

M. Hochgerner, I. Pany-Posch, S. Piringer, P. Weiss und M. Voracek

Somato-psycho-soziale Therapie als integriertes Gesamtkonzept zur Behandlung psychosomatisch Erkrankter

Eine Untersuchung zum Erfolg stationärer psychosomatischer Behandlung

Zusammenfassung Nach einer einleitenden Darstellung stationärer Psychotherapie wird ein mittelfristiges sechswöchiges Konzept stationärer psychosomatischer Therapie am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern (Wien) vorgestellt. Das zugrundeliegende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell spiegelt sich im medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Konzept der Therapiestation als interaktionales Geschehen wider. Die vorliegende Untersuchung versucht, mit Hilfe psychodiagnostischer Beurteilungsinstrumente (FAPK, GBB) Veränderungen nach stationärer, tiefenpsychologisch orientierter psychosomatischer Therapie zu erfassen. Hierzu wurden in einem Zeitraum von etwas mehr als einem Jahr (Juni 1993 – Sept. 1994) 173 Patienten erfaßt, die am Beginn und am Ende ihres sechswöchigen stationären Aufenthaltes getestet wurden. Aufgrund der Ergebnisse beider Meßinstrumente profitieren die Patienten aus den Diagnosegruppen Eßstörung, Depression und funktionelle Syndrome am deutlichsten vom Behandlungsangebot. Während sich das Konfliktgeschehen (FAPK) dieser Patienten mit einem neurotisch gestörten Realitätsbezug nach der Behandlung signifikant veränderte und ebenso zu einer in allen Bereichen des GBB signifikanten Beschwerdereduktion führte, konnten die Patienten mit der Diagnose Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa vorerst – im Einklang mit der therapeutischen Zielsetzung – für ein psychisches Konfliktgeschehen bzw. -bewußtsein ansatzweise sensibilisiert werden und fühlten sich signifikant weniger erschöpft. Für die Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinn (mit Organschädigungen) scheint das Behandlungsangebot im wesentlichen eine Verbesserung des Allgemeinbefindens bewirkt zu haben. Es zeigte sich eine signifikante Verbesserung für den Bereich Erschöpfungsneigung und Beschwerdedruck.

Schlüsselwörter: Stationäre Psychotherapie, integriertes Konzept stationärer psychosomatischer Behandlung, Regression/Progression, Ergebnisforschung, FAPK, GBB, Evaluation, Fragebögen.

Somato-psychosocial therapy as an integrated general concept for the treatment of psychosomatic patients. A study on the success of psychosomatic inpatient treatment

Abstract Following an introductory of patient psychotherapy, a medium-term sixweek concept of inpatient psychosomatic therapy is presented at the Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern (Vienna). The basic bio-psychosocial disease model is reflected in the medical, psychotherapeutic and social concept of the therapy department as an interactive process. The present study attempts to investigate changes following inpatient psychoanalytically orientated psychosomatic therapy with the aid of psychodiagnostic evaluation instruments (FAPK, GBB). For this purpose, within a period of slightly more than one year, 173 patients were studied, being tested on the beginning and at the end of their sixweek inpatient admission. On the basis of the results of both measuring instruments, the patients with a diagnosis of eating disorders, depression and functional syndromes profit most from the treatment offered. While conflictual events of these patients with a neurotic disturbed relationship to reality significantly changed after treatment, and also resulted in significantly reduced general symptoms, patients with a diagnosis of Crohn's disease or colitis ulcerosa, for the time being, according to the therapeutic objective set, could be sensitised to emotional conflictual events or awareness and felt significantly less exhausted. For patients with psychosomatic diseases in the narrower sense (involving organic lesions) the treatment offered seems to have effected a significant improvement in general health. A significant improvement was observed in the field of tendencies to exhaustion, and symptom load.

Keywords: Inpatient psychotherapy, concept of inpatient psychosomatic therapy, regression/progression, outcome research, FAPK, GBB, evaluation, questionnaires.

Thérapie somato-psycho-sociale en tant que concept global intégré utilisé dans le traitement des maladies psychosomatiques. Une étude des résultats de traitements psychosomatiques menés auprès de malades hospitalisés

Résumé Ayant introduit le thème de la psychothérapie en clinique, l'article présente un concept à moyen terme concernant la thérapie psychosomatique offerte aux patients hospitalisés à notre hôpital (Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern à Vienne). Le modèle nosographique qui a été choisi se reflète au niveau d'un concept médical, psychothérapeutique et social dans lequel le service est considéré comme un ensemble d'interactions. Pour nous, le traitement psychosomatique fondé sur la psychologie des profondeurs constitue une offre thérapeutique dont la caractéristique essentielle est qu'elle intègre des aspects et schémas d'interaction aux niveaux somatique, psychique et social – ceci tout au long du traitement des personnes souffrant de troubles psychosomatiques.

L'étude utilise des instruments d'évaluation psychodiagnostique (FAPK, GBB) pour tenter de cerner l'évolution qui se produit au cours du type de traitement décrit plus haut. Dans ce but, nous avons étudié 173 patients pendant une période d'un peu plus d'un an (juin 1993–septembre 1994), leur faisant passer des tests au début et à la fin d'une hospitalisation de six semaines. L'échantillon se composait de 136 femmes et de 37 hommes, âgés de 17 à 58 ans (âge moyen: 34 ans). Pour l'évaluation statistique, les patients ont été regroupés en cinq classes d'âge (moins de 20 ans, 20–29 ans, 30–39 ans, 40–49 ans et plus de 49 ans) et en cinq catégories diagnostiques (1. troubles de l'alimentation, 2. maladies inflammatoires chroniques intestinales [maladie de Crohn, colitis ulcerosa], 3. troubles psychosomatiques au sens étroit, 4. syndromes fonctionnels et 5. dépression). Les statistiques montrent clairement que ce sont surtout les 20–29 ans, ainsi que les moins de 20 ans et les femmes qui souffrent de troubles de l'alimentation, alors que les troubles psychosomatiques au sens étroit et les maladies inflammatoires chroniques intestinales se trouvent surtout chez les 30–39 ans et les hommes. D'autre part, les syndromes fonctionnels et les dépressions se trouvent surtout chez les 40–49 ans et les

femmes. Compte tenu des résultats récoltés à l'aide des deux instruments de mesure, ce sont les patients souffrant de troubles de l'alimentation, de dépression ou d'un syndrome fonctionnel qui tirent le plus grand profit de l'offre en traitement. Selon le premier type de mesure (FAPK) et alors même qu'à l'origine ces patients souffrent d'une névrose au niveau de leur rapport à la réalité, la manière dont ils abordent le conflit évolue grâce au traitement, ce qui contribue à soulager considérablement leurs troubles (dans tous les domaines testés par le GBB). Par ailleurs, les patients souffrant de la maladie de Crohn ou d'une colite ulcéreuse purent être quelque peu sensibilisés à une nouvelle manière d'approcher et de gérer les conflits; ils se sentirent alors beaucoup moins épuisés. Concernant les patients souffrant de troubles psychosomatiques au sens étroit (lésions organiques comprises), il semble que le traitement offert ait contribué de manière essentielle à une amélioration de leur état général, avec en particulier une moindre tendance à l'épuisement et un soulagement de la pression exercée par les troubles. Par rapport au sexe et à l'âge des patients, les femmes et les personnes relativement jeunes (les 20–29 surtout, suivis des 30–39 ans et des 40–49 ans) tirent plus grand profit du traitement que les hommes, que les moins de 20 ans et que les plus de 49 ans. Remarquons enfin que notre étude présente des lacunes évidentes: les indicateurs de succès sont simplement des données fournies verbalement par les patients eux-mêmes, un certain nombre de chiffres manquent, la mesure est d'un type simple (avant-après) et certains des groupes étudiés comportaient un trop petit nombre de cas; de plus, nous n'avons pas cherché à savoir si les résultats obtenus grâce au traitement avaient été 'durables'. Il reste que nous avons réalisé cette étude dans le cadre existant (en tant qu'activité 'secondaire' dans un contexte hospitalier) et que notre objectif fut simplement de documenter une évolution avant-après les traitements psychosomatiques offerts à des patients hospitalisés – nous l'avons atteint.

1. Einleitung

Stationäre Psychotherapie

Heilbehandlungen von Menschen mit somatischen Diagnosen, welche einen hohen psychischen Anteil an der Genese und Dynamik der Erkrankung vermuten lassen, erfordern im Sinne einer bio-psycho-sozialen Krankheitssicht die Einbeziehung somatischer, psychodynamischer und sozialer Aspekte des Patienten im Therapieverlauf.

Die hier gegebene Darstellung stationärer psychosomatischer Krankenbehandlung versteht sich als Momentaufnahme eines praxisorientierten Therapiekonzeptes im Zusammenwirken von Psychotherapeuten verschiedener Quellenberufe und verschiedener

therapeutischer Schulen, im Bemühen, integrierte somatische und psychodynamisch orientierte Therapie und damit einen „komplexen stationären Behandlungsansatz“ (Tschuschke, 1993, S. 58) anzubieten.

Das somato-psycho-soziale Setting: Struktur und Angebot der Station

Die gesamte Dynamik der Behandlung ist als „interaktionales Geschehen“ (Petzold, 1993, S. 763) zu verstehen. Die Phänomene der akuten Belastungsreaktion im körperlichen, psychischen und sozialen Erleben werden als Ausdruck eines lebensgeschichtlich bedingten individuellen Selbst- und Fremderlebens aufgefaßt und somit, ganz im Sinne v. v. Weizsäckers, als „Krankheit im

Kontext einer Hermeneutik der Lebensgeschichte“ (Bräutigam und Christian, 1981, S. 65) verstanden.

Medizinischer Kontext

Das Spital mit 130 internen und 70 chirurgischen Betten unterhält im Rahmen der Internen Abteilung (40 Betten) das Psychosomatische Department (20 Betten). Das medizinische Team im Department (bestehend aus 3 Ärzten, einem Arzt in Ausbildung und dem Pflegeteam) ist für die gesamte Abteilung zuständig. Die Einbettung in die Interne Station ermöglicht auch die Aufnahme somatisch schwer erkrankter Patienten mit psychosomatisch relevanter Diagnose (etwa somatisch bereits bedenklicher Patienten mit Anorexia nervosa oder mit entzündlichen Darmerkrankungen im akuten Schub).

Die tägliche – kombiniert internistisch-psychotherapeutische – Visite ermöglicht eine engmaschige somatische Versorgung im Kontext psychodynamischen Symptomverstehens.

Psychotherapeutischer Kontext

Das psychotherapeutische Team besteht aus dem Oberarzt der Station als internistischem Leiter, dem Stationsarzt und der psychotherapeutischen Leiterin der Station, ebenfalls Ärztin – jeweils mit psychotherapeutischer Ausbildung – sowie 4 Psychotherapeuten – insgesamt 7 Personen. Alle Mitarbeiter verfügen über eine oder mehrere Psychotherapieausbildungen in den folgenden Schulen: Individualpsychologie, Katathym-Imaginative Psychotherapie (Katathymes Bilderleben), Integrative Gestalttherapie, Psychodrama, Konzentrierte Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Autogenes Training.

„Die Medienorientierung der verschiedenen Therapeuten ist deshalb so wichtig, weil die Patienten mit der jeweiligen Methode auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen angesprochen werden:

- auf der Körperebene mit dem Körpergefühl und dem sensomotorischen Bereich
- auf der Bildebene mit dem Erleben von inneren Bildern und der Phantasie
- auf der Wortebene mit ihren Symbolisierungsmöglichkeiten und ihren kognitiven Differenzierungsleistungen.

So kann Beziehungsgeschehen aus frühen Phasen wiederbelebt werden, in denen die Entwicklung dieser Erlebnisebenen primär stattfand. Neben der Selbsterfahrung geht es auch um den Erwerb von Fähigkeiten, sich auf diesen Ebenen auszudrücken. [...] Reflexion im Team kann als vorläufige Integrationsleistung von außen angesehen werden, die vom Patienten noch getrennt erlebten Ausdrucksweisen und Persönlichkeitsanteile zusammenfügen. Ziel ist, daß der Patient diese Bereiche in sich selbst bei zunehmender Ich-Organisation und innerem Autonomiegewinn zur Synthese bringt“ (Mezgulich, 1990, S. 62).

Die theoretische Orientierung im Team läßt sich durch die Vielfalt der Methoden hindurch als tiefenpsy-

chologisch orientiert im Rahmen eines interaktionellen Psychotherapieansatzes beschreiben. Die Begegnung im „Hier und Jetzt“ des aktuellen Beziehungsgeschehens im Realraum der Station, der Gruppen und des stark einbezogenen sozialen Kontextes wird als Lern- und Experimentierfeld für neues Verhalten begriffen, das sich auf dem Hintergrund der Reinszenierung unbewußten pathologischen Verhaltens und dessen Durcharbeitung gestalten kann.

Die Patienten werden in Gruppen zu maximal 10 Patienten zeitgleich aufgenommen und durchlaufen als geschlossene Gruppe ein sechswöchiges Psychotherapieprogramm mit insgesamt 63 Stunden Psychotherapie mit überwiegend gruppentherapeutischem, verpflichtendem Angebot.

Das wöchentliche Programm umfaßt:

- 3 Stunden analytisch orientierte Gesprächsgruppe,
- 3 Stunden Konzentrierte Bewegungstherapie,
- 3 Stunden Musiktherapie,
- 1 1/2 Stunden Maltherapie,
- 1 Stunde Autogenes Training,
- 1/2 Stunde fokussierendes Einzelgespräch.

3 Wochen zeitversetzt wird eine zweite Gruppe parallel zur ersten geführt.

Das psychotherapeutische Team trifft sich viermal wöchentlich zu einem halbstündigen Kurzteam, in dem die Dynamik der Gruppen im Kontext – Übertragung und Gegenübertragung – reflektiert wird, sowie zu einem vierzehntägig stattfindenden Großteam à 2 Stunden mit supervisorischer Begleitung. Ebenfalls alle zwei Wochen findet eine Besprechung mit dem Pflorgeteam statt.

