

**M. Springer-Kremser, E. Jandl-Jäger, E. Presslich-Titscher,
N. Nemeskeri und F. Maritsch**

Die Triage-Funktion eines psychosomatischen Liaison-Dienstes für gynäkologische Patientinnen

Zusammenfassung Die psychosomatische Frauenambulanz als CL-Dienst der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie an der Universitäts-Frauenklinik wurde evaluiert. Das Forschungsinteresse konzentrierte sich auf Erfolg oder Mißerfolg des psychotherapeutischen Erstinterviews für eine spezifische Klientel. Das Erstinterview hat eine Triage-Funktion für die Indikationsstellung zu einer bestimmten Art von Psychotherapie. Nach dem Therapieschicksal wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe A: Patientinnen mit nur einem Erstgespräch in der Ambulanz; Gruppe B: Patientinnen, die in externe Psychotherapie überwiesen wurden. Gruppe C: Patientinnen, welche mit psychoanalytischer Kurzpsychotherapie in der Ambulanz behandelt wurden. Die Abbrecher fungierten als Gruppe D und Patientinnen der gynäkologischen Allgemeinambulanz formierten eine Kontrollgruppe. Die Untersuchungsinstrumente: FAPK, PM Psychotherapiemotivationsfragebogen und Gießentest wurden beim Erstkontakt und sechs Monate nach dem letzten Kontakt mit der Ambulanz vorgelegt. Zum Abschluß wurde auch eine rückblickende Bewertung durch die Patientinnen gegeben. Es zeigte sich, daß die verschiedenen Behandlungsempfehlungen, basierend auf dem klinischen Interview, korrekt waren. Die psychometrischen Tests bestärkten die Validität der klinischen Entscheidung.

Schlüsselwörter: Evaluation, Konsiliar-/Liaisonpsychotherapie, psychoanalytische Kurzpsychotherapie.

The triage function of a psychosomatics liaison service for gynaecology

Abstract The psychosomatic psychotherapeutic consultation liaison-service for gynaecological patients at the Vienna University has been evaluated. Research interest focused on success and failure of the initial interview, conceptualized for a specific clientel. The interview has a triage function for treatment planning. By the type of treatment that was applied, patients were divided into three groups: Group A – patients with one single contact with the unit; Group B – patients who were referred to external psychotherapy; Group C – patients who were treated with short-term psychoanalytic psychotherapy as offered by the service unit. The drop outs figured as Group D.

The questionnaires completed by the patients at the first consultation and six months after their final contact with the clinic covered sociodemographic data, ego functions; the motivation for psychotherapy, a complaints list and finally, at the second contact only, an individual retrospective judgement concerning personal consequences of the consultation. Patients needs in CL-services call for quick decisions, which therapeutic measure would be the most adequate. An experienced clinicians decision is based on several circumstances: individual feeling of suffering, therapy-motivation, ego-strength, but social and demographic facts as well. Comparing groups with different therapeutic recommendations showed that the psychometric tests discriminated well between these four groups and thus the validity of the clinical recommendation has been confirmed.

Keywords: Evaluation, consiliar/liason-psychotherapy, psychoanalytic short-term psychotherapy.

La fonction de triage d'un service psychosomatique de liaison en gynécologie

Résumé La présente étude concerne la gestion des patientes d'un service de liaison psychosomato-psychothérapeutique. Il s'agissait d'évaluer les résultats

d'une recommandation de thérapie et surtout la question de savoir quelles sont les patientes qui peuvent bénéficier d'une thérapie de courte durée et quelles

sont celles pour lesquelles une thérapie de longue durée est indiquée. Nous définissons l'objectif d'une étude de type évaluatif en tant qu'identifiant le succès ou l'échec d'une mesure donnée. Comme instruments de recherche, nous avons utilisé trois tests psychométriques validés, en plus d'un premier entretien de type psychanalytique-psychosomatique. Ces tests et un questionnaire ont à nouveau été présentés aux patientes six mois après leur dernier contact avec le service ambulatoire, ceci permettant d'obtenir une appréciation rétrospective du service par chaque patiente.

Il s'est avéré que la mise en oeuvre d'une psychothérapie de type psychanalytique centré et pragmatique, adaptée aux besoins de patientes ayant consulté un service de gynécologie psychosomatique, est un moyen efficace d'obtenir une évolution dans la direction souhaitée. Plus, non seulement les patientes ayant suivi une psychothérapie d'une durée d'au moins dix séances ont bénéficié de cet arrangement, mais aussi celles avec lesquelles seul un premier entretien diagnostique, accompagné de conseils, a été mené.

On a pu montrer que pour opérationnaliser le concept des "aspects psychosomatiques en gynécologie et en obstétrique" il est utile de distinguer quatre catégories de patientes manifestant une psychopathologie et des problèmes d'adaptation différents; mais cette distinction ne suffit pas à justifier une indication concernant différentes formes de traitement. Nous avons pu mettre en évidence le fait que le contact avec la réalité, la motivation à suivre une psychothérapie et l'importance de la souffrance psychique constituent des critères pertinents au moment de poser l'indication d'une forme donnée de traitement (consultation unique, psychothérapie de longue durée ou thérapie brève). Ces critères sont pertinents pris séparément; ils le sont également en fonction de la manière dont ils se combinent chez une patiente donnée.

Lorsque le contact avec la réalité est bon, la motivation pour la psychothérapie faible et la souffrance psychique moindre, avec des symptômes somatiques ayant valeur symbolique ou un léger trouble psychosomatique, une seule consultation devrait suffire en toute probabilité.

Les patientes qui ont un relativement mauvais contact avec la réalité, qui sont fortement motivées pour entreprendre une psychothérapie, qui souffrent beau-

coup psychiquement et qui manifestent des symptômes somatiques ou psychosomatiques ou ont un problème d'adaptation devraient faire une psychothérapie de longue durée. Par contre, une brève thérapie psychanalytique est indiquée pour celles qui ont un bon contact avec la réalité et qui sont fortement motivées à entreprendre une psychothérapie tout en manifestant des symptômes somatiques (ou une conversion) ou un problème d'adaptation ou encore de légers troubles psychosomatiques.

Par contre, si les patientes ont un mauvais contact avec la réalité, souffrent beaucoup psychiquement et sont peu motivées par rapport à la psychothérapie tout en manifestant un trouble psychosomatique au sens étroit, on peut leur offrir une thérapie brève mais il est peu probable qu'elles seront en mesure d'accepter cette offre.

