellen Problemen eine hohe Wahrscheinlichkeit, keine Verbesserung allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung wahrzunehmen (Tab. 13).
2. Die Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen oder mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten ist während der Behandlung zu beachten, da eine Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden gekennzeichnet ist durch eine Reduktion der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen.
3. Belastendes eigenes Beziehungsverhalten, das von dem Patienten als „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird, ist während der Behandlung in besonderem Maße zu beachten. Wie in allen weiteren interpersonellen Problembereichen (ausgenommen „zu autokratisch/dominant“) zeigen hier Verbesserte eine bedeutsame Reduktion und bedeutsam unterschiedliche Veränderungen gegenüber Nicht-Verbesserten, d.h. in all diesen interpersonellen Problembereichen ist eine therapeutische Erreichbarkeit kennzeichnend für eine Verbesserung. In dem Beziehungsverhalten, das als „zu selbstunsicher/unterwürfig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird, ist aber für die Verbesserten ein solches Ausmaß an Reduktion des als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten möglich, dass sich zudem zu Behandlungsende ein bedeutsamer Unterschied zu den Nicht-Verbesserten zeigt (tendenziell für „zu fürsorglich/freundlich“) (Abb.2; Tab. 16, 28).

14.2. Persönlichkeitsstörungen

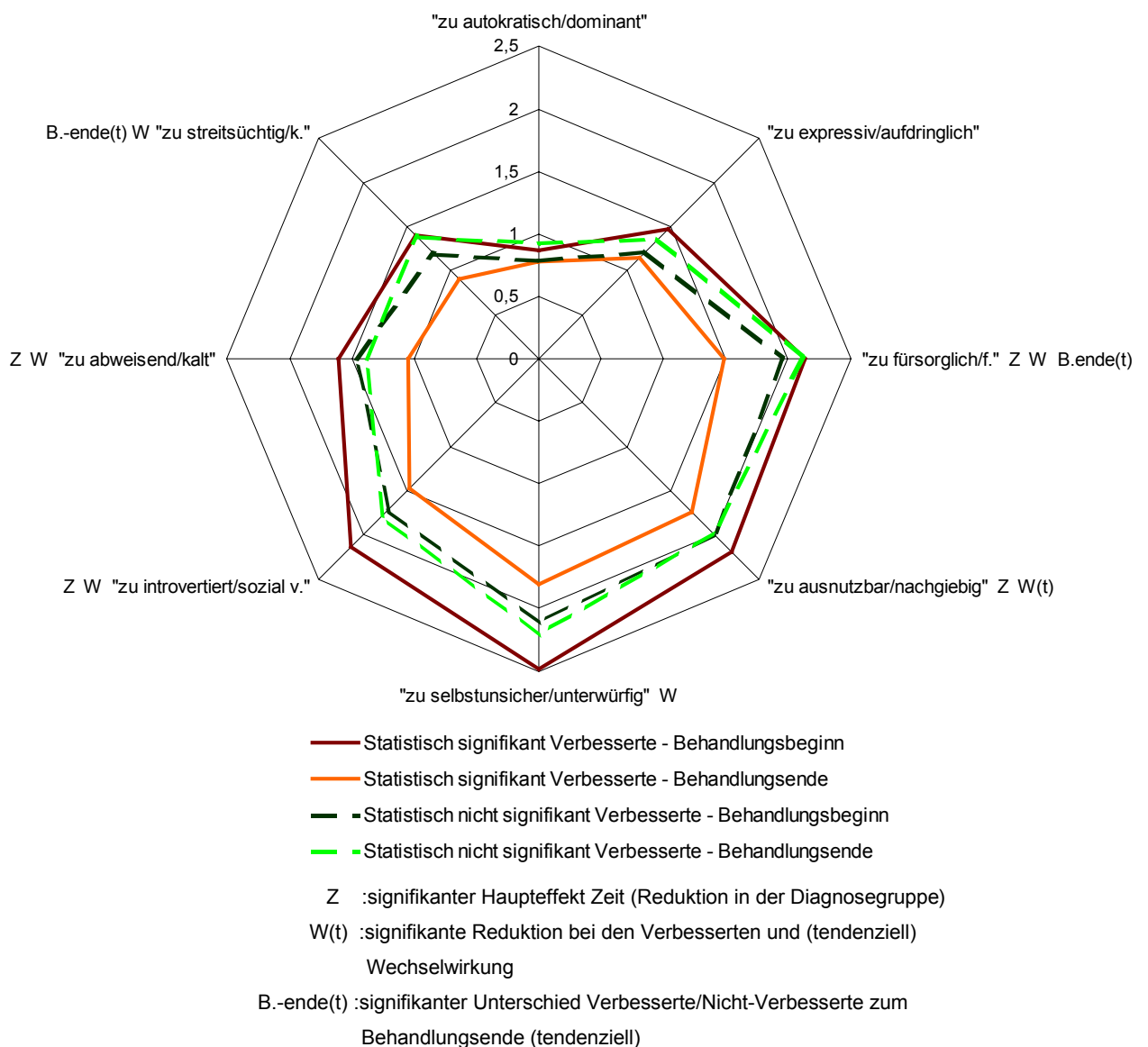
Sind verbesserte und nicht verbesserte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (im Sinne einer bedeutsamen oder fehlenden Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-

psychotherapeutischer Behandlung) durch eine unterschiedliche Veränderung der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (IIP_{Gesamt}) gekennzeichnet?

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich verbessern, zeigen bei Behandlungsbeginn eine vergleichbare Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen wie die Nicht-Verbesserten. Die Verbesserten erreichen eine bedeutsame Reduktion (und bedeutsam unterschiedlich gegenüber den Nicht-Verbesserten) mit dem Ergebnis einer bei Behandlungsende bedeutsam geringeren Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen. Patienten, die sich nicht verbessern, sind charakterisiert durch eine fehlende Reduktion der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen. Als einzige der vier Hauptdiagnosegruppen zeigen die Nicht-Verbesserten über die Effektstärken einen Anstieg in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (Tabellen 17,18,29).

Zur Frage, ob verbesserte und nicht-verbesserte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen durch eine unterschiedliche Veränderung einzelner interpersoneller Problembereiche (IIP-Unterskalen) gekennzeichnet sind, ergeben sich folgende Aussagen.

Abb. 3: Ergebnisse der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (n=54) im zirkumplexen Modell - zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und den Stufen „Statistisch signifikant Verbesserte“ und „Statistisch nicht signifikant Verbesserte“ und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende und - zum Mittelwertsunterschied der Kategorien therapeutischer Veränderung zu den beiden Zeitpunkten. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.



Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich verbessern, reduzieren belastendes eigenes Beziehungsverhalten, das als „zu streitsüchtig/konkurrierend“, „zu

abweisend/kalt“, „zu introvertiert/sozial vermeidend“, „zu selbstunsicher/unterwürfig, „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird. Die Nicht-Verbesserten zeigen in keinem Problembereich eine Reduktion. In sechs der acht Problembereichen zeigen Nicht-Verbesserte einen Anstieg der Belastung über die Effektstärken (ohne dass dies eine tendenzielle Bedeutsamkeit erreicht), am deutlichsten bezüglich Beziehungsverhalten, das als „zu streitsüchtig/konkurrierend“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird. Und nur in diesen beiden Problembereichen zeigt sich dann zu Behandlungsende eine tendenziell unterschiedliche Belastung mit interpersonellen Problemen zwischen den Nicht-Verbesserten und Verbesserten. Nicht-Verbesserte steigern die Belastung mit als problematisch wahrgenommenem eigenem Beziehungsverhalten in diesen Problembereichen auf dasselbe Niveau bei Behandlungsende, von dem aus die Verbesserten nach Behandlungsbeginn sich bedeutsam reduzieren (Abb.3; Tab. 19,30).

Fazit:

Belastendes eigenes Beziehungsverhalten, das von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen als „zu abweisend/kalt“, „zu introvertiert/sozial vermeidend“, „zu selbstunsicher/unterwürfig“ beschrieben wird, ist während der Behandlung zu beachten, da hier Verbesserte eine bedeutsame Reduktion und bedeutsam unterschiedliche Veränderungen gegenüber Nicht-Verbesserten aufweisen, d.h. eine therapeutische Erreichbarkeit ist kennzeichnend für eine Verbesserung (tendenziell auch für „zu ausnutzbar/nachgiebig“). Dasselbe gilt für Beziehungsverhalten, das als „zu streitsüchtig/konkurrierend“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird. Dies ist in besonderem Maße zu beachten, da hier die unterschiedlichen Entwicklungen von Verbesserten und Nicht-Verbesserten zudem als gegenläufig zu bezeichnen sind.

14.3 Schizophrene Störungen

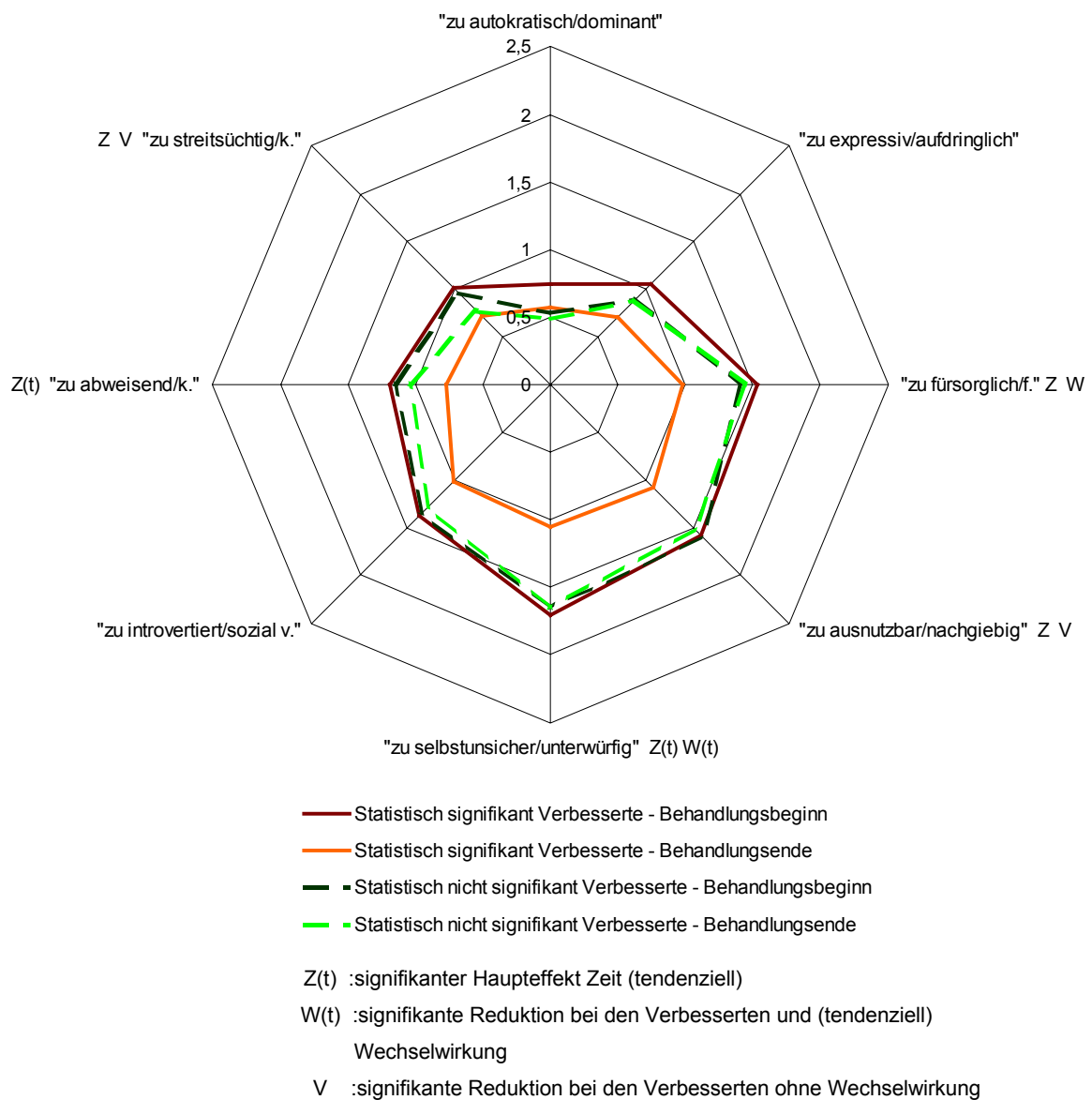
Sind verbesserte und nicht-verbesserte Patienten mit schizophrenen Störungen (im Sinne einer bedeutsamen Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung) durch eine

unterschiedliche Veränderung der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (IIP_{Gesamt}) gekennzeichnet?

Patienten mit schizophrenen Störungen, die sich verbessern zeigen bei Behandlungsbeginn eine vergleichbare Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen wie die Nicht-Verbesserten. Die Verbesserten erreichen während der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine bedeutsamen Reduktion (und bedeutsam unterschiedlich gegenüber den Nicht-Verbesserten), ohne dass aber zu Behandlungsende ein bedeutsamer Unterschied zwischen Verbesserten und Nicht-Verbesserten in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen besteht. Patienten, die sich nicht verbessern, sind charakterisiert durch ein Persistieren der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (Tab. 20,21,31).

Zur Frage, ob verbesserte und nicht-verbesserte Patienten mit schizophrenen Störungen durch eine unterschiedliche Veränderung einzelner interpersoneller Problembereiche (IIP-Unterskalen) gekennzeichnet sind, ergeben sich folgende Aussagen.

Abb. 4: Ergebnisse der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (n=37) im zirkumplexen Modell - zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und den Stufen „Statistisch signifikant Verbesserte“ und „Statistisch nicht signifikant Verbesserte“ und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.