Sozialer Kontext

Die Patienten erleben im Alltag des Aufenthaltes keine gesonderte Behandlung im Vergleich zur Internen Abteilung: Unterbringung in 3- bis 6-Bett-Zimmern, die Dynamik der Betreuung unterliegt der Spitalsroutine. Der soziale Kontext wird zum potentiell therapeutischen Raum: Das Selbst- und Fremderleben in der geschützten therapiefreien Zeit wird gezielt angeregt und mit dem Erleben in den Gruppentherapien und der Visite in Beziehung gesetzt. Spaltungsübertragungen werden so besser faßbar, der soziale Raum wird zum Probefeld in der geschützten therapeutischen Situation.

Die Einbeziehung des sozialen Raumes trianguliert somit polarisierendes Erleben zwischen somatischer und psychischer Befindlichkeit und bildet den szenischen Kontext zur Reinszenierung kränkender/krankmachender Beziehungserfahrungen oder stärkender Erlebensweisen: Beides wird durch die Evidenz der Erfahrung im Gruppenleben bewußtseinsfähiger, damit veränderbar oder im guten Fall verstärkbar.

Zuweisung

Die Zuweisung der Patienten erfolgt über medizinische Institutionen, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie über die Abteilungen im Haus, verstärkt auch über ehemalige Patienten der Station. Die Aufnah-

me erfolgt nach einem Erstgespräch in der Ambulanz auch ohne Zuweisung durch einen anderen Gesundheitsdienst.

Das psychotherapeutische Angebot

Das Angebot versteht sich als Möglichkeit, einen intensiven Anstoß zur Umstimmung der Patienten in Richtung einer geringeren Selbstschädigung zu geben und zu einer weiterführenden ambulanten Psychotherapie zu motivieren. Ziel des gemeinsamen therapeutischen Bemühens ist, die Patienten anzuleiten, aktuelles Beziehungserleben, Körpererleben und psychisches Erleben auf dem Hintergrund der bewußt werdenden lebensgeschichtlichen Zusammenhänge zu reflektieren, abgewehrte Affekte auf dem sichernden Hintergrund der Gruppe erlebbar und soweit als möglich integrierbar zu machen, das individuelle Körpererleben zu verbessern und unter der Perspektive verbesserter Selbst- und Fremdgewißheit auch bisher nicht genutzte Ressourcen zur Lebensgestaltung zu aktivieren. Der therapeutische Prozeß ist als Weg aus malignen Verstrickungen im Lebensprozeß hin zu erhöhter Autonomie im Sinne einer Differenzierung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, verbesserter sozialer Kompetenz und größerem körperlichen Wohlbefinden zu verstehen.

Regression

Der Erfolg der Therapie „steht und fällt damit, ob es gelingt, dem Patienten angemessen dosierte Diskrepanzerfahrungen zu vermitteln, um dadurch eine Modifikation der jeweiligen Ich-Konfiguration im Sinne einer Weiterentwicklung anzuregen“ (Fürstenau, 1992, S. 108).

Regressive Angebote müssen in ein Behandlungskonzept eingebettet werden, das – soweit möglich – zu „operativer Steuerung im Sinne der Zielausrichtung jeder einzelnen therapeutischen Maßnahme und Intervention“ (ebd.) führt.

Hier wird der bevorzugte Einsatz kreativer ausdrucksfördernder Mittel in den verwendeten therapeutischen Methoden verständlich: Pathologische Ich-Konfigurationen mit hoher affektiver Besetzung werden insofern auf maligne Art verarbeitet, als keine Abstraktion im Erleben, keine „symbolisierende Distanz“ (Plassmann, 1992, S. 261ff) möglich scheint. Im kreativen Prozeß des psychosomatischen Patienten, dessen Körper „gleichsam zur Deponie für psychisch Ungeklärtes“ (ebd., S. 274) wird, gelingen erste Heilungsschritte, weil „potentiell krankmachende Erlebniswirklichkeiten aktiv versprachlicht oder verbildert, d.h. durch Zeichenbildung bewältigt werden“ (ebd., S. 277).

Progression

Zugleich mit dem regressiven Teil des Angebots muß somit auch eine Anregung zur Entwicklung der gesunden Ich-Anteile gegeben werden. Nur in der wohl-dosierten Dynamik von Erfahrungen mit malignen und benignen Lebensatmosphären ist ein Erregungsniveau

zu halten, das „Lernen“ im weitesten Sinn möglich macht:

Im Mittelpunkt des Bemühens steht das Gestalten gesünderer Beziehungsmuster und Umgangsweisen mit sich selbst und anderen, verbessertes Differenzierungsvermögen, erhöhte Selbstachtung auf der Basis verbesserten Körpererlebens, die Erarbeitung eines individuellen „Störungskonzeptes“ (Fürstenau, 1992, S. 128), „alloplastische Gestaltung“ der Umwelt (Petzold, 1993, S. 562) und die Eröffnung einer konkret gestaltbaren Zukunftsperspektive unter Anwendung angemessener Lösungsstrategien.

Somit ist die Progression in der Therapie eigentlicher Leitfaden, und die „pathologischen Persönlichkeitsanteile [werden] als strukturbedingte Störungen, Behinderungen und Einschränkungen dieser Progression definier- und verstehbar“ (Fürstenau, 1992, S. 67).

Stationäre psychosomatische Behandlung als integriertes Gesamtkonzept

Das wesentliche Merkmal des von uns vorgestellten tiefenpsychologisch orientierten Behandlungskonzepts ist die Integration somatischer, psychischer und sozialer Aspekte im Therapieverlauf des psychosomatisch Erkrankten. Das Therapeutenteam ermöglicht eine Integrationsleistung vielfältiger Art mit dem psychotherapeutischen Konzept:

- Integration der psychotherapeutischen Sichtweise in die Institution Spital/Medizin;
- Integration des psychodynamischen Verstehens in die somatischen Behandlungsmaßnahmen des Patienten und umgekehrt;
- Integration des sozialen Umfeldes – Stationsalltag, Lebens-/Berufsalltag, „Belastungsfaktoren“ – in die therapeutische Arbeit;
- Integration – über den Zugang der verschiedenen therapeutischen Ebenen (körpernahe, symbolisierende und interaktionelle Angebote) – abgewehrter Gefühle, Gedanken, Bilder/Fantasien und Übertragungsbeziehungen auf andere Mitarbeiter der Station (Ärzte, Pflegepersonal) zuerst ins therapeutische Team und dann wieder in die Patienten.

Entsprechend dem vorgestellten Behandlungskonzept sehen wir die zentrale Integrationsleistung unserer therapeutischen Arbeit darin, eine Vereinheitlichung der verschiedenen Übertragungserfahrungen des Patienten zustande zu bringen und ihm in seinem Therapieverlauf zur Verfügung zu stellen, um die abgespaltenen Persönlichkeitsanteile in einem erweiterten Selbsterleben integrieren zu können.

2. Methode

Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Aufbau- und Anlaufphase des Psychosomatischen Departments war diese Untersuchung vorerst als Begleitstudie zur Bestandsaufnahme, Dokumentation und Orientierung gedacht, um dann in weiterer Folge die wissenschaftliche Arbeit vertiefen zu

können. Entsprechend dem Begleitforschungsdesign („inzidentelle Forschung“) wurde auf eine Kontrollgruppe zur Patientengruppe verzichtet (s. Exkurs: Zur Frage von Kontrollgruppen). Methodologisch handelt es sich um eine Zwei-Zeitpunkt-Erhebung am Anfang und am Ende der stationären psychosomatischen Behandlung (Prätest und Posttest), eine summative Evaluation mehrerer Therapie- und Behandlungsangebote, eine mehrdimensionale Veränderungsmessung auf einer Datenebene (schriftlich-verbale Selbstreportdaten in Form von 2 psychometrischen Verfahren mit verschiedenen unidimensionalen Skalen) sowie um eine Mehr-Diagnosen-Untersuchung.

Exkurs: Zur Frage von Kontrollgruppen

Adäquate und realisierbare Kontrollgruppen zur jeweiligen Treatmentgruppe sind in der Psychotherapie- und Evaluationsforschung bekanntermaßen ein großes methodisches Problem (vgl. Senf und von Rad, 1990). Unterschieden werden Wartekontrollgruppen, Fremd-Kontrollgruppen, Placebo-Kontrollgruppen und Eigen-Kontrollgruppen.

Alle Kontrollgruppenarten haben ihre jeweiligen methodischen Probleme. Oft – und zugleich nicht unwidersprochen – wird daher für den Bereich der Psychotherapieforschung vorgeschlagen, Kontrollgruppen (welcher Art auch immer) gänzlich aus den Untersuchungsdesigns wegzulassen und nur noch verschiedene Therapieformen miteinander zu vergleichen bzw. auch die verschiedene „Dosis“ (Treatmentstärke) einer Therapieform zu untersuchen (was aber gleichfalls kontrovers diskutiert wird). Beide der kontrollgruppenlosen Designs (Therapiemodusvergleich, Therapiedosisvergleich) waren im vorliegenden Fall nicht adäquat (beim sechswöchigen stationär-therapeutischen Angebot des Psychosomatischen Departments handelt es sich um einen fixen, d.h. gleichdosierten, multi-methodalen Therapieplan).

Daher werden im folgenden die an der Realisierung im Rahmen dieser begleitforschenden Untersuchung jeweils hinderlich gewesenen Gründe für die 4 Kontrollgruppenarten dargestellt.

1. Eine (echte) Wartekontrollgruppe wäre hier forschungsethisch und institutionell (unter dem Versorgungsaspekt gesehen) nicht zumutbar gewesen, da es in der genannten Versorgungseinrichtung keine langen Wartezeiten (z.B. im Zeitraum von mehreren Monaten) gibt. Die Hintanhaltung des Behandlungsbeginns aus Forschungsgründen ist auf jeden Fall nicht vertretbar.
2. Eine andere klinische Kontrollgruppe als Fremd-Kontrollgruppe (z.B. internistisch aufgenommene, nicht-psychosomatische Patienten) wäre methodisch schwierig: Sie wäre schon insofern nicht gut vergleichbar, da sie keinen „standardisierten Therapieplan“ aufweisen würde und die internistisch aufgenommenen Patienten im Mittel tatsächlich organischer schwerer beeinträchtigt wären und auch nicht jeweils genau 6 Wochen stationär aufgenommen blieben. Eine Fremd-Kontrollgruppe müsste außerdem hinsichtlich einer vermutlich nicht geringen Anzahl relevanter Personenvariablen gematcht werden (aufwendig und praktisch nie perfekt erreichbar). Als eine Art Fremd-Kontrollgruppe (aber ohne Parallelisierungschance) hätten jene Patienten berücksichtigt werden können, welche einen ambulanten Erstkontakt mit dem Psychosomatischen Department hatten, dann aber doch nicht die stationäre Behandlung aufnahmen. Entsprechend dem Begleitforschungsrahmen in bezug auf die tatsächlich stationär aufgenommenen Patienten wurden die Meßinstrumente bei den ambulanten Erstgesprächen aber nicht angewendet (d.h., die nötigen Daten für ein solches Design waren nicht verfügbar).

3. Eine Placebo-Kontrollgruppe ist im Rahmen der Psychotherapieforschung streng genommen nicht gut möglich: Selbst bei instruierten Laien als „Placebo-Therapeuten“ treten die unspezifischen Wirkfaktoren (v.a. Beziehungsqualitäten) von Psychotherapie in Erscheinung. Zudem müßte genau bekannt sein und auch festgelegt und hergestellt (operationalisiert) werden können, was nun die wesentlichen („eigentlichen“) Wirkfaktoren in der Therapie sind, um sie einer Placebo-Kontrollgruppe gezielt vorenthalten zu können. Eben dies ist in der Psychotherapieforschung nach wie vor eine höchst kontrovers diskutierte und je nach Standort sehr unterschiedlich beantwortete Frage (und ein gezieltes Vorenthalten von therapeutischer Wirkung wiederum ein ethisch nicht vertretbares Vorgehen, s.o. Punkt 1).
4. Die Realisierung einer Eigen-Kontrollgruppe, operationalisiert als Veränderung derselben Personen zwischen dem ambulanten Erstkontakt und dem Therapiebeginn als zweitem Meßzeitpunkt als „Einfluß des Wartens und der Therapieantizipation“ hätte zumindest drei Meßzeitpunkte (Baseline, am Anfang und am Ende der Therapie) notwendig gemacht, mit folgenden Nachteilen: a) Etwaige Effekte, die gerade durch die Erwartung eines Behandlungsbeginns auftreten können, sind nicht kontrollierbar; b) schon das ambulante Erstgespräch weist sicherlich auch einen gewissen therapeutischen „Impact“ auf, d.h., die auf ihren Behandlungsbeginn wartenden Patienten wären streng genommen nicht mehr als unbehandelt anzusehen; c) es wäre eine zusätzliche Testwiederholung erforderlich, und eine Erhöhung der Anzahl der Messungen erhöht zwangsläufig auch den Meßfehler (eines der Methodenprobleme der Veränderungsmessung).

Untersuchungsinstrumente

Für die Messung von Veränderungen durch die sechswöchige stationäre psychosomatische Behandlung wurden zwei psychometrische Instrumente eingesetzt, die hinreichend reliabel, valide, ökonomisch (die Patienten in einem vertretbaren Ausmaß zeitlich in Anspruch nehmend), im Gegenstandsbereich der Untersuchung (Therapieevaluation bei psychosomatischen Patienten) hinreichend eingeführt sind sowie konzeptuell-inhaltlich einander ergänzen: der „Fragebogen zur Abschätzung Psychosomatischen Krankheitsgeschehens“ (FAPK; Koch, 1981) und der „Gießener Beschwerdebogen“ (GGB; Brähler und Scheer, 1983). Da jeder der beiden Tests mehrere Skalen aufweist, handelt es sich um eine mehrdimensionale Änderungsmessung.

Hinsichtlich der psychometrischen Instrumente läßt sich sagen, daß der GGB ein gering abstrahierendes und betont änderungssensitives Meßinstrument darstellt. Der FAPK hingegen ist keine „Symptomliste“ wie der GGB; er dient zur Abklärung der psychischen Struktur des psychosomatisch Erkrankten (orientiert an psychoanalytischen und sozialpsychologischen Theorien), und hat damit gewissermaßen ein höheres Abstraktionsniveau sowie eine jedenfalls geringere Änderungssensitivität als der GGB. Stark verkürzt bzw. pointiert läßt sich festhalten, der FAPK erfasse „psychische Strukturen“, der GGB hingegen „Symptome“. Beide Testverfahren sind nicht normiert; es wurden die resultierenden Rohscores verrechnet.

