

Psychosomatische vs. psychische Störung.

**Eine explorativ-vergleichende Studie zwischen 59 Patienten mit
psychodermatologischen Erkrankungen und 59 Patienten mit
Angststörungen.**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
aus

Volker Hustedt
Celle

Gießen 2007

Aus dem medizinischen Zentrum für Psychosomatische und Psychotherapeutische
Medizin des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen

Geschäftsführender Direktor:
Prof. Dr. Ch. Reimer

Gutachter: Prof. Dr. U. Gieler

Gutachter: PD Dr. M. Franz

Tag der Disputation: 28.08.2007

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Psychosomatische Dermatologie.....	3
2.1.1	Definition	3
2.1.2	Einteilung der psychodermatologischen Krankheitsbilder	3
2.1.3	Epidemiologie	4
2.1.4	Psychische bzw. psychosomatische Aspekte.....	4
2.1.5	Behandlung	6
2.2	Angststörungen.....	8
2.2.1	Definition	8
2.2.2	Einteilung der Angststörungen	9
2.2.3	Epidemiologie	9
2.2.4	Psychische bzw. psychosomatische Aspekte.....	10
2.2.5	Behandlung	11
2.3	Stationäre psychosomatische Psychotherapie	12
3	Ableitung der Fragestellung	14
3.1	Generelle Überlegung	14
3.2	Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme.....	14
3.2.1	Soziale Beziehungsprobleme	14
3.2.2	Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.....	15
3.2.3	Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung.....	16
3.2.4	Allgemeine Zufriedenheit	16
3.3	Therapieverlaufseffekte.....	17
3.3.1	Soziale Beziehungsprobleme	17
3.3.2	Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.....	18
3.3.3	Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung.....	18
3.3.4	Allgemeine Zufriedenheit	18

3.4	Formulierung der Fragestellung	18
4	Methode	20
4.1	Stichproben	20
4.1.1	Grundpopulation	20
4.1.2	Auswahl der Stichproben aus der Grundpopulation	20
4.1.3	Beschreibung der beiden Patientengruppen	21
4.1.4	Gruppenvergleiche	24
4.2	Durchgeführte ärztlich-psychologische Behandlung	25
4.3	Beschreibung der eingesetzten Testverfahren	26
4.3.1	Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)	26
4.3.2	Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)	27
4.3.3	Gießener Beschwerdebogen (GGB)	28
4.3.4	Indikatoren des Reha-Status (IRES)	29
4.4	Untersuchungsbereiche	30
4.5	Hypothesen	30
4.5.1	Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme	30
4.5.2	Therapieverlaufseffekte	34
4.6	Statistische Auswertung	38
5	Ergebnisse	39
5.1	Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme	39
5.1.1	Soziale Beziehungsprobleme	39
5.1.2	Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome	40
5.1.3	Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung	41
5.1.4	Allgemeine Zufriedenheit	42
5.2	Therapieverlaufseffekte	43
5.2.1	Soziale Beziehungsprobleme	43
5.2.2	Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome	46
5.2.3	Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung	49
5.2.4	Allgemeine Zufriedenheit	52
5.3	Exkurs: Weiterführende Statistik	53

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	55
6 Diskussion	57
6.1 Kritische Betrachtung der Stichprobenzusammensetzung.....	57
6.2 Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme.....	58
6.2.1 Soziale Beziehungsprobleme.....	58
6.2.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.....	60
6.2.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung.....	63
6.2.4 Allgemeine Zufriedenheit.....	65
6.2.5 Zusammenfassung	65
6.3 Therapieverlaufseffekte.....	67
6.3.1 Soziale Beziehungsprobleme.....	67
6.3.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome.....	68
6.3.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung.....	70
6.3.4 Allgemeine Zufriedenheit.....	71
6.3.5 Zusammenfassung	72
7 Ausblick.....	74
8 Zusammenfassung	75
9 Summary	77
10 Literaturverzeichnis.....	79
11 Erklärung	89
12 Anhang	90
Anhang 1: ICD Diagnosen der Hautpatientengruppe.....	91
Anhang 2: ICD Diagnosen der Angstpatientengruppe.....	92
Anhang 3: IIP-D (1/2)	93
Anhang 4: IIP-D (2/2)	94
Anhang 5: SCL-90-R (1/2).....	95

Anhang 6: SCL-90-R (2/2).....	96
Anhang 7: GBB	97
Anhang 8: IRES (Skala Lebenszufriedenheit)	98
Danksagung	99
Lebenslauf	100

1 Einleitung

In verschiedenen psychiatrischen und psychologischen Theoriekonzeptionen finden sich unterschiedliche Annahmen über eine differentielle Genese zwischen psychischer und psychosomatischer Symptombildung. Alexander und Schultz-Henke (zit. in: Klußmann 1992) sprechen u.a. von einem psychophysischen Parallelismus mit seelischen und körperlichen Reaktionsmöglichkeiten. Mitscherlich (1953/1954) beschreibt in seiner Theorie der zweiphasigen Verdrängung hingegen, dass die Entwicklung psychosomatischer Reaktionen nach einem gescheiterten Versuch erfolgt, Konflikte auf der psychischen Ebene zu bewältigen. Insgesamt wird bis heute angenommen, dass bei den verschiedenen Störungsarten unterschiedliche, Symptombildungsmechanismen zugrunde liegen (vgl. z.B. das Standardwerk „Uexküll“: Adler et al, 2003).

In diesem Zusammenhang finden sich einige Veröffentlichungen über entsprechende Vergleiche zwischen den beiden Störungsarten, wobei u.a. Unterschiede in bestimmten Angst- und Aggressivitätsformen, in der Stress- sowie Frustrationstoleranz und im Ausmaß früher Entwicklungsstörungen dargestellt werden. Diese Studien liegen zeitlich aber länger zurück und behandeln vorwiegend eher allgemeine Vergleiche zwischen psychoneurotischen und psychosomatischen Krankheitsbildern (u.a. Shands, 1975; Salminen et al., 1980; Korosteleva & Posokhov, 1990).

Das Anliegen dieser Arbeit ist daher einen aktuellen, spezifischen und differenzierten, empirischen Beitrag zur Frage zu leisten, inwieweit und speziell welche psychischen Merkmalen und psychotherapeutischen Behandlungseffekte sich bei einer psychosomatischen Erkrankung im Vergleich zu einer psychischen Störungen finden lassen.

Die Psychodermatologie konnte in den letzten Jahren mehrfach den Zusammenhang zwischen psychischen Bedingungen und dermatologischer Symptombildung nachweisen (vgl. Harth & Gieler 2005) und insgesamt wird bei Hauterkrankungen (vor allem bei den chronischen) von einer psychosomatischen Störung ausgegangen (vgl. z.B. Schmid-Ott, 2003).

Angststörungen zeigen als psychische Störungsform nur indirekt körperliche Symptome entsprechend ihrer speziellen Symptomatik (Hoffmann & Bassler 1997, Kessler et al 2005) und bilden infolge ihrer Häufigkeit und typischen Konstellation für das oben genannte Untersuchungsziel eine adäquate Vergleichsgruppe.

In der vorliegenden Arbeit wurden daher speziell psychische Merkmale und psychotherapeutische Behandlungseffekte bei Hauterkrankungen als psychosomatische Störung im Vergleich zu Angststörungen als klassisch psychische Störung untersucht.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Psychosomatische Dermatologie

2.1.1 Definition

Nach der „Leitlinie Psychosomatische Dermatologie“ (Fassung vom 15.01.2002: Gieler, 2002) beschäftigt sich die psychosomatische Dermatologie mit Hautkrankheiten, bei denen psychosoziale Ursachen, Folgen oder Begleitumstände einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben. In dieser Hinsicht werden Dermatosen unter einem bio-psycho-sozialen Modell ganzheitlich gesehen. Die Psychodermatologie umfasst nach dieser Auffassung im weiteren Sinne jeden Aspekt der intra- und interpersonellen Probleme von Hautkrankheiten mit den psychosomatischen Auslöse- bzw. Krankheitsverarbeitungsmechanismen.

2.1.2 Einteilung der psychodermatologischen Krankheitsbilder

Aus psychosomatischer Sicht können psychodermatologische Erkrankungen in drei Kategorien eingeteilt werden (Niemeier & Gieler, 1998; Buljan et al., 2005; Koo & Lebwohl, 2001; Gieler et al., 1997), wobei manche Erkrankungen auch mehreren Kategorien zugeordnet werden können (siehe Kategorisierung von Koo & Lebwohl, 2001). Nach Niemeier & Gieler (1998) umfasst die erste Kategorie die psychiatrischen Erkrankungen wie Dermatozoenwahn, Artefakte, Dysmorphobie etc., bei denen psychische Faktoren ursächlich zur Entstehung der Dermatose führen. Die psychosomatischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Neurodermitis, Psoriasis, Urtikaria u.a., bei denen psychische und somatische Faktoren ineinander greifen, bilden die zweite Kategorie. Die dritte Kategorie umfasst schließlich die somatopsychischen Erkrankungen (Tumore, Kollagenosen, Erregerbedingte Erkrankungen etc.), bei denen somatische Aspekte im Vordergrund stehen.

In dem synoptischen Überblick über den Bereich Psychodermatologie (Koo et al., 2000) referieren die Autoren eine zusätzliche Kategorie: Hier werden die Hautsensorischen Störungen, wie zum Beispiel psychogener Juckreiz, als weitere psychodermatologische Krankheitsgruppe gewertet.

Andere Klassifikationssysteme (Schneider & Gieler, 2001) setzten ihren Fokus vorwiegend auf die Einteilung psychischer Störungen in der Dermatologie und

beschreiben vier Gruppen von psychodermatologischen Erkrankungen: Die erste Gruppe bilden hier die „Dermatosen als Folge psychischer Störungen“ zu denen selbstinduzierte Hautläsionen, abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle u.a. gezählt werden. Die zweite Gruppe umfasst mit Erkrankungen wie Psoriasis vulgaris, Vitiligo u.a. die „Multifaktoriell bedingte Dermatosen, deren Verlauf durch psychische Faktoren entscheidend beeinflusst werden kann“. Zu der dritten Gruppe „Psychische Störungen infolge von Dermatosen mit entstellendem oder bedrohlichem Charakter“ werden Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen und Angststörungen gezählt. Die vierte Gruppe umfasst schließlich „von 1-3 unabhängige Komorbidität mit prinzipiell jeder psychischen/psychosomatischen Störung, die ihrerseits das Management der Hautkrankheit erschweren und den Krankheitsverlauf beeinflussen kann“.

2.1.3 Epidemiologie

Nach Schneider und Gieler (2001) liegen die Prävalenzraten für psychische Symptome bei dermatologischen Patienten in verschiedenen Studien zwischen 30-79%. Dabei war die Häufigkeit psychischer Probleme bei stationären Patienten in der Regel höher als bei ambulanten Patienten. Diese Prävalenzraten decken sich u.a. mit den fachlichen Experteneinschätzungen über das Auftreten von psychischen Problemen bei Patienten mit dermatologischen Erkrankungen. In einer Umfrageuntersuchung (Gieler et al., 2001) in deutschen Hautkliniken wurden von diesen Einrichtungen z.B. bei durchschnittlich 23,2% der Patienten auch ein Bedarf an einem psychosomatischen Therapieangebot zusätzlich zur dermatologischen Versorgung gesehen.

Eine neuere Untersuchung (Picardi et al., 2005) an 545 stationären Patienten mit dermatologischen Erkrankungen, in der psychische Komorbiditäten über ein strukturiertes Interview (SCID-I; First et al., 2000) erfasst wurden, ergab bei 38% dieser Patienten eine psychische Störung nach Klassifikationssystem DSM-IV.

2.1.4 Psychische bzw. psychosomatische Aspekte

In verschiedenen Studien wurden vielfach z.B. die Prävalenzen von Depressionssymptomen untersucht (u.a. Woodruff et al., 1997; Windemuth et al., 1999; Gupta & Gupta, 1998; Picardi et.al., 2006), wobei sich differentielle

Ausprägungen bei unterschiedlichen dermatologischen Erkrankungen ergaben. Gupta und Gupta (1998) fanden unter anderem bei einer Untersuchung von 480 Patienten mit dermatologischen Erkrankungen über eine Rating-Skala (Carroll Rating Scale for Depression, Carroll et al., 1981) bei 2,1% der Patienten mit atopischer Dermatitis, bei 2,5% der ambulanten Psoriasis-Patienten, bei 5,6% der Patienten mit (non cystische) Akne und bei 7,2% der stationären Psoriasis-Patienten suizidale Gedanken.

Niemeyer et al. (2002) fanden ebenfalls unterschiedliche (psychische) Symptomausprägungen bei verschiedenen Hauterkrankungen. In der Untersuchung konnten u.a. Unterschiede in den Bereichen von sozialen Ängsten, Hilflosigkeit und Einschränkung der Lebensqualität nachgewiesen werden.

In einer anderen Veröffentlichung (Schneider und Gieler, 2001) werden u.a. die spezifischen psychischen und psychodynamischen Aspekte einzelner dermatologischer Erkrankungen dargestellt. Die Autoren referieren dabei z.B. Studien über Neurodermitis, nach denen bei diesen Patienten u.a. Veränderungen im Selbstbild, geringes Selbstbewusstsein, erhöhte Neurotizismus-, Angst- und Depressionswerte, erhöhte Erregbarkeit und inadäquates Coping mit Stress aber insgesamt kein spezifischer Persönlichkeitstypus konsistent nachweisbar waren.

Ausgehend von einer multivariaten Zeitreihen-Analyse einer Patientin mit Neurodermitis konnte Brosig (2003) an einem Datensatz von vier Patientinnen mit Neurodermitis zudem u.a. nachweisen, dass psychische Stimmungen (Depressivität, Aktivierung, Aggression) sowie das Erleben einer Trennungssituation Prädiktoren der Neurodermitis darstellen.

Unabhängig von einer differenzierten Betrachtung einzelner Hauterkrankungen werden in diesen und weiteren Veröffentlichungen (z.B. Gieler et al., 1997; Gieler, 2002; Gieler, 1996; Gieler & Detig-Kohler, 1994; Schacht, 1974; Detig, 1985) generell bei Hautpatienten immer wieder bestimmte psychische und psychosomatische Problembereiche beschrieben. Eine Auflistung dieser Problembereiche – ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben – ist in Tabelle 2-1 dargestellt.