Patienten mit schizophrenen Störungen, die sich verbessern, reduzieren belastendes eigenes Beziehungsverhalten, das als „zu streitsüchtig/konkurrierend“, „zu selbstun-

sicher/unterwürfig“, „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird. Die Nicht-Verbesserten zeigen in keinem Problembereich eine Veränderung. Dies unterscheidet die Nicht-Verbesserten und Verbesserten bedeutsam in dem Beziehungsverhalten, das als „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird, tendenziell auch im Bereich „zu selbstunsicher/unterwürfig“ (Abb. 4; Tab. 32).

Fazit: Belastendes eigenes Beziehungsverhalten, das von Patienten mit schizophrenen Störungen als „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird, ist während der Behandlung besonders zu beachten, da hier Verbesserte nicht nur eine bedeutsame Reduktion, sondern auch bedeutsam unterschiedliche Veränderungen gegenüber Nicht-Verbesserten aufweisen, d.h. eine therapeutische Erreichbarkeit ist kennzeichnend für eine Verbesserung (tendenziell gilt dies auch für „zu selbstunsicher/unterwürfig“).

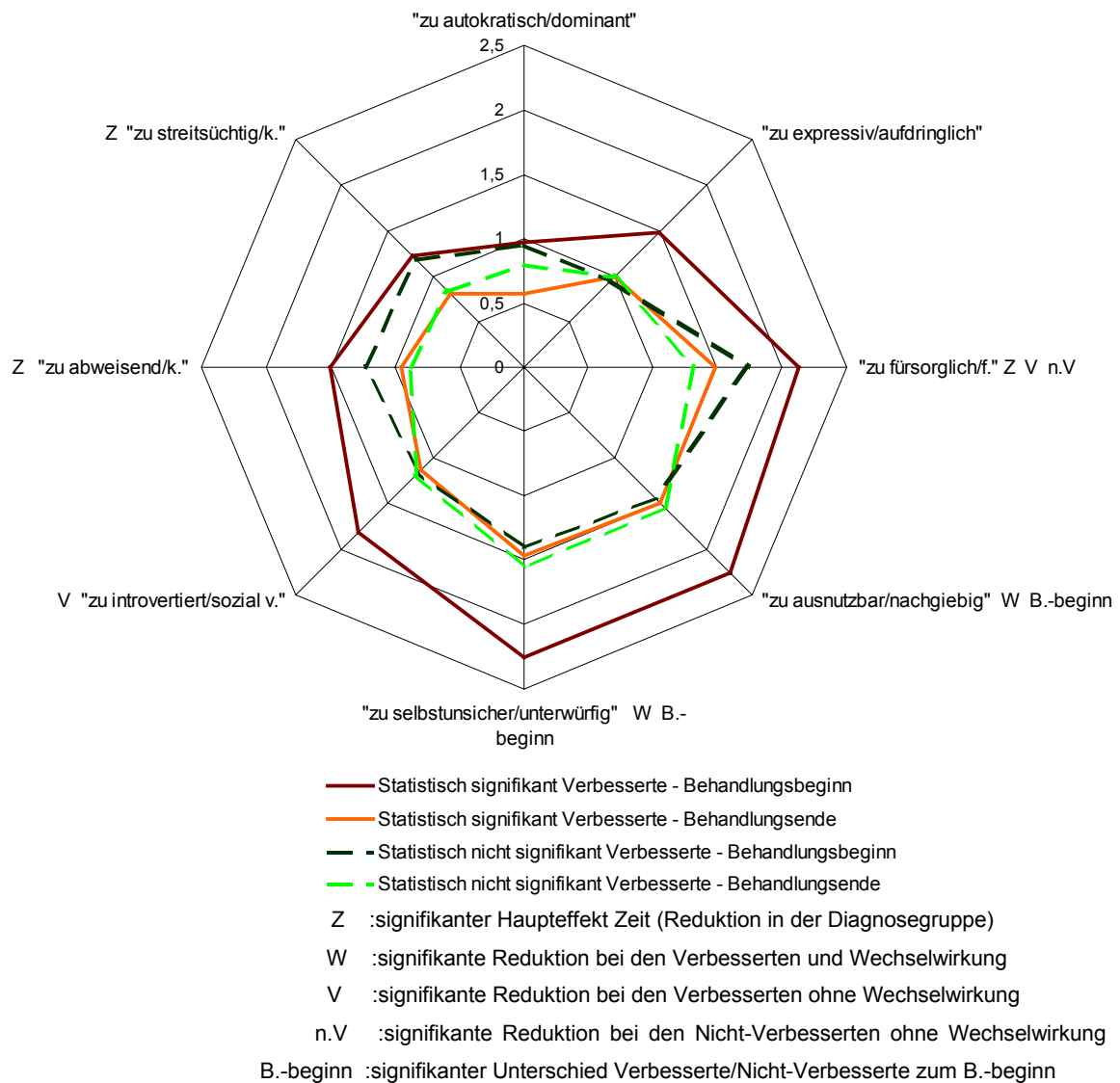
14.4. Depressive Störungen

Sind verbesserte und nicht-verbesserte Patienten mit depressiven Störungen (im Sinne einer bedeutsamen Reduktion allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung) durch eine unterschiedliche Veränderung der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (IIP_{Gesamt}) gekennzeichnet?

Patienten mit depressiven Störungen, die sich verbessern, sind gegenüber den Nicht-Verbesserten charakterisiert durch eine höhere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, die sich bedeutsam reduziert (auch bedeutsam unterschiedlich gegenüber den Nicht-Verbesserten), ohne dass sich aber bei Behandlungsende ein bedeutsamer Unterschied zeigt gegenüber den Nicht-Verbesserten. Patienten, die sich nicht verbessern, sind charakterisiert durch eine bedeutsam geringere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn gegenüber den Verbesserten, die jedoch während der Behandlung unverändert bleibt (siehe Tab. 22,24,33). Über den Vergleich der Effektstärken reduzieren Patienten mit depressiven Störungen gegenüber den anderen drei Hauptdiagnosegruppen am deutlichsten ihre Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (Tab. 29,31,33,35).

Zur Frage, ob verbesserte und nicht-verbesserte Patienten mit depressiven Störungen durch eine unterschiedliche Veränderung einzelner interpersoneller Problembereiche (IIP-Unterskalen) gekennzeichnet sind, ergeben sich folgende Aussagen.

Abb. 3: Ergebnisse der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (n=27) im zirkumplexen Modell - zur zweifaktoriellen Varianzanalyse mit dem Faktor Kategorien therapeutischer Veränderung und den Stufen „Statistisch signifikant Verbesserte“ und „Statistisch nicht signifikant Verbesserte“ und Messwiederholung auf dem Faktor Zeit mit den Stufen Behandlungsbeginn und Behandlungsende und - zum Mittelwertsunterschied der Kategorien therapeutischer Veränderung zu den beiden Zeitpunkten. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.