Patientenstichprobe

Die Stichprobe bestand aus 173 Patienten (136 Frauen und 37 Männer). Das Alter reichte von 17 bis 58 Jahre

(Altersdurchschnitt: 34 Jahre). Für die gruppenstatistische Auswertung wurden 5 Altersgruppen gebildet (unter 20 Jahre, 20–29 Jahre, 30–39 Jahre, 40–49 Jahre, über 49 Jahre). Die Diagnosen der Patienten zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme zur stationären Behandlung (nach ICD-9 codiert) wurden zu 5 Diagnose-Clustern aggregiert (1. Eßstörungen, 2. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen [Morbus Crohn, Colitis ulcerosa], 3. psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn, 4. funktionelle Syndrome, 5. Depression). Die Patienten mit der Diagnose einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung wurden dabei aus speziellem Forschungsinteresse des Departments als gesonderte Gruppe psychosomatischer Erkrankungen im engeren Sinne ausgewertet.

Statistische Analyse

Aus den Itembeantwortungen in den Verfahren GBB und FAPK wurden die jeweiligen Skalenrohrechneret. In die inferenzstatistischen Analysen auf Testskalenebene wurden ausschließlich jene Patienten eingeschlossen, welche alle Items der jeweiligen Testskala beantwortet hatten. Da insgesamt in etlichen Fällen Items uneindeutig beantwortet oder ausgelassen wurden, verminderte sich die jeweilige Fallzahl in den Auswertungen für Untergruppen der Stichprobe entsprechend.

Die Prätest-Posttest-Differenzen in den Testskalenscores wurden nicht mit dem adäquaten parametrischen statistischen Verfahren (t-Test für abhängige Stichproben) zufalls-kritisch abgesichert, da teilweise die Voraussetzungen (Normalverteilung der Meßwertdifferenzen, minimal erforderliche Fallzahl) nicht erfüllt waren und die Intervallskaliertheit der Skalenscores von nach der klassisch-deterministischen Testtheorie konstruierten psychometrischen Verfahren generell fraglich ist (alle Testmeßwerte wurden aus diesem Grund – sozusagen „zweckpessimistisch“ – einheitlich als bloß ordinalskaliert angesehen).

Zur Anwendung kam deswegen das (zum t-Test für abhängige Stichproben homologe) nicht-parametrische Verfahren (Wilcoxon Matched Pairs Signed Ranks-Test), welches weit aus schwächere Annahmen unterstellt, bei nicht wesentlich geringerer statistischer Testpower.

Die Konfundierung der (Personen-)Variablen Geschlecht, Altersgruppe und Diagnosegruppe wurde (jeweils bivariat) mit Kreuztabellen ($r \times c$ -Kontingenztafeln) überprüft, multivariat mit einer multiplen Korrespondenzanalyse (HOMALS; vgl. SPSS Inc., 1994).

Bei allen durchgeführten inferenzstatistischen Tests (Wilcoxon-Tests, Kreuztabellen) wurde der resultierende Signifikanzwert nicht herkömmlich (d.i. auf „asymptotische“ Weise) berechnet, sondern mit einem numerisch intensiven State of the Art-Verfahren (Monte Carlo-Methode), welches auch unter ungünstigen Verhältnissen im Datensatz (d.s. kleine Fallzahlen, unbalancierte, stark gebundene oder „dünn“ Daten) sehr genaue und – wichtiger noch – biasfreie Schätzungen des resultierenden „exakten“ Signifikanzwertes ermöglicht (vgl. Mehta und Patel, 1995). Alle berichteten Signifikanzwerte sind „exakte“ (berechnet auf der Basis von $n = 100.000$ zufällig gezogenen Samples aus dem Referenzraum aller durch Permutation der jeweils beobachteten Daten überhaupt möglichen Datenanordnungen); zusätzlich wurden 99,9%ige Konfidenzintervalle für die Signifikanzwerte berechnet (hier nicht wiedergegeben).

Statistisch signifikante Änderungen müssen nicht unbedingt auch schon praktisch bedeutsam (bzw. hier: klinisch signifikant) sein – insbesondere dann, wenn es sich um psychometrische Daten handelt (die hier die ausschließliche Be-

urteilungsgrundlage für Veränderungen durch das sechswöchige stationäre Therapiesetting darstellen). Für alle Testskalen des FAPK und des GBB wurde deshalb auch ein einfaches Effektstärkenmaß (ES) berechnet (die Differenz aus „Gruppenmittelwert nachher“ und „Gruppenmittelwert vorher“, dividiert durch die „Standardabweichung vorher“). Die Effektstärken quantifizieren somit pro Testskala das Ausmaß der Änderung während der sechs Wochen des stationären Therapieaufenthalts in Anteilen bzw. Einheiten der jeweiligen Standardabweichung der Meßwerte der gleichen Testskala zu Beginn der Therapie. Damit werden Testskalen, die wegen unterschiedlicher Itemzahl auch unterschiedliche Wertbereiche haben, direkt vergleichbar.

Da die Effektstärken nur abhängig sind vom Ausmaß der Veränderung zwischen Prätest und Posttest, ausgedrückt in Einheiten der jeweiligen Meßwertestreuung im Prätest, sind sie vom jeweiligen Ausgangsniveau („Level“) der Meßwerte unabhängig. Dies ist insofern wichtig und für die Beantwortung der Frage einer personengruppenspezifischen (differentiellen) Wirksamkeit von Bedeutung, da es zum einen sehr plausibel ist, daß unterschiedliche Personengruppen durchaus unterschiedliche Ausgangsniveaus aufweisen (z.B. daß Männer tendenziell höhere Scores auf der FAPK-Skala „Aggression“ erzielen als Frauen, oder daß Patienten der Diagnosegruppe „funktionelles Syndrom“ höhere Scores auf der GBB-Skala „Herzbeschwerden“ erzielen als alle anderen Diagnosegruppen etc.), und zum anderen, weil aus beiden Tests jeweils die Rohwerte zur Auswertung herangezogen werden mußten (und nicht standardisierte Scores aus einer personengruppenspezifischen Testnormierung, in denen solche „Level“-Unterschiede für verschiedene Personengruppen bereits nivelliert wären).

Die einzelnen Effektstärken sind im weiteren via einfacher (oder auch gewichteter) Durchschnittsbildung zu einem Gesamtmaß (integrierte Effektstärke) zusammenfaßbar (vgl. Grawe et al., 1994, S. 47f; Strauß und Wittmann, 1996, S. 525). Aus empirisch-sozialwissenschaftlicher Sicht (d.h., nicht auf den engeren Bereich von Psychotherapieforschung, sondern auf den weiteren der Evaluation bezogen) werden Effektstärken aus Änderungsmessungen zwischen zwei Meßzeitpunkten von -0.20 als „klein“, -0.50 als „mittel“ und -0.80 als „groß“ klassifiziert (Bortz und Döring, 1995, S. 568). In der schon klassischen Meta-Analyse zur Psychotherapieforschung von Smith et al. (1980) resultierte eine (hohe) durchschnittliche Effektstärke von $ES = 0.85$ für die Wirksamkeit von Psychotherapie (aus 1 765 berechneten Einzeleffekten in 475 Psychotherapie-Wirksamkeitsstudien zu verschiedensten psychotherapeutischen Schulen und Methoden).

Die vorliegende Studie ist im übrigen geeignet, in quantitative Meta-Analysen einbezogen zu werden (da die den Effektstärken zugrundeliegenden Mittelwerte M und Standardabweichungen SD und auch die jeweiligen Fallzahlen N in den nachfolgenden Tabellen vollständig wiedergegeben sind).

Für die Tabelle 2 und die Abb. 2–16 des Ergebnisteils wurde das jeweilige Vorzeichen für die (nach oben gegebener Formel) berechneten Effektstärken dann vertauscht, wenn Testskalen inhaltlich so gepolt waren, daß ein Ansteigen der Scores eine Verschlechterung implizierte. Bezüglich des FAPK wurde dabei für die untersuchte Patientengruppe unterstellt, daß eine Verringerung der Scores für die Skalen soziale Anpassung, Aggressionsfähigkeit, Regression und Abwehr sexueller Empfindungen am Ende der Behandlung eine Verbesserung darstellt, ebenso eine Score-Erhöhung auf der Skala Aggression. Verringerungen auf allen GBB-Skalen sind positiv (Symptomreduktion). Alle weiter unten mitgeteilten Effektstärken mit positivem Vorzeichen sind somit Verbesserungen, alle mit negativem Vorzeichen Verschlechterungen im Therapiezeitraum.

Gemäß den wissenschaftlichen Arbeitshypothesen und den klinischen Arbeits Erfahrungen des Therapeutenteams des Psychosomatischen Departments wurde eine differentielle Wirksamkeit des stationären Therapiesettings für die unter-

schiedlichen Ausprägungen der Personenvariablen Geschlecht, Altersgruppe und Diagnosegruppe erwartet. Die Effektstärken für das änderungssensitivere psychometrische Verfahren, den GBB, sollten über alle Auswertungsgruppen höher ausfallen als jene für die FAPK-Skalen, welche, da „psychische Struktur“ erfaßt wird, in einem Zeitraum von sechs Wochen weniger änderungssensitiv sein sollten.

Der Frage einer differentiellen Wirksamkeit des Therapieangebots für die verschiedenen (durch die Personenvariablen Alter, Geschlecht und Diagnosegruppe definierten) Untergruppen der Patientstichprobe (bzw. auch Wechselwirkungen zwischen diesen Variablen) wurde – abgesehen von der Berechnung subgruppenspezifischer Effektstärken – durch eine weiterführende mehrfaktoriell-varianzanalytische Auswertung nachgegangen: Dazu wurden für jede der Testskalen des FAPK und des GBB dreifaktorielle Kovarianzanalysen mit Meßwiederholungsfaktor („mixed model“-Design) durchgeführt. Den Meßwiederholungsfaktor („within-subjects factor“) bildeten dabei die zwei Testzeitpunkte (Prätest, Posttest), die zwei „between-subject factors“ – welche in vollständiger Kombination 10 Zellen des Designs bildeten – waren Geschlecht (zweistufig) und Diagnosegruppe (fünfstufig), und die Altersinformation (in Jahren, nicht aggregiert zu Altersgruppen) wurde als Kovariate in die Analyse einbezogen. Den Ergebnissen dieser zusätzlichen Analysen kann jedoch lediglich explorativer und hypothesengenerierender Charakter zugesprochen werden, da die Daten in einzelnen Fällen Verfahrensvoraussetzungen (Varianzhomogenität, Box’s M-Test) nicht erfüllten, das Verhältnis von Zellenzahl ($2 \times 5 = 10$) und Stichprobengröße ($n = 173$) ungünstig war, und – determiniert durch das klinische Faktum der Konfundierung der Subjektvariablen Geschlecht, Alter und Diagnosegruppe – die Besetzungszahlen der 10 Zellen innerhalb dieses Designs ausgesprochen unbalanciert ausfallen mußten (vor allem die Diagnosegruppe „Eßstörungen“ war, der Erwartung gemäß, mit der Ausprägung „weiblich“ der Geschlechtsvariable konfundiert u.a.m.).

3. Ergebnisse

Deskriptivstatistiken, Subjektvariablen

Tabelle 1 zeigt die deskriptivstatistischen Verhältnisse der Stichprobe für die Subjektvariablen Geschlecht und Diagnosegruppe (bei 169 von 173 Patienten lag eine eindeutige diagnostische Information vor). Die Erwartung einer Konfundierung dieser Variablen wurde bestätigt: In der Diagnosegruppe Eßstörungen waren Frauen signifikant überrepräsentiert, in der Diagnosegruppe der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen waren Männer signifikant überrepräsentiert. Die Kreuztabellierung der Merkmale Geschlecht und Diagnosegruppe erbrachte ein statistisch signifikantes Ergebnis

($\chi^2 = 10.08$; $df = 4$; $p = .03826$), das Ausmaß des Zusammenhangs zwischen diesen Variablen betrug $CC = .237$ (Kontingenzkoeffizient). Ebenso war die Kreuztabellierung von Diagnosegruppe und Altersgruppe signifikant ($\chi^2 = 36.69$; $df = 16$; $p = .00218$): Eßstörungen waren in den Altersgruppen unter 20 Jahren und 20–29 Jahre überrepräsentiert, in den Altersgruppen 40–49 Jahre und über 49 Jahre unterrepräsentiert; funktionelle Syndrome waren in der Altersgruppe 20–29 Jahre unterrepräsentiert und in der Altersgruppe 40–49 Jahre überrepräsentiert; die Diagnosegruppe Depression war in der Altersgruppe 20–29 Jahre unterrepräsentiert und in der Altersgruppe über 49 Jahre überrepräsentiert. Der Zusammenhang von Diagnose- und Altersgruppe erreichte $CC = .423$. Die Kreuztabellierung der Variablen Geschlecht und Altersgruppe verfehlte zwar das Signifikanzniveau ($\chi^2 = 6.44$; $df = 4$; $p = .16843$; $CC = .190$), doch läßt sich festhalten, daß in der Altersgruppe von 30–39 Jahren Männer überrepräsentiert waren und die Frauen im Schnitt jünger waren und verstärkt den beiden untersten Altersgruppen – unter 20 Jahre und 20–29 Jahre – angehörten.