Tabelle 2-1

In verschiedenen Studien (siehe Text) dargestellte psychische und psychosomatische Problembereiche bei Hauterkrankungen

Veränderungen im Selbstbild

Geringes Selbstbewusstsein

Erhöhte Neurotizismus- / Ängstlichkeits- / Depressionswerte

Erhöhte Erregbarkeit

Inadäquates Coping mit Stress

Psychasthenie

Hysterie

Vermeidende, abhängige und schizoide Persönlichkeitszüge

Zwanghafte, narzisstische und aggressive Persönlichkeitszüge

Borderlineartige, paranoide und schizotype Persönlichkeitszüge

Autoaggressive Tendenzen

Ambivalenzkonflikt bezüglich Nähe und Distanz

Stigmatisierungsgefühle

Grübeleien

Sozialer Rückzug / Isolation

Störungen im mitmenschlichen Kontakt

Unbefriedigende (partnerschaftliche) Beziehungen

Beeinträchtigt Sexualleben

2.1.5 Behandlung

Höring (1994) beschreibt die zunehmende Relevanz einer psychosomatischen Grundversorgung in der ambulant-dermatologischen Praxis. Nach ihrer Auffassung vermischen sich bei psychosomatischen Hautkranken zwei Krankheitsaspekte, die bei der Behandlung jeweils möglichst Berücksichtigung finden sollten. Zum einen besteht ein physisches, objektiv feststellbares Symptom, welches sich nach gezielter Diagnostik und Anamneseerhebung benennen lässt. Gleichzeitig sind aber auch psychische Hintergründe vorhanden, die sich über eine adäquate Gesprächsführung herausfinden lassen. In mehreren Fallbeispielen erläutert Höring (1994) diese ineinandergreifenden Krankheitsaspekte und zeigt verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und -verläufe auf. In der Veröffentlichung wird zudem der Konflikt zwischen der betriebswirtschaftlichen Realität einer Arztpraxis, nach der ein niedergelassener Dermatologe nur wenig Zeit für einen Patienten zur Verfügung hat und der Relevanz einer Gesprächsführung unter biopsychosozialen Gesichtspunkten, die wiederum eine gewisse Zeit erfordert, problematisiert und verschiedene Anregungen zum Umgang mit dieser speziellen Schwierigkeit gegeben.

Gieler et al. (2001) konnten nachweisen, dass psychosomatische Aspekte auch in der stationär-dermatologischen Behandlung eine Rolle spielen. In einer von ihnen getätigten Umfrage stellte sich heraus, dass psychosomatische Behandlungsaspekte sogar zu einem obligaten Bestandteil stationär-dermatologischer Versorgung geworden zu sein scheinen und dass von den Kliniken als wesentliches Ziel solcher Interventionen die Verbesserung der Krankheitsbewältigung angesehen wird.

Unter Umständen kann bei Patienten mit Hauterkrankungen auch eine Psychotherapie im engeren Sinne indiziert sein. In diesem Zusammenhang stellt z.B. Stangier (2003; u.a. auch bei Gieler & Stangier, 2005) verschiedene Interventionsmöglichkeiten aus verhaltenstherapeutischer Sicht dar. Der Autor erläutert dabei Indikationen und Anwendungsmöglichkeiten von Entspannungsverfahren wie progressive Muskelentspannung und autogenes Training, Biofeedbacktrainings, Imaginationsverfahren, Verhaltenstrainings- und kognitiv-behaviorale Gruppenprogramme. Weiterhin diskutiert er auch verhaltenstherapeutische Einflussmöglichkeiten auf die allgemeine Krankheitsanpassung und Coping, soziale Ängste bzw. Entstellungsgefühle, maladaptive krankheitsbezogene Reaktionen, Kratzen bei Neurodermitis sowie neurotische Exkorationen und Artefakte.

Aber nicht nur verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze werden für psychodermatologische Erkrankungen als günstig angesehen. Gieler (2001) diskutiert zum einen bei diesen Erkrankungen die generelle Indikation zur Psychotherapie aber auch die differentielle Indikation bezüglich der verschiedenen Therapieformen. Hierbei geht er näher auf die tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und Psychoanalyse, die Verhaltenstherapie und die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie (vgl. auch Reisch, 1988) ein und beschreibt deren zugrunde liegende Krankheitsvorstellungen und Behandlungsansätze. Alle drei Behandlungsformen können nach seiner Auffassung bei psychodermatologischen Erkrankungen als geeignet angesehen werden.

In der Vergangenheit wurden in einzelnen Universitätshautkliniken psychosomatisch orientierte Stationen aufgebaut und dermatologische Abteilungen in

psychoanalytisch orientierte Psychotherapiekliniken integriert (Löwenberg & Peters, 1992). In Evaluationsstudien erweisen sich diese kombinierten Konzepte für die Behandlung von psychodermatologischen Erkrankungen als günstig. Nach Löwenberg und Peters (1992) waren z.B. 2/3 der behandelten Patienten mit dem Ergebnis einer solchen kombinierten psychotherapeutischen und dermatologischen Behandlung zufrieden und zeigten neben anderen positiven Therapieeffekten teilweise eine deutliche Abnahme der Arztbesuche nach dem Klinikaufenthalt. In einer anderen Untersuchung (Löwenberg und Peters, 1994) ließen sich mit standardisierten Testverfahren im Verlauf einer solchen stationären Therapie bzw. in der 1-Jahres-Katamnese Veränderungen sowohl auf der Symptomebene als auch in verschiedenen Persönlichkeitsbereichen feststellen.

2.2 Angststörungen

2.2.1 Definition

Unter den Angststörungen werden Angstneurosen und Phobien zusammengefasst (u.a. Bassler, 2000). Hierbei handelt es sich zum einen um diffuse und körpernahe Angst (Angstneurosen) und zum anderen um eine phobische Angst auf spezifische Objekte oder Situationen (Bassler & Hoffmann, 1997; Hoffmann & Bassler, 1997).

Bei beiden Formen handelt es sich um ein pathologisches Reaktionsmuster mit dem Ergebnis eines übermäßigen Erlebens eines für sich genommen physiologischen Gefühls, das neben Freude, Trauer, Furcht, Wut, Überraschung und Ekel zu den so genannten primären Emotionen gezählt wird. Aus neurophysiologischer Sicht sind Angststörungen die Folge einer Fehleinschätzung an sich „neutraler Nachrichten“ aus dem Körperinnern bzw. an sich harmloser äußerer Bedrohungssituationen (Bassler & Leidig, 2005).

Nach Freud (1895) leidet der angstneurotische Patient meist unter anhaltender, diffuser Angst wechselnder Stärke, die sich bis zu manifesten Angstanfällen steigern kann und eine ausgeprägte Somatisierungstendenz besitzt. Phobien beziehen sich hingegen auf umschriebene Objekte und Situationen, die als bedrohlich oder ängstigend erlebt werden und vom darunter leidenden Patienten in ihrer Unangemessenheit zwar erkannt aber trotzdem als nicht beeinflussbar erlebt werden

(vgl. u.a. Bassler, 2000). Bei den Phobien besteht im Gegensatz zu den Angstneurosen nach dieser Auffassung eine höhere Angstbindung, da u.a. durch gezieltes Vermeidungsverhalten ein drohender Angsteinbruch erfolgreich abgewehrt werden kann.

2.2.2 Einteilung der Angststörungen

Neben der schon beschriebenen groben Aufteilung der Angststörungen in Angstneurosen und Phobien, die aus (psychoanalytisch-)theoriespezifischen Gründen getroffen wurde, werden die Angststörungen nach symptomorientiert-nosologischen Gesichtspunkten über das allgemein anerkannte, internationale Klassifikationssystem für psychische Störungen ICD-10 (Dilling et al., 2005) in verschiedene diagnostische Kategorien eingeteilt.

Die Gruppe der Angststörungen beinhaltet dabei zum einen die so genannten „phobischen Störungen“ (ICD-10: F40) mit ihren Untergruppen „Agoraphobie mit oder ohne Angabe einer Panikstörung“ (F40.0), „soziale Phobien (F40.1), „spezifische (isolierte) Phobien“ (F40.2), „sonstige phobische Störungen“ (F40.8) und „nicht näher bezeichnete phobische Störung“ (F40.9). Zum anderen gehören zu dieser Gruppe auch die so genannten „anderen Angststörungen“ (ICD-10: F41), unter denen die „Panikstörung“ (F41.01), die „generalisierte Angststörung“ (F41.1), die „Angst und depressive Störung, gemischt“ (F41.2), „andere gemischte Angststörungen“ (F41.3), „sonstige spezifische Angststörungen“ (F41.8) und „nicht näher bezeichnete Angststörung“ (F41.9) zusammengefasst werden.

2.2.3 Epidemiologie

In einer groß angelegten amerikanischen Studie (National Comorbidity Survey Replication; Kessler et al., 2005) wurden die Lebenszeit-Prävalenzen verschiedener psychischer Störungen nach dem amerikanischen, nosologischen Klassifikationssystem DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000; ein Klassifikationssystem ähnlich der ICD-10) anhand einer Stichprobe von 9282 Probanden bestimmt.

In dieser Untersuchung ergab sich eine geschätzte Lebenszeit-Prävalenz für alle Angststörungen von 28.8%.

In der differentiellen Betrachtung ergaben sich Lebenszeit-Prävalenzen von 1,4-12,5% für die phobischen Störungen, von denen die Agoraphobie ohne Panikstörung den niedrigsten und die spezifische Phobie die höchste Ausprägung erreichte. Diese Ergebnisse decken sich ungefähr mit denen einer früheren Untersuchung (ECA-Studie: Robins et al., 1984), nach der sich für klinisch relevante Phobien eine Lebenszeit-Prävalenz von insgesamt 14,7% ergab.

Bei den anderen Angststörungen (vergleichbar mit der Gruppe F41: „andere Angststörungen“ der ICD-10) ergaben sich bei der National Comorbidity Survey Replication Studie (Kessler et al., 2005) Lebenszeit-Prävalenzen von 5,2-5,7%.

2.2.4 Psychische bzw. psychosomatische Aspekte

Nach der psychodynamischen Störungskonzeption beinhaltet der Angstaffekt die Funktion einer Art Warn- bzw. Gefahrensignal, das bei einer Wahrnehmung von Gefahrensituationen ausgelöst wird. Bei der neurotischen Angst besteht dabei ein deutliches Missverhältnis zwischen objektivierbarer äußerer Bedrohung und empfundener Angst. Es liegt vielmehr eine unbewusste innere Bedrohung vor, die – über den Abwehrvorgang der Verschiebung von innen nach außen – wie eine äußere Bedrohung verarbeitet wird (vgl. Bassler & Leidig, 2005).

Nach Milrod et al. (1997) und Schoenhals (2001) sind viele Patienten mit Angststörungen von der Präsenz und Verfügbarkeit von wichtigen Bezugspersonen abhängig, da sie innerpsychisch keine stabilen Objekt- und Selbstrepräsentanzen entwickelt haben. Sie reagieren u.a. mit einer Angstsymptomatik, wenn sie sich in einer Situation befinden, die ihnen nicht vertraut ist und / oder eine Bezugsperson nicht anwesend ist, da dies für sie eine innerpsychische, unbewusste Bedrohung darstellt. In diesem Sinne haben Wut- und Ärgergefühle gegenüber einer Bezugsperson ebenfalls bedrohlichen Charakter und triggern einen Angstaffekt bzw. werden vermieden, da sie das wichtige Objekt zerstören könnten, von dem der Angstpatient so abhängig ist.

Nach der kognitiv-behavioralen Störungskonzeption spielen bei den Angststörungen Sicherheits- bzw. Vermeidungsstrategien u.a. eine wichtige Rolle. Diese

Verhaltensweisen reduzieren kurzfristig die Angst, verstärken aber auf Dauer den Glauben an die Bedrohung und halten somit die Angst über verschiedene Wege aufrecht (vgl. Bassler & Leidig, 2005, Schneider & Margraf, 1998).

In der Regel haben Angstanfälle eine typische vegetative Symptomatik. Die ausgelösten somatischen Gefühlsäquivalente sind dabei u.a. Störungen der Herzrhythmus, der Atmung, Schweißausbrüche, Zittern und Schütteln, Anfälle von Heißhunger und anfallsartige Durchfälle (Bassler, 2000). Nach der ICD-10 (Dilling et al., 2005) finden sich bei Angststörungen auch Depersonalisations- bzw. Derealisationsphänomene und es können auch zwanghafte Symptome auftreten, die aber das klinische Bild nicht beherrschen (vgl. auch Bassler & Hoffmann, 1997).

2.2.5 Behandlung

Nach Bassler und Hoffmann (1997) können sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamische Verfahren als wirksam angesehen werden. Psychoanalytisch orientierte Verfahren sind vergleichsweise weniger schnell wirksam bzw. symptomreduzierend, können aber in bestimmten Fällen indiziert sein. Sie weisen einen vergleichsweise starken und anhaltenden Einfluss auf die pathogenen Bedingungen der Persönlichkeit auf. Für Patienten, die hingegen überwiegend an Symptombeseitigung interessiert sind, ist die Verhaltenstherapie die Therapie der Wahl. Nach den Autoren sind gewisse Gesichtspunkte bei angstneurotischen Patienten besonders zu berücksichtigen. Sie gehen in diesem Zusammenhang näher auf den therapeutischen Umgang bezüglich einer hypochondrisch strukturierten Angstsymptomatik, eines Medikamentenabusus, verschiedener Hilfs-Ich-Funktionen, eines Anklammerungsverhaltens, der Stärkung der Ich-Struktur sowie übenden und angstkonfrontierenden Maßnahmen ein.

Bei den einfachen phobischen Störungen sehen die gleichen Autoren (Hoffmann & Bassler, 1997) vorwiegend die symptomorientierte Verhaltenstherapie indiziert, während bei den komplizierter strukturierten Phobien, der Agoraphobie und der Soziophobie auch niederfrequente psychodynamische bis hochfrequente psychoanalytische Verfahren empfohlen werden können.

Sowohl bei den kognitiv-verhaltenstherapeutischen (z.B. Schneider & Magraf, 1998, Schneider & Magraf, 2007; Schmidt-Traub, 2000) als auch bei psychodynamischen Psychotherapieverfahren (Milrod et al., 1997) liegen für Angststörungen spezifische, zum Teil auch gut evaluierte, Therapiemanuale vor, die sich auch auf ein stationäres Setting übertragen lassen.

2.3 Stationäre psychosomatische Psychotherapie

Bis vor ca. 10 Jahren lagen nur wenige Forschungsergebnisse bezüglich Prädiktoren, Indikationen und Ergebnisse von stationärer Psychotherapie vor. Die stationäre Psychotherapie hatte sich zwar zu einem eigenständigen und wichtigen Bereich in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung entwickelt (zur Versorgungsstruktur siehe u.a. de Cruppé et al., 2005), die empirische Evaluierung hatte aber noch keinen adäquaten Standard erreicht (Bassler & Hoffmann, 1994).

Derzeit finden sich aber eine zunehmende Anzahl von Katamnesestudien, welche die Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Psychotherapie nachweisen (u.a. Schulz et al., 1999; Fliege et al., 2002; vgl. auch Beutel et al., 2005).