Patienten mit depressiven Störungen, die sich verbessern, zeigen bei Behandlungsbeginn eine hohe Belastung an eigenem Beziehungsverhalten, das als „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ beschrieben wird. Sie reduzieren dieses eigene belastende Beziehungsverhalten während der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam. Patienten mit depressiven Störungen, die sich nicht verbessern, zeigen ein bedeutsam geringeres belastendes Beziehungsverhalten in diesen Problembereichen bei Behandlungsbeginn. Im Behandlungsverlauf kommt es dann sogar zu einem geringen Anstieg dieses eigenen belastenden Beziehungsverhalten, sichtbar über die Effektstärken (ohne dass dies eine tendenzielle Bedeutsamkeit erreicht) und zwar gerade und ausschließlich in diesen Problembereichen. Patienten mit depressiven Störungen, die sich verbessern, reduzieren zudem bedeutsam (aber nicht bedeutsam unterschiedlich gegenüber Nicht-Verbesserten) ihre Belastung mit Beziehungsverhalten, das als „zu introvertiert/unterwürfig“ und „zu fürsorglich/freundlich“ beschrieben wird (Abb. 5; Tab. 23,34).

Fazit:

1. Es ist zu erwarten, dass Patienten mit depressiven Störungen keine Verbesserung allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung wahrnehmen, die bei Behandlungsbeginn relativ gering belastet sind mit interpersonellen Problemen. Differenziert gesehen ist zu erwarten, dass alle Patienten mit depressiven Störungen keine Verbesserung allgemeiner psychopathologischer Beschwerden wahrnehmen, die bei Behandlungsbeginn relativ gering belastet sind mit eigenem Beziehungsverhalten, das als „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ beschrieben wird,
2. Dieses, als „zu ausnutzbar/nachgiebig“ und „zu selbstunsicher/unterwürfig“ beschriebene Beziehungsverhalten, ist während der Behandlung zu beachten, da hier Verbesserte nicht nur eine bedeutsame Reduktion, sondern auch bedeutsam unterschiedliche Veränderungen gegenüber Nicht-Verbesserten aufweisen, d.h. eine therapeutische Erreichbarkeit ist kennzeichnend für eine Verbesserung.

14.5 Neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen

Aufgrund der geringeren Gruppengröße mit $n = 17$ haben die Ergebnisse keine gesicherte Aussagekraft und werden nur aus Gründen der Vollständigkeit und möglicher Tendenzen angegeben. Patienten mit neurotischen-, somatoformen- und Belastungsstörungen, die sich verbessern, zeigen bei Behandlungsbeginn eine vergleichbare Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen wie die Nicht-Verbesserten. Die Verbesserten erreichen während der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung eine bedeutsame Reduktion (und bedeutsam unterschiedliche Veränderung gegenüber den Nicht-Verbesserten), ohne dass zu Behandlungsende eine Unterschiedlichkeit zwischen Verbesserten und Nicht-Verbesserten in der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen besteht. Patienten, die sich nicht verbessern, sind charakterisiert durch ein Persistieren der Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen (Tab. 25,26,35).

15. Resümee, Limitation und Ausblick

Insgesamt bestätigt diese Studie die spezifische Qualität des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings in der Förderung sozialer und interpersoneller Kompetenz. In diesem Sinne profiliert sich das tagesklinische Setting für eine veränderte Patientengeneration mit vermehrten interpersonellen Problemen. Interpersonelles Lernen wird in der untersuchten teilstationären Einrichtung auf dem Hintergrund der diskutierten spezifischen, aber für alle teilstationären Einrichtungen gemeinsam geltenden Merkmale des psychotherapeutischen Rahmens ermöglicht. Die daraus ableitbaren Veränderungen der Belastung mit interpersonellen Problemen stehen ihrerseits in einem engen Zusammenhang mit der Besserung der psychopathologischen Symptomatik, so dass im Rückschluß die theoretischen Annahmen unterstützt werden.

In dieser Untersuchung konnte die vermehrte Betonung der Forschung in den zurückliegenden Jahren nicht berücksichtigt werden, das nicht nur bezüglich der hier verwendeten Gruppen von Diagnosen vielfältige und heterogenen Untergruppen

abzugrenzen sind, sondern auch innerhalb der einzelnen codierten diagnostischen Kategorie.

Horowitz (1979) entwickelte das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme als einen Fragebogen, der Patienten und Therapeuten helfen sollte, spezifische Quellen zwischenmenschlicher Belastungen zu diagnostizieren und zum Behandlungsfokus zu machen. In dieser Untersuchung bewährt sich das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme auch zur Identifizierung diagnosespezifischer interpersoneller Probleme, die für eine symptomatische Verbesserung kennzeichnend sind. Es wird die klinische Erfahrung bestätigt, dass bei Persönlichkeitsstörungen destruktiv-aggressive Impulse in viel stärkerem Maße in die Außenwelt gelangen wie z.B. bei depressiven oder psychotischen Störungen. Am Ende der psychotherapeutischen Behandlung berichten nicht-verbesserte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nicht nur von einem Anstieg des eigenem, als zu streitssüchtig beschriebenen Beziehungsverhalten, sondern auch des als zu fürsorglich wahrgenommenen. Dies entspricht dem klinischen Eindruck einer deutlich verunsicherte Demarkation bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die sich während Psychotherapie verschlechtern.

Heigl-Evers et al. (1986) und Küchenhof (1998) betonen als spezifisches Merkmal des teilstationären gegenüber dem vollstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting die ständige Trennungsarbeit mit dem Patienten über die Bewältigung der täglichen Trennung und Wiederannäherung an die Tagesklinik. Dies korrespondiert mit dem hier dargestellten Ergebnis, dass bei Patienten mit einer hohen Belastung an interpersonellen Problemen eine Verbesserung allgemeiner psychopathologischer Beschwerden während einer teilstationären Behandlung zu erwarten ist, und dies gilt insbesondere für Patienten mit einer isolierten depressiven Störungen, die auch die deutlichste Verbesserung erreichen. Da depressive Krisen vermehrt mit inadäquat bewältigten Verlustereignissen verbunden sind, wird somit bei Patienten mit einer isolierten depressiven Symptomatik der Nutzen einer teilstationären Behandlung herausragend sichtbar.

Eine grundlegende Notwendigkeit für einen Behandlungskontakt, der über einen Kurzkontakt hinausgeht, besteht für den Patienten somit in der Handhabung oder

Integration zweier deutlich unterschiedlicher Erlebnisbereiche während der Behandlung: das Vorhandensein der Tagesklinik für den Patienten am Tag und die Abwesenheit der Tagesklinik am Abend und am Wochenende. Der Patient ist aufgefordert, während seiner psychiatrischen Krise einen inneren Kontakt zur Tagesklinik herzustellen und aufrechtzuhalten, auch wenn die physische Anwesenheit der Tagesklinik immer wieder unterbrochen wird. Für die Evaluation des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings stellt sich damit die Frage nach bedeutsamen Unterschieden von Patienten oder deren psychischen Gegebenheiten, bei denen eine Behandlung schnell als Kurzkontakt endet, gegenüber den Patienten, deren Kontakt zur Tagesklinik in einen langfristigen und sicheren Behandlungskontakt einmündet. Letzteres ist Gegenstand der vorliegenden Untersuchung. Über die Charakterisierung dieses Unterschiedes besteht ein Ansatzpunkt zur Identifikation von bei der Indikation teilstationärer Behandlung zu beachtenden Merkmalen und zur weiteren Verdeutlichung des spezifischen therapeutischen Rahmens des teilstationären Settings.