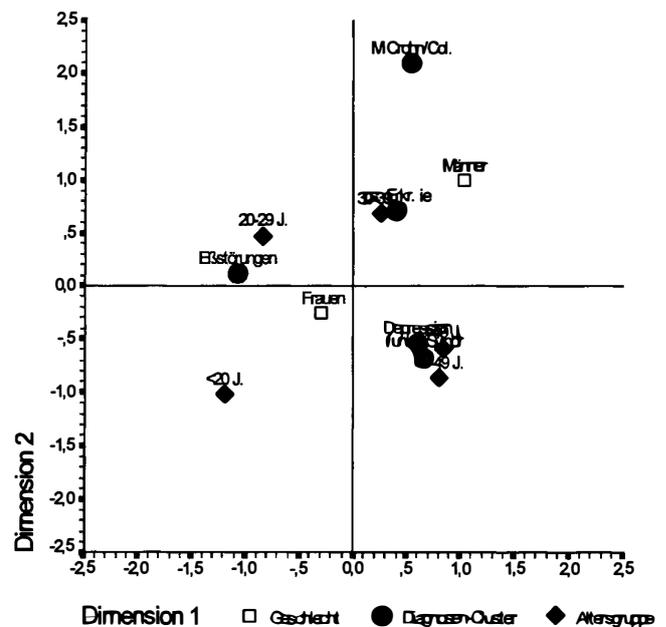


Abb. 1. Multiple Korrespondenzanalyse (HOMALS) über die Personenvariablen Geschlecht, Diagnosegruppe und Altersgruppe; Kategorienquantifikation einer zweidimensionalen Lösung

Tabelle 1. Verteilung der Diagnose-Cluster in der Gesamtstichprobe sowie für Frauen und Männer getrennt

Gesamt (n = 169)	Diagnosen-Cluster				
	Cluster I n = 59 (34.9%)	Cluster II n = 13 (7.7%)	Cluster III n = 21 (12.4%)	Cluster IV n = 50 (29.6%)	Cluster V n = 26 (15.4%)
Frauen	n = 53	n = 7	n = 15	n = 38	n = 20
Männer	n = 6	n = 6	n = 6	n = 12	n = 6

Cluster I Eßstörungen; Cluster II chronisch-entzündliche Darmerkrankungen; Cluster III psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn; Cluster IV funktionelle Syndrome; Cluster V Depression

Tabelle 2. Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) für Prätest und Posttest der Testskalen von FAPK und GBB, Fallzahl (N), Monte Carlo-basierte Signifikanzwerte (MC-p) der Wilcoxon-Tests und Effektstärken (ES) für die Prä-Post-Veränderung in der gesamten Patientenstichprobe (n = 173)

Skala	Prätest		Posttest		N	Prä-Post-Veränderung	
	M	SD	M	SD		MC-p	ES
FAPK							
Realitätsbezug	14.13	5.23	17.54	4.90	142	< 10 ⁻⁴	.65
Fantasie	9.30	3.79	10.23	3.70	142	< 10 ⁻⁴	.25
Emotionale Beziehungsleere	8.79	4.84	8.35	4.97	142	.0398	.18
Soziale Anpassung	6.27	3.25	5.68	3.13	142	.0018	.18
Aggression	3.63	2.68	4.08	2.66	142	.0157	.17
Aggressionsunfähigkeit	4.30	2.61	3.42	2.67	142	< 10 ⁻⁴	.34
Hypochondrie	8.58	3.68	8.45	3.87	142	.2765	.04
Regression	8.48	3.86	7.94	3.79	142	.0157	.14
Abwehr sexueller Empfindungen	6.57	4.24	6.46	4.32	142	.8424	.03
Belastungsfaktoren	15.44	3.60	14.97	3.28	142	.0173	.13
GBB							
Erschöpfungsneigung	11.00	5.71	7.32	5.23	115	< 10 ⁻⁴	.64
Magenbeschwerden	6.58	5.12	4.56	4.68	109	< 10 ⁻⁴	.39
Gliederschmerzen	10.21	5.53	7.59	5.15	119	< 10 ⁻⁴	.47
Herzbeschwerden	6.57	5.66	4.43	4.41	114	< 10 ⁻⁴	.38
Beschwerdedruck	32.73	16.52	22.64	15.54	89	< 10 ⁻⁴	.61

Die Konfundierung der genannten 3 Personenvariablen zeigt sich noch deutlicher in einer zusätzlich durchgeführten multiplen Korrespondenzanalyse (HOMALS; vgl. SPSS Inc., 1994). Abbildung 1 gibt die daraus resultierenden Kategorienquantifikationen (einer zweidimensionalen HOMALS-Lösung) wieder. Deutlich sichtbar ist daraus die Affinität (ausgedrückt durch die räumliche Nähe) der Diagnosegruppe Essstörungen zu den Altersgruppen der 20–29jährigen bzw. unter 20jährigen und zu den Frauen, die Affinität der Diagnosegruppen psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen zur Altersgruppe der 30–39jährigen und zu den Männern, sowie die Affinität der Diagnosengruppen funktionelle Syndrome und Depression zu den Altersgruppen der 40–49jährigen bzw. über 49jährigen und zu den Frauen.

Veränderungen in der gesamten Patientenstichprobe

Der Vergleich der Meßzeitpunkte (Tabelle 2) zeigt für alle FAPK-Skalen – mit Ausnahme der Skalen „Hypochondrie“ und „Abwehr sexueller Empfindungen“ – hochsignifikante bzw. signifikante Verbesserungen nach der psychosomatischen Behandlung. Der Vergleich der GBB-Skalen zeigt eine hochsignifikante Beschwerdereduktion in allen Bereichen vegetativer Beschwerden mit Effektstärken zwischen 0.38 und 0.64.

Geschlechtsspezifische Veränderungen

Für die Männer (n = 37) zeigen sich signifikante Verbesserungen lediglich für die FAPK-Skalen „Realitäts-

bezug“ (p = 0.037; ES = 0.48) und „Soziale Anpassung“ (p = 0.01; ES = 0.29). Hingegen zeigen sich für die Frauen (n = 136) für die meisten FAPK-Skalen hochsignifikante bzw. signifikante Verbesserungen, außer für die Skalen „Emotionale Beziehungsleere“, „Hypochondrie“ und „Abwehr sexueller Empfindungen“. Der Vergleich der vegetativen Beschwerden zeigt für die Männer und Frauen eine hochsignifikante Beschwerdereduktion. Die Effektstärken der Skalen beider Meßinstrumente liegen bei den Frauen im Vergleich mit jenen der Männer allgemein höher, teilweise beachtliche Höhen erreichend: ES = 0.71 für die Skala „Erschöpfungsneigung“, ES = 0.69 für die Skala „Realitätsbezug“. Aufgrund der Ergebnisse profitieren die Frauen vom Behandlungsangebot deutlicher als die Männer.

Altersgruppenspezifische Veränderungen

Für alle 5 Altersgruppen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen Beginn und Ende der psychosomatischen Behandlung für die Skala „Realitätsbezug“ (mit ES zwischen 0.57 und 0.80).

Die unter 20jährigen Patienten zeigen nach der Behandlung einen signifikant verbesserten Realitätsbezug (p = 0.0035; ES = 0.67). Der Vergleich der GBB-Skalen zeigt, daß die Änderung vegetativer Beschwerden in allen Bereichen das Signifikanzniveau verfehlt (die entsprechenden ES reichen von Stagnation – 0.04 bezüglich „Herzbeschwerden“ – bis in mittlere Höhen – 0.51 bezüglich „Erschöpfungsneigung“).

Für die 20–29jährigen Patienten gewinnt die signifikante Zunahme an Ich-Stärke (Skala „Realitätsbezug“:

$p = 0.0003$; $ES = 0.65$), zusammen mit einer signifikanten Verbesserung, der Situation entsprechend angemessenen aggressiv zu reagieren (Skala „Aggressionsunfähigkeit“: $p = 0.003$; $ES = 0.42$), ebenfalls eine wichtige klinische Aussagekraft. Das autoaggressive Verhalten dieser Patienten hat nach der Behandlung abgenommen. Bei dieser Altersgruppe zeigt sich eine ebenfalls signifikante (oder zumindest das statistische Trendniveau von $p < 0.10$ unterschreitende) Beschwerdereduktionen in allen Bereichen des GBB.

Für die Altersgruppe der 30–39-jährigen und 40–49-jährigen kann man neben der höchstsignifikant verbesserten Ich-Stärke (jeweils $p < 10^{-4}$ für die Skala „Realitätsbezug“) ein signifikant ($p = 0.03$ bzw. $p = 0.01$) weniger angepaßtes Verhalten erkennen, sowie eine signifikante Abnahme ($p = 0.008$) der Belastungsfaktoren für die 30–39-jährigen und eine signifikante Verbesserung ($p = 0.04$), angemessen aggressiv zu reagieren, bei den 40–49-jährigen. Hinsichtlich der 5 GBB-Skalen nehmen für die 30–39-jährigen Patienten die vegetativen Beschwerden signifikant ab (ES von 0.40 bis 0.76); ebenso für die Altersgruppe 40–49 Jahre (ES von 0.48 bis 0.81).

Für die Gruppe der über 49-jährigen zeigt sich eine signifikant verbesserte Ich-Stärke (FAPK-Skala „Realitätsbezug“: $p = 0.001$; $ES = 0.80$) nach der Behandlung. Den GBB-Ergebnissen folgend, fühlen sich die Patienten in allen Bereichen außer „Magenbeschwerden“ signifikant besser (die ES liegen hier zwischen 0.19 und 0.50).

Diagnosegruppenspezifische Veränderungen

Allgemein läßt sich für die FAPK-Testprofile der 5 Diagnose-Cluster feststellen: Vor der Behandlung erreichen die depressiven Patienten (Diagnose-Cluster V) die höchsten Werte in den „klinischen“ Skalen (außer für die Skala „Hypochondrie“) im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen, wobei der Wert für die Skala „Realitätsbezug“ ($M = 11.35$) hier gleichzeitig am niedrigsten ist.

Im Kontrast steht das FAPK-Testprofil der Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (Morbus Crohn/Colitis ulcerosa; Diagnose-Cluster II). Diese zeigen die niedrigsten Werte für die „klinischen“ Skalen, zusammen mit dem höchsten Wert für die Skala „Realitätsbezug“ ($M = 19.00$). – In diesem Zusammenhang wird im FAPK-Manual ausgeführt, daß die Veräußerung psychischer Konflikte durch die somatische Ausdrucksform zu einem gegenüber der neurotischen Ausdrucksform stabileren Realitätsbezug führt, der den Ansprüchen des Alltags gerechter wird (Koch, 1981, S. 49).

Der Wert für die Skala Realitätsbezug ($M = 13.60$) für die Patienten mit Eßstörungen (Diagnose-Cluster I) liegt deutlich über dem Wert der depressiven Patienten, steigt dann minimal für die Patienten mit funktionellen Syndromen (Diagnose-Cluster IV: $M = 14.50$) an, und weiter für die Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinn (Diagnose-Cluster III: $M = 15.38$). Diese Werte sprechen in der angeführten Reihenfolge für einen neurotisch gestörten bis mäßig gelungenen Realitätsbezug bei den Patienten mit psy-

chosomatischen Erkrankungen im engeren Sinn und einem gelungenen Realitätsbezug für Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa.

Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Meßzeitpunkten zeigen sich bei den Diagnose-Clustern Eßstörungen und Depression für die FAPK-Skala „Realitätsbezug“ ($p < 10^{-4}$ bzw. $p = 0.0001$; mit ES von 0.66 bzw. 0.98), ebenfalls für die Skala „Aggressionsunfähigkeit“ bei der Gruppe der Eßstörungen ($p = 0.0006$; $ES = 0.41$) und für die depressiven Patienten ($p = 0.01$; $ES = 0.57$) sowie für die Skala „Fantasie“ (Cluster Eßstörung: $p = 0.03$; Cluster Depression: $p = 0.001$).

Im Vergleich zum Beginn der psychosomatischen Behandlung hat das autoaggressive Verhalten der Patienten mit der Diagnose Eßstörung weniger deutlich gegenüber den Patienten mit der Diagnose Depression abgenommen.

Der GBB zeigt für beide Diagnosegruppen eine signifikante Beschwerdereduktion in allen Bereichen vegetativer Beschwerden.

Bei den Ergebnissen der Veränderungsmessung in bezug auf die Diagnosegruppe II (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen) zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Meßzeitpunkten für die Skala „Abwehr sexueller Empfindungen“ ($p = 0.02$), allerdings in negativ zu interpretierender Richtung (mit einer mittelhohen Effektstärke von -0.66): Nach der Behandlung nimmt die Unterdrückung von Triebwünschen signifikant zu. Dieses Ergebnis verändert das vor der Behandlung „auffällig“ unauffällige FAPK-Testprofil und liefert somit einen Hinweis auf das zugrundeliegende Konfliktgeschehen. In diesem Sinne konnten die Patienten für das psychische Konfliktgeschehen bzw. -bewußtsein sensibilisiert werden, welches sie entsprechend abwehren müssen. In diesem Zusammenhang liegt die Vermutung nahe, daß diese Patienten ihre Triebwünsche mit einem gelungenen Realitätsbezug kompensieren, der wenig Spielraum für eine differenzierte Ich-Leistung läßt.

Nach der Behandlung bessern sich die vegetativen Beschwerden (mit Ausnahme der GBB-Skala „Herzbeschwerden“), die Ergebnisse erreichen jedoch nicht das Signifikanzniveau. Die Erschöpfungsneigung nimmt nach der Behandlung signifikant ab ($p = 0.04$; $ES = 0.82$).

Bezüglich der Ergebnisse der Veränderungsmessung der Diagnosegruppe IV (funktionelle Syndrome) zeigt der Vergleich der beiden Meßzeitpunkte für die Skala „Realitätsbezug“ einen höchstsignifikanten Unterschied ($p < 10^{-4}$; $ES = 0.61$). Daneben lassen sich ebenfalls signifikante Unterschiede für die Skalen „soziale Anpassung“ ($p = 0.01$) und „Regression“ ($p = 0.04$) feststellen. Die Tendenz der Patienten, sich zunehmend selbständiger und weniger stark angepaßt zu verhalten, lassen in Zusammenhang mit einer signifikant verbesserten Ich-Stärke darauf schließen, daß sich das aggressiv-appellative Verhalten gegenüber der Umwelt nach der Behandlung verändert hat. Alle vegetativen Beschwerden haben zum Zeitpunkt der Beendigung der psychosomatischen Behandlung signifikant (ES von 0.48 bis 0.73) abgenommen.