Franz et al. (2002) konnten in diesem Zusammenhang in einer Multizenterstudie durchschnittliche Effektstärken von 0.84 bezogen auf klinischen Skalen nachweisen. Nospert (1999) fand für den GSI der Symptomcheckliste SCL-90-R innerhalb einer Einjahres-Katamnese Besserungen mit einer Effektstärke von 0.46 und in der Untersuchung von Sack et al. (2003) lag diese Effektstärke sogar bei 1.2.

In einer neueren Studie werden zudem Unterschiede zwischen stationärer Kurz- und Langzeitpsychotherapie untersucht (Beutel et al., 2005). Hinsichtlich der Indikationsstellung zeigt sich, dass kurzzeittherapeutisch (durchschnittlich 4,5 Wochen) behandelte Patienten gehäuft akut erkrankt, stärker symptombelastet und eher beruflich integriert waren. In der Langzeittherapie (durchschnittlich 11,7 Wochen) hingegen befanden sich vermehrt Patienten mit chronifizierten psychosomatischen Störungen, Persönlichkeitsstörungen und somatischer Komorbidität. In beiden Behandlungssettings nahmen Symptombelastungen und Körperbeschwerden deutlich ab und blieben katamnestisch weitgehend stabil. Als

Erfolgsprädiktoren konnten adaptive Objektbeziehungsmuster bzw. interpersonelle Merkmale und soziale Ressourcen festgestellt werden.

3 Ableitung der Fragestellung

3.1 Generelle Überlegung

Das zugrunde liegende Störungsbild der Angststörungen sowie das der Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen sind jeweils nicht homogen. Es finden sich aber dennoch deutliche Unterschiede zwischen den Störungscharakteristika beider Patientengruppen (siehe Kapitel 1). Daher erscheint es wahrscheinlich, dass sich Patienten mit Angststörungen von Patienten mit psychodermatologischer Erkrankung auch in mehreren psychosomatischen Symptomkomplexen bzw. Beschwerdebereichen unterscheiden und dass sich bei beiden Gruppen im Laufe einer psychosomatisch-stationären Therapie unterschiedliche Therapieeffekte zeigen.

3.2 Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

Aufgrund theoretischer Überlegungen ist zu erwarten, dass sich die beiden Gruppen (Patienten mit Angststörungen vs. Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen) zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme in folgenden Bereichen unterscheiden¹:

1. in ihren sozialen Beziehungsproblemen
2. in ihrem subjektiven Erleben von Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome
3. in ihren Beschwerden aus den Bereichen Allgemeinbefinden, Vegetativum, Schmerzen und Emotionalität sowie in ihrer Ursachenzuschreibung in den somatischen oder psychischen Bereich
4. in ihrem Erleben von allgemeiner Zufriedenheit

3.2.1 Soziale Beziehungsprobleme

Hinsichtlich der sozialen Beziehungsprobleme ist anzunehmen, dass sich Angstpatienten in diesem Bereich kaum gestört erleben bzw. fühlen. Es ist eher

¹ In dieser Arbeit wurden diese Bereiche ausgewählt, da sie sich mit verschiedenen Testverfahren gut operationalisieren und erheben lassen. Die Auswahl erhebt insofern keinen Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich Unterscheidungsmerkmale der beiden Therapiegruppen.

davon auszugehen, dass sie ihre Problematik hauptsächlich in ihrer Angstsymptomatik sehen und bewusst, beziehungsweise auch unbewusst motiviert – im Sinne einer Verhinderung eines bei zwischenmenschlichen Konflikten drohenden Objektverlustes (vgl. Milrod et al., 1997 und Schoenhals, 2001) – eher wenig Probleme in ihren sozialen Beziehungen erleben.

Bei Patienten mit psychodermatologischer Symptomatik ist hingegen wahrscheinlich, dass sie im zwischenmenschlichen Bereich mehr Schwierigkeiten erleben. Zum einen leiden sie u.a. unter einer für andere mehr oder weniger sichtbaren Beeinträchtigung ihrer „äußeren Schönheit“. Viele dermatologischen Symptome wirken auf andere Menschen aversiv (z.B. abschreckend oder abstoßend), so dass hierdurch schon psychosoziale Schwierigkeiten entstehen (vgl. u.a. Schneider & Gieler, 2001). Beim Patienten selber können sich in Folge einer realen oder vermeintlichen Stigmatisierung auch Hemmungen bzw. Rückzugsverhalten aus sozialen Kontakten gebildet haben (wie etwa am Beispiel der Psoriasis dargestellt bei Schmidt-Ott, 1999). Als weitere Quelle für psychosoziale Schwierigkeiten kann sich zudem die bei vielen Hautkranken erkennbare gestörte Regulierung von Nähe und Distanz in Beziehungen auswirken (vgl. Gieler & Detig-Kohler, 1994).

3.2.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Die Patienten mit einer Angststörung fühlen sich durch ihre Angstsymptome, zugrunde liegende psychodynamische Konfliktregulationsmechanismen und / oder durch ihre pathologischen Bewältigungsstrategien beeinträchtigt. Bei ihnen ist die Beeinträchtigung durch die Angstgefühle mit den dazugehörigen vegetativen Symptomen im Vordergrund. Häufig können auch Entfremdungsgefühle wie z.B. Depersonalisations- oder Derealisationserlebnisse auftreten, die sich unter psychodynamischer Sichtweise als drohender Selbstrepräsentanzverlust bzw. als Regulationsmechanismus dagegen verstehen lassen. Weiterhin kann es zu typischen kognitiven Bewältigungsmechanismen kommen, wie z.B. zu einem „Sich-Ablenken“, aus denen sich schließlich auch zwanghafte Züge entwickeln können (vgl. Schoenhals, 2001).

Bei Patienten mit psychodermatologischer Erkrankung hingegen kann von einem psychosomatischen bzw. somatopsychischen Zusammenhang ausgegangen werden

(vgl. Schmidt-Ott, 2003). Da in diesem Bereich im gewissen Ausmaß eine funktionelle Störung vorliegt, sind Regulierungen in Form von Somatisierung in anderen Bereichen nicht unwahrscheinlich. In Folge der psychosozialen Schwierigkeiten, die sich in Unsicherheit aber aus psychodynamischer Sicht auch in Feindseeligkeit oder Misstrauen äußern können, sind auch depressive Symptome zu erwarten. In einer Untersuchung an 539 Hautpatienten fanden Picardi et al. (2006) u.a. auch tatsächlich hohe Prävalenzen für depressive Störungen und sekundäre Demoralisierungs- und Somatisierungstendenzen. Auch wenn diese Symptome nicht ungewöhnlich bei Angststörungen sind, wird angenommen, dass sie bei Hauterkrankungen stärker ausgeprägt sind.

3.2.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung

Aufgrund des psychosomatischen bzw. somatopsychischen Zusammenhanges ist davon auszugehen, dass die Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen im Vergleich zu den Angstpatienten mehr Beschwerden aus dem somatischen Bereich erleben.

Hingegen finden sich Beschwerden um das Herz sehr häufig und stark ausgeprägt bei Patienten mit Angststörungen. Symptome wie Herzklopfen, Stiche in der Brust aber auch Schwindel und Atemnot können als pathognomisch für Angststörungen angesehen werden (vgl. Mentzos, 2001; Bassler, 2003; Dilling et al., 2005). Bei diesen Symptomen kann daher angenommen werden, dass sie bei den Angstpatienten vermehrt vorkommen.

3.2.4 Allgemeine Zufriedenheit

Bei Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen liegen Beeinträchtigungen sowohl im körperlichen als auch psychischen Bereich vor, die wiederum einen Einfluss auf viele Lebensbereiche haben. Bei Angstpatienten hat die Erkrankung zumindest kein äußerlich sichtbares Korrelat, so dass hier der Einfluss auf verschiedene Lebensbereiche begrenzter und somit die allgemeine Lebenszufriedenheit weniger beeinträchtigt erscheint.

3.3 Therapieverlaufseffekte

Es ist anzunehmen, dass sich im Laufe der Therapie eine Änderung der psychischen bzw. psychosozialen Bereiche einstellt. Daher können generell bei beiden Gruppen Therapieverlaufseffekte in Richtung Besserung erwartet werden.

Zudem erscheint es wahrscheinlich, dass es bezüglich des Therapieverlaufs in einigen Bereichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gibt.

Im Allgemeinen gelten verschiedene Angststörungen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen als eher gut behandelbar und es bestehen größtenteils gut evaluierte und dokumentierte Therapiemanuale, vor allem im verhaltenstherapeutischen Bereich (Grawe, 1994; Schneider & Magraf, 1998; Schneider & Magraf, 2007; Schmidt-Traub, 2000) aber auch mit psychodynamischer Orientierung (Milrod et al., 1997). Hingegen dauern Krankheitsverläufe bei Patienten mit psychosomatischem Beschwerdebild, zu denen die Psychodermatosen zählen, meist lange und zeigen am Anfang weniger schnelle Erfolge (vgl. u.a. Janssen & Quint, 1987).

Insofern können in den gleichen Bereichen², in denen Unterschiede zu Beginn der Therapie erwartet werden, auch differentielle Therapieeffekte angenommen werden.

3.3.1 Soziale Beziehungsprobleme

Bei beiden Patientengruppen ist durch eine psychosomatisch-stationäre Therapie eine Besserung ihrer sozialen Beziehungsproblematik zu erwarten. Unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Annahme, dass Patienten mit Angststörungen generell eher weniger interpersonale Probleme erleben, ist davon auszugehen, dass in diesem Bereich die Verbesserung, trotz der ansonsten eher langsameren Krankheitsbesserung, bei Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen relativ höher ausfällt.

²Auch hier erhebt die Auswahl keinen Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich Unterscheidungsmerkmale der beiden Therapiegruppen. Ausschlaggebend für die Wahl war eine gute Operationalisierbarkeit der Bereiche über Testverfahren.

3.3.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Hinsichtlich der erlebten Beeinträchtigung von verschiedenen (psychosomatisch relevanten) körperlichen und psychischen Symptomen ist anzunehmen, dass sich bei beiden Gruppen aufgrund einer psychosomatisch-stationären Therapie die vorhandene Symptomatik bessert. Im Allgemeinen kann erwartet werden, dass die Verbesserung aufgrund des (aus psychosomatischer Sicht) weniger ausgeprägten, zugrunde liegenden Störungsbildes bei der Angstpatientengruppe höher ausfällt.

3.3.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung

Bei den verschiedenen, psychosomatischen Beschwerdebereichen (Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magenbeschwerden etc.) kann ebenfalls angenommen werden, dass bei beiden Gruppen durch eine psychosomatisch-stationäre Therapie eine Verbesserung der zu Beginn vorhandenen Symptomatik stattfindet. Im Bereich funktioneller Herzbeschwerden lässt sich bei der Gruppe der „Hautpatienten“ im Vergleich zu den „Angstpatienten“ zudem ein niedrigerer Therapieverlaufseffekt erwarten, da es sich hier um eine typischerweise mit Angst korrelierte Symptomatik handelt.

3.3.4 Allgemeine Zufriedenheit

Hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit wird erwartet, dass bei beiden Gruppen am Ende einer psychosomatisch-stationären Therapie eine höhere Zufriedenheit vorherrscht, als zu Beginn einer solchen Therapie. Zudem ist hier aufgrund des spezifischen Störungscharakters ebenfalls anzunehmen, dass die Verbesserung bei der Angstpatientengruppe höher ausfällt.

3.4 Formulierung der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit kann als hypothesengeleitet-explorative Studie verstanden werden. Es sollen hierbei die, in den vorigen Kapiteln beschriebenen, theoretischen Überlegungen mit Hilfe von psychologischen Tests näher untersucht werden. Die Fragestellung der Arbeit lautet dabei:

Lassen sich für die in den vorigen Kapitel hergeleiteten Unterschiede in den beschriebenen psychosomatischen Symptom- und Beschwerdebereichen bzw. in den jeweiligen Therapieeffekten zwischen einer Gruppe von Patienten mit Angststörungen und einer Gruppe von Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen auch statistisch begründete, objektive Hinweise beobachten?

4 Methode

4.1 Stichproben

4.1.1 Grundpopulation

Die Krankenstation der psychosomatischen Klinik ist ein integrativer Bestandteil des Zentrums für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität, das aus der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie als klinische Abteilung sowie den vorklinischen Abteilungen Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie besteht.

Die Auswahl bzw. die Indikationsstellung zur stationären Behandlung der Patienten erfolgte nach einem ambulanten Erstinterview im Rahmen der psychosomatischen Ambulanz in der Poliklinik oder im Rahmen des psychosomatischen Konsildienstes.

Die Grundpopulation (n=405) der vorliegenden Untersuchung wurde von allen Patienten gebildet, die sich in den Jahren 2000, 2001 und 2002 in stationärer Behandlung der Psychosomatischen Klinik an dem Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen befanden.

4.1.2 Auswahl der Stichproben aus der Grundpopulation

Die zwei Patientenstichproben stammen aus dieser Grundpopulation. Aus dieser Grundpopulation wurden alle Patienten mit dermatologischen Erkrankungen herausgesucht und damit die Gruppe der „Hautpatienten“ gebildet. Zum einen gingen in diese Gruppe diejenigen Patienten ein, bei denen eine dermatologische Diagnose gestellt wurde (ICD10 L-, Q-, R- Diagnosen). Außerdem wurden die Patienten mit einbezogen, die in der dermatologischen Sprechstunde der Station untersucht worden sind. Jeder der Patienten dieser Gruppe hatte neben einer Hautkrankheit außerdem mindestens eine psychische Störung. Zu diesem Zeitpunkt der Auswahl waren 86 Patienten in dieser Gruppe.

Aus der gleichen Gesamtstichprobe wurden weiterhin alle Patienten für die zweite Stichprobe, die Gruppe der „Angstpatienten“ herausgesucht. Hierbei gingen alle Patienten ein, die nach der ICD-10 entweder eine phobische Störung und / oder eine sonstige Angststörung (ICD-10: F40, F41) aufwiesen. Dabei spielte es keine Rolle,

ob noch andere psychische Störungen vorlagen und ob es die erste (Hauptdiagnose) oder eine weitere Diagnose war. Nach dieser Auswahl befanden sich 89 Patienten in dieser Gruppe.

Anschließend wurden diejenigen Patienten aus den Gruppen genommen, die sich sowohl in der Gruppe „Hautpatienten“ als auch in der „Angstpatienten“-Stichprobe befanden. Letztlich wurden in diesem Schritt 12 Patienten herausgenommen, so dass zu diesem Zeitpunkt der Umfang der „Hautpatienten“-Gruppe bei 74 Patienten lag und die „Angstpatienten“-Stichprobe 77 Patienten umfasste.