L'appartenance à une classe sociale donnée est un facteur pertinent: on sait que la psychothérapie est une forme de traitement destinée plutôt aux membres des classes moyennes et les patientes qui n'en font pas partie auront tendance à interrompre le traitement.

Toute psychothérapie, même de brève durée, devrait éveiller chez les patientes le sentiment de disposer d'un espace, d'un temps et d'une personne compétente à laquelle elles peuvent se fier, cette dernière exerçant une fonction de holding. S'agissant de patientes souffrant de troubles gynécologiques et manifestant des besoins spécifiques, la thérapie brève de type psychanalytique se fondera sur les éléments de base de la théorie de la technique psychanalytique: transfert, contre-transfert, résistances et neutralité du thérapeute. Nous avons en outre défini des aspects spécifiques, utiles au travail avec des patientes souffrant de troubles gynécologiques-psychosomatiques.

On constate en conclusion que l'étude, utilisant des tests psychométriques et une appréciation rétrospective et subjective par les patientes, a apporté la preuve qu'un premier entretien en profondeur, de type psychothérapeutique-psychosomatique, s'avère être une mesure adéquate en tant que préparation à l'intervention psychothérapeutique. De plus, les résultats de la recherche montrent clairement qu'il faut établir des services de liaison et de consultation dotés d'un personnel suffisant pour satisfaire aux besoins des patientes souffrant de troubles psychosomatiques-gynécologiques (Wittmann, 1985).

1. Einleitung

Die interdisziplinäre Annäherung an psychosomatische PatientInnen schließt neben unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch Psychotherapie mit ein (Wittchen et al., 1989).

Psychosomatische PatientInnen stellen eine sehr heterogene Gruppe dar; die Operationalisierung des Konzeptes „Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe“ bezieht sich auf unterschiedliche Kategorien von Patientinnen mit unterschiedlicher Psychopathologie oder Anpassungsproblemen.

Vier Gruppen von Patientinnen können als psychosomatische Patientinnen identifiziert werden:

- Patientinnen mit körperlichen Symptomen, denen eine symbolische Bedeutung zukommt und die somit einen strukturellen psychischen Konflikt ausdrücken (z.B. Metrorrhagie, sexuelle Dysfunktion, Vaginismus);
- Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinn, also Erkrankungen, bei welchen psychologische, soziale und biologische Faktoren in Entstehung und Aufrechterhaltung der Krankheit involviert sind.

Theoretische Konzepte betreffend diese Ätiologie werden von unterschiedlichen Theorien angeboten: der Psychoanalyse, der Lerntheorie und der Systemtheorie (z.B. Anorexia nervosa, EPH-Gestosis, prämenstruelles Syndrom [Dennerstein et al., 1993]);

- Anpassungsprobleme (psychophysiologische Reaktionen) auf Erkrankung, diagnostische oder therapeutische Interventionen (z.B. Mastektomie) auf den Verlust körperlicher Funktionen (Sterilisation, Menopause [Hunter et al., 1995; van Hall, 1995]); aber ebenso Reaktionen auf eine Geburt, einen Abortus, eine Fehl- oder Totgeburt;
- psychopathologische/psychiatrische Probleme.

Historisch gesehen war die psychologische Betreuung medizinischer, auch gynäkologischer Patientinnen, eine Domäne der Psychiatrie, eingebettet in psychiatrische Konsultationsdienste. Dementsprechend wurden psychosomatische PatientInnen aus psychiatrischem Blickwinkel diagnostiziert und behandelt. Es ergibt sich daraus die Frage, ob überhaupt und in welchem Ausmaß diese psychiatrischen Modelle anwendbar sind auf psychosomatisch-gynäkologische Patientinnen (The Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, 1995).

Slavney und McHugh (1984) definieren vier psychiatrische Konzepte:

- das Krankheitsmodell;
- die biographische Methode;
- die Messung intersubjektiver Unterschiede und schließlich
- das Konzept des motivierten Verhaltens.

Die Operationalisierung psychosomatischer Patientinnen reflektiert klar, das Krankheitskonzept und die biographische Methode.

Im Krankheitsmodell wird eine pathologische Kategorie definiert durch Funktionseinschränkung, Schmerz oder beobachtbare Pathologie und ist operationalisiert mittels Symptomen, durch welche diese Kategorie von anderen abgegrenzt werden kann, um diagnostische Reliabilität zu gewährleisten. Diese Methode kann eine kausale Verknüpfung zwischen der definierten Kategorie und einer bestimmten Einheit, sei es eine biologische Abweichung, ein Tumor oder ein infektiöses Agens, herstellen. Dieses Modell war das vorherrschende innerhalb Psychiatrie und Psychosomatik über die letzten drei Jahrzehnte und fand seinen Niederschlag im Diagnosesystem DSM-III/IV. Dieses Modell findet seinen Niederschlag in der Konsultation Liaison-Psychiatrie-Forschung. Aber es muß mit anderen Sichtweisen kombiniert werden. Eine verlässliche Diagnostik einer körperlichen Veränderung informiert uns darüber, welche Veränderung der Patient hat, aber keineswegs darüber, wer dieser Patient ist.

Aber gerade bei psychosomatischen Patienten müssen wir über die Persönlichkeitsstruktur, das soziale Netzwerk der Patienten Bescheid wissen, um adäquate (psycho-)therapeutische Maßnahmen einleiten zu können.

Daher muß dieses medizinische Krankheitsmodell mit einer biographischen Methode kombiniert werden.

Die biographische Methode sieht das Subjekt als einzigartig, reagierend auf entwicklungs- oder umweltspezifische Wechselfälle, Verletzungen. Kritische Lebensereignisse werden als bedeutsame Variablen gesehen, die die Verletzbarkeit des Subjekts herausfordern. Die Psychoanalytische Theorie z.B. bietet Erklärungsmodelle für persönlich biographische Umstände an und generalisierte individuelle Forschungsergebnisse zu größeren Kategorien. Als Beispiel dafür im Bereich der Psychosomatik in der Gynäkologie möge Therese Benedek (Benedek und Rubenstein, 1942) gelten. Sie gehörte der Gruppe von Franz Alexander an, welcher spezifische unbewusste Konflikte jeweils für bestimmte psychosomatische Störungen wie Hochdruck, Colitis ulcerosa etc., annahm. Holms und Rahe (Holms und Rahe, 1967) identifizierten 43 kritische Lebensereignisse, die nach klinischer Erfahrung und empirischer Untersuchung besondere Relevanz im Hinblick auf individuelle Anpassungsleistungen haben. Es wurde interindividuell das mit der Anpassung einhergehende subjektive Gefühl der Belastungen zu gewichten versucht. Andere Forscher konzentrierten sich auf die Bedeutung eines jeweils spezifischen Lebensereignisses. Brown et al. (Brown und Harris, 1978) untersuchten daher auch individuelle Vulnerabilitätsfaktoren sowie Mangel an Unterstützung und frühere Verluste. Die Beziehung zwischen kritischen Lebensereignissen und dem Beginn einer Erkrankung mußte als eine multifaktorielle erkannt werden.