Die Ergebnisse der Veränderungsmessung in der Diagnosegruppe III (psychosomatische Erkrankungen im

engeren Sinn) zeigen eine signifikante Besserung lediglich für die FAPK-Skala „Realitätsbezug“ ($p = 0.01$; $ES = 0.60$). Über eine mögliche Wirkung auf das Konfliktgeschehen kann in diesem Zusammenhang keine Aussage gemacht werden. Der Vergleich der Skalen des GBB zeigt signifikante Abnahmen bezüglich „Erschöpfungsneigung“ ($p = 0.001$) und „Beschwerdedruck“ ($p = 0.02$), denen ausgesprochen hohe Effektstärken (0.98 für „Erschöpfungsneigung“ und 1.09 für „Beschwerdedruck“) korrespondieren.

Wechselwirkungen zwischen den Auswertungsvariablen Geschlecht, Altersgruppe und Diagnosen-Cluster in bezug auf die Prä-Post-Veränderungen (mehrfaktorielle Auswertung)

Für jede der Testskalen wurde eine mehrfaktorielle Auswertung (dreifaktorielle Kovarianzanalysen; Tabelle 3) durchgeführt, um etwaige Wechselwirkungen zwischen Personenvariablen (Geschlecht, Diagnosegruppe, Alter) hinsichtlich der Wirksamkeit des Therapieangebots aufdecken zu können (im Sinne von „moderierenden Personenvariablen“ bzw. einer „differentiellen Wirksamkeit“). Unterschiedlich zu den ansonsten referierten altersgruppenspezifischen Auswertungen wurde dabei die genaue Altersinformation über die Patienten als Kovariate in die mehrfaktoriell-varianzanalytische Auswertung einbezogen. Da der analysierte Datensatz in den meisten Fällen die Voraussetzungen für dieses parametrische inferenzstatistische Verfahren nicht erfüllte und außerdem (parametrische Auswertung) mindestens Intervallskaliertheit der Testwerte implizit unterstellt wird, kommt den interpretativen Ausführungen zu Tabelle 3 lediglich explorativer Charakter zu.

Die ersten 3 Spalten der Tabelle 3 – „C(p) prä“, „C(p) post“, „Box's M (p)“ – enthalten die Resultate der Überprüfung der Verfahrensvoraussetzungen (Cochran-Test auf Varianzhomogenität, Box's-M-Test auf Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrizen), wobei Werte < 0.05 jeweils eine signifikante Verletzung einer Voraussetzung bedeuten (was bei fast allen durchgeführten Kovarianzanalysen der Fall war).

Die folgenden 10 Spalten („cell 1“ bis „cell 10“ bzw. „1.1“ bis „2.5“) enthalten die gruppenspezifischen Mittelwerte aus Prätest und Posttest (untereinanderstehend) für die 10 Kombinationen aus Geschlecht und den 5 Diagnosegruppen ($2 \times 5 = 10$). Dabei beziehen sich die mit „1.1“ bis „1.5“ bezeichneten Spalten auf die Männer in der Stichprobe, die folgenden Spalten, mit „2.1“ bis „2.5“ bezeichnet, auf die Frauen in der Stichprobe. Die Numerierung der 5 Diagnose-Cluster folgt der hier bereits geläufigen (s. Legende zu Tabelle 1). – Das bedeutet, daß sich z.B. in der Spalte „cell 8“ (bzw. „2.3“) von Tabelle 3 die Prätest- und Posttest-Mittelwerte der Frauen der Diagnosegruppe III (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn) befinden; für die GBB-Testskala „Erschöpfungsneigung“ betrug der Mittelwert in dieser Gruppe vor der Behandlung 12.15, hingegen nach der Behandlung 6.00.

Die restlichen 8 Spalten der Tabelle enthalten die Signifikanzwerte (p) der aus den Kovarianzanalysen resultierenden Effekte bzw. ihrer Wechselwirkungen, unterteilt nach „between-subjects-factors“-Effekten (Geschlecht, Diagnose, Altersinformation als Kovariate; inkl. der Wechselwirkung zwischen diesen Effekten) einerseits, und „within-subjects-

factor“-Effekten (d.i. die Veränderungsmessung Prä-Post über die Personen; inkl. der Wechselwirkungen zwischen diesem Faktor und allen anderen Faktoren) andererseits.

Die Ergebnisse der explorativ durchgeführten Kovarianzanalysen lassen sich (entsprechend den letzten 8 Spalten von Tabelle 3) wie folgt interpretieren:

1. „Regression (Kovariate Alter)“: Das Alter der Patienten hat nur für die FAPK-Skala „Soziale Anpassung“ und die GBB-Skala „Herzbeschwerden“ eine Bedeutung – im Sinne von altersbedingten Unterschieden in der Ausprägung der Testscores – was auch inhaltlich ein plausibles Ergebnis darstellt.
2. „Geschlecht“: Es gibt generell keinerlei „globalen“ Geschlechtsunterschiede bezüglich der Ausgangslevels auf den Testskalen (z.B.: die Patientinnen zeigen keine signifikant höhere „Erschöpfungsneigung“ als die Patienten).
3. „Diagnose“: Es gibt allerdings bezüglich 4 von 5 GBB-Skalen und auf 1 (von 10) FAPK-Skalen signifikante Ausgangsunterschiede zwischen den 5 Diagnose-Clustern.
4. „Geschlecht x Diagnose“: Bei einer GBB-Skala liegt eine signifikante Wechselwirkung dieser beiden Faktoren (Personenvariablen) vor (d.h., die Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen sind hier außerdem noch geschlechtsspezifisch).
5. „Prä-Post“: Bezüglich aller GBB-Skalen und 3 von 10 FAPK-Skalen sind die Änderungen zwischen erster und zweiter Messung statistisch signifikant.
6. „Prä-Post x Geschlecht“: Das Ausmaß dieser Änderungen ist geschlechtsunabhängig (keine Wechselwirkung zwischen diesen zwei Faktoren).
7. „Prä-Post x Diagnose“: Das Ausmaß dieser Änderungen ist nur bei der GBB-Skala „Herzbeschwerden“ diagnosegruppenabhängig, für alle anderen Testskalen nicht.
8. „Prä-Post x Geschlecht x Diagnose“: Es ist keine dreifache Wechselwirkung dieser Faktoren feststellbar (d.h., das Ausmaß der Prätest-Posttest-Änderungen ist nicht für gewisse Kombinationen aus Geschlecht und Diagnosegruppe unterschiedlich).

Aufgrund der Ergebnisse läßt sich zusammenfassend feststellen:

- a. Die Ausgangsbedingungen („psychische Struktur“ und Symptome vor Therapiebeginn, erhoben mit FAPK und GBB) für unterschiedlich alte Patienten und auch für Männer und Frauen sind vergleichbar (statistisch nicht signifikant voneinander verschieden), nicht aber das Ausmaß der Symptome vor Therapiebeginn, vergleicht man die Diagnosegruppen.
- b. Die Besserungen nach der sechswöchigen Behandlung erreichen „overall“ ein (statistisch, klinisch und praktisch) bedeutsames Maß, betreffen aber weitaus stärker eine Symptomreduktion in allen Bereichen als Verbesserungen in der „psychischen Struktur“ (mit Ausnahme einer höheren Ich-Stärke, Fantasiefähigkeit und der Fähigkeit, sich situativ angemessen durchsetzen zu können).
- c. Hinweise auf eine differentielle Wirksamkeit der Therapie für Kombinationen aus Geschlecht und Diagnosegruppe (im Ausmaß unterschiedliches „Profitieren“ von der Behandlung) finden sich in parametrischer mehrfaktorieller Auswertung (Kovarianzanalysen) nicht bzw. nur in bescheidenem Ausmaß. Allerdings wird dieses Ergebnis durch die Verletzung diverser statistischer Verfahrensvoraussetzungen und auch durch die relativ kleinen (Pati-

Tabelle 3. Mehrfaktorielle parametrische Auswertung (ANCOVA): Kovarianzanalysen mit Meßwiederholung (1 within-subjects-factor = Prätest / Posttest; 2 between-subjects-factors: Geschlecht, Diagnosen-Cluster; 1 konstante Kovariate = Alter); s. nähere Erläuterungen im Text

Skala	Between subjects factors-Effekte (p)										Within subjects factor-Effekte (p)										
	C(p) prä	C(p) post	Box's M (p)	cell 1	cell 2	cell 3	cell 4	cell 5	cell 6	cell 7	cell 8	cell 9	cell 10	Regres- sion (Kovari- ate Alter)	Ge- schlecht x Dia- gnose	Dia- gnose x Dia- gnose	Ge- schlecht x Dia- gnose	Prä-Post x Ge- schlecht	Prä-Post x Dia- gnose	Prä-Post x Ge- schlecht x Dia- gnose	
				(=1.1) prä- post	(=1.2) prä- post	(=1.3) prä- post	(=1.4) prä- post	(=1.5) prä- post	(=2.1) prä- post	(=2.2) prä- post	(=2.3) prä- post	(=2.4) prä- post	(=2.5) prä- post								
FAPK																					
Realitätsbezug	.126	1.000	.361	17.00 19.25	19.17 19.67	15.50 16.50	15.27 17.17	10.17 15.80	13.27 17.28	18.86 20.17	15.53 18.54	14.27 17.31	11.70 16.17	.91	.85	.03	.75	.00	.91	.07	.46
Fantasie	.047	.004	.467	9.00 8.75	9.17 11.67	11.83 10.50	11.64 10.25	8.17 9.80	9.63 10.88	6.86 9.83	9.00 9.08	9.38 10.40	7.80 9.39	.49	.53	.37	.80	.03	.17	.18	.68
Emotionale Beziehungsleere	.577	.008	.156	8.60 10.00	7.17 11.00	10.00 8.25	8.27 7.42	9.17 8.40	8.98 9.05	4.57 4.33	8.87 7.08	9.00 9.03	9.35 8.28	.50	.44	.88	.69	.37	.89	.42	.76
Soziale Anpassung	.244	.406	.417	4.80 6.25	6.50 4.67	5.83 6.25	6.45 5.08	7.17 5.60	5.50 4.63	7.14 6.17	7.07 6.38	6.54 6.11	6.75 7.33	.02	.75	.84	.97	.13	.92	.79	.09
Aggression	.029	.319	.973	2.60 4.00	2.67 2.00	3.83 5.25	4.45 4.00	3.83 5.00	3.63 4.05	3.00 3.83	3.27 3.85	3.86 3.83	4.10 4.72	.09	.68	.77	.84	.09	.46	.55	.99
Aggressions- unfähigkeit	1.000	.010	.534	2.80 1.75	3.33 4.33	3.17 2.50	3.27 2.83	4.50 3.60	4.67 3.53	2.00 1.33	4.40 4.23	4.35 3.83	4.90 3.50	.79	.26	.60	.41	.02	.76	.64	.84
Hypochondrie	.670	1.000	.754	3.40 4.25	7.50 8.67	7.00 8.00	8.18 8.50	9.00 9.20	8.15 7.65	8.43 8.50	8.60 8.77	10.22 9.80	8.95 8.72	.50	.19	.13	.39	.36	.26	.88	.74
Regression	.013	.096	.288	5.20 9.50	5.83 5.67	7.73 7.75	7.09 6.92	8.67 8.00	8.27 7.81	6.00 6.83	9.13 6.77	9.30 8.23	10.00 9.83	.81	.41	.49	.96	.68	.40	.67	.14
Abwehr sexueller Empfindungen	.064	.164	.028	3.20 3.75	4.00 6.00	6.00 6.75	4.36 4.58	6.33 6.00	7.50 7.23	4.71 6.67	7.00 6.92	6.86 6.63	7.30 6.50	.21	.13	.76	.72	.24	.45	.14	.78
Belastungs- faktoren	.024	.164	.372	14.00 15.50	14.00 17.00	14.50 13.00	14.91 13.92	17.00 17.40	16.19 15.60	12.57 11.00	15.27 14.62	15.76 15.29	14.80 14.89	.83	.77	.46	.11	.94	.19	.52	.27
GBB																					
Erschöpfungs- neigung	.426	.566	.321	5.75 5.50	7.50 3.67	10.40 7.67	10.36 7.92	13.50 11.33	10.64 7.26	8.33 4.67	12.15 6.00	11.85 8.10	12.47 8.19	.14	.65	.10	.90	.00	.47	.88	.85
Magen- beschwerden	.001	.003	.010	6.40 2.25	3.60 2.00	7.20 4.00	4.40 2.18	6.83 9.25	7.50 5.89	3.14 2.33	6.54 3.91	5.91 3.78	8.19 5.06	.70	.88	.04	.67	.00	.78	.48	.42
Glieder- schmerzen	.380	.128	.551	3.67 3.00	8.20 5.33	12.20 9.33	7.90 6.09	13.67 14.75	8.96 6.70	7.71 4.83	9.92 7.70	12.79 10.07	11.56 7.47	.25	.88	.01	.01	.00	.94	.92	.28
Herzbeschwerden	.009	.096	.008	3.50 0.50	1.40 1.67	5.60 5.00	9.30 4.64	6.83 7.75	5.59 3.52	1.57 1.83	4.18 5.60	9.55 6.69	9.00 3.78	.03	.92	.02	.76	.00	.97	.01	.61
Beschwerdedruck	.195	.016	.073	22.00 11.25	20.80 12.67	35.40 25.00	31.67 19.82	40.83 46.33	30.95 23.14	18.83 13.67	33.09 16.13	36.43 26.38	39.53 24.67	.49	.72	.01	.33	.00	.84	.43	.67

enten-)Fallzahlen relativiert bzw. kann in diesem Rahmen nicht klar beantwortet werden. Anders ansetzende Auswertungen, vgl. den folgenden Abschnitt und die Abb. 2–16, decken sehr wohl Stichprobensegmente mit differentiell „Therapieprofit“ auf.

Zusammenschau der gruppenspezifischen (differentiellen) Effektstärken der Testskalen

Die Abb. 2–16 enthalten die Effektstärken für jede der insgesamt 15 Skalen von FAPK und GBB für die ausgewerteten Gruppen (Gesamtstichprobe, geschlechts-, altersgruppen- und diagnosegruppenspezifisch).

Aus Gründen leichter optischer Vergleichbarkeit wurde in allen Abbildungen der Wertebereich der Ordinate (Effektstärken ES von -0.80 bis $+1.20$; orientiert an den aufgetretenen Extremwerten) konstant gehalten. Außerdem wurden aus denselben Erwägungen in jeder Abbildung zwei horizontale Referenzlinien eingezeichnet: jeweils eine bei $ES = 0$ (d.h. gruppenspezifisch keine Änderung) und in der Höhe der jeweiligen testskalenspezifischen Effektstärke für die gesamte Stichprobe (Kategorie „Gesamt“).