Im nächsten Schritt wurden diejenigen Patienten der beiden Gruppen herausgenommen, bei denen es nicht zu einem regulären Ende der stationären Therapie kam. Als nicht reguläres Ende der stationären Therapie wurde dabei gewertet, wenn die Therapie entweder durch den Patienten, durch den Therapeuten, durch beide, aufgrund einer Verlegung oder aus sonstigen Gründen vorzeitig beendet worden war. Weiterhin wurden diejenigen Fälle herausgenommen, bei denen die Dauer des stationären Aufenthaltes kürzer als 21 Tage war oder bei denen die für die vorliegende Untersuchung verwendeten Daten nicht vollständig waren.

Die verbleibenden Fälle bildeten dann die endgültigen Patientenstichproben. Beide Gruppen, also sowohl die der „Hautpatienten“, als auch die der „Angstpatienten“ enthielten letztlich 59 Patientenfälle.

4.1.3 Beschreibung der beiden Patientengruppen

Die Gruppe der „Hautpatienten“ setzte sich aus 43 weibliche und 16 männliche Patienten zusammen, die zwischen 19 und 57 Jahre ($M=34,15$; $SD=10,21$) alt waren. Die Dauer der stationären Behandlung variierte von 21-114 Tagen, wobei sie im Mittel bei ca. 80 Tagen lag ($M=79,95$; $SD=23,48$).

Die Patienten hatten alle eine behandlungsbedürftige Hauterkrankung, wobei sich die dermatologischen Störungen in der Gruppe wie folgt zusammensetzten: 14 Patienten hatten ein atopisches Ekzem (L20), 9 Patienten ein sonstiges Ekzem (L13, L21 oder L30), 11 Patienten entweder Akne oder Rosazea (L70, L71), 6 Patienten eine Kontaktdermatitis (L23, L24, L25), 4 Patienten Psoriasis (L40, L41), 2 Patienten

Urtikaria (L50) und 13 Patienten eine sonstige Hauterkrankung (L28, L42, L60, L68, L80, L81, L90, Q82, T78.4).

In der Gruppe waren definitionsgemäß keine Patienten enthalten, bei denen in irgendeiner Form eine phobische (F40) oder andere Angststörung (F41) diagnostiziert wurde. Die psychischen Erstdiagnosen setzten sich in der Gruppe wie folgt zusammen: 12 Patienten hatten eine depressive Episode (F32), 5 Patienten eine rezidivierende depressive Störung (F33), 2 Patienten eine anhaltende affektive Störung (F34), 2 Patienten eine Zwangsstörung (F42), 5 Patienten eine Reaktion auf schwere Belastungen bzw. eine Anpassungsstörung (F43), 10 Patienten eine somatoforme Störung (F45), 8 Patienten eine Essstörung (F50), bei 6 Patienten wurden psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) diagnostiziert und 9 Patienten hatte eine Persönlichkeitsstörung (F60).

Bei den 59 Patienten dieser Gruppe wurden bei 24 Patienten zusätzlich noch eine oder mehrere andere somatische Diagnosen gestellt. Die körperlichen Erkrankungen waren dabei u.a. Asthma bronchiale, kardiale Erregungsleitungsstörung und Diabetes mellitus.

Eine Zusammenfassung der deskriptiven Darstellung der „Hautpatienten“-Gruppen befindet sich in der Tabelle 4-1.

Tabelle 4-1

Deskriptive Darstellung der „Hautpatienten“-Gruppe

Geschlecht	Alter	Behandlungsdauer
Männlich: n=16	19-57 Jahre	21-114 Tage
Weiblich: n=43	M=34,15; SD=10,21	M=79,95; SD=23,48

Psychodermatologische Störung		Psychische Erstdiagnosen	
atopisches Ekzem (L20)	n=14	F32	n=12
sonstiges Ekzem (L13, L21, L30)	n=9	F33	n=5
Akne oder Rosazea (L70, L71)	n=11	F34	n=2
Kontaktdermatitis (L23- L25)	n=6	F42	n=2
Psoriasis (L40, L41)	n=4	F43	n=5
Urtikaria (L50)	n=2	F45	n=10
sonstige Hauterkrankung	n=13	F50	n=8
		F54	n=6
		F60	n=9

Zusätzliche somatische Diagnose	n=24
--	------

Die „Angstpatienten“-Gruppe bestand aus 41 weiblichen und 18 männlichen Patienten, deren Alter zwischen 17 und 59 Jahren lag (M=32,02; SD=9,90). Die Patienten waren zwischen 28 und 112 Tagen in stationärer Behandlung und der Durchschnitt lag hier bei ca. 49 Tagen (M=48,93; SD=28,73).

In der „Angstpatienten“-Gruppe hatten 36 der Patienten entweder eine phobische Störung (F40) oder eine andere Angststörung (F41) als erste Diagnose. Die anderen 23 Patienten dieser Gruppe hatten eine dieser beiden Störungen als weitere Diagnose neben einer anderen ersten psychischen Diagnose. Die erste Diagnose war dabei bei 9 Patienten eine somatoforme Störung (F45), bei 8 Patienten eine depressive Episode (F32) und bei jeweils einem Patienten eine akute Belastungsreaktion (F43), psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren andererorts klassifizierter Krankheiten: Tinnitus aureum (F54 bei H93.1), eine spezifische Persönlichkeitsstörung (F60), eine anhaltende affektive Störung (F34), eine Essstörung (F50) und eine rezidivierende depressive Störung (F33).

Innerhalb der „Angstpatienten“-Gruppe wurden bei 19 Patienten zusätzlich eine oder mehrere somatische Diagnosen gestellt. Die körperlichen Erkrankungen waren dabei u.a. Rückenschmerzen, Bandscheibenschäden, Erkrankungen der Leber und Migräne.

Eine Zusammenfassung der deskriptiven Darstellung der „Angstpatienten“-Gruppen befindet sich in der Tabelle 4-2.

Tabelle 4-2

Deskriptive Darstellung der „Angstpatienten“-Gruppe

Geschlecht	Alter	Behandlungsdauer	
männlich: n=18	17-59 Jahre	28-112 Tage	
weiblich: n=41	M=32,02; SD=9,90	M=48,93; SD=28,73	
<hr/>			
F40/F41 als 1. Diagnose	n=36		
<hr/>			
F40/F41 als weitere Diagnose	n=23	bei erster Diagnose:	F45 (n=9)
			F32 (n=8)
			F33 (n=1)
			F34 (n=1)
			F43 (n=1)
			F50 (n=1)
			F54 (n=1)
			F60 (n=1)
<hr/>			
Zusätzliche somatische Diagnose	n=19		

4.1.4 Gruppenvergleiche

Zur Untersuchung inwieweit sich die beiden Patientengruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Behandlungsdauer unterscheiden, wurden t-Tests für unabhängige Stichproben angewandt.

Die beiden klinischen Gruppen unterschieden sich weder in der Alters- noch in der Geschlechtszusammenstellung. Der Unterschied der stationären Behandlungsdauer war hingegen signifikant ($t=6,42$; $p<.01$). Es zeigte sich hierbei eine bedeutsam längere Behandlungsdauer bei der psychodermatologischen Patientengruppe gegenüber der Gruppe der „Angstpatienten“ (vgl. Tabelle 4-3).

Tabelle 4-3

t-Test für unabhängige Stichproben: Gruppenunterschiede

Merkmale	Hautpatienten M (SD)	Angstpatienten M (SD)	df	t	p
Alter	34,15 (10,21)	32,02 (9,90)	116	1,154	.25
Geschlecht ¹	1,73 (0,45)	1,69 (0,46)	116	0,43	.69
Behandlungsdauer in Tagen	79,95 (23,48)	48,93 (28,73)	111,586 ¹	6,42	<.01**

** hochsignifikant

¹ Test auf gleiche Varianzen ergab signifikanten Unterschied

¹ Die Variable „Geschlecht“ wurde mit 1=männlich und 2=weiblich kodiert

4.2 Durchgeführte ärztlich-psychologische Behandlung

Während der stationären Behandlung wurden die Patienten angehalten sich innerhalb ihrer Stationsgruppe zu bewegen. Im Behandlungsplan integriert waren geregelte Wochenendbeurlaubungen nach Hause, um regressive Hospitalisierungseffekte zu minimieren und neue Erfahrungen außerhalb der Station in der Therapie bearbeitbar zu machen.

Neben wöchentlichen Einzeltherapiesitzungen umfasste das therapeutische Angebot mehrmals wöchentliche Gruppensitzungen unter kotherapeutischer Leitung von einer Stationstherapeutin und einem Stationstherapeuten. Desweiteren konnten im Bedarfsfall auch zusätzlich Einzelgespräche mit dem Pflegepersonal bzw. auch Krisengespräche mit einem Therapeuten vereinbart werden.

Daneben waren optional auch therapeutische (Familien- bzw. Paar-) Gespräche, in denen die Familie oder der Partner des Patienten mit anwesend waren, möglich bzw. wurden je nach Indikation auch mit in den Behandlungsplan aufgenommen. Weiterhin wurden an verschiedenen Tagen der Woche auch Körper-, Musik- und Kunsttherapiegruppen sowie Gruppen zum Erlernen verschiedener Entspannungsverfahren angeboten.

Die verschiedenen Interventionen des gesamtstationären Settings setzen sich dabei aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen zusammen (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gestalttherapie etc.), wobei letztlich übergeordnet ein psychoanalytisches Gesamtkonzept im Hintergrund stand (vgl. auch Brosig, 2003).

4.3 Beschreibung der eingesetzten Testverfahren

4.3.1 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D)

Das IIP-D (Horowitz et al., 2000) ist ein primär für Erwachsene entwickeltes Instrument, das sich u.a. zur Verlaufsdagnostik in der Psychotherapie eignet (Strupp et al., 1997). Es ist ein Verfahren, das in der vorwiegend verwendeten Version 64 Items enthält, mit denen die Probanden beschreiben können, wie sehr sie unter spezifischen Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen leiden. Dabei werden sowohl Aspekte angesprochen, die im Umgang mit anderen Menschen Schwierigkeiten bereiten können, als auch zwischenmenschliche Aspekte, die „man im Übermaß tun kann“.

Dem IIP-D liegt ein interpersonelles Modell zugrunde, das auf mehreren Grundannahmen basiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich alle interpersonalen Verhaltensweisen entlang der Achsen eines zweidimensionalen Raums einordnen lassen. Die eine Achse bzw. Dimension beinhaltet dabei Eigenschaften wie Zuneigung und Fürsorge und die andere bezieht sich auf Macht, Kontrolle und Dominanz.

Insgesamt fasst das IIP die 64 Items zu acht inhaltlichen Skalen zusammen, die als Oktanten in dem zweidimensionalen Modell eingeordnet werden können. Daneben wird als neunte Skala ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmaß der interpersonalen Gesamtproblematik charakterisiert (siehe Tabelle 4-4).

Die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität können als zufriedenstellend bzw. als gegeben betrachtet werden (vgl. Brähler et al., 2002a; Brähler et al., 2002b).

Tabelle 4-4

Skalen des IIP-D

- 1 Zu autokratisch / dominant
- 2 Zu streitsüchtig / konkurrierend
- 3 Zu abweisend / kalt
- 4 Zu introvertiert / sozial
- 5 Zu selbstunsicher / unterwürfig
- 6 Zu ausnutzbar / nachgiebig
- 7 Zu fürsorglich / freundlich
- 8 Zu expressiv / aufdringlich
- 9 Gesamtwert (IIP_{ges})

4.3.2 Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste von Derogatis (Franke, 2002) ist ein Verfahren zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome und lässt sich gut zur Verlaufsdiagnostik im psychosomatisch-psychotherapeutischen Kontext einsetzen (vgl. Schmitz et al, 2000).

Der Test beinhaltet dabei 90 Items, die zu neun inhaltlichen Skalen zusammengefasst werden. Diese Skalen erfassen dabei unterschiedliche Bereiche psychischer Belastung. Zusätzlich zu diesen Skalen lässt sich u.a. über einem globalen Kennwert die grundsätzliche, psychische Belastung messen (Tabelle 4-5).

Beim SCL-90-R kann die Objektivität als gegeben angesehen werden, es wurden Reliabilitätswerte zwischen .61 und .92 berichtet und es ließen sich verschiedene Aspekte der Validität nachweisen (Brähler et al., 2002a; Brähler et al., 2002b).

Tabelle 4-5

Skalen des SCL-90-R

1	Somatisierung
2	Zwanghaftigkeit
3	Unsicherheit
4	Depressivität
5	Ängstlichkeit
6	Aggressivität
7	Phobische Angst
8	Paranoides Denken
9	Psychotizismus
10	Globaler Kennwert (GSI)

4.3.3 Gießener Beschwerdebogen (GBB)

Der Gießener Beschwerdebogen (Brähler & Scheer, 1995) ist ein Fragebogen, der der Erfassung subjektiv wahrgenommener körperlicher Beschwerden und des durch sie verursachten Beschwerdedrucks dient. Hintergrund bei der Erstellung des Fragebogens war die in vielen Untersuchungen bestätigte Beobachtung, dass das Vorliegen subjektiver körperlicher Beschwerden mit dem Vorhandensein organmedizinisch erfassbarer Symptome nicht hoch korreliert. Es zeigte sich, dass neben der objektiven medizinischen Diagnostik auch die Erfassung subjektiv erlebter Beschwerden von hoher Bedeutung ist, u.a. auch im psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich (Brähler et al., 2002b).

Der GBB kann zum einen zur Anamnese aber auch zur Verlaufsdagnostik bzw. zur Evaluierung des Therapieerfolgs eingesetzt werden.

Der GBB besteht aus 57 und die Kurzform (Brähler et al., 2000) aus 24 Items, die zu vier inhaltlichen Skalen und einer Gesamtskala zusammengefasst werden. Die inhaltlichen Skalen beziehen sich dabei auf verschiedene Beschwerdebereiche und die Gesamtskala auf den globalen Beschwerdedruck (Tabelle 4-6).

Derzeit sind über 500 Arbeiten mit dem GBB dokumentiert (Brähler, 1999). Der GBB ist in seiner Durchführung und Auswertung standardisiert und kann somit als objektiv angesehen werden. Weiterhin finden sich in Untersuchungen auch Belege

für die Reliabilität und Validität des Verfahrens (Brähler et al., 2002a; Brähler et al., 2002b).

Tabelle 4-6

Skalen des GBB

- 1 Erschöpfung
- 2 Magenbeschwerden
- 3 Gliederschmerzen
- 4 Herzbeschwerden
- 5 Beschwerdedruck

4.3.4 Indikatoren des Reha-Status (IRES)

Der IRES (Gerdes & Jäckel, 1995) ist ein Verfahren zur Erfassung des Gesundheitszustandes auf der somatischen, funktionalen, psychischen und sozialen Ebene. Darüber hinaus werden umfangreiche soziodemographische Merkmale, edukative Faktoren, Erwartungen an eine Rehabilitationsmaßnahme und Aspekte der Integration in das Erwerbsleben erfasst.