Die biographische Methode hat zwei besondere Bedeutungen:

- a) Schlüsse, die man aus einer psychodynamischen Theorie zieht, können niemals als prinzipiell falsch nachgewiesen werden und
- b) wird der menschlichen Einzigartigkeit mittels des empathischen und verstehenden Interviews Rechnung getragen und diese verstärkt.

Diese Annäherung an Patienten hat sich als besonders wertvoll erwiesen für den Umgang mit Patientinnen mit Störungen ihrer sexuellen und reproduktiven Funktion, die immer sehr eng mit starken Affekten wie Angst, Scham, Schuld, Wut und Abscheu (McDougall, 1991) verknüpft sind.

Unsere theoretische Annäherung basiert daher auf der psychoanalytischen Theorie und Technik. Für die Entscheidung „welches therapeutische Setting für diese Patientin mit ihrem speziellen Leiden und ihrer speziellen Lebenssituation ist das Adäquate“ müssen auch noch andere Fragen geklärt werden und dies in einem ausführlichen Erstinterview.

2. Die Bedeutung des Erstinterviews

Die adäquate Diagnose stellt die Basis dar, um Indikationsstellungen und Motivation für psychologische Behandlungsmethoden klarzustellen. Dazu bedarf es: einer psychiatrisch-psychopathologischen Diagnostik, dem Erheben einer individuellen Biographie einschließlich kritischer Lebensereignisse und Information, Wissen über die gynäkologisch bzw. geburtshilfliche Krankengeschichte. Für die definitive Behandlungsplanung bedarf es weiters eines Informationsaustausches mit

dem Behandlungsteam der gynäkologischen Station oder Ambulanz.

Dementsprechend ist Liaison-Psychotherapie mit psychosomatischen Patienten zeitaufwendig und somit auch etwas exotisch in der täglichen Routine einer Universitäts-Frauenklinik.

Der Wunsch nach Qualitätskontrolle und zunehmende ökonomische Probleme im Gesundheitswesen begründen die Notwendigkeit einer Evaluation eines so aufwendigen Konsultations-/Liaison-Dienstes – neben fachlich wissenschaftlichem Interesse.

Obwohl uns derzeit bereits eine Fülle von Literatur – auch empirische Untersuchungen – über Liaison-Konsultationsdienste vorliegen (Jordan et al., 1989; Herzog et al., 1994), gibt es doch einen Mangel zu beklagen: die Evaluation eines praktisch-klinischen Prozederes, welches weder strikt einer psychiatrischen noch einer psychotherapeutischen Methode zuordenbar ist, wurde bis jetzt vernachlässigt. Dies mag unter anderem auch wegen methodologischer Probleme der Fall sein. Obwohl wir uns eben dieser inhärenten methodologischen Probleme klar waren, wollten wir trotzdem etwas mehr über Erfolg oder Mißerfolg eines wichtigen Teiles unserer klinischen Arbeit, nämlich der psychosomatischen Frauenambulanz, die als Liaison-Einrichtung der Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie geführt wird, erfahren.

3. Das psychotherapeutische Konzept der psychosomatischen Frauenambulanz

- Jede Patientin wird einem ausführlichen Erstgespräch unterzogen, welches eine psychotherapeutische Strukturdiagnose sowie psychiatrische und biographische Elemente enthält, weiters werden die sozialen Daten und die kritischen Lebensereignisse erhoben. Dieses Erstinterview hat verschiedene Funktionen: eine Triage-Funktion oder eine informativ-beratende Funktion und kann sich für eine bestimmte Patientin in einer bestimmten Situation als ausreichend erweisen. Bei Bedarf kann sich die Patientin wieder an die Klinik wenden.
- Es kann sich aber im Erstinterview auch herausstellen, daß es sinnvoll ist, der Patientin 3 bis 10 Therapiesitzungen anzubieten, die angebotene psychotherapeutische Methode ist eine psychoanalytisch-orientierte Kurzpsychotherapie, häufig gerichtet auf einen gemeinsam mit der Patientin definierten Fokus. Zusätzlich können auch andere Behandlungsmethoden angeboten werden wie z.B. Physiotherapie.
- Wenn die Patientin selbst, ihre Störung primär als eine psychologisch bedingte ansieht und wenn sie adäquat motiviert ist, so kann sie in Psychotherapie überwiesen werden, sei das in eine andere Institution oder private Praxis.

Die psychotherapeutische Methode, die in diesem Setting angeboten wird, kann als eine modifizierte psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie beschrieben werden. Sie ist problemorientiert und pragmatisch. Problemorientiert bedeutet in diesem Fall zentriert um Fragen der Reproduktion, des Körperschemas, des indi-

viduellen Konzeptes von Weiblichkeit und Sexualität. Diese Inhalte sind in der Regel auch in eine Generationen-kette eingebaut, d. h. die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter, aber auch zu ihren Kindern. Diese Generationen-kette erfordert auch eine spezielle Bedachtnahme.

Die folgenden Bedingungen für die Arbeit mit den weiblichen Patientinnen dieses Liaison-Dienstes wurden definiert:

- Therapeutische Aktivität: diese besteht trotz Einhalten der technischen Neutralität, wie sie von Cremereus (1984) definiert wurde. Die Aktivität ist insbesondere erforderlich, weil die Patientinnen nicht immer adäquat informiert wurden, warum sie in eine „psychosomatische“ Ambulanz überwiesen wurden. Sie definieren sich selbst als körperlich krank und sind ängstlich, nicht als „psychisch“ gestört etikettiert zu werden. Sie sind daher oft verletzt, verwundet und reagieren mit ängstlicher Abwehr und dies allein fordert schon eine Aktivität von Seiten des Therapeuten, um die Situation zu klären und die Kooperation der Patientin zu sichern;
- das Erheben einer Strukturdiagnose, basierend auf der Einschätzung der Ich-Funktionen als Anpassungskriterien an die Wirklichkeit (Bellak et al., 1973);
- die subjektive Krankheitstheorie oder Laienätiologie der Patientinnen zu erforschen (Springer-Kremser, 1994);
- das Erstellen einer vorläufigen Diagnose;
- die Definition eines therapeutischen Fokus, so eine Kurztherapie vorgesehen ist und das Planen gemeinsam mit der Patientin des therapeutischen Prozederes sowie die Festsetzung der geplanten Sitzungen;
- Übertragungsreaktionen markieren;
- das Managen von destruktiven Elementen, bevor diese sich entsprechend entwickeln und die therapeutische Beziehung grob stören können;
- Hausaufgaben geben (z.B. Führen eines Schmerztagbuches für Chronic pelvic pain Patientinnen), Zusammenfassen der gelaufenen und Planen der nächsten Sitzung;
- die Beendigung der Behandlung im Auge behalten und die Patientin daran erinnern;
- Katamnese-Besuch vereinbaren oder eine Überweisung in weiterführende Psychotherapie, falls notwendig (Freud, 1912).