Da nur von einer begrenzten Vergleichbarkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen teilstationären Einrichtungen in Deutschland bezüglich zentraler Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale wie auch bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung der behandelten Patientengruppen ausgegangen werden kann, ist eine Generalisierung der Ergebnisse nur unter Vorbehalt möglich. Zu fordern sind hier multizentrische Studien, die auf einer repräsentativen Auswahl teilstationärer Einrichtungen basieren.

Literaturverzeichnis

Acton, G.S. & Revelle, W. (2002): Interpersonal personality measures show circumplex Strukture based on new psychometric criteria. *Journal of Personality Assessment*, 79, 456 - 481

Albers, M. (1999): Kosten und Nutzen der tagesklinischen Behandlung. In B. Eikelmann, T. Reker & M. Albers (Hrsg.), *Die psychiatrische Tagesklinik* (S. 113-119). Stuttgart, Thieme

Alden, L. E., Wiggins, J. S. & Pincus, A. L. (1990): Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.

Atkisson, C. C. & Zwick, R. (1982): The Client Satisfaction Questionnaire. Psychometric Properties and Correlations with Service Utilization and Psychotherapy Outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237

Barth, M. (1997): Konzeption und Evaluation multipler Regressionsanalysen in der anwendungsorientierten klinisch-psychologischen Forschung. In B. Strauß & J. Bengel (Hrsg.), *Forschungsmethoden in der medizinischen Psychologie* (S. 146 – 160). Göttingen: Hogrefe

Bateman, A. & Fonagy, P. (1999): The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569

Bateman, A. & Fonagy, P. (2001): Treatment of Borderline Personality Disorder with psychoanalytically oriented Partial Hospitalization: an 18-Month Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42

Battegay, R. (1974): *Der Mensch in der Gruppe*. Bern: Huber

Baumann, U., Fähndrich, E., Stieglitz, R.- D. & Woggon, B. (1990): Probleme der Veränderungsmessung in Psychiatrie und Klinischer Psychologie. In U. Baumann, E. Fähndrich, R.- D. Stieglitz & B. Woggon (Hrsg.), *Veränderungsmessung in Psychiatrie und Klinischer Psychologie* (S. 15-43). München: Profil-Verlag

Bennett, D. (1976): The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 5, 244-250

Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (1994): *Handbook of psychotherapy and Behavior Change* (4th ed.) New York: Wiley & Sons

Bertling, R. & Hoyer, J. (1998): Patientenzufriedenheit als Qualitätsindikator im Vergleich zwischen stationärer und tagesklinischer Behandlung. *Nervenarzt*, 69 *supp.1*, 121

Beutler, L. E. & Clarkin, J. F. (1990): *Systematic treatment selection*. New York: Brunner & Mazel.

Bosch, G. & Steinhart, I. (1983): Entwicklung und gegenwärtiger Stand der tagesklinischen Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland. In G. Bosch & A. Veltin (Hrsg.), *Aktion Psychisch Kranke. Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Köln: Rheinland-Verlag.

Bortz, J. (1984): *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin: Springer

Brockmann, J., Schlüter, T., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002): Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychotherapeut*, 47, 347-355

Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001): Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie. *Nervenarzt*, 72, 20-30

Burlingame, G. M. & Barlow, S. H. (1996): Outcome and process differences between professional and nonprofessional therapists in time-limited group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46, 455-78

Christensen, L. & Mendoza, J. L. (1986): A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RCI index. *Behavior Therapy*, 18, 308-318

Cohen, J. (1977): *Statistical power analysis for the behavioral science*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. & Cohen, P. (1975): *Applied multiple regression / correlation analysis for the behavioral sciences*. New York: Wiley

Davies-Osterkamp, S. & Kriebel, R. (1993): Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das „Inventar zu Erfassung Interpersonaler Probleme“ IIP. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 295-307

Davies-Osterkamp, S., Strauß, B. & Schmitz, N. (1996): Interpersonal problems as predictors of Symptom-related treatment outcome in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6, 164-176

Dazord, A., Gerin, P., Seulin, C., Duclos, A. & Amar, A. (1997): Day-Treatment Evaluation: Therapeutic Outcome after a Treatment in a psychiatric Day-Treatment Center: another Look at the “Outcome Equivalence Paradox”. *Psychotherapy Research*, 7, 57-69

Derogatis, L. R. (1986): SCL-90-R Self Report Symptom Inventory. In Collegium internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.), *Internationale Skalen der Psychiatrie* (S. SCL-90-R). Weinheim: Beltz

Dick, P., Cameron, L., Cohen, D., Barlow, M. & Ince, A. (1985): Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *Britisch Journal of Psychiatrie*, 147, 246-250

Eikelmann B. (1991): *Gemeindenahe Psychiatrie. Tagesklinik und Übergangseinrichtungen*. München: Urban und Schwarzenberg

Eikelmann, B., Reker, T. & Albers, M. (Hrsg.) (1999): *Die psychiatrische Tagesklinik*. Stuttgart, Thieme

Eckert, J. & Strauß, B. (1993): Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie – Einleitung und Überblick. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29 (3), 228-237

Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. & Cohen, J. (1976): The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771

Engelke, W. (1989): Die Funktion der unabhängigen Tagesklinik in der psychiatrischen Behandlung. *Psychiatrische Praxis*, 16, 218-221

Finzen, A. (1986): *Tags in der Klinik – abends nach Hause: Die Tagesklinik*. Bonn: Psychiatrie Verlag

Finzen, A. (1999): Tagesklinische Behandlung – Modell psychiatrischer Therapie. In B. Eikelmann, T. Reker & M. Albers (Hrsg.), *Die psychiatrische Tagesklinik* (S. 19-23). Stuttgart: Thieme

Franke, G. H. (1992): Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38, 160-167

Franke, G. H. (2002): *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Deutsche Version. Manual* (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Aufl.). Göttingen: Beltz

Fuhrman, A. & Burlingame, G. M. (1994) (Eds.): *Handbook of Group Psychotherapy*. New York: Wiley.

Gaebel, W. (1995): *Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus*. Berlin: Springer

Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Schilling, G., & Liedtke, R. (2000): Unterschiede zwischen Diagnosegruppen psychosomatischer Patienten in der Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): Konsequenzen für den Gebrauch der SCL-90-R in der Verlaufsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 447-453.