Die endgültige Fassung des Fragebogens beinhaltet 160 Items (Version 2), die zu 51 Variablen zusammengefasst werden. Diese Variablen werden in drei Dimensionen (somatischer, funktionaler und psychosozialer Status) gruppiert, die zusammen den so genannten „Reha Gesamtstatus“ bilden.

Die Testgüte bezüglich Objektivität, Reliabilität und Validität können als gut bzw. gesichert betrachtet werden (vgl. Gerdes & Jäckel, 1995; Brähler et al., 2002a). In der vorliegenden Untersuchung interessierte nur die Variable bzw. Skala „Lebenszufriedenheit“ (siehe Tabelle 4-7). Diese Skala zählt zu der Dimension „Psychosozialer Status“ und zeigt (gem. Fisseni, 1997) z.T. zwar niedrige aber insgesamt annehmbare Werte bezüglich der Testgütekriterien (u.a. Retest-Reliabilität: $r=.72$).

Tabelle 4-7

Verwendete Skala des IRES

1 Lebenszufriedenheit

4.4 Untersuchungsbereiche

Die vorliegende Arbeit teilt sich in zwei Untersuchungsbereiche auf. Im ersten Bereich werden die Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme untersucht und der zweite Untersuchungsbereich widmet sich den Therapieverlaufseffekten der beiden Gruppen. In der Abbildung 4-1 befindet sich eine graphische Veranschaulichung der beiden Untersuchungsbereiche.

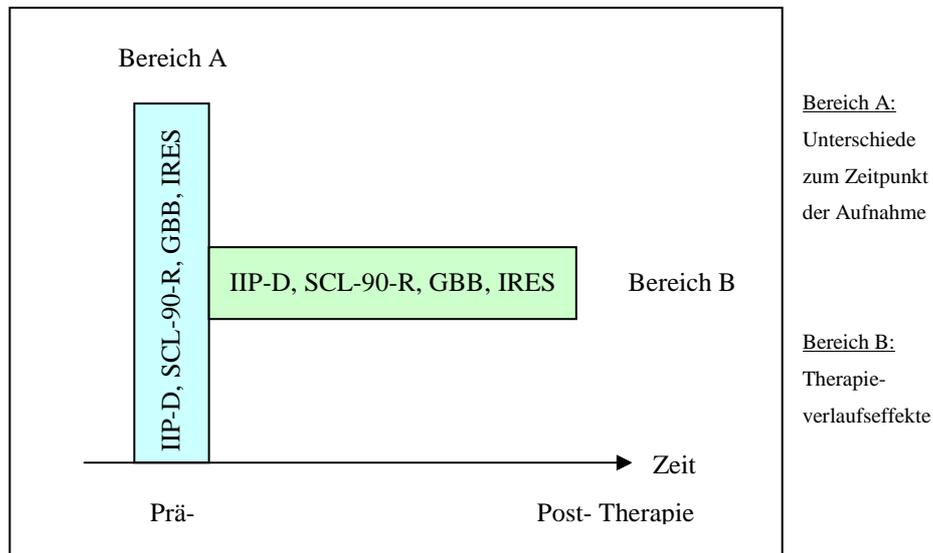


Abbildung 4-1: Graphische Darstellung der zwei Untersuchungsbereiche der vorliegenden Arbeit

4.5 Hypothesen

4.5.1 Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

Aufgrund der in Kap. 3 begründeten Ableitungen der Fragestellung wird davon ausgegangen, dass Angstpatienten im Gegensatz zu Patienten mit psychodermatologischer Symptomatik sich weniger dominant, streitsüchtig, abweisend, sozial vermeidend, selbstunsicher, ausnutzbar, aufdringlich und überfreundlich beschreiben und generell weniger soziale Beziehungsprobleme

angeben. Diese Bereiche von interpersonalen Beziehungsproblemen lassen sich über die Skalen des IIP-D untersuchen.

Weiterhin wird erwartet, dass Patienten mit psychodermatologischer Symptomatik im Gegensatz zu Angstpatienten sich durch Somatisierungen und Symptome von Depressivität, Aggressivität, paranoide Gedanken sowie allgemein durch psychische und körperliche Symptome mehr, hingegen in den Bereichen von Zwängen, Ängsten und psychischer Labilität weniger beeinträchtigt fühlen. Diese Dimensionen von psychischen und körperlichen Symptomen können mit Hilfe der SCL-90-R erfasst werden.

In der vorliegenden Untersuchung wird außerdem davon ausgegangen, dass Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen im Vergleich zu Angstpatienten mehr generelle Beschwerden bzw. Symptome wie Magen- und Gliederschmerzen haben. Im Bereich von Herzbeschwerden wird dagegen angenommen, dass Angstpatienten mehr Symptome angeben. Diese Beschwerdebereiche lassen sich über die Skalen des GBB untersuchen.

Bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit wird erwartet, dass die Gruppe der „Hautpatienten“ weniger Zufriedenheit erlebt, als die Gruppe der „Angstpatienten“. Dieser Aspekt lässt sich über die Skala „Lebenszufriedenheit“ des IRES untersuchen.

Darstellung der statistisch auswertbaren Hypothesen:

Somit ergeben sich die folgenden, statistisch auswertbaren Hypothesen bezüglich der Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme (vgl. auch die zugehörigen Tabelle 4-8 bis Tabelle 4-11).

Tabelle 4-8

Hypothesen: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

IIP-D Skalen	Hautpatienten	Angstpatienten
Autokratisch/Dominant	↑	
Streitsüchtig/Konkurrierend	↑	
Abweisend/Kalt	↑	
Introvertiert/Sozial	↑	
Selbstunsicher/Unterwürfig	↑	
Ausnutzbar/Nachgiebig	↑	
Fürsorglich/Freundlich	↑	
Expressiv/Aufdringlich	↑	
Gesamtwert (IIP _{ges})	↑	

Das Zeichen ↑ gibt an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe höhere Werte erwartet werden.

Hypothese A.1.1:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *höhere* Werte auf allen IIP-D Skalen auf als die Gruppe der „Angstpatienten“.

Tabelle 4-9

Hypothesen: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

SCL-90-R Skalen	Hautpatienten	Angstpatienten
Somatisierung	↑	
Zwanghaftigkeit		↑
Unsicherheit	↑	
Depressivität	↑	
Ängstlichkeit		↑
Aggressivität	↑	
Phobische Angst		↑
Paranoides Denken	↑	
Psychotizismus		↑
Globaler Kennwert (GSI)	↑	

Das Zeichen ↑ gibt an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe höhere Werte erwartet werden.

Hypothese A.2.1:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *höhere* Werte auf den Skalen „Somatisierung“, „Unsicherheit im

Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Aggressivität/Feindseeligkeit“, „Paranoides Denken“ und „Globaler Kennwert“ des SCL-90-R auf.

Hypothese A.2.2:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *niedrigere* Werte auf den Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R auf.

Tabelle 4-10

Hypothesen: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

GBB Skalen	Hautpatienten	Angstpatienten
Erschöpfung	↑	
Magenbeschwerden	↑	
Gliederschmerzen	↑	
Herzbeschwerden		↑
Beschwerdedruck	↑	

Das Zeichen ↑ gibt an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe höhere Werte erwartet werden.

Hypothese A.3.1:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *höhere* Werte auf den Skalen „Erschöpfung“, „Magenbeschwerden“, „Gliederschmerzen“ und „Beschwerdedruck“ des GBB auf.

Hypothese A.3.2:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *niedrigere* Werte auf der Skala „Herzbeschwerden“ des GBB auf.

Tabelle 4-11

Hypothesen: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

IRES Skala	Hautpatienten	Angstpatienten
Lebenszufriedenheit		↑

Das Zeichen ↑ gibt an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe höhere Werte erwartet werden.

Hypothese A.4.1:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *niedrigere* Werte auf der Skala „Lebenszufriedenheit“ des IRES auf.

4.5.2 Therapieverlaufseffekte

Aufgrund der in Kap. 3 begründeten Ableitungen der Fragestellung wird angenommen, dass bei beiden Gruppen die generellen sowie die spezifischen sozialen Beziehungsprobleme im Laufe der Therapie abnehmen. Dabei wird eine höhere Besserung bei Patienten mit psychodermatologischer Symptomatik im Gegensatz zu Angstpatienten erwartet. Diese interpersonalen Bereiche können mit Hilfe des IIP-D untersucht werden.

Hinsichtlich der Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Symptome wird ebenfalls bei beiden Gruppen eine Besserung im Laufe der Therapie erwartet. Als differentieller Therapieeffekt wird eine geringere Besserung bei der Gruppe der „Hautpatienten“ erwartet. Die verschiedenen psychischen und körperlichen Symptombereiche lassen sich über die SCL-90-R messen.

In den psychosomatischen Beschwerdebereichen wie Erschöpfungsneigung, Magen- bzw. Gliederschmerzen und Herzbeschwerden sowie bei generellen psychosomatischen Beschwerden wird ebenfalls bei beiden Patientengruppen eine Besserung der Symptomatik gegen Ende der Therapie angenommen. In dem spezifischen Bereich Herzbeschwerden wird zusätzlich angenommen, dass Patienten mit psychodermatologischer Symptomatik im Gegensatz zu Angstpatienten eine geringere Besserung aufweisen. Die einzelnen Beschwerdebereiche können hierbei über die Skalen des GBB erfasst werden.

Hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit wird erwartet, dass bei beiden Gruppen am Ende der Therapie eine höhere Zufriedenheit vorherrscht, als zu Beginn der stationären Therapie. Zudem wird angenommen, dass die Verbesserung bei der Gruppe der „Hautpatienten“ niedriger ausfällt. Der Verlauf der Lebenszufriedenheit lässt sich dabei über die entsprechende Skala des IRES untersuchen.

Darstellung der statistisch auswertbaren Hypothesen:

Insofern ergeben sich folgende, statistisch auswertbare Hypothesen hinsichtlich der Therapieverlaufseffekte (vgl. auch die zugehörigen Tabelle 4-12 bis Tabelle 4-15):

Tabelle 4-12

Hypothesen: Therapieverlaufseffekte

IIP-D Skalen	Hautpatienten	Angstpatienten
Autokratisch/Dominant	↓↓	↓
Streitsüchtig/Konkurrierend	↓↓	↓
Abweisend/Kalt	↓↓	↓
Introvertiert/Sozial	↓↓	↓
Selbstunsicher/Unterwürfig	↓↓	↓
Ausnutzbar/Nachgiebig	↓↓	↓
Fürsorglich/Freundlich	↓↓	↓
Expressiv/Aufdringlich	↓↓	↓
Gesamtwert (IIP _{ges})	↓↓	↓

Das Zeichen ↓ gibt an, dass im Vergleich zur Aufnahme am Ende des stationären Aufenthaltes niedrigere Werte erwartet werden.
Die Zeichen ↓↓ geben an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe ein höherer Therapieverlaufseffekt erwartet wird (stärkere Abnahme der Skalenausprägung).

Hypothese B.1.1:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant niedrigere Werte auf allen Skalen des IIP-D auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme.

Hypothese B.1.2:

Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ einen *höheren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit in der Gruppe der „Hautpatienten“ auf allen IIP-D-Skalen eine stärkere Abnahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Tabelle 4-13

Hypothesen: Therapieverlaufseffekte

SCL-90-R Skalen	Hautpatienten	Angstpatienten
Somatisierung	↓	↓↓
Zwanghaftigkeit	↓	↓↓
Unsicherheit	↓	↓↓
Depressivität	↓	↓↓
Ängstlichkeit	↓	↓↓
Aggressivität	↓	↓↓
Phobische Angst	↓	↓↓
Paranoides Denken	↓	↓↓
Psychotозismus	↓	↓↓
Globaler Kennwert (GSI)	↓	↓↓

Das Zeichen ↓ gibt an, dass im Vergleich zur Aufnahme am Ende des stationären Aufenthaltes niedrigere Werte erwartet werden. Die Zeichen ↓↓ geben an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe ein höherer Therapieverlaufseffekt erwartet wird (stärkere Abnahme der Skalenausprägung).

Hypothese B.2.1:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant niedrigere Werte auf allen SCL-90-R-Skalen auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme.

Hypothese B.2.2:

Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ im Gesamtbereich einen *niedrigeren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit in der Gruppe der „Hautpatienten“ auf allen Skalen des SCL-90-R eine schwächere Abnahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Tabelle 4-14

Hypothesen: Therapieverlaufseffekte

GBB Skalen	Hautpatienten	Angstpatienten
Erschöpfung	↓	↓
Magenbeschwerden	↓	↓
Gliederschmerzen	↓	↓
Herzbeschwerden	↓	↓↓
Beschwerdedruck	↓	↓

Das Zeichen ↓ gibt an, dass im Vergleich zur Aufnahme am Ende des stationären Aufenthaltes niedrigere Werte erwartet werden. Die Zeichen ↓↓ geben an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe ein höherer Therapieverlaufseffekt erwartet wird (stärkere Abnahme der Skalenausprägung).

Hypothese B.3.1:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant niedrigere Werte auf allen Skalen des GBB auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme.

Hypothese B.3.2:

Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ im Bereich „Herzbeschwerden“ einen *niedrigeren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit in der Gruppe der „Hautpatienten“ auf dieser Skala eine schwächere Abnahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Tabelle 4-15

Hypothesen: Therapieverlaufseffekte

IRES Skala	Hautpatienten	Angstpatienten
Lebenszufriedenheit	↑	↑↑

Das Zeichen ↑ gibt an, dass im Vergleich zur Aufnahme am Ende des stationären Aufenthaltes höhere Werte erwartet werden.
Die Zeichen ↑↑ geben an, dass bei dieser Gruppe im Vergleich zur anderen Gruppe ein höherer Therapieverlaufseffekt erwartet wird (stärkere Zunahme der Skalenausprägung).

Hypothese B.4.1:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant höhere Werte auf der Skala „Lebenszufriedenheit“ des IRES auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme.

Hypothese B.4.2:

Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ einen *niedrigeren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit in der Gruppe der „Hautpatienten“ auf der „Lebenszufriedenheit“-Skala eine schwächere Zunahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

4.6 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte an dem medizinischen Zentrum für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin des Klinikums der Justus-Liebig-Universität Gießen. Die statistische Auswertung wurde mit dem SPSS Programmpaket (Release 11.0.1) durchgeführt, wobei zur Hypothesentestung t-Tests für unabhängige Stichproben und allgemeine lineare Modelle (Varianzanalysen: GLM-Meßwiederholungen bzw. GLM-Univariat) angewendet wurden.