Das Ziel der Untersuchung, die wir durchgeführt haben und aus der in der Folge Ergebnisse berichtet werden, war primär, eine Service-Einrichtung für Frauen mit psychosomatisch-gynäkologischen Problemen und nicht eine Forschungseinrichtung zu evaluieren.

Zusammenfassend können die Leistungen dieser Service-Einrichtung wie folgt beschrieben werden:

- eine diagnostische und Triage-Funktion;
- die Anwendung von psychoanalytischer Kurzzeittherapie/Fokaltherapie und
- die Überweisung motivierter Patientinnen in eine externe Psychotherapie (private Praxis oder andere Institution).

4. Methodik

Untersuchte Population

103 (100%) Frauen, welche die psychosomatische Frauenambulanz während eines Jahres konsultierten und 100 Kontrollpersonen (Patientinnen der gynäkologischen Allgemeinambulanz) wurden untersucht. 62 Patientinnen (60%) der Psychosomatik-Ambulanz kooperierten in der katamnestic Untersuchung 6 Monate nach ihrem letzten Besuch in der Klinik. 44 Patientinnen von diesen 62, das sind insgesamt 42,6% von den eingangs erwähnten 100% gaben eine individuelle retrospektive Beurteilung ihrer Konsultationen mit der Frauenambulanz. Die Patientinnen wurden definiert durch ihr Alter, ihren sozialen Status, ihren Bildungsstand und ihre Berufstätigkeit. Weiters waren wir an dem Ausmaß von Krankenständen der letzten 2 Jahre interessiert.

Untersuchungsinstrumente

Die folgenden drei Fragebögen wurden verwendet:

- der Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK: Koch, 1981);
- der Psychotherapie-Motivationsfragebogen (Schneider et al., 1989), die verschiedenen Aspekte der Motivation für Psychotherapie wurden mittels vier Subskalen und 47 Items operationalisiert;
- die Giessen-Beschwerdeliste (Beckmann et al., 1983).

Anlässlich der Katamnese-Untersuchung 6 Monate nach dem letzten Kontakt mit der psychosomatischen Frauenambulanz wurden die Tests wiederholt und zusätzlich die Patientinnen gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, welcher eine rückblickende Bewertung ihrer Kontakte mit der Ambulanz so wie Fragen betreffend die gegenwärtige Lebenssituation und Lebensqualität enthielt.

5. Ergebnisse

Die durchschnittliche Patientin der psychosomatischen Frauenambulanz ist zwischen 16 und 34 Jahren alt, wohnt in einer großen Stadt, ist zum ersten Mal verheiratet, der sozialen Schicht B zugehörig, in einem Arbeitsverhältnis und hat (noch) keine Kinder. Mehr als 1/3 der Patientinnen wurden von der gynäkologischen Allgemeinambulanz überwiesen, ein weiteres Drittel von Gynäkologen in freier Praxis. Zur Zeit des Inter-

views waren 8 Patientinnen schwanger, 17% waren unfreiwillig kinderlos. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die psychosomatisch/psychiatrischen diagnostischen Kategorien der Patientinnen (Tabelle 1).

Der Vergleich der Testergebnisse (FAPK, FMP und GBB) der psychosomatischen Patientinnen mit jenen der gynäkologischen Allgemeinambulanz lieferte den Beweis, daß die verwendeten Tests ausreichend valide waren, um Unterschiede sowohl in der Persönlichkeitsstruktur, als auch in der Wahrnehmung der Beschwerden zu messen. Ein ausführlicher Vergleich der Patientinnen der psychosomatischen Frauenambulanz mit jenen der gynäkologischen Allgemeinambulanz wurde anderweitig publiziert (Springer-Kremser et al., 1995).

Vergleich der Patientinnen nach dem Therapieschicksal

Die statistische Auswertung erfolgte mittels linearer Skalen, der Bildung von Korrelationsindizes und den Mittelwertsvergleichen zwischen den 4 Gruppen (Tabelle 2).

Diese Gruppen werden anhand der Ergebnisse der psychometrischen Tests (FAPK, FMP, GBB) und diagnostischen Erstinterviews beschrieben. Die Tatsache, daß die Ergebnisse der psychometrischen Tests zur Zeit der Indikationsstellung für eine der Behandlungsmöglichkeiten nicht bekannt waren, kann als Evaluation der gewählten Indikationsstellung gelten.

Der Giessen-Test erwies sich als Diskriminations-Instrument zwischen den vier Gruppen als ungeeignet. Das ist insofern relevant, als die Giessener Beschwerdeliste häufig in Untersuchungen zu psychosomatisch-psychotherapeutischen Fragen verwendet wird.

Gruppe A

In dieser Gruppe ist die Ich-Stärke relativ hoch, aber die durchschnittliche Patientin dieser Gruppe ist kaum motiviert für Psychotherapie und hat den niedrigsten individuellen Leidensdruck. Daher war eine einmalige Intervention, eine Kombination aus Diagnose und Beratung, angemessen.

In der Katamnese zeigten die Patientinnen dieser Gruppe im FAPK eine Verbesserung in der Skala „Realitätsbezug“ verglichen mit dem Zeitpunkt des Erstinterviews, während die Skalen „Emotionale Leere“ und „Regression“ unverändert waren.