Geiser, F., Imbierowicz, K., Conrad, R., Schilling, G., & Liedtke, R. (2001): Zur Unterscheidung von „geheilten“ und „gebesserten“ sowie von „unveränderten“ und „verschlechterten“ Patienten in einer Therapieerfolgsstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 250-261

Grawe, K., Casper, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 19, 338-361

Gruyters, T. & Pribe, S. (1994): Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten – Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. *Psychiatrische Praxis*, 21, 88 - 95

Günther (2002, November): *Trends und erste Ergebnisse einer Bundesweiten Befragung: Struktur und Angebotsspektrum tagesklinischer Therapie in der BRD*. Vortrag auf der Tagung Das Wirkspektrum tagesklinischer Therapie. Wuppertal

Hannöver, W., Dogs, C. P. & Kordy, H. (2000): Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg? *Psychotherapeut*, 45, 292 - 300

Hautzinger, M., de Jong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G. A. E., Thien, U. & Bailer, M. (1996): Verlaufsanalysen und Prädiktoren des Therapieerfolgs bei psychologischer und pharmakologischer Therapie nicht-endogener Depressionen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 25, 146-154

Haug, H. -J. & Stieglitz, R. -D (1995): *Qualitätssicherung in der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke

Heigl-Evers, A., Henneberg-Mönch, U. & Odag, C. (1986): *Die Vierzig-Stunden-Woche für Patienten*. Göttingen: Vadenhoeck und Rupprecht

Herz, M. I., Endicott, J., Spitzer, R. L. & Mesnikoff, A. (1971): Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1371-1382

Hinrichsen, G. A. & Hernandez, N. A. (1993): Factors associated with recovery form and relapse into major depression disorder in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1820-1825.

Hooley, J. M., Orley, J. & Teasdale, J. D. (1986): Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647

Horowitz, L. M. (1979): On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5-15

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Bauer, B. A., Ureno, G. & Villasenor, V. S. (1988): Inventory of interpersonal problems. Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993): Interpersonale Probleme in der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 170-197

Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (1994): *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) – Deutsche Version*. Weinheim: Beltz-Test-Gesellschaft

Hsu, L. K., Ridley, R. & Hinde, R. (1983): How psychiatric patients view their own treatment: a study of 50 day hospital patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 29, 60-64

Jacobsen, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.

Jacobsen, N. S., Follette, W. C. & Revenstorf, D. (1986): Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.

Jakobson, N. S. & Truax, P. (1991): Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19

Jost, U. & Saameli, W. (1998): Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Tagesklinik. *Psychiatrische Praxis*, 25, 296-302

Kallert, Th. W., Schützwohl, M. & Matthes, C (2002): Struktur- und Prozessqualitätsmerkmale psychiatrischer Tageskliniken im Freistaat Sachsen. *Krankenhauspsychiatrie*, 13, 92-98

Kallert, Th. W., Schützwohl, M. & Matthes, C (2003): Aktuelle Struktur- und Leistungsmerkmale allgemeinspsychiatrischer Tageskliniken in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 30, 72-82

Kallert, Th. W., Schützwohl, M. (2002). Randomisierte kontrollierte Studien zur Effektivität tagesklinischer Behandlung. In B. Eikelmann, T. Reker, & M. Albers (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik* (2. Auflage). Stuttgart: Thieme

Keller, W. & Schneider, W. (1993): Veränderungen interpersoneller Probleme im Verlauf ambulanter oder stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 308-323

Kluiter, H. R., Giel, F. J., Nienhuis, M., Rüphan, D. & Wiersma, D. (1992): Predicting Feasibility of Day Treatment for Unselected Patients Referred for Inpatient Psychiatric Treatment: Results of a Randomized Trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1199-1205

Kordy H. (1998): Das Konzept der Klinischen Signifikanz in der Psychotherapieforschung. In B. Strauß & J. Bengel (Hrsg.) *Jahrbuch der Medizinischen Psychologie: Forschungsmethoden und Forschungsstrategien in der Medizinischen Psychologie* (S. 129-146). Göttingen: Hofgrefe

Kordy, H. & Lutz, W. (1995): Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum*, 3, 197-206

Küchenhof, J. (1998): *Teilstationäre Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer

Küchenhof, J. (2003, Mai): *Teilstationäre Psychotherapie, Konzepte – Ergebnisse*. Vortrag zur Eröffnung der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Tagesklinik am Robert-Bosch-Krankenhaus. Stuttgart

Leary, T. (1957): *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press

Leimkühler, A. M. & Müller, U. (1996): Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache. *Nervenarzt*, 67, 765-773

Liedtke, R. & Geiser, F. (2001): Veränderung interpersonaler Probleme während und zwei Jahre nach stationärer Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 37, 214-228

Lienert, G. A. & Raatz, U. (1994): Testaufbau und Testanalyse (5., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz

Lord, F.M. & Novick, M. R. (1968): *Statistical theories of mental scores*. Massachusetts Adison Wesley

Luborsky, L. (1975): Clinician's judgement of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 39, 448-480

Lutz, W., Stammer, H., Leeb, B., Dötsch, M., Bölle, M., & Kordy, H. (1995): Das Heidelberger Modell der aktiven Internen Qualitätssicherung stationärer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 25-35

Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt/M, Fischer

Mattke, D. & Schreiber-Willnow, K. (2002): Behandlung in geschlossenen versus halboffenen Gruppen in der stationären Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 295-307

Milne, D. (1984): A comparative evaluation of two psychiatric day hospitals. *Britisch Journal of Psychiatry*, 145, 553-537

Mintz, J. (1972): What is success in psychotherapy? *Journal of Abnormal Psychology*, 80, 11-19

Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kasznik, A. W. & Yost, E. B. (1990): Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 58,622-628

Muhs, A. (1993): Ergebnisse aus dem Zentralinstitut für seelische Gesundheit. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29 (3), 259-270

Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W. & Crawford, C. E. (1994): Patient pretreatment, interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 62, 185-190

Piper, W. E., Rosie, J. S., Azim, H. F. A. & Joyse, A. S. (1993): A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 757-763

Piper, W. E., Joyse, A. S., Azim, H. F. A. & Rosie, J. S. (1994): Patient Characteristics and Success in Day Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 381-386

Ralle, G: *Indikation und Kontraindikation*. Unveröffentlichte Ausarbeitung. Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Nürtingen und Esslingen

Reker, T. (1999): Soziotherapie in der tagesklinische Behandlung. In B. Eikelmann, T. Reker & M. Albers (Hrsg.) *Die psychiatrische Tagesklinik* (S. 61-70). Stuttgart: Thieme

Rief, W., Greitemeyer, M. & Fichter, M. M. (1991): Die Symptom Check List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. *Diagnostica*, 37 (1), 58-65

Saunders, S. M., Howard, K. & Newman, F. L. (1988): Evaluating the clinical significance of treatment effects: norm and normality. *Behavioral Assessment*, 10, 207-218

Schauenburg, H., Sammet, I. & Strack, M. (2001): Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 381-395

Schauenburg, H. & Strack, M. (1998): Die Symptom Checkliste-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 257-264

Schauenburg, H. & Strack, M. (1999): Measuring Psychotherapeutic Change with the Symptom Checklist SCL90R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 199-206

Schauenburg, H., Pekrun, G. & Leibing, E. (1995): Diagnostik interpersonalen Probleme bei depressiven Störungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychopathologie*, 43, 200-213

Schmitz, N. & Davies-Osterkamp, S. (1997): Klinische und statistische Signifikanz – diskutiert am Beispiel der Symptom Check Liste (SCL-90-R). *Diagnostica*, 43, 80-96