Die Hypothesenprüfung fand auf explorativem Niveau statt und die Ergebnisse der Arbeit sind als statistisch begründete Hinweise zu deuten. Eine Alpha-Fehler-Korrektur (u.a. Bortz, 1999) war – trotz der hohen Anzahl von Einzeltests – insofern nicht notwendig.

5 Ergebnisse

5.1 Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

5.1.1 Soziale Beziehungsprobleme

Hypothese A.1.1:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *höhere* Werte auf allen IIP-D Skalen auf als die Gruppe der „Angstpatienten“.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von t-Test für unabhängige Stichproben.

Ergebnis:

Entgegen der Annahme war zwischen den beiden Gruppen zu Beginn der stationären Therapie auf allen Skalen des IIP-D kein signifikanter Unterschied feststellbar (vgl. Tabelle 5-1). Die Auswertung ergab keine Hinweise auf Unterschiede in den einzelnen Bereichen von interpersonalen Problemen, die mit dem Fragebogen erfasst werden.

Tabelle 5-1

t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

IIP-D Skalen	Hautpatienten M (SD)	Angstpatienten M (SD)	df	t	p
Autokratisch/Dominant	-4,53 (4,77)	-5,30 (3,96)	116	0,95	.35
Streitsüchtig/Konkurrierend	-2,55 (3,95)	-3,59 (3,65)	116	1,49	.14
Abweisend/Kalt	-2,49 (4,38)	-2,25 (3,50)	116	-0,32	.75
Introvertiert/Sozial	1,95 (4,89)	2,61 (4,69)	116	-0,75	.46
Selbstunsicher/Unterwürfig	4,31 (4,95)	4,50 (4,23)	116	-0,22	.83
Ausnutzbar/Nachgiebig	1,86 (4,49)	2,14 (3,40)	108,083 ¹	-0,38	.70
Fürsorglich/Freundlich	3,48 (3,87)	2,60 (3,37)	116	1,32	.19
Expressiv/Aufdringlich	-2,03 (4,49)	-0,70 (4,99)	116	-1,52	.13
Gesamtwert (IIP _{ges})	12,97 (4,65)	11,55 (4,10)	116	1,77	.08

¹ Test auf gleiche Varianzen ergab signifikanten Unterschied

5.1.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Hypothese A.2.1 und A.2.2:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *höhere* Werte auf den Skalen „Somatisierung“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Aggressivität/Feindseeligkeit“, „Paranoides Denken“ und „Globaler Kennwert“ und signifikant *niedrigere* Werte auf den Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R auf.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von t-Test für unabhängige Stichproben.

Ergebnis:

Wie in Tabelle 5-2 zu sehen ist, zeigten sich zwischen den beiden Gruppen zu Beginn der stationären Therapie auf drei Skalen des SCL-90-R hypothesenkonforme signifikante Unterschiede. Die „Hautpatienten“-Gruppe wies gegenüber der Gruppe der „Angstpatienten“ signifikant niedrigere Werte in den Bereichen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ und höhere Werte auf der Skala „Paranoides Denken“ auf (vgl. auch Abbildung 5-1). Auf den anderen Skalen des SCL-90-R finden sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 5-2

t-Tests für unabhängige Stichproben: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

SCL-90-R Skalen	Hautpatienten M (SD)	Angstpatienten M (SD)	df	t	p
Somatisierung	0,96 (0,84)	1,17 (0,81)	116	-1,41	.16
Zwanghaftigkeit	1,40 (0,88)	1,30 (0,74)	116	0,716	.48
Unsicherheit	1,44 (0,99)	1,22 (0,81)	111,605 ¹	1,34	.18
Depressivität	1,63 (0,94)	1,61 (0,84)	116	0,16	.88
Ängstlichkeit	1,13 (0,88)	1,66 (0,90)	116	-3,19	<.01**
Aggressivität	0,92 (0,83)	0,67 (0,64)	108,884 ¹	1,81	.07
Phobische Angst	0,55 (0,77)	1,26 (1,16)	100,903 ¹	-3,95	<.01**
Paranoides Denken	1,24 (0,90)	0,72 (0,60)	101,593 ¹	3,65	<.01**
Psychotizismus	0,83 (0,76)	0,70 (0,53)	103,421 ¹	1,12	.27
Globaler Kennwert (GSI)	1,17 (0,72)	1,18 (0,58)	116	-0,10	.93

** hochsignifikant

¹ Test auf gleiche Varianzen ergab signifikanten Unterschied

SCL-90-R: Sign. Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

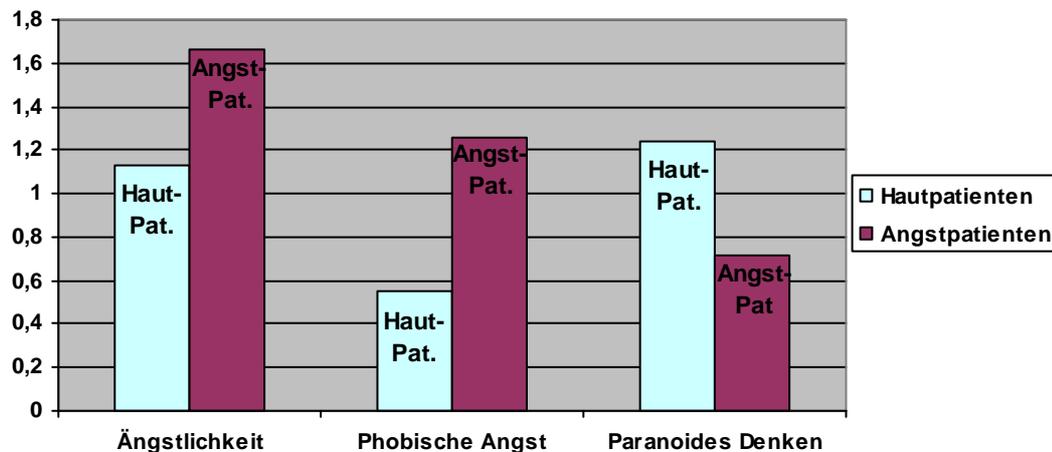


Abbildung 5-1: Graphische Darstellung der signifikanten Unterschiede im SCL-90-R zwischen den beiden Gruppen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

5.1.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung

Hypothese A.3.1 und A.3.2:

Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *höhere* Werte auf den Skalen „Erschöpfung“, „Magenbeschwerden“, „Gliederschmerzen“ und „Beschwerdedruck“ und signifikant *niedrigere* Werte auf der Skala „Herzbeschwerden“ des GBB auf.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von t-Test für unabhängige Stichproben.

Ergebnis:

Zwischen den beiden Gruppen fanden sich zu Beginn der stationären Therapie auf einer Skala des GBB ein hypothesenkonformer signifikanter Unterschied (vgl. Tabelle 5-3). Die „Hautpatienten“-Gruppe wies gegenüber der Gruppe der „Angstpatienten“ signifikant niedrigere Werte im Bereich „Herzbeschwerden“ auf (vgl. auch Abbildung 5-2). Bei den anderen Skalen des GBB zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 5-3

t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

GBB Skalen	Hautpatienten M (SD)	Angstpatienten M (SD)	df	t	p
Erschöpfung	10,77 (6,19)	12,76 (6,14)	116	-1,75	.08
Magenbeschwerden	5,99 (5,22)	6,36 (4,37)	112,508 ¹	-0,41	.68
Gliederschmerzen	9,58 (6,06)	9,25 (5,79)	116	0,30	.77
Herzbeschwerden	5,31 (4,75)	9,23 (5,58)	116	-4,11	<.01**
Beschwerdedruck	31,63 (17,86)	37,56 (16,07)	116	-1,90	.06

** hochsignifikant

¹ Test auf gleiche Varianzen ergab signifikanten Unterschied

GBB: Sign. Unterschied zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

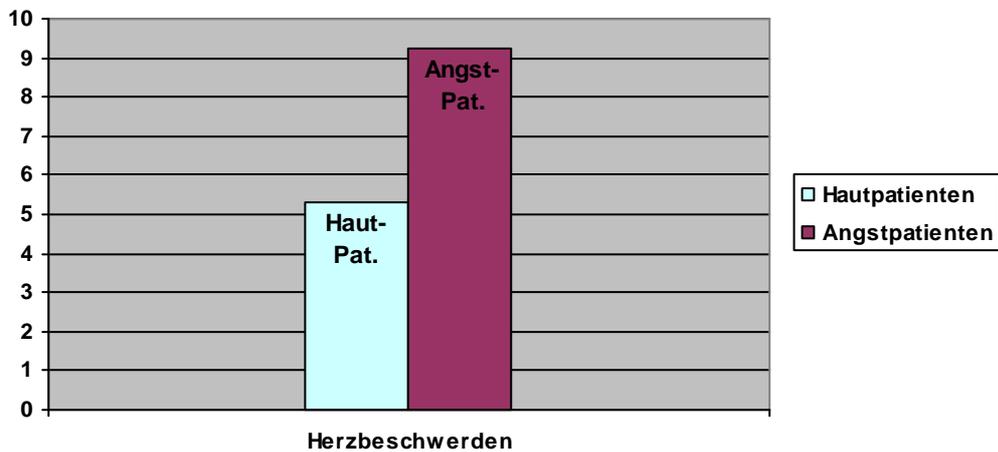


Abbildung 5-2: Graphische Darstellung des signifikanten Unterschieds im GBB zwischen den beiden Gruppen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

5.1.4 Allgemeine Zufriedenheit

Hypothese A.4.1:

Die Gruppe „Hautpatienten“ weist zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme signifikant *niedrigere* Werte auf der Skala „Lebenszufriedenheit“ des IRES auf.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von t-Test für unabhängige Stichproben.

Ergebnis:

Die Auswertung ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Ausprägungen der IRES-Skala „Lebenszufriedenheit“ bei den beiden Gruppen zu Beginn der stationären Therapie (vgl. Tabelle 5-4).

Tabelle 5-4

t-Test für unabhängige Stichproben: Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

IRES Skala	Hautpatienten M (SD)	Angstpatienten M (SD)	df	t	p
Lebenszufriedenheit	34,37 (9,46)	32,61 (9,61)	116	1,00	.32

5.2 Therapieverlaufseffekte

5.2.1 Soziale Beziehungsprobleme

Hypothese B.1.1 und B.1.2:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung (T2) signifikant niedrigere Werte auf allen Skalen des IIP-D auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme (T1). Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ einen *höheren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit bei der Gruppe der „Hautpatienten“ auf allen IIP-D-Skalen eine stärkere Abnahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung. Die Dauer der stationären Behandlung wurde als Kovariable der Varianzanalyse einbezogen, um den Einfluss dieser Variablen (siehe Kap. 4.1.4) auf die Ergebnisse zu berücksichtigen bzw. zu eliminieren.

Ergebnis:

Die Auswertung ergab für die Skala „Gesamtwert IIP_{ges}“ einen signifikanten Unterschied zwischen der Skalaausprägung zu den verschiedenen Zeitpunkten T1 und T2 der Gesamtstichprobe (vgl. Tabelle 5-5, Tabelle 5-6 und Abbildung 5-3). Die signifikante Veränderung ging dabei in die hypothesenkonforme Richtung (von $M_{T1}=12,26$ auf $M_{T2}=10,44$; $F(1,115)=8,12$; $p<.01$).

Die Varianzanalyse ergab auf dieser Skala („Gesamtwert IIP_{ges}“) auch ein signifikantes Ergebnis der Interaktion zwischen Patientengruppe und Erhebungszeitpunkt. Ebenfalls hypothesenkonform zeigte sich dabei auf dieser Skala zwischen den beiden Patientengruppen ein bedeutsamer Unterschied bezüglich des Therapieverlaufseffektes. Bei den „Hautpatienten“ fand sich bezogen auf den Therapiebeginn nach dem stationären Aufenthalt eine signifikant höhere Abnahme der erlebten interpersonalen Probleme als bei der Gruppe der „Angstpatienten“ (siehe Tabelle 5-5, Tabelle 5-6 und Abbildung 5-4: $M_{\text{Hautpat.}(T2-T1)}=-2,48$ gegenüber $M_{\text{Angstpat.}(T2-T1)}=-1,19$; $F(1,115)=4,00$; $p<.05$).

Bei allen anderen Skalen des IIP-D fanden sich keine weiteren bedeutsamen Unterschiede zwischen den Skalenausprägungen der verschiedenen Zeitpunkten T1 und T2 oder signifikante Interaktionen zwischen Patientengruppe und Erhebungszeitpunkt.

Tabelle 5-5

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung: Therapieverlaufseffekte

Da es zwischen den beiden Patientengruppen einen signifikanten Unterschied bezüglich der Behandlungsdauer gab, wurde die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable in der Varianzanalyse miteinbezogen.

IIP-D Skalen	Patientengruppe	Zeitpkt. (T1 T2)	Interaktion
	F _[1,115] (p)	F _[1,115] (p)	F _[1,115] (p)
Autokratisch/Dominant	2,41 (.12)	2,90 (.09)	0,76 (.39)
Streitsüchtig/Konkurrierend	1,03 (.31)	3,94 (.05)	0,91 (.34)
Abweisend/Kalt	0,07 (.80)	0,65 (.42)	1,40 (.24)
Introvertiert/Sozial	1,21 (.27)	2,08 (.15)	0,08 (.78)
Selbstunsicher/Unterwürfig	2,92 (.09)	0,95 (.33)	1,93 (.17)
Ausnutzbar/Nachgiebig	0,00 (.99)	0,29 (.59)	0,15 (.70)
Fürsorglich/Freundlich	1,38 (.24)	1,67 (.20)	3,90 (.05)
Expressiv/Aufdringlich	0,07 (.79)	0,60 (.44)	0,82 (.37)
Gesamtwert (IIP _{ges})	0,07 (.79)	8,12 (<.01**)	4,00 (<.05*)

* signifikant

** hochsignifikant

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

Tabelle 5-6

Deskriptive Statistik: Therapieverlaufseffekte

Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten T1 und T2 und der Differenzwerte zwischen T1 und T2 für die zwei Patientengruppen getrennt.