Tabelle 1. Psychosomatisch/psychiatrische Diagnosen (n = 103)

	Erstgespräch	Überweisung	Kurzpsychoth.	Abbrecher
Körperliche Symptome mit symbolischer Bedeutung	10	9	10	2
Psychosomatische Störung	14	11	7	5
Anpassungsstörung	6	9	10	—
Psychiatrische Störung	1	2	3	—
Unbekannt	—	2	1	1
	31	33	31	8

Tabelle 2. Schicksal der Patientinnen

Patientinnen mit nur einem Erstgesprächskontakt mit der Ambulanz	Gruppe A	(n = 31)
Patientinnen, die in eine Psychotherapie außerhalb der Ambulanz überwiesen wurden	Gruppe B	(n = 33)
Patientinnen, die mit psychoanalytischer Kurztherapie in der Ambulanz behandelt wurden	Gruppe C	(n = 31)
„Abbrecher“	Gruppe D	(n = 8)

Die Skalen „Hypochondrie“ und „subjektiver Leidensdruck“ zeigten eine leichte – nicht signifikante – Verbesserung. In der subjektiven rückblickenden Bewertung berichteten die Patientinnen eine Abnahme ihrer subjektiven Beschwerden.

Typische Fallgeschichte der Gruppe A

Frl. A., eine schlanke Sportstudentin, wurde von der endokrinologischen Abteilung mit der Diagnose „Amenorrhoe (nonogonadotrop)“ überwiesen. Frl. A. schien ihre Periode nicht wirklich zu vermissen. Im Gegenteil, es war eher nützlich für sie, von der Blutung beim Sport nicht gestört zu sein. Aber sie war ein wenig ängstlich, ob ihr Körper „normal“ funktioniert und ob sie vielleicht später Probleme haben würde, wenn sie sich Kinder wünschte. Sie lebte bei den Eltern und war an der langen Leine der Loyalität an ihre Familie gebunden. Der soziale Aufstieg der Familie war an sie delegiert. Sie war die einzige in der Familie, die die Universität besuchte. Obwohl sie eine „gute Tochter“ war, fühlte sie sich doch bevormundet, hatte zu wenig Selbständigkeit und konnte gut akzeptieren, daß ihr im Augenblick ein über die Achse Hypothalamus-Hypophyse-Eierstöcke gesteuerter anovulatorischer Zyklus sehr gelegen kam. Die Kombination von Nachaufklärung betreffend ihre endokrinologische Situation und Klärung ihrer tolerablen negativen Affekte, die für die Ablösung von der Familie notwendig schienen, erwiesen sich als zu diesem Zeitpunkt ausreichend hilfreich für Frl. A.

Frl. A. zeigte einen ausreichend entwickelten Realitätsbezug durch ihren guten Studienfortschritt und ihre Fähigkeit, die beratenden therapeutischen Interventionen sowohl auf der kognitiven, als auch auf der emotionalen Ebene annehmen zu können. Von Beginn des Interviews an war ihr individuelles Leidensgefühl niedrig. Sie war vorrangig leicht irritiert über ihre körperliche Funktionalität, aber sie litt nicht unter der Amenorrhoe und war daher auch für weiterführende psychologisch-psychotherapeutische Interventionen nicht motiviert, und diese schienen auch nicht indiziert.

Gruppe B

Im Unterschied zu der eingangs beschriebenen durchschnittlichen Patientin dieser Untersuchung nahmen 25% der Patientinnen von Gruppe B Medikamente und 13% berichteten über Krankenstände von der Dauer von 3 Monaten während des letzten Jahres vor dem Interview.

Die Patientinnen der Gruppe B zeigten im Bereich Realitätsbezug der FAPK-Skalen einen deutlich niedrigeren Mittelwert verglichen mit den Patientinnen, die in der Frauenambulanz behandelt wurden (Gruppe A und C). In anderen Worten, die Patientinnen, die für eine Kurzzeittherapie ausgesucht wurden, zeigten mehr Ich-Stärke als jene, für die Kurzzeittherapie als nicht indiziert erachtet wurde. Im Durchschnitt zeigten die Patientinnen der Gruppe B die höchste Motivation für Psychotherapie und ein relativ hohes individu-

elles Leidensgefühl. Das bedeutet, daß das ausführliche Erstgespräch, wie oben beschrieben, sich als Methode der Wahl für die Planung eines entsprechenden therapeutischen Settings für die Patientin in ihrer spezifischen Situation mit ihren spezifischen Beschwerden, erwies.

Die Katamnese-Studie zeigte eine deutliche Besserung des Bereichs Realitätsbezug, aber 6 Monate sind natürlich eine zu kurze Zeit, um einen signifikanten Anstieg der Ich-Stärke durch die Psychotherapie nachweisen zu können. Die emotionale Gefühlsleere war signifikant reduziert, d.h., daß die Patientinnen durch die Kurzpsychotherapie einen besseren Zugang zur Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle fanden; Hypochondrie und Regression zeigten eine klare Tendenz in Richtung Reduktion. Das individuelle Gefühl des Leidens war signifikant geringer und die Anzahl der subjektiven Beschwerden im Giessen-Test hatte abgenommen.

Typische Fallgeschichte der Gruppe B

Frau B., der sozialen B-Schicht angehörig, wurde von ihrem Frauenarzt an die Spezialambulanz mit dem Wunsch nach Kontrazeptionsberatung überwiesen. Sie war verheiratet, hatte 6 Kinder, und sie schien keine effektive kontrazeptive Methode zu vertragen (IOD, orale Kontrazeptiva). Ihr Mann jedoch wünschte keine weiteren Kinder, und sie selbst war dem Kinderwunsch gegenüber äußerst ambivalent. Schwanger zu werden schien für sie ein wichtiges Mittel, um ihre weibliche Identität und ihr instabiles Selbstwertgefühl zu stabilisieren. Sie hatte offensichtlich Probleme mit der Urteilsfähigkeit und dem Realitätssinn. Die Angst, daß ihre Ehe gefährdet sein könnte, war für sie die vordergründige Motivation, die Überweisung in eine längerdauernde psychoanalytische Psychotherapie zu akzeptieren und dieser Überweisung nachzukommen.

Unrealistische Erwartungen, die Unfähigkeit, die Konsequenzen einer bestimmten Handlung klar abschätzen zu können sowie immer eine klare Grenze zwischen Phantasie und Wirklichkeit ziehen zu können, sind Zeichen eines niedrigen Realitätssinns. Bewußt schien sie keine weiteren Kinder mehr haben zu wollen, aber unbewußt zwang sie ihr instabiles Selbstwertgefühl dazu, gegen ihren Willen schwanger zu werden. Die Angst um ihre Ehe sowie auch das Gefühl, mit ihren Kindern etwas überfordert zu sein, trugen zu einem ziemlich hohen individuellen Leidensdruck bei.