Schmitz, N., Hartkamp, N. & Franke, G. H. (2000): Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R. *Psychological Reports*, 86, 263-274

Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1986): *Leitfaden zur tagesklinischen Behandlung* (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Band 189). Stuttgart: Kohlhammer

Semmler, W. (1998): Qualitätssicherung unter teilstationären Bedingungen. *Krankenhauspsychiatrie*, 9, 120-124

Seidler, K. -P., Brüggemann, B., Garlipp, P., Machleidt, W., & Haltenhof, H. (2002, November): *Behandlungskonzepte allgemeinpsychiatrischer Tageskliniken: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage*. Vortrag auf der Tagung „Das Wirkspektrum tagesklinischer Therapie“. Wuppertal

Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977): Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 165-180

Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W.W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 39, 248-255

Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P. L. & Tetzlaff, M. (1999): Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 240-249

Speer, D. C. (1992): Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 402-408

Stevens, J. (1986): *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, New York: Erlbaum

Steyer, R., Hannover, W., Telser, C. & Kriebel, R. (1997): Zur Evaluation intraindividuelle Veränderungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26 (4), 291-299

Stiles, W. B. & Shapiro, D. A. (1989): Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543

Strauß, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1994): Evaluation einer stationären Langzeitgruppentherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 184-192

Strauß, B., Eckert, J. & Hess, H. (1993): Zusammenhänge zwischen interpersonalen Problemen und dem Behandlungsergebnis nach stationärer Gruppentherapie – Integration und Diskussion der Ergebnisse. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29 (3), 286-295

Strauß, B. & Hess, H. (1993): Interpersonale Probleme, interpersonale Orientierung und Behandlungserfolg nach stationärer Gruppentherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43, 82-92

Sullivan, H. S. (1953): *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton

Tschuschke, V. (1990): Zum therapeutischen Stellenwert der Interaktionsprozesse in der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.) *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse* (S. 299-320). Berlin: Springer

Tschuschke, V. (1996): Prozeß-Ergebnis-Zusammenhänge und Wirkfaktorenforschung. In B. Strauß, J. Eckert & V. Tschuschke (Hrsg.), *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung – ein Handbuch*. Opladen: Westdeutscher Verlag

Tschuschke, V. & Anbeh, T. (2000): Wirkungen ambulanter Gruppenpsychotherapie in Deutschland – erste Ergebnisse der PAGE-Studie. *Psychotherapeuten Forum*, 6, 5-12

Tingey, R. C., Lambert, M. J., Burlingame, G. M. & Hansen, N. B. (1996): Assessing Clinical Significance: Proposed Extensions to Method. *Psychotherapy Research*, 6, 109-123

Unrein, G. (1990): Ergebnisse eines teilstationären, mittelfristigen Behandlungsprogramms für schizophrene Patienten – Prospektive 2-Jahres-Untersuchung. In B. Eikermann & R. Tölle (Hrsg.), *Praxis der tagesklinischen Behandlung*. Neuss: Janssen

Wetterling, T., Junghans, K., Müßigbrodt, H., Freyberger, H. J. & Dilling, H. (1997): Erfassung der Therapieergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung in einer psychiatrischen Klinik. *Nervenarzt*, 68, 742-751

Wiggins, J. S. (1982): Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (S. 183-221). New York: Wiley

Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Rüphan, M. & Giel, R. (1995): Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166 suppl. 27, 52-59

Wuchner, M., Eckert, J. & Biermann-Ratjen, E. (1993): Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 198-214

Yalom, I. D. (1995): *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.) New York: Basic Books

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978): *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*, VEV. Weinheim: Beltz.

Anhang 1: Auflistung der Hauptdiagnosen

Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen	Verschlüsselung nach ICD 10	n	%
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	60,3	15	27,8
Histrionische Persönlichkeitsstörung	60,4	2	3,7
Anankastische Persönlichkeitsstörung	60,5	2	3,7
Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	60,6	3	5,6
Abhängige Persönlichkeitsstörung	60,7	3	5,6
Sonstige Persönlichkeitsstörung	60,8	3	5,6
Kombinierte Persönlichkeitsstörung	61	25	46,3
Persönlichkeitsstörung (nicht näher aufgeschlüsselt)	60	1	1,9
Total		54	100

Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen	Verschlüsselung nach ICD 10	n	%
Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie	20	13	35,1
Hebephrene Schizophrenie	20,1	2	5,4
Undifferenzierte Schizophrenie	20,3	2	5,4
Postschizophrene Depression	20,4	2	5,4
Schizophrenes Residuum	20,5	5	13,5
Schizophrenia Simplex	20,6	1	2,7
Schizotype Störung	21	1	2,7
Anhaltende wahnhaftige Störung	22	1	2,7
Akute vorübergehende psychotische Störung	23,1	1	2,7
Schizoaffektive Störung	25	9	24,3
Total		37	100

Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen	Verschlüsselung nach ICD 10	n	%
Bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode	31,3	4	14,8
Depressive Episode, mittelgradige	32,1	9	33,3
Depressive Episode, schwere ohne psychotische Symptome	32,2	1	3,7
Depressive Episode, schwere mit psychotischen Symptomen	32,3	2	7,4
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	33,1	5	18,5
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	33,2	4	14,8
Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	33,3	2	7,4
Total		27	100

Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen	Verschlüsselung nach ICD 10	n	%
Phobische Störung	40	6	35,3
Sonstige Angststörung	41	1	5,9
Zwangsstörung	42	1	5,9
Anpassungsstörung	43	8	47,1
Somatoforme Störung	45	1	5,9
Total		17	100

Anhang 2: Verwendete Fragebögen

Tabellenverzeichnis

Tab.1:	Soziodemographische Zusammensetzung und Behandlungstage	65
Tab. 2:	Hauptdiagnose (Anzahl und Prozent) und psychiatrische Nebendiagnosen (Mehrfachnennungen pro Patient möglich) nach ICD-10	69
Tab. 3:	Mittelwerte und Standardabweichungen des Global Severity Index GSI der Symptom Checkliste SCL-90-R in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärke	71
Tab. 4:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterskalen des SCL-90-R in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Werte, p-Werte und Effektstärken	71
Tab. 5:	Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP _{Gesamt} in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärke	72
Tab. 6:	Mittelwerte und Standardabweichungen der Unterskalen des IIP in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert, p-Wert und Effektstärken	73
Tab. 7:	Mittelwerte, Standardabweichungen und Randwerte der Global Assessment Scale of Function GAF in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende sowie t-Wert und p-Wert	73
Tab. 8:	Median, Interquartilbereich und bewertete Kategorien des Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ZUf-8 in der untersuchten Gesamtgruppe bei Behandlungsende	74
Tab. 9:	Personenzahlen, bivariate Korrelationen und p-Werte der bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende vorliegenden soziodemographischen Merkmale und Variablen mit dem Kriterium Differenz zwischen $GSI_{\text{Behandlungsbeginn}}$ und $GSI_{\text{Behandlungsende}}$ der Symptom Checkliste SCL-90-R	76
Tab.10:	Regressionsanalyse zur Prädiktion des Kriteriums Differenz zwischen $GSI_{\text{Behandlungsbeginn}}$ und $GSI_{\text{Behandlungsende}}$ mit Variablen des Behandlungsbeginns	78
Tab.11:	Auf den GSI der SCL-90-R angewandte Algorithmen mit $CV=0,70$ und $RCI=0,19$ oder $RCI=0,30$; Interpretation der Kategorien; Personenzahl und Prozent pro Hauptdiagnosegruppe und in der untersuchten Gesamtgruppe	81