Insgesamt wurden 195 gruppenbezogene Effektstärkenmaße berechnet. Hier sollen nur die interpretativen Hauptlinien, welche für eine differentielle Wirksamkeit des untersuchten stationären psychosomatischen Therapiesettings in den verschiedenen Untergruppen der Patientenstichprobe sprechen, sichtbar gemacht werden:

1. Für keine Testskala ergab sich für die Gesamtstichprobe eine negative Effektstärke (Verschlechterung), wohl aber für einige Auswertungsgruppen auf einigen Testskalen.

2. Die Effektstärken für die Testskalen variieren bezüglich ihrer Höhe beträchtlich. Allgemein gilt, daß die Effektstärken für das änderungssensitivere Instrument (der „Symptome“ erfassende GBB) höher ausfielen als jene für das weniger änderungssensitive Instrument (der auf „psychische Struktur“ abzielende FAPK). Eine Ausnahme davon bildet die FAPK-Skala „Realitätsbezug“ mit fast durchgehend mittelhohen bis hohen Effektstärken (in der altersgruppenspezifischen Auswertung von 0.57 bis 0.80 , in den diagnosegruppenspezifischen Auswertungen von 0.27 bis 0.98).
3. Für so gut wie alle Testskalen (d.h. Therapie-Evaluationsbereiche) finden sich Patientenuntergruppen, die im Vergleich zu anderen überdurchschnittlich bzw. auch unterdurchschnittlich von der Behandlung profitiert haben.

Die in den Abb. 2–16 wiedergegebenen Effektstärken liegen deutlich unter der von Smith et al. (1980) metaanalytisch ermittelten (hohen) Effektstärke von Psychotherapie ($ES = 0.85$) – die meisten der berechneten Maße fallen in den mittleren positiven Bereich: Dies verwundert nicht und war schon deswegen zu erwarten, da für die untersuchte Patientenstichprobe durchwegs schwere Beeinträchtigungen (chronifizierte psychosomatische Störungen mit zum Teil Organschäden) sowie ein nicht zu übersehender „administrativer Bias“ (eine gewisse Überrepräsentation von „schwierigen Patienten“ mit meist langjähriger Leidensgeschichte und nicht selten mehrfachen ambulanten Therapieversuchen) charakteristisch waren, die Evaluation einen kurzen Zeitraum betraf und lediglich auf einer Datenebene, verbalen Selbstreportdaten, aufbaute (subjektives Änderungsausmaß nach sechs Wochen).

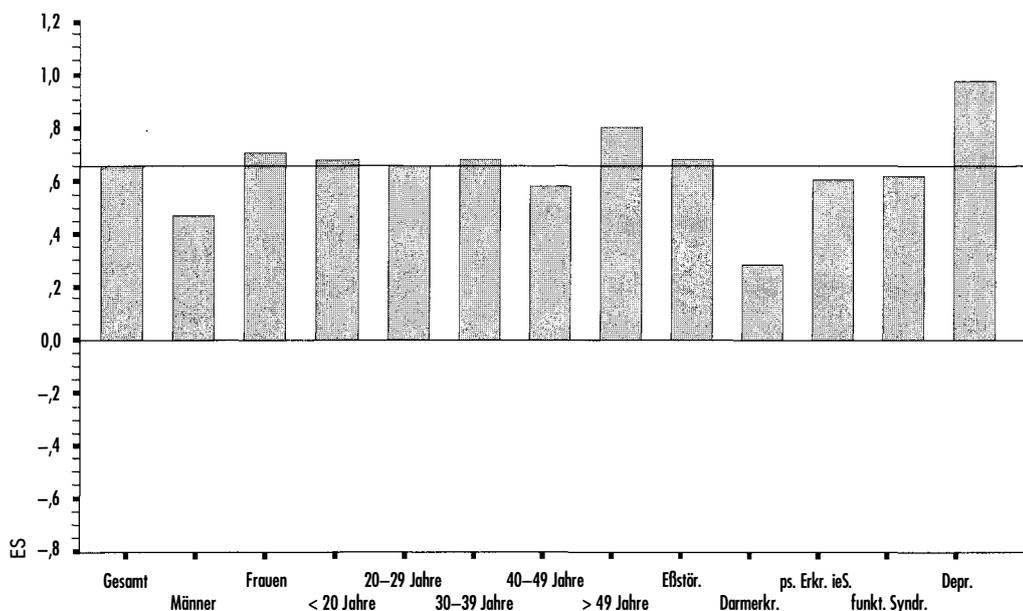


Abb. 2. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Realitätsbezug“

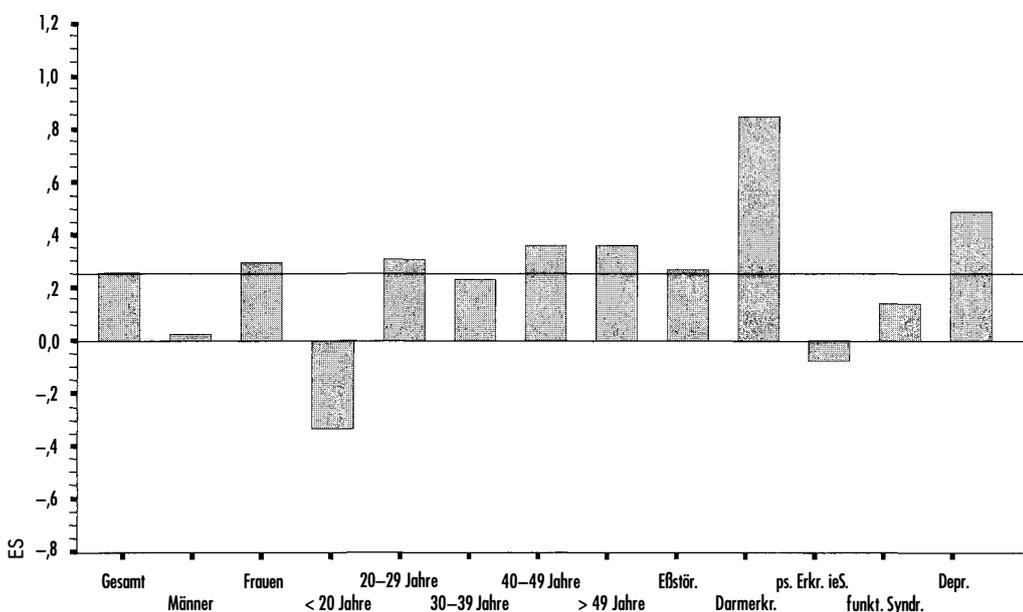


Abb. 3. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Fantasie“

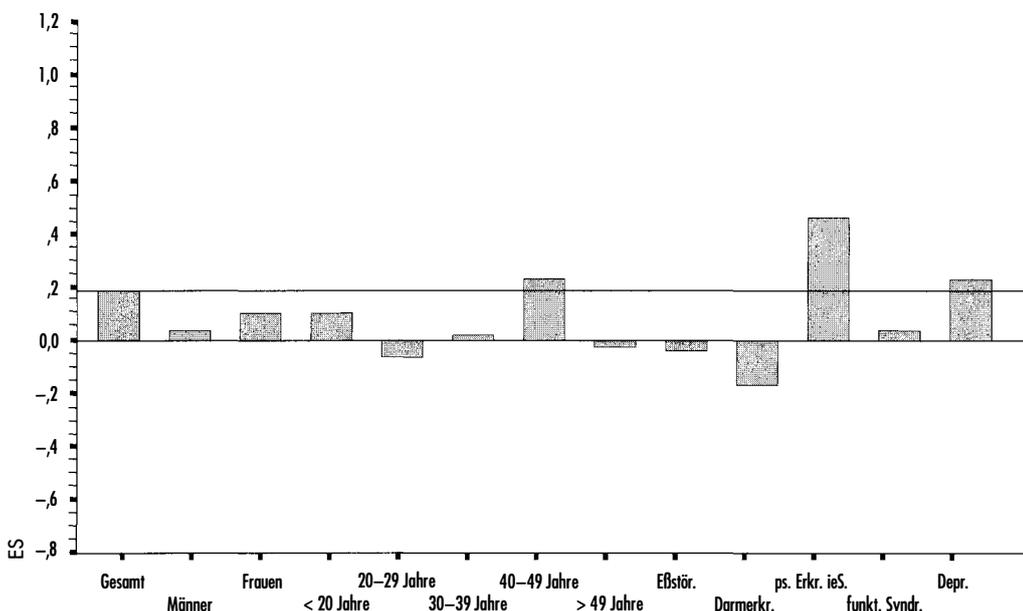


Abb. 4. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Emotionale Beziehungsleere“

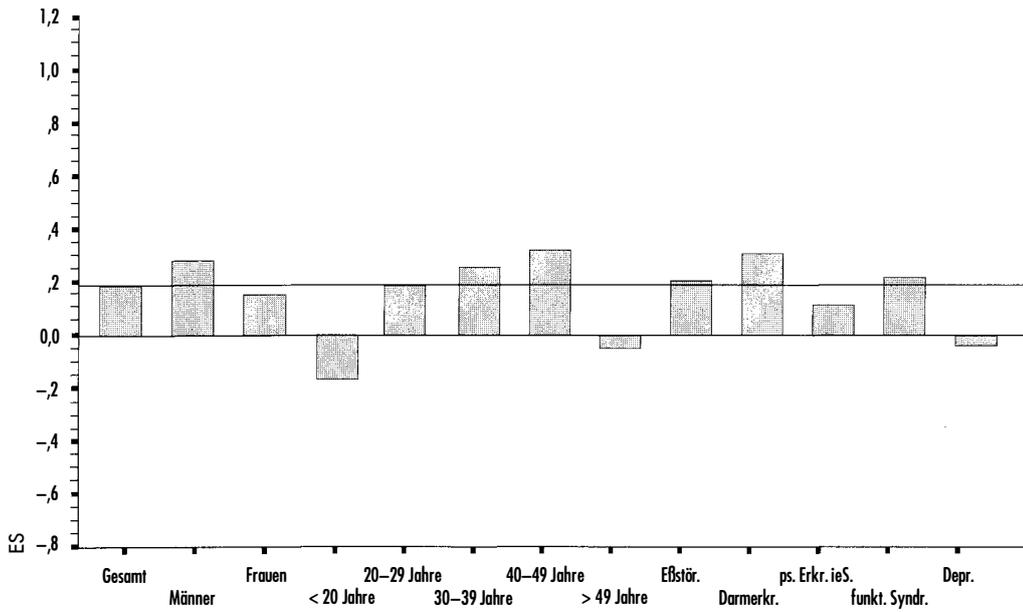


Abb. 5. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Soziale Anpassung“

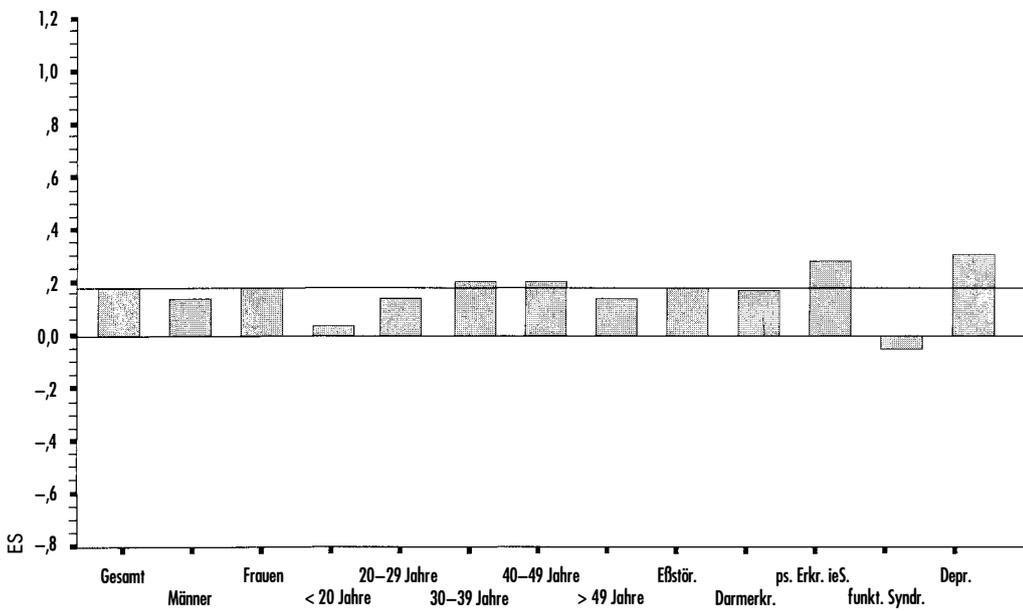


Abb. 6. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Aggression“

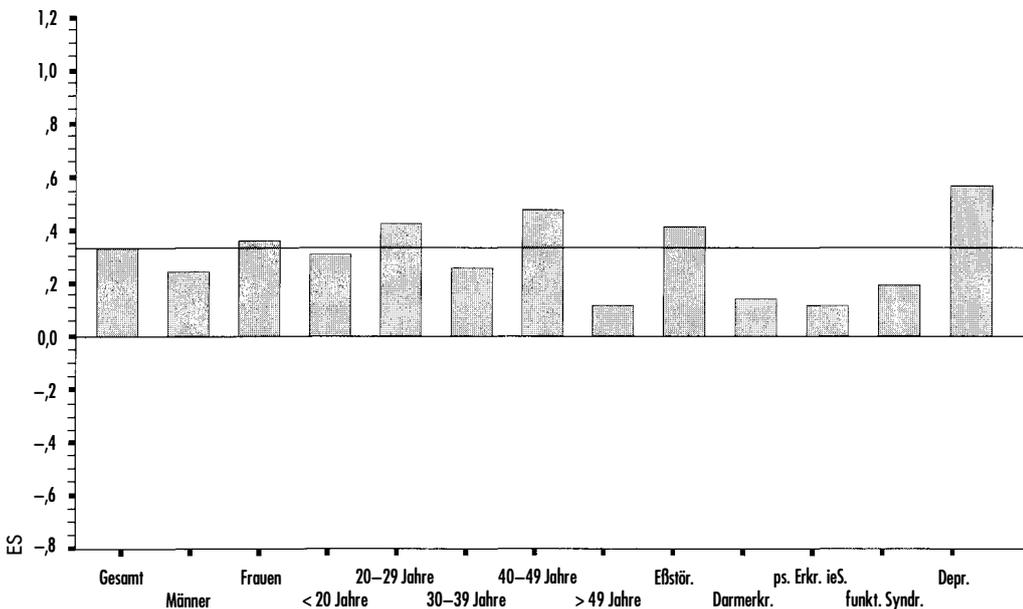


Abb. 7. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Aggressionsunfähigkeit“