Gruppe C

Die Patientinnen dieser Gruppe unterschieden sich von der eingangs beschriebenen durchschnittlichen Patientin insofern, als 19% dieser Gruppe durch psychiatrische oder psychotherapeutische Institutionen zugewiesen waren. Trotzdem hatten 26% dieser Patientinnen nur etwa 1 Woche Krankenstände in dem der Untersuchung vorangegangenen Jahr.

In den FAPK-Skalen zeigten diese Patientinnen im Durchschnitt eine signifikant höhere Ich-Stärke als jene, die in längerdauernde Psychotherapie überwiesen wurden. Die Psychotherapiemotivation der Patientinnen dieser Gruppe war die zweithöchste – nach den Patientinnen der Gruppe B.

In der Katamnese zeigten diese Patientinnen eine signifikante Abnahme der emotionalen Beziehungsleere, der Hypochondrie und der Regression. Auch das individuelle Leidensgefühl und die Anzahl der subjektiven Beschwerden waren in der Giessener-Beschwerdeliste signifikant reduziert.

Typische Fallgeschichte der Gruppe C

Frau C., 30 Jahre alt, verheiratet, Mutter zweier Kinder, litt seit 1 1/2 Jahren an Metrorrhagie. Hormontherapien und eine Curetage konnten die Blutung jeweils nur ganz kurzfristig stoppen. Während eines Zeitraumes von einem Monat hatte sie ein Maximum von 10 blutungsfreien Tagen; der Beginn der nächsten Blutung ist niemals voraussagbar und auch die Blutmenge stellte eine große Belastung dar.

Frau C. ist derzeit dabei, eine berufliche Karriere aufzubauen. Ihre Biographie zeigt keine Katastrophen der Kindheit, auch keine kritischen Lebensereignisse, denen sie eine besondere Bedeutung beimißt, aber eine Serie von Ärgerissen, Kränkungen, Verletzungen und Zurückweisungen durch männliche Personen sowie ihre eigene Unfähigkeit, sich gegen diese Art der Behandlung adäquat zu schützen.

Der Patientin wurden 6 Therapiesitzungen zu je 45 Minuten angeboten. In der zweiten Sitzung wurde ihr zentraler Beziehungskonflikt (Luborsky, 1984) deutlich: sie scheint das folgende infantile Beziehungsmuster zu wiederholen: sie hielt sich konträr zu dem, was ihre Eltern von ihr erwarteten, provozierte damit irgendeine Bestrafung, die üblicherweise von der Mutter verhängt wurde und mit dem Wunsch, vom Vater vor der strafenden Mutter beschützt zu werden, verbunden war. Aber der Vater half ihr nicht wirklich und ihre hilflose Wut wendete sich trotzdem gegen ihre Mutter und nicht gegen den idealisierten Vater. Unbewußt wiederholte sie dieses Verhalten als Erwachsene und in der Folge fühlte sie sich isoliert und zurückgewiesen in ihrer infantilen Wut.

Als sie während der therapeutischen Sitzung strafendes Verhalten von Seiten der Therapeutin zu provozieren schien, konnte sie mit der Wiederholung ihres infantilen Verhaltensmusters konfrontiert werden. Auf diese Weise konnte eine Verbindung zwischen dem infantilen Verhalten und dem Hier und Jetzt hergestellt werden und somit konnte sie die Probebedeutung annehmen. Das Thema der nächsten Sitzung war ihrem Umgang mit Aggressivität gewidmet.

Nach 3 Sitzungen hatten die Blutungen aufgehört. Die Intervalle zwischen den Sitzungen betragen 1 bis zu 3 Wochen. Die Patientin konnte die Interpretation akzeptieren, daß die Blutung ihre Verletzbarkeit symbolisiert in jenem Organ, mit welchem sie intimen Kontakt mit ihrem Mann haben sollte, den sie nicht mehr zu lieben schien. Die Blutung schützte sie vor dem Geschlechtsverkehr mit ihrem Mann. In der fünften Sitzung produzierte sie eine depressive Reaktion. Die bevorstehende Beendigung der Behandlung war nur auf einer oberflächlichen Ebene der Grund für ihre Traurigkeit, viel wichtiger war die Trauerreaktion über den Verlust der Idealisierung des Vaters aus der Kindheit und konsequenterweise den Verlust der Vorstellung von Beschützt werden. Nach der sechsten Sitzung war die Therapie beendet. Die Patientin hatte, wie sie es selbst nannte, „Frieden mit ihrem Körper“ geschlossen. Das Geheimnis war entschlüsselt, die Blutung hat ihren Sinn verloren.

Diese Art der Behandlung war nur möglich, da die Patientin ausreichende Ich-Stärke zeigte, dies insbesondere in der Art,

wie sie ihre Karriere verfolgte. Der depressive Affekt, wie oben beschrieben, trug zu ihrem Gefühl der emotionalen Beziehungsleere bei und die Unsicherheit über ihre körperliche Funktion zur Hypochondrie. Die Beendigung der Blutung und das Verständnis für den darunterliegenden Konflikt senkten ihren individuellen Leidensdruck.

Gruppe D

Dieser Gruppe wurden 8 Patientinnen zugeordnet. Die Patientinnen unterschieden sich von jenen der anderen Gruppen durch soziodemographische Kriterien: 5 Patientinnen waren der Schicht C zuzuordnen. Keine dieser Patientinnen hatte einen Krankenstand im Jahr vor dem Interview. Die Patientinnen dieser Gruppe zeigten den niedrigsten Wert in den FAPK-Skalen im Bereich „Realitätsbezug“ und sie zeigten den höchsten Wert in der Skala „Individueller Leidensdruck“. Diese Patientinnen waren nicht für Psychotherapie motiviert. In der Katamnese zeigten sich in der FAPK-Skalen im Bereich „Hypochondrie“ und „Regression“ eine Verschlechterung, der Bereich individueller Leidensdruck und die Zahl der subjektiven Beschwerden (Giessener Beschwerdebogen) blieben unverändert.

Typische Fallgeschichte der Gruppe D

Frau D. wurde von der gynäkologischen Allgemeinambulanz überwiesen, wo sie sich selbst als schwer krank präsentierte, leidend unter Schmerzen im Unterbauch und klagend, daß vor 2 Monaten durch die Geburt ihres vierten Kindes ihr Körper „zerstört“ worden war.

Die Diskrepanz zwischen der offensichtlichen Psychopathologie, nämlich agitierte Depression, Angst, dysphorische Verstimmung und dem vollkommenen Fehlen jeder nachweislichen Organpathologie führte zu der Überweisung an den psychosomatischen Liaisondienst, wo eine maskierte „Major Depression“ diagnostiziert wurde. Die Patientin hatte das Gefühl, daß die gesamte Umwelt einschließlich des Liaisondienstes unerfüllbare Forderungen an sie stellte und sie attribuierte alle negativen Affekte einem körperlichen Defekt zu, der das Resultat der Geburt eines ungeplanten und ungewünschten Kindes war.