IIP-D Skalen	Gesamtstichprobe n=118		Hautpatienten n=59	Angstpatienten n=59
	T1: Therapiebeginn M(SD)	T2: Therapieende M(SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)
Autokratisch/Dominant	-4,91 (4,39)	-3,78 (4,33)	1,38 (4,24)	0,89 (3,81)
Streitsüchtig/Konkurrierend	-3,07 (3,82)	-2,39 (3,74)	0,80 (3,37)	0,57 (2,87)
Abweisend/Kalt	-2,37 (3,95)	-2,34 (3,83)	0,27 (2,75)	-0,22 (3,25)
Introvertiert/Sozial	2,28 (4,78)	0,15 (4,13)	-2,20 (3,81)	-2,06 (3,79)
Selbstunsicher/Unterwürfig	4,40 (4,59)	3,11 (4,08)	-1,97 (4,11)	-0,62 (3,80)
Ausnutzbar/Nachgiebig	2,00 (3,97)	2,33 (3,76)	0,18 (3,26)	0,47 (2,74)
Fürsorglich/Freundlich	3,04 (3,64)	3,47 (3,64)	0,01 (4,38)	0,85 (3,42)
Expressiv/Aufdringlich	-1,37 (4,77)	-0,55 (4,08)	1,52 (3,39)	0,11 (3,79)
Gesamtwert (IIP_{ges})	12,26 (4,42)	10,44 (4,17)	-2,48 (4,78)	-1,19 (3,45)

Die fettgedruckten Angaben weisen auf einen Zusammenhang mit signifikanten Unterschieden hin.

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

IIP-D: Sign. Therapieverlaufseffekt der Gesamtstichprobe

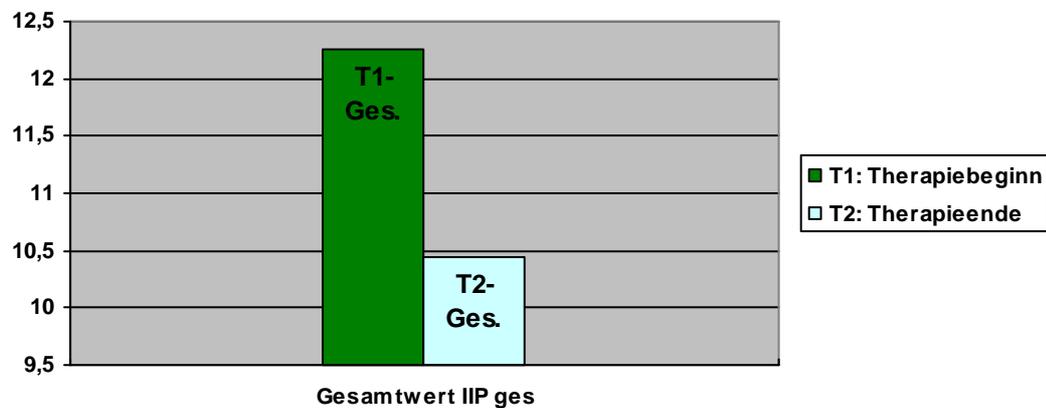


Abbildung 5-3: Graphische Darstellung des signifikanten Therapieverlaufseffekts (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im IIP-D der Gesamtstichprobe

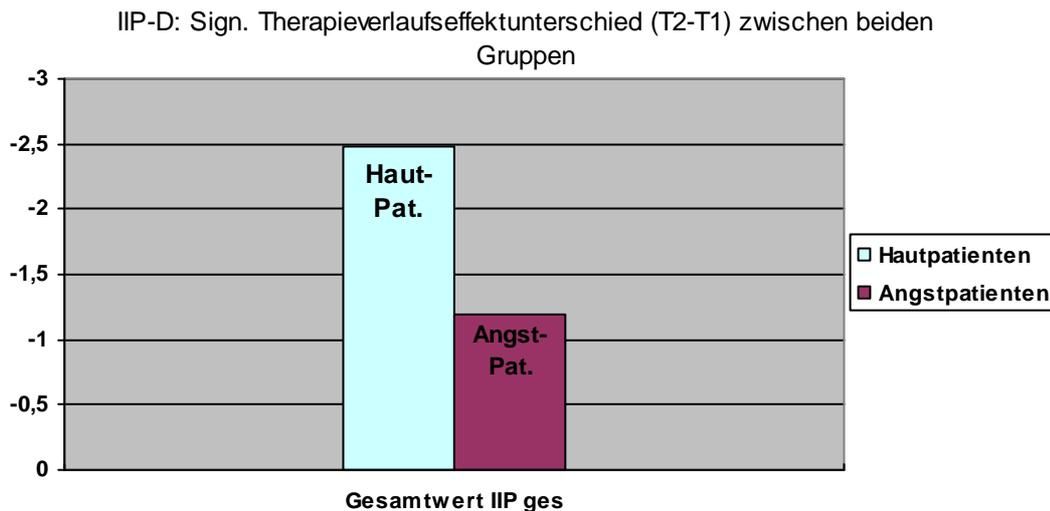


Abbildung 5-4: Graphische Darstellung des signifikanten Therapieverlaufseffektunterschieds (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im IIP-D zwischen den beiden Gruppen

5.2.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Hypothese B.2.1 und B.2.2:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant niedrigere Werte auf allen SCL-90-R-Skalen auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ im Gesamtbereich einen *niedrigeren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit bei der Gruppe der „Hautpatienten“ auf allen Skalen des SCL-90-R eine schwächere Abnahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte ebenfalls mit Hilfe von univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung, bei denen die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable berücksichtigt wurde.

Ergebnis:

Die Auswertung ergab für alle Skalen bis auf „Phobische Angst“ einen signifikanten Unterschied zwischen der Ausprägung zu den verschiedenen Zeitpunkten T1 und T2 der Gesamtstichprobe („Haut-“ und „Angstpatienten“). Die Skalenwerte nach der Therapie waren niedriger als zu Beginn und die signifikanten Veränderung gingen

somit alle in die hypothesenkonforme Richtung (Ergebnisse siehe Tabelle 5-7, Tabelle 5-8 und Abbildung 5-5).

Die differenzierte Betrachtung bezüglich unterschiedlicher Therapieverlaufseffekte zwischen den beiden Patientengruppen ergab auf zwei inhaltlichen Skalen ein signifikantes Ergebnis (vgl. auch Abbildung 5-6). Es zeigte sich im Bereich „Phobische Angst“ hypothesenkonform eine signifikant niedrigere Abnahme von Symptomangaben bei der Gruppe der „Hautpatienten“ gegenüber der „Angstpatienten“ (Interaktionseffekt: $M_{\text{Hautpat.}(T2-T1)}=-0,16$ gegenüber $M_{\text{Angstpat.}(T2-T1)}=-0,53$; $F(1,115)=4,88$ $p<.05$).

Auf der Skala „Paranoides Denken“ wurde ein Effekt deutlich, der entgegengesetzt der globalen Hypothesenrichtung signifikant war. Hier zeigte sich bei den „Hautpatienten“ eine signifikant stärkere Abnahme der Symptomangaben des Bereichs „Paranoides Denken“ (Interaktionseffekt: $M_{\text{Hautpat.}(T2-T1)}=-0,66$ gegenüber $M_{\text{Angstpat.}(T2-T1)}=-0,33$; $F(1,115)=11,64$ $p<.01$).

Tabelle 5-7

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung: Therapieverlaufseffekte
Da es zwischen den beiden Patientengruppen einen signifikanten Unterschied bezüglich der Behandlungsdauer gab, wurde die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable in der Varianzanalyse miteinbezogen.

SCL-90-R Skalen	Patientengruppe	Zeitpkt. (T1 T2)	Interaktion
	F _[1,115] (p)	F _[1,115] (p)	F _[1,115] (p)
Somatisierung	0,10 (.75)	19,82 (<.01**)	0,11 (.74)
Zwanghaftigkeit	0,44 (.51)	20,41 (<.01**)	0,12 (.73)
Unsicherheit	0,17 (.68)	15,35 (<.01**)	1,44 (.23)
Depressivität	0,20 (.65)	29,29 (<.01**)	0,00 (.99)
Ängstlichkeit	3,56 (.06)	34,48 (<.01**)	0,89 (.35)
Aggressivität	3,37 (.07)	8,70 (<.01**)	0,59 (.44)
Phobische Angst	8,57 (<.01**)	2,69 (.10)	4,88 (<.05*)
Paranoides Denken	7,62 (<.01**)	24,33 (<.01**)	11,64 (<.01**)
Psychotozismus	1,34 (.25)	18,92 (<.01**)	0,49 (.48)
Globaler Kennwert (GSI)	0,04 (.84)	30,99 (<.01**)	0,18 (.68)

* signifikant

** hochsignifikant

Tabelle 5-8

Deskriptive Statistik: Therapieverlaufseffekte

Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten T1 und T2 und der Differenzwerte zwischen T1 und T2 für die zwei Patientengruppen getrennt.

SCL-90-R Skalen	Gesamtstichprobe n=118		Hautpatienten n=59	Angstpatienten n=59
	T1: Therapiebeginn M(SD)	T2: Therapieende M(SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)
Somatisierung	1,06 (0,83)	0,65 (0,68)	-0,32 (0,64)	-0,50 (0,62)
Zwanghaftigkeit	1,35 (0,81)	0,73 (0,70)	-0,60 (0,83)	-0,65 (0,68)
Unsicherheit	1,33 (0,91)	0,74 (0,67)	-0,66 (0,86)	-0,54 (0,75)
Depressivität	1,62 (0,88)	0,86 (0,81)	-0,67 (0,89)	-0,86 (0,87)
Ängstlichkeit	1,39 (0,92)	0,75 (0,71)	-0,44 (0,77)	-0,85 (0,88)
Aggressivität	0,80 (0,75)	0,48 (0,60)	-0,33 (0,81)	-0,31 (0,60)
Phobische Angst	0,91 (1,04)	0,56 (0,80)	-0,16 (0,55)	-0,53 (0,97)
Paranoides Denken	0,98 (0,81)	0,49 (0,57)	-0,66 (0,77)	-0,33 (0,54)
Psychotizismus	0,76 (0,65)	0,38 (0,49)	-0,38 (0,59)	-0,39 (0,49)
Globaler Kennwert (GSI)	1,17 (0,65)	0,66 (0,58)	-0,47 (0,61)	-0,55 (0,56)

Die fettgedruckten Angaben weisen auf einen Zusammenhang mit signifikanten Unterschieden hin.

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

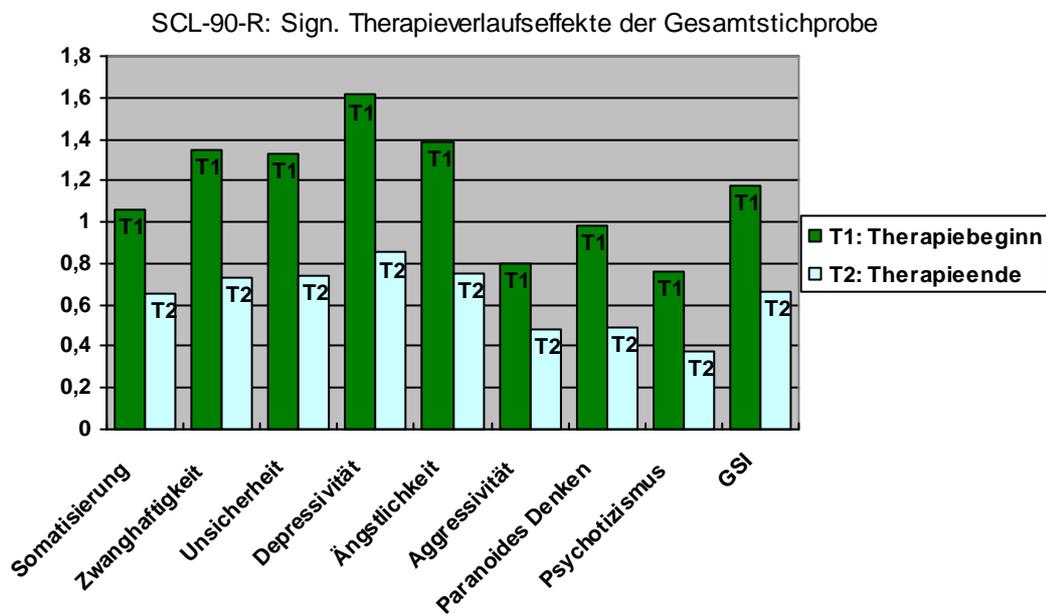


Abbildung 5-5: Graphische Darstellung der signifikanten Therapieverlaufseffekte (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im SCL-90-R der Gesamtstichprobe

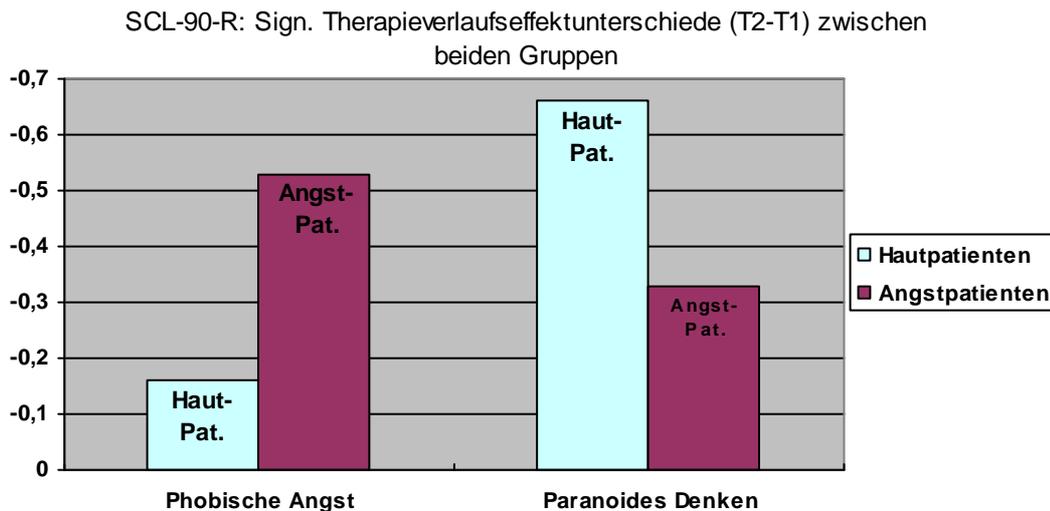


Abbildung 5-6: Graphische Darstellung der signifikanten Therapieverlaufeffektunterschiede (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im SCL-90-R zwischen den beiden Gruppen

5.2.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung

Hypothese B.3.1 und B.3.2:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant niedrigere Werte auf allen Skalen des GBB auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ im Bereich „Herzbeschwerden“ einen *niedrigeren Therapieverlaufeffekt* auf und es findet sich somit bei der Gruppe der „Hautpatienten“ auf dieser Skala eine schwächere Abnahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Art der Auswertung:

Wiederum erfolgte die statistische Auswertung mit Hilfe von univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung, bei denen die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable berücksichtigt wurde.

Ergebnis:

Bei der Auswertung zeigte sich auf allen Skalen des GBB ein signifikanter Unterschied zwischen der Ausprägung zu den verschiedenen Zeitpunkten T1 und T2 der Gesamtstichprobe („Haut-“ und „Angstpatienten“). Die Skalenausprägungen nach der Therapie waren niedriger als zu Beginn und die signifikante Veränderung

gingen somit alle in die hypothesenkonforme Richtung (Ergebnisse siehe Tabelle 5-9, Tabelle 5-10 und Abbildung 5-7).