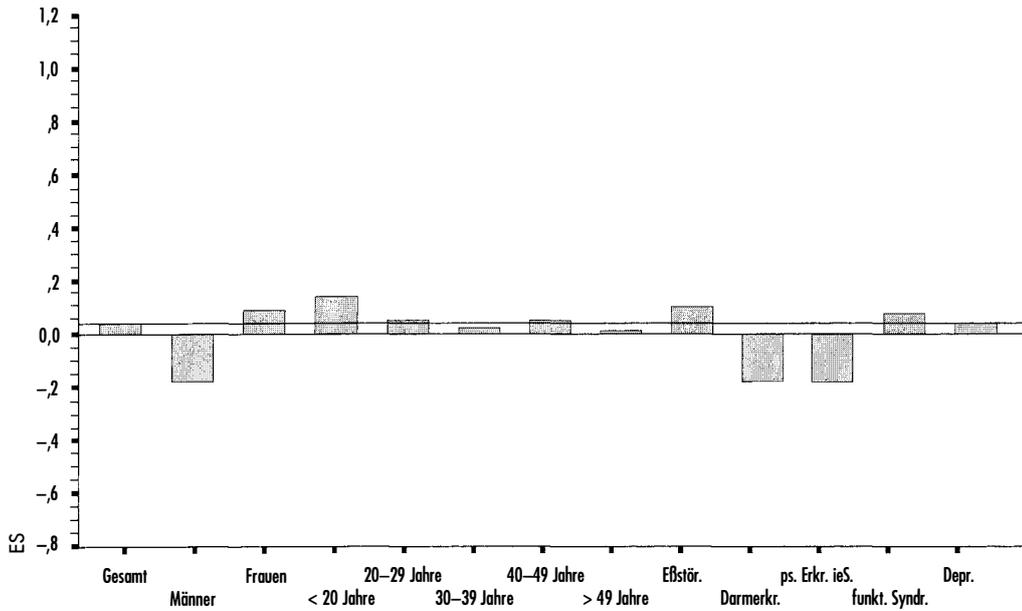


Abb. 8. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Hypochondrie“

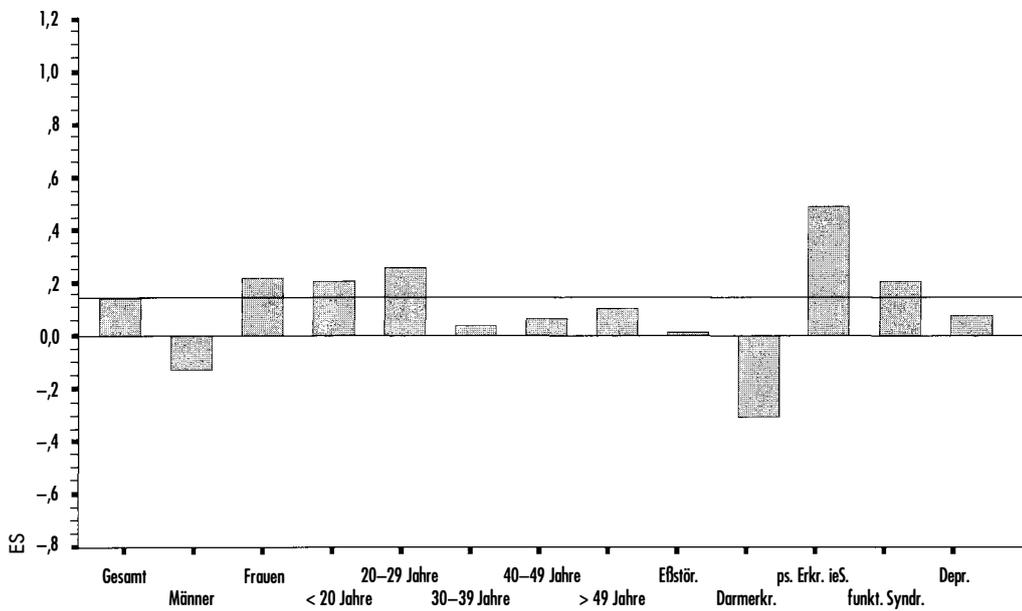


Abb. 9. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Regression“

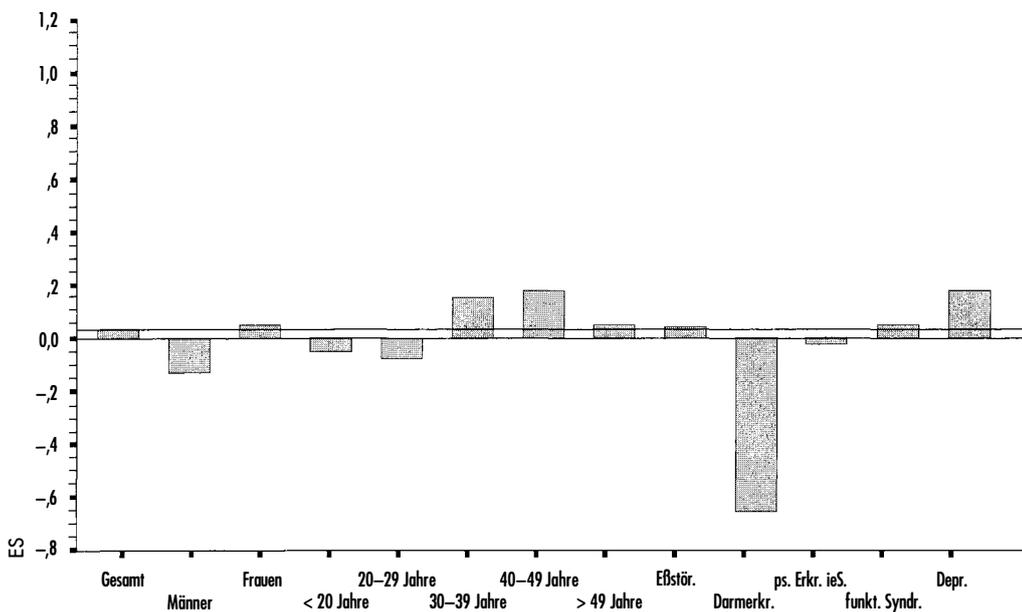


Abb. 10. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Abwehr sexueller Empfindungen“