Der Konsiliar/Liaisondienst organisierte die notwendige antidepressive Medikation und versuchte eine Holding Funktion für die Selbstdarstellung der Patientin als mangelhaft, wertlos und unfähig zu übernehmen. Trotzdem war die Patientin unfähig, ihren nächsten Termin in dem CL-Dienst einzuhalten.

Ein extrem niedriges Selbstwertgefühl kann als Leitsymptom für eine Post partum Depression gesehen werden. Die Unfähigkeit dem neugeborenen Baby die entsprechende Liebe entgegenzubringen, führt zu exorbitanten individuellen Schuldgefühlen auf Seiten der Mutter. Während einer unbehandelten Post Partum Depression müssen die Bereiche Hypochondrie und Regression ansteigen – so war es auch in diesem Fall.

Die individuelle rückblickende Bewertung durch die Patientinnen

Was die gegenwärtige Lebenssituation betraf, so gaben 2/3 der Patientinnen eine deutliche Reduktion ihrer Beschwerden an, 18% hatten überhaupt keine Beschwerden mehr. 50% der Patientinnen stellten einen klaren Zusammenhang zwischen ihrer Besserung und den Kontakten mit der psychosomatischen Frauenambulanz her.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß 2/3 der Patientinnen eine Verbesserung der Lebensqualität verglichen zu ihrer Situation bei der ersten Konsultation angaben.

6. Zusammenfassung

Die Evaluation fokussiert auf das Patientenmanagement eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Liaisondienstes. Die Effizienz der Therapieempfehlung, allen voran die Frage, für welche Patientinnen eine Kurzzeittherapie indiziert ist und welche in eine Langzeittherapie überwiesen werden sollten, sollte evaluiert werden. Die Aufgabe einer Evaluationsforschung ist definiert als die Identifikation von Erfolg oder Mißerfolg einer bestimmten Maßnahme. Die angewendeten Untersuchungsinstrumente waren drei validierte psychometrische Tests, neben den psychoanalytisch-psychosomatischen Erstinterviews. Diese Tests und ein Fragebogen wurden den Patientinnen auch 6 Monate nach ihrem letzten Kontakt mit der Ambulanz vorgelegt, um auch eine rückblickende individuelle Bewertung der Ambulanz durch die Patientinnen zu erhalten.

Die Anwendung einer fokussierenden und pragmatischen psychoanalytischen Psychotherapie maßgeschneidert an den Bedürfnissen von psychosomatisch-gynäkologischen Patientinnen hat sich als effektives Instrument um Veränderungen in einer gewünschten Richtung zu erreichen, herausgestellt. Aber nicht nur diese Patientinnen, die einer Psychotherapie von der Dauer von mindestens 10 Sitzungen unterzogen wurden, sondern auch jene, die lediglich ein diagnostisches Erstgespräch in Verbindung mit Beratung hatten, profitierten von diesem Arrangement.

Es konnte gezeigt werden, daß die Operationalisierung des Konzeptes „Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe“ in vier unterschiedliche Kategorien von Patientinnen mit unterschiedlicher Psychopathologie und Anpassungsproblemen sinnvoll ist, aber nicht ausreichend als Begründung für die Indikationsstellung zu verschiedenen Formen der Behandlung. Wir konnten zeigen, daß der Realitätsbezug, die Motivation zur Psychotherapie und der individuelle Leidensdruck relevante Kriterien für die Indikationsstellung zu einer bestimmten Form der Behandlung (einmaliger Kontakt, Überweisung in langdauernde Psychotherapie oder Kurzzeitpsychotherapie) darstellen. Diese Kriterien sind nicht nur als jeweils einzelne relevant, sondern auch ihre Kombination bei einer bestimmten Patientin.

Ein gut ausgebildeter Realitätsbezug, niedrige Motivation für Psychotherapie und ein niedriger individueller Leidensdruck in Verbindung mit körperlichen Symptomen symbolischer Bedeutung oder einer leichten psychosomatischen Störung resultieren mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem einmaligen Kontakt.

Patientinnen mit einem niedrigen Realitätsbezug, einer hohen Motivation für Psychotherapie und einem hohen individuellen Leidensdruck in Verbindung mit körperlichen Symptomen, psychosomatischen Störungen oder einem Anpassungsproblem, stellen eine Indikation für eine längerdauernde Psychotherapie dar. In jenen Fällen, wo die Patientinnen einen hohen Realitätsbezug, eine hohe Motivation für Psychotherapie in Verbindung mit einer körperlichen Symptomatik (oder Konversion) oder ein Anpassungsproblem oder eine milde psychosomatische Störung aufweisen, kann psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie angewandt werden.

Wenn die Patientinnen aber einen niedrigen Realitätsbezug, einen hohen Leidensdruck und eine niedrige Motivation für Psychotherapie aufweisen und weiters an einer psychosomatischen Störung im engeren Sinn leiden, man ihnen dann eine Kurzzeittherapie anbietet, so können sie dieses Angebot eher nicht annehmen.

Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schicht war eine relevante Information: sie sollte eine Warnung darstellen, daß diese Patientinnen eher ausfallen werden, was dem Wissen entspricht, daß Psychotherapie doch eine Behandlungsform eher für Mittelklassepatientinnen darstellt.

Auch wenn wir mit anderen Autoren (Strauss et al., 1991) darin übereinstimmen, daß Patientinnen dazu neigen, ihre Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtung zu idealisieren, so muß doch darauf hingewiesen werden, daß die Kombination von psychometrischen Tests und individueller oder rückblickender Bewertung der Anwendung nur einer dieser beiden Methoden vorzuziehen ist.

Verglichen mit anderen Untersuchungsmethoden wie z.B. dem „Helping Alliance Questionnaire“ (Alexander und Luborsky, 1986), der leicht in der klinischen Routine angewendet werden kann, ist diese unsere Annäherung an das Problem eine sehr spezifische zeitaufwendige und somit auch nicht einfach zu wiederholende in der klinischen Routine.