Tab.12:	Auf den GSI der SCL-90-R angewandte Algorithmen mit CV=0,57 und RCI=0,16 oder RCI=0,43; Interpretation der Kategorien; Personenzahl und Prozent in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen ((1), n=54) der vorliegenden Untersuchung und in der Vergleichsstichprobe stationärer Psychotherapie ((2), n=189)	84
Tab.13:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	86
Tab.14	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	87
Tab.15:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	88
Tab.16:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe	89
Tab.17:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)	90
Tab.18:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)	91
Tab.19:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6)	92
Tab.20:	Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2)	93

Tab.21: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2)	94
Tab.22: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)	95
Tab.23: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)	96
Tab.24: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3)	97
Tab.25: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4)	98
Tab.26: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zum Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4)	99
Tab.27: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe, sowie die Effektstärke	100
Tab.28: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende in den Kategorien „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ in der untersuchten Gesamtgruppe, sowie die Effektstärke	101

Tab.29: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	103
Tab.30: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen (F6) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	104
Tab.31: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	106
Tab.32: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen (F2) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	107
Tab.33: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	108
Tab.34: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen (F3) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	110
Tab.35: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen von IIP _{Gesamt} zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	112

Tab.36: Personenzahlen, Mittelwerte und Standardabweichungen der IIP-Unterskalen zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende aller Patienten der Hauptdiagnosegruppe neurotische-, somatoforme- und Belastungsstörungen (F4) sowie diese unterteilt in „statistisch signifikant Verbesserte“ und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“, dazu jeweils Effektstärken	113
---	-----

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Das zirkumplexe Modell interpersoneller Probleme	22
Abb.2: Ergebnisse in der untersuchten Gesamtgruppe im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	125
Abb.3: Ergebnisse in der Hauptdiagnosegruppe Persönlichkeitsstörungen im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	128
Abb.4: Ergebnisse in der Hauptdiagnosegruppe schizophrene Störungen im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	131
Abb.5: Ergebnisse in der Hauptdiagnosegruppe depressive Störungen im zirkumplexen Modell. Untersuchtes Merkmal sind die Mittelwerte der IIP-Unterskalen.	133

Abkürzungsverzeichnis

B.-beginn	: Behandlungsbeginn
B.-ende	: Behandlungsende
CV	: Critical Value
GAF	: Global Assessment Scale of Function
GSI	: Global Severity Index (Gesamtwert) der Symptom-Checkliste SCL-90-R
IIP	: Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme
IIP _{Gesamt}	: Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme
I-S Index	: Differenz IIP Gesamtwert minus Global Severity Index der SCL-90-R
RCI	: Reliable Change Index
SCL-90-R	: Symptom-Checkliste
ZUF-8	: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Zusammenfassung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung besteht in einer Studie zur Wirksamkeit und Prognose teilstationärer Behandlung, die den spezifischen psychotherapeutischen Rahmen des Untersuchungsgegenstandes Tagesklinik berücksichtigt und verdeutlicht. Als Ausdruck der spezifischen Merkmale des teilstationären Rahmens gilt die Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten, dies konnte auch durch bisherige empirische Forschung bestätigt werden. Vor diesem Hintergrund werden die Hypothesen formuliert, dass sich beim Patienten die Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen in der Wirksamkeit teilstationärer Behandlung niederschlägt und dass Patienten mit hoher Belastung mit interpersonellen Problemen gut von tagesklinischer Behandlung profitieren. In die naturalistische Studie werden 135 Patienten einbezogen, darunter 54 mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung, 37 Patienten mit schizophrenen Erkrankungen, 27 mit depressiven Störungen und 17 mit neurotischen-, somatoformen- und Belastungsstörungen. Die Behandlungen finden in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik mit 30 Therapieplätzen statt und weisen eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 70,7 Tagen auf. In einer multimodalen Vorgehensweise werden die Instrumente Symptom Checkliste (SCL-90-R), Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP), Global Assessment of Funktion (GAF) und der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8) eingesetzt.

Es ergibt sich eine signifikante Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome (SCL-90-R) und interpersoneller Probleme (IIP) wie auch eine Verbesserung des globalen psychosozialen Funktionsniveau (GAF) während teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Über eine multiple Regressionsanalyse bestätigt sich das Ausmaß interpersoneller Problemen bei Behandlungsbeginn als Prädiktor der Reduktion im Haupterfolgsmaß allgemeine psychopathologische Symptome. Ebenso steht das Verhältnis interpersoneller Probleme zu allgemeinen psychopathologischen Symptome („I-S“ Index) mit dem Behandlungsergebnis in einem signifikanten Zusammenhang.

Zur praxisnahen und aussagekräftigen Formulierung der Relevanz interpersoneller Probleme für die psychotherapeutische Behandlung wird, ausgehend vom Konzept „klinischer Signifikanz“ nach Jacobsen, eine Gruppierung der Patienten im Sinne

einer bedeutsamen oder fehlenden Reduktion allgemeiner psychopathologischer Symptome im SCL-90-R in „statistisch signifikant Verbesserte“ (72 Patienten) und „statistisch nicht signifikant Verbesserte“ (63 Patienten) durchgeführt. Folgende Charakterisierungen der Kategorien werden erkennbar: Patienten, die sich verbessern, sind bei Behandlungsbeginn gegenüber Nicht-Verbesserten charakterisiert durch eine höhere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen. Diese Gesamtbelastung verändert sich während der teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedeutsam unterschiedlich bei den Verbesserten gegenüber den Nicht-Verbesserten. Verbesserte weisen eine bedeutsame Reduktion der Gesamtbelastung auf, mit dem Ergebnis einer bedeutsam geringeren Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen gegenüber den Nicht-Verbesserten bei Behandlungsende auf. Patienten, die sich nicht verbessern, sind dementsprechend charakterisiert durch eine bedeutsam geringere Gesamtbelastung mit interpersonellen Problemen bei Behandlungsbeginn, welche unverändert bleibt und bei Behandlungsende dann sogar bedeutsam höher gegenüber den Verbesserten liegt. Es werden für drei Diagnosegruppen praxisnahe Resultate dargestellt, welche spezifischen interpersonellen Problembereiche bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen- und depressiven Störungen eng mit einer symptomatischen Verbesserung zusammenhängen und somit psychotherapeutisch herausragend beachtenswert wie auch erreichbar sind.

Insgesamt bestätigt sich in der vorliegenden Untersuchung die Kompetenz des teilstationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Settings in der Förderung sozialer und interpersoneller Fähigkeiten. Es profiliert sich das tagesklinische Setting für eine veränderte Patientengeneration mit vermehrten interpersonellen Problemen.