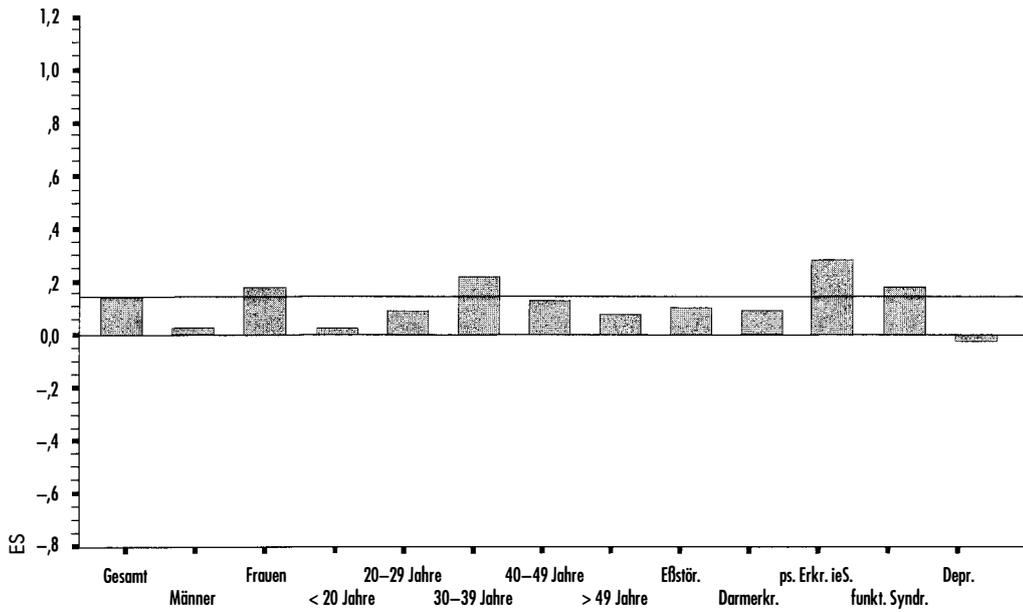


Abb. 11. Differentielle Effektstärken für FAPK-Skala „Belastungsfaktoren“

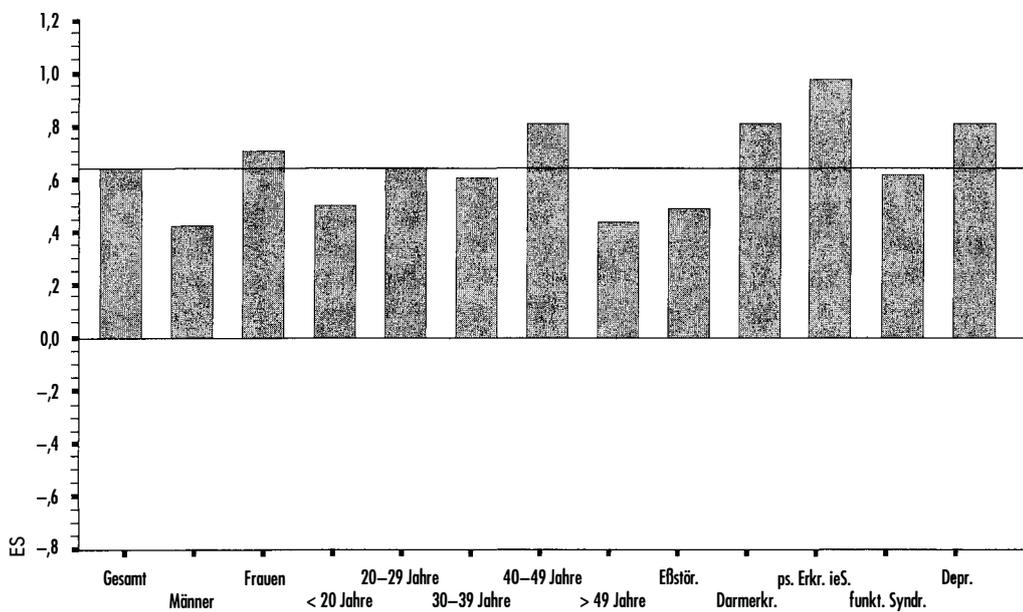


Abb. 12. Differentielle Effektstärken für GBB-Skala „Erschöpfungsneigung“

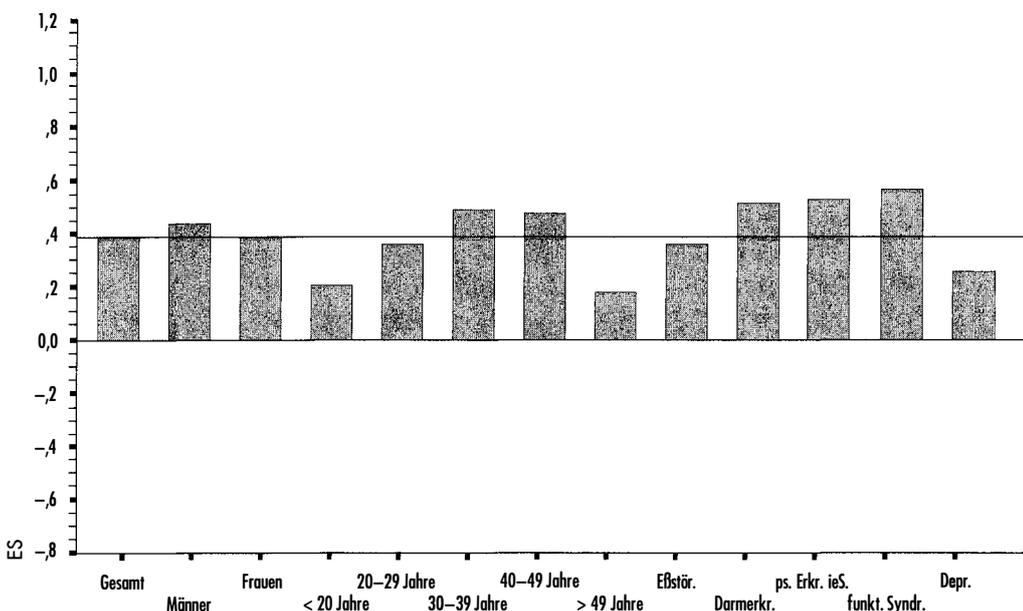


Abb. 13. Differentielle Effektstärken für GBB-Skala „Magenbeschwerden“

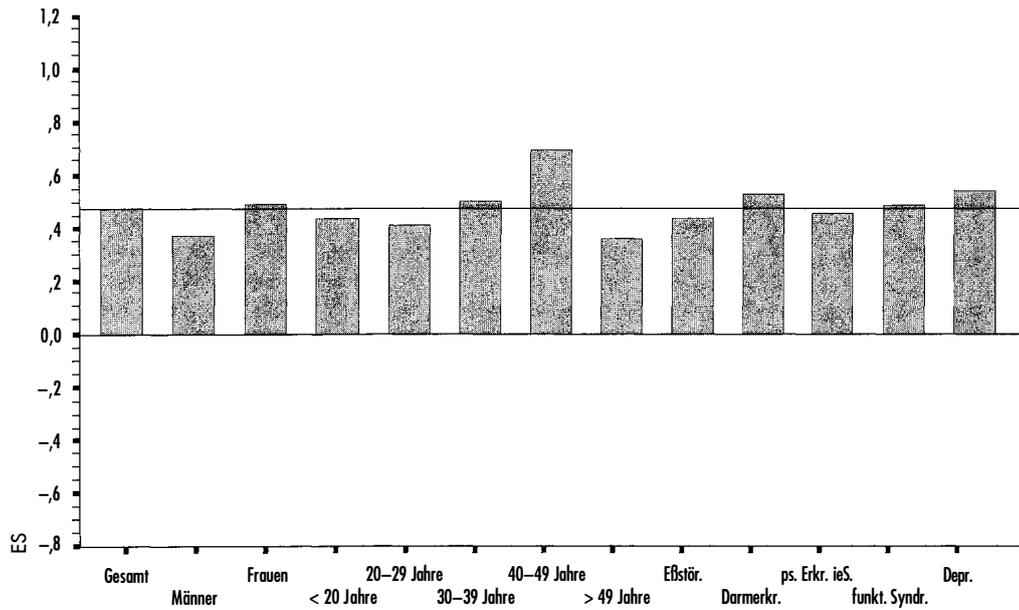


Abb. 14. Differentielle Effektstärken für GBB-Skala „Gliederschmerzen“

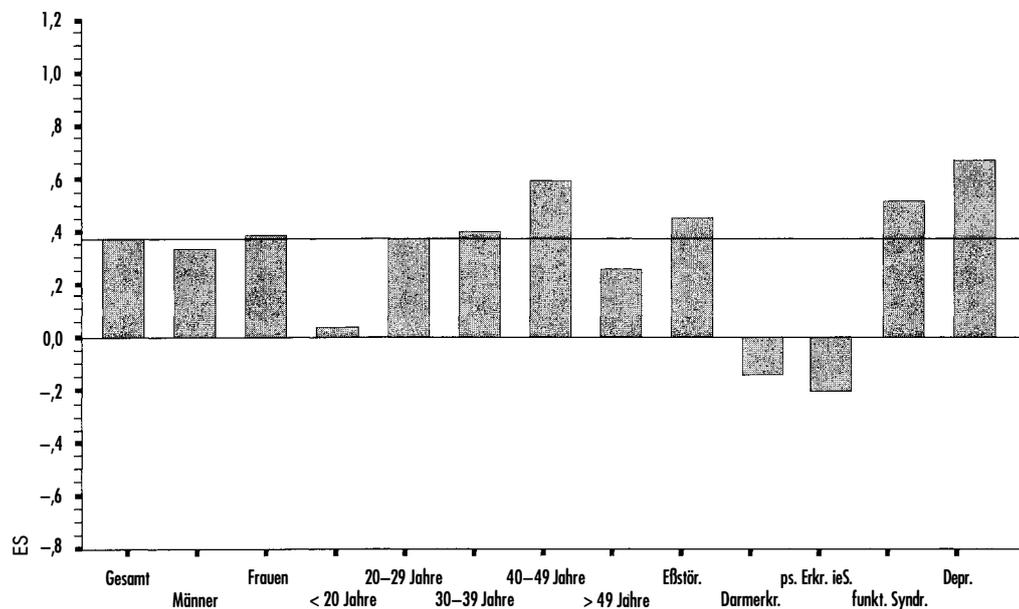


Abb. 15. Differentielle Effektstärken für GBB-Skala „Herzbeschwerden“

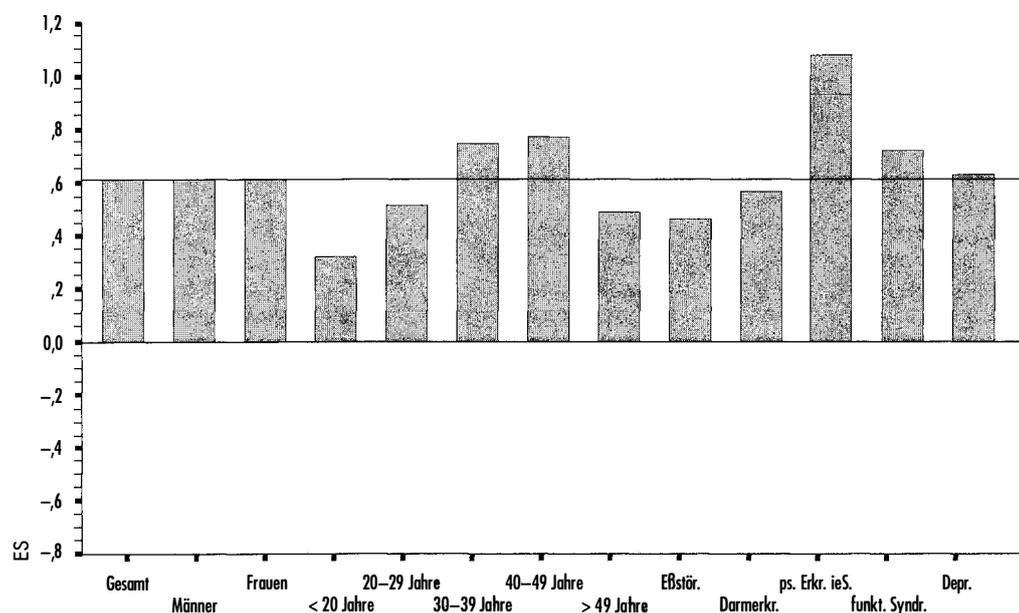


Abb. 16. Differentielle Effektstärken für GBB-(Gesamt-)Skala „Beschwerdedruck“

4. Diskussion

Für die Patienten aller Diagnosegruppen – außer den Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, die schon vor der Behandlung einen stabilen Realitätsbezug aufweisen – und aller Altersgruppen zeigt sich nach der Behandlung eine signifikante Verbesserung der Ich-Stärke und somit ein stabilerer Bezug zur äußeren Realität als vor der Behandlung. Während die Zunahme an Ich-Stärke für die Patienten der Diagnosegruppen Eßstörungen, Depression und funktionelle Syndrome im Zusammenhang mit deren Gesamtprofil eine wichtige klinische Aussagekraft besitzt, kann die Wirkung der Zunahme an Ich-Stärke für die Patienten der Diagnosegruppe III (psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn) auf das Konfliktgeschehen nicht abgeschätzt werden. Hier liegt die Vermutung nahe, daß diese Patienten eher das psychotherapeutisch stützende und das medizinisch betreuende Angebot des stationären Aufenthalts schätzen, als daß ein statistisch nachweisbarer Nutzen aus dem Behandlungsangebot gezogen werden konnte. In diesem Zusammenhang muß allerdings erwähnt werden, daß eine sechswöchige stationäre Behandlung gerade für diese Patienten mit zum Teil schweren somatischen Erkrankungen zu kurz ist, um ein ausreichendes therapeutisches Arbeitsbündnis herstellen zu können und für ein psychisches Konfliktgeschehen zu sensibilisieren. So ist im Rahmen einer stützenden Psychotherapie als nächstliegendes Ziel des stationären Aufenthaltes vorerst eine Verbesserung der akuten somatischen Erkrankung anzustreben bzw. zu bewirken.

Die Patienten der Diagnose-Cluster Eßstörungen, Depression und funktionelle Syndrome profitieren am deutlichsten (in der genannten Reihenfolge) vom sechswöchigen Behandlungsangebot. Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß sich das Konfliktbewußtsein vor allem für die Patienten mit einem neurotisch gestörten Realitätsbezug verändert hat. Aufgrund der Ergebnisse des GBB haben auch die vegetativen Beschwerden der Patienten in allen Bereichen der oben genannten Diagnosegruppen signifikant abgenommen.

Im Einklang mit der therapeutischen Zielsetzung steht das Ergebnis der Patientengruppe mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit einem stark gelungenen Realitätsbezug. Diese wurden in einem ersten Schritt für das an der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik wirksame psychische Konfliktgeschehen/Konfliktbewußtsein sensibilisiert.

Im Hinblick auf Geschlecht und Alter der Patienten profitieren die Frauen und jüngeren Patienten (in der Reihenfolge: 20–29jährige, 30–39jährige, 40–49jährige) deutlicher vom Behandlungsangebot als die Männer und die unter 20jährigen bzw. über 49jährigen Patienten.

Insgesamt erwähnenswert ist der allgemein extrem hohe, nicht übliche Wert für die FAPK-Skala „Belastungsfaktoren“. Die Einflüsse der äußeren Realität, mit denen sich die Patienten auseinandersetzen müssen, stellten eine massive psychische Belastung für diese dar. Die Patienten dieser Stichprobe waren häufig mit schweren Traumata aus der frühen Kindheit, mit

aktuellen existentiell bedrohlichen Situationen (finanzielle Schwierigkeiten, drohender Verlust der Arbeits- und/oder Wohnsituation) oder mit einer subjektiv bedrohlichen Situation (schwere somatische Erkrankung, Operation, Prüfung) konfrontiert. Daneben zeigt sich ebenfalls ein allgemein hoher Wert für die Skala „Emotionale Beziehungsleere“. Die Patienten vermeiden in hohem Maße die emotionale Auseinandersetzung mit der Umwelt. In diesem Zusammenhang sei auf einen Kritiker des Alexithymie-Konzepts verwiesen. Cremerius betont schichtspezifische Unterschiede, die in die Untersuchungssituation mit Patienten unterer Sozialklassen eingehen und die gegenüber dem Arzt (üblicherweise der Mittelschicht angehörig) eine Art „klassenspezifische Verslossenheit“ hervorrufen können (Cremerius, 1977, S. 303). Nachdem es sich bei der vorgestellten Untersuchung ebenfalls vorwiegend um Patienten der unteren Sozialklasse (sensu Cremerius) handelte, könnte dieser Erklärungsansatz einen brauchbaren Hinweis liefern.

Bei dieser doch deutlich positiven Bilanz der Ergebnisse läßt sich allerdings nur schwer abschätzen, ob außer den therapeutischen noch andere Einflußgrößen wirksam waren. Allein die Entlastung aus der früheren Lebenssituation, die Versorgung innerhalb der stationären Betreuung, der „Urlaub vom Alltag“ könnten zusätzliche therapeutische Effekte ausgeübt haben.

Abschließend kann angemerkt werden, daß zwar die Beschränkungen der vorgestellten Studie – ausschließlich verbale Selbstreportdaten als Therapieerfolgsindikatoren, nicht wenige missing values, einfache Prä-Post-Messung, zu kleine Fallzahlen in manchen untersuchten Teilgruppen, keine katamnestische Überprüfung in bezug auf die „Haltbarkeit“ der therapeutischen Ergebnisse – evident sind. Andererseits aber entspricht dies dem realisierbar gewesenen Untersuchungsrahmen (begleitforschende „inzidentelle“ Aktivität in einer versorgenden Einrichtung) und auch dem gesteckten Ziel: eine gut dokumentierte Beschreibung der Prä-Post-Änderung von stationär behandelten psychosomatischen Patienten zu erstellen. Immerhin sind die Ergebnisse – die vorläufig (auf der Grundlage teilweise geringer Fallzahlen basierend) den Schluß auf eine differenzielle Wirksamkeit einer stationären psychosomatischen Behandlung in bezug auf Personenvariablen (Geschlecht, Altersgruppe, Diagnosengruppe) nahelegen – auch übernahmefähig für Meta-Analysen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden darüber hinaus als Ausgangspunkt für eine größer angelegte Folgestudie dienen (mit mehreren Datenebenen, prozeßabbildendem Meß-Design, größerer Fallzahl und Katamnese-Teil).

Literatur

- Bortz J, Döring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Brähler E, Scheer J (1983) Der Gießener Beschwerdebogen (GBB). Huber, Bern Stuttgart Wien
- Bräutigam W, Christian P (1981) Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart New York

- Cremerius J (1977) Ist die „psychosomatische Struktur“ der französischen Schule krankheitsspezifisch? *Psyche* 31: 293–317
- Fürstenau P (1992) Entwicklungsförderung durch Therapie. Pfeiffer, München
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Koch C (1981) Fragebogen zur Abschätzung Psychosomatischer Krankheitsgeschehens (FAPK). Beltz, Weinheim
- Mehta CR, Patel NR (1995) SPSS Exact Tests 6.1 for Windows. SPSS Inc., Chicago
- Mezgulich A [vormals: Zielke] (1990) Konzentrierte Bewegungstherapie – Beziehungserfahrung in der stationären Psychotherapie. In: Hellwig A, Schoof M (Hrsg) Psychotherapie und Rehabilitation in der Klinik. Facultas, Wien, S 62
- Petzold H (1993) Integrative Therapie. Bd II, Klinische Theorie. Junfermann, Paderborn
- Plassmann R (1992) Organwelten: Grundriß einer analytischen Körperpsychologie. *Psyche* 47: 261–277
- Senf W, von Rad M (1990) Ergebnisforschung in der Psychosomatischen Medizin. In: von Uexküll Th (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München Wien Baltimore, S 382–399
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) The benefits of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore
- SPSS Inc. (1994) SPSS Categories 6.1. SPSS Inc., Chicago
- Strauß B, Wittmann WW (1996) Wie hilft Psychotherapie? In: Senf W, Broda M (Hrsg) Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Thieme, Stuttgart New York, S 522–533
- Tschuschke V (1993) Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Korrespondenz: OA Dr. Peter Weiss und Dr. Swanhild Piringer, Psychosomatik-Department am Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Stumpergasse 13, A-1060 Wien, Österreich.

DSA Markus Hochgerner, Psychotherapeut, Gesundheitspsychologe, Lehrbeauftragter für Integrative Gestalttherapie (ÖAGG/FPI), Lehrtherapeut für Konzentrierte Bewegungstherapie (ÖAKBT). Weiterbildung in Systemischer Familientherapie (ÖAGG). Tätig als Psychotherapeut am Psychosomatik-Department und in freier Praxis, Supervisor.

Dr. Ingrid Pany-Posch, Klinische Psychologin, Psychotherapeutin (Psychodrama). Tätig am Psychosomatik-Department des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Wien.

Dr. Swanhild Piringer, Praktische Ärztin und Psychotherapeutin (Individualpsychologie), Leiterin der Psychotherapie am Department für Psychosomatik, II. Medizinische Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Wien.

OA Dr. Peter Weiss, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Leiter des Psychosomatik-Departments der II. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Wien.

MMag. Dr. Martin Voracek, Psychologe, Absolvent der Hochschullehrgänge zum Psychotherapeutischen Propädeutikum (HOPP) und zum Klinischen und Gesundheitspsychologen (HKGP) der Universität Wien. Externe wissenschaftliche Beratung.