Jede Psychotherapie, auch Kurzzeitpsychotherapie, soll die Patientinnen davon überzeugen, daß ihnen Zeit und Raum und eine kompetente und verlässliche Person zur Verfügung steht, welche die Holding Function ausübt. Die psychoanalytische Kurzzeitpsychotherapie, entwickelt für gynäkologische Patientinnen mit spezifischen Bedürfnissen, befolgt die grundlegenden Elemente der psychoanalytischen Theorie der Technik: Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und therapeutische Neutralität. Trotzdem kann der spezifische psychotherapeutische Zugang auch als ein Beitrag zur integrativen Psychotherapie gesehen werden. Integriert werden können verschiedene therapeutische Techniken: Suggestion, Konfrontation, Manipulation, Klärung und Interpretation, aber ein klarer theoretischer Rahmen muß gewahrt bleiben, der der psychoanalytischen Theorie. Es gibt keinen wissenschaftlichen Hinweis, daß die Mischung verschiedener Theorien eine wirkungsvollere Technik produziert. Hingegen Techniken abgeleitet von verschiedenen Theorien erweitern unsere klinische Annäherung an die Patientinnen und ihren Leidenszustand (Lazarus, 1995).

Abschließend kann festgehalten werden, daß die Studie mittels psychometrischer Tests und der rückblickenden subjektiven Bewertung der Patientinnen den Beweis erbracht hatte, daß das ausführliche psychotherapeutisch-psychosomatische Erstinterview sich als die adäquate Maßnahme für die Planung psychotherapeutischer Interventionen erwies. Weiters stellen die Ergebnisse dieser Untersuchung einen klaren Appell für die Notwendigkeit

der Einrichtung von Konsiliar-/Liaisondiensten dar, die ausreichend personell ausgestattet sein müssen, um den Bedürfnissen der psychosomatisch-gynäkologischen Patientinnen gerecht zu werden (Wittmann, 1985).

Danksagung

Diese Studie wurde vom Fonds des Bürgermeisters der Bundeshauptstadt Wien finanziert. Die Autorinnen danken Frau Petra Glinig für die Schreibearbeiten.

Literatur

- Alexander LB, Luborsky L (1986) The Penn Helping Alliance Scales. In: Greenberg LS, Pinso W (eds) In the psychotherapeutic process: a research handbook. Guilford-Press, New York, pp 325–366
- Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1983) Der Giessen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik, 3. überarb. Aufl. Huber, Bern
- Bellak L, Hanreich M, Gebiman H (1973) Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals. Wiley, New York
- Benedek Th, Rubenstein G (1942) The correlations between ovarian activity and psychodynamic processes. Research Council, Washington DC
- Brown GW, Harris TO (1978) Social origins of depression. A study of psychiatric disorders in women. Tavistock, London
- Cremerius J (1984) Die psychoanalytische Abstinenzregel. Psyche 38: 769–800
- Dennerstein L, Brown JB, Gotts G, Morse CA, Farley TMM, Pinol A (1993) Menstrual cycle hormonal profiles of women with and without premenstrual syndrome. J Psychosom Obstet Gynaecol 14: 259–268
- Freud S (1912/1968) Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW, Bd VIII. Fischer, Frankfurt, S 376–387
- Hall EV van (1995) The menopausal misnomer. In: Bitzer J, Stauber M (eds) Psychosomatic obstetrics and gynaecology. Monduzzi Editore, Bologna, pp 441–445
- Herzog T, Stein B, ECLW (1994) Psychotherapeutisch-psychosomatische Konsiliar/Liaisondienste. Entwicklungen, empirische Befunde, Perspektiven für Praxis und Forschung. Psychologie in der Medizin 5/2: 10–17
- Holmes Th, Rahe RH (1967) The social re-adjustment rating scale. J Psychosom Res 11: 213–218
- Hunter MS, Liao KL-M (1995) Determinants of treatment choice for menopausal hot flushes: hormonal versus psychological versus no treatment. J Psychosom Obstet Gynaecol 16: 101–108
- Jordan J, Sapper H, Schimke H, Schulz W (1989) Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Psychother Med Psychol 39: 127–135
- Koch C (1981) Fragebogen zur Abschätzung des psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK). Beltz, Weinheim
- Lazarus AA (1995) Different types of eclecticism and integration: let's be aware of the dangers. J Psychotherapy Integration 5/1: 27–40
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Book, New York
- McDougall J (1991) Theater des Körpers. Verlag Internationale Psychoanalyse, Weinheim
- Schneider W, Basle H-D, Beisenherz B (1989) Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation (FMP). Beltz, Weinheim
- Slavney PR, McHugh PR (1984) Life stories and meaningful connections: reflections on a clinical method in psychiatry and medicine. Perspect Biol Med 27: 279–288
- Springer-Kremser M (1994) Die Relevanz von Psychotherapiemethoden für die Frauenheilkunde. Der Gynäkologe. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Springer-Kremser M, Jandl-Jäger E, Presslich-Titscher E (1995) Psychotherapeutische Möglichkeiten einer psychoanalytischen Ambulanz. Psychosozial 18/62: 15–24
- Strauss B, Speidel H, Seifert A, Probst P (1991) Zeitlich begrenzte Kontakte mit einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Ambulanz. PPmP 41: 43–52 (44)
- The Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists (1995) The psychological care of medical patients. Recognition of need and service provision. Cathedral Print, Salisbury
- Wittchen HU, Saß H, Zaudig M, Koehler K (1989) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-III-R. Beltz, Weinheim
- Wittmann WW (1985) Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme, Anwendungen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Korrespondenz: Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser, Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, Österreich.

Springer-Kremser, Marianne, Dr. med., tit. a. o. Univ.-Prof., FA für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (PSA), Vorstand auf Zeit der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, Wien, Leiterin der psychosomatischen Frauenambulanz. Arbeitsschwerpunkte: Weibliche Psychosexualität, psychoanalytische Kurzpsychotherapie.

Jandl-Jäger, Elisabeth, Univ.-Doz. Mag. soc. oec., Dr. phil., Soziologin, Mitglied des Wiener Arbeitskreises für Psychoanalyse und der ÖGWG, Universitätsassistentin an der Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien.

Presslich-Titscher, Eva, Dr. phil., Ass.-Prof. an der Klinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie der Universität Wien, Mitglied im Verein für Individualpsychologie.

Nemeskeri, Nora, Dr. phil., Psychotherapeutin (PP) und Supervisorin in freier Praxis, Klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Mitarbeiterin in der Arbeitsmarktpolitischen Frauenberatungsstelle Wien 12. Arbeitsschwerpunkte: Psychosomatik, Psychoonkologie, Arbeitslosigkeit.

Maritsch, F., Dr. phil., Gesundheitspsychologe, seit 1980 im sozialwissenschaftlichen Bereich tätig. Arbeitsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Drogenprävention, pharmakologische Forschung.