Der vermutete differentielle Therapieverlaufseffekt war ebenfalls erkennbar (vgl. auch Abbildung 5-8). Auf der Skala „Herzbeschwerden“ zeigte sich eine signifikant niedrigere Abnahme von Symptomangaben bei der Gruppe der „Hautpatienten“ gegenüber der der „Angstpatienten“ (Interaktionseffekt: $M_{\text{Hautpat.}(T2-T1)}=-1,99$ gegenüber $M_{\text{Angstpat.}(T2-T1)}=-4,77$; $F(1,115)=10,11$; $p<.01$).

Tabelle 5-9

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung: Therapieverlaufseffekte

Da es zwischen den beiden Patientengruppen einen signifikanten Unterschied bezüglich der Behandlungsdauer gab, wurde die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable in der Varianzanalyse miteinbezogen.

GBB Skalen	Patientengruppe	Zeitpkt. (T1 T2)	Interaktion
	$F_{[1,115]} (p)$	$F_{[1,115]} (p)$	$F_{[1,115]} (p)$
Erschöpfung	0,05 (.83)	23,55 (<.01**)	2,35 (.13)
Magenbeschwerden	0,09 (.77)	5,87 (<.05*)	1,72 (.19)
Gliederschmerzen	0,77 (.38)	21,15 (<.01**)	0,94 (.34)
Herzbeschwerden	5,44 (<.05*)	10,96 (<.01**)	10,11 (<.01**)
Beschwerdedruck	0,13 (.72)	25,02 (<.01**)	2,30 (.13)

* signifikant

** hochsignifikant

Tabelle 5-10

Deskriptive Statistik: Therapieverlaufseffekte

Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten T1 und T2 und der Differenzwerte zwischen T1 und T2 für die zwei Patientengruppen getrennt.

GBB Skalen	Gesamtstichprobe n=118		Hautpatienten n=59	Angstpatienten n=59
	T1: Therapiebeginn M(SD)	T2: Therapieende M(SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)
Erschöpfung	11,77 (6,22)	6,75 (6,00)	-3,71 (5,56)	-6,32 (5,61)
Magenbeschwerden	6,18 (4,79)	3,70 (3,96)	-1,92 (3,74)	-3,04 (4,35)
Gliederschmerzen	9,42 (5,91)	6,17 (4,96)	-3,24 (4,58)	-3,24 (4,73)
Herzbeschwerden	7,27 (5,52)	3,89 (4,31)	-1,99 (3,00)	-4,77 (4,94)
Beschwerdedruck	34,60 (17,18)	20,52 (16,01)	-10,83 (12,29)	-17,32 (16,37)

Die fettgedruckten Angaben weisen auf einen Zusammenhang mit signifikanten Unterschieden hin.

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

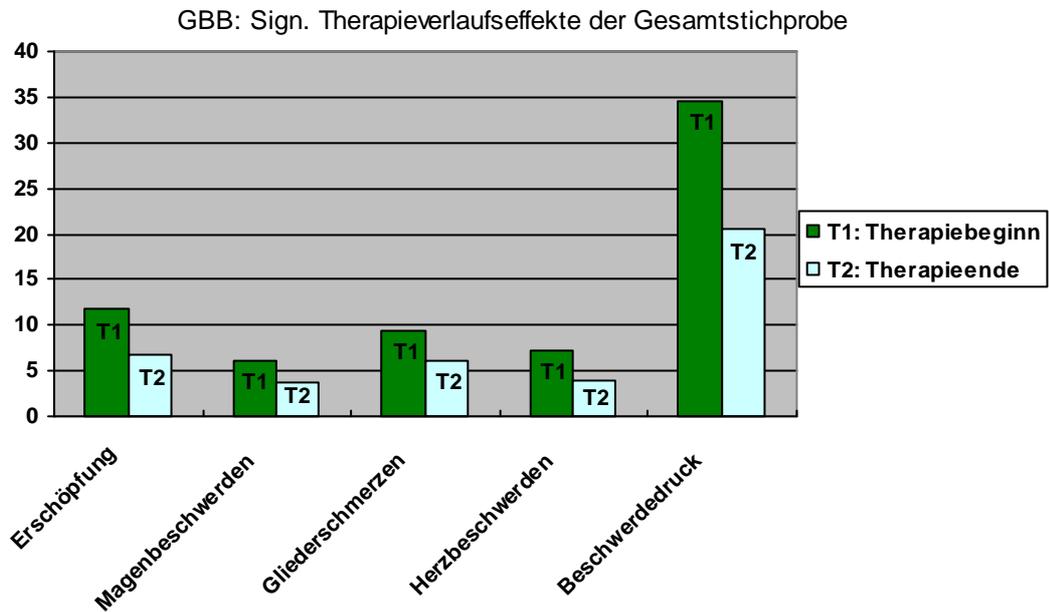


Abbildung 5-7: Graphische Darstellung der signifikanten Therapieverlaufseffekte (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im GBB der Gesamtstichprobe

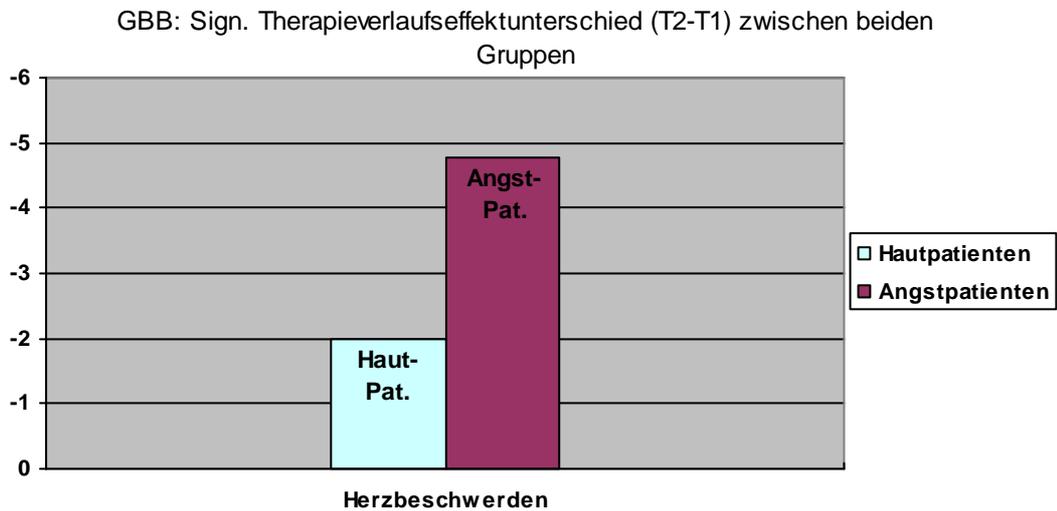


Abbildung 5-8: Graphische Darstellung des signifikanten Therapieverlaufseffektunterschieds (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im GBB zwischen den beiden Gruppen

5.2.4 Allgemeine Zufriedenheit

Hypothese B.4.1 und B.4.2:

Beide Gruppen weisen zum Zeitpunkt der stationären Entlassung signifikant höhere Werte auf der Skala „Lebenszufriedenheit“ des IRES auf als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme. Die Gruppe der „Hautpatienten“ weist im Vergleich zur Gruppe der „Angstpatienten“ einen *niedrigeren Therapieverlaufseffekt* auf und es findet sich somit bei der Gruppe der „Hautpatienten“ auf der „Lebenszufriedenheit“-Skala eine schwächere Zunahme der Ausprägung zum Zeitpunkt der stationären Entlassung gegenüber der Erhebung bei der Aufnahme.

Art der Auswertung:

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe von univariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung, bei denen die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable berücksichtigt wurde.

Ergebnis:

Der Unterschied zwischen der Ausprägung zu den verschiedenen Zeitpunkten T1 und T2 der Gesamtstichprobe („Haut-“ und „Angstpatienten“) auf der untersuchten IRES-Skala war signifikant. Die Skalausprägung nach der Therapie war höher als zu Beginn und ging somit in die hypothesenkonforme Richtung (Ergebnisse siehe Tabelle 5-11 und Tabelle 5-12).

Der vermutete differentielle Therapieverlaufseffekt war nicht erkennbar. Es zeigte sich kein signifikanter Interaktionseffekt ($F(1,115)=0,45; p=.50$).

Tabelle 5-11

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung: Therapieverlaufseffekte
Da es zwischen den beiden Patientengruppen einen signifikanten Unterschied bezüglich der Behandlungsdauer gab, wurde die Dauer der stationären Behandlung als Kovariable in der Varianzanalyse miteinbezogen.

IRES Skala	Patientengruppe	Zeitpkt. (T1 T2)	Interaktion
	$F_{[1,115]} (p)$	$F_{[1,115]} (p)$	$F_{[1,115]} (p)$
Lebenszufriedenheit	0,81 (.37)	5,15 (<.05*)	0,45 (.50)

* signifikant

Tabelle 5-12

Deskriptive Statistik: Therapieverlaufseffekte

Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten T1 und T2 und der Differenzwerte zwischen T1 und T2 für die zwei Patientengruppen getrennt.

IRES Skala	Gesamtstichprobe n=118		Hautpatienten n=59	Angstpatienten n=59
	T1: Therapiebeginn M(SD)	T2: Therapieende M(SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)	Diff. (T2-T1) M (SD)
Lebenszufriedenheit	33,49 (9,53)	37,85 (9,31)	4,82 (9,23)	3,90 (9,65)

Die fettgedruckten Angaben weisen auf einen Zusammenhang mit signifikanten Unterschieden hin.

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

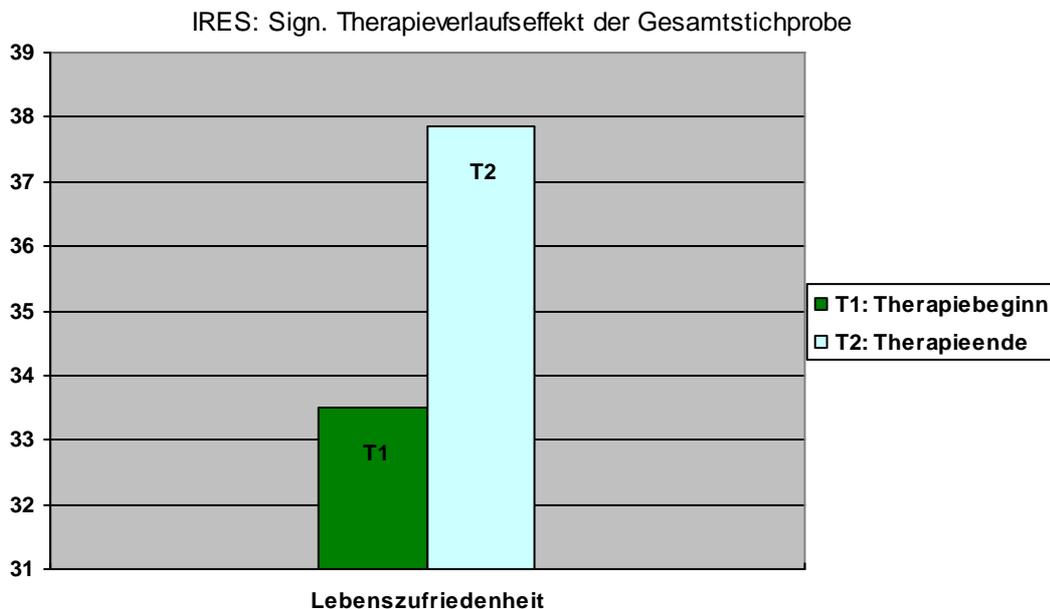


Abbildung 5-9: Graphische Darstellung des signifikanten Therapieverlaufseffekts (T2-T1: Posttherapiewert-Prätherapiewert) im IRES der Gesamtstichprobe

5.3 Exkurs: Weiterführende Statistik

Die Testungen der Interaktionseffekte (Therapiegruppe * Therapieverlauf) zeigten differentielle Therapieverläufe in den Bereichen „Phobische Angst“, „Herzbeschwerden“, „Interpersonelle Gesamtproblematik“ und „Paranoides Denken“ an. Bis auf den Bereich „Phobische Angst“ zeigten sich auf diesen Skalen auch

signifikante Therapieverlaufseffekte bezogen auf die Gesamtstichprobe (Haupteffekt: Zeitpunkt). Da diese Statistik aber keine Aussagen darüber erlaubt, wie sich die Therapieverlaufseffekte für die beiden Patientengruppen getrennt darstellen, wurden hierfür zusätzliche t-Tests für abhängige Stichproben berechnet.

Dabei zeigten sich sowohl für die Gruppe der „Haut-“ als auch „Angstpatienten“ signifikante Therapieverlaufseffekte auf jeder Skala (auch im Bereich „Phobische Angst“, in dem kein signifikanter Haupteffekt für die Gesamtstichprobe auftrat). Bei beiden Gruppen waren die Skalenausprägungen zu Beginn der Therapie höher als am Ende der Behandlung (siehe Tabelle 5-13 und Tabelle 5-14).

Tabelle 5-13

t-Tests für gepaarte Stichproben: Therapieverlaufseffekte
Mittelwerte und Standardabweichungen der Hautpatientengruppe zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten T1 und T2 und Prüfung der Mittelwertsunterschiede.

Skalen mit Interaktionseffekt (Therapiegruppe * Therapieverlauf)	Hautpatienten n=59				
	T1:	T2:	df	t	p
	Therapiebeginn M(SD)	Therapieende M(SD)			
Gesamtwert (IIP _{ges})	12,97 (4,64)	10,53 (4,69)	58	3,94	<.01**
Phobische Angst	0,55 (0,77)	0,39 (0,67)	58	2,25	<.05*
Paranoides Denken	1,24 (0,90)	0,58 (0,67)	58	6,62	<.01**
Herzbeschwerden	5,31 (4,75)	3,32 (4,62)	58	5,08	<.01**

* signifikant

** hochsignifikant

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

Tabelle 5-14

t-Tests für gepaarte Stichproben: Therapieverlaufseffekte
Mittelwerte und Standardabweichungen der Angstpatientengruppe zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten T1 und T2 und Prüfung der Mittelwertsunterschiede.

Skalen mit Interaktionseffekt (Therapiegruppe * Therapieverlauf)	Angstpatienten n=59				
	T1:	T2:	df	t	p
	Therapiebeginn M(SD)	Therapieende M(SD)			
Gesamtwert (IIP _{ges})	11,55 (4,10)	10,36 (3,61)	58	2,66	<.05*
Phobische Angst	1,26 (1,16)	0,74 (0,88)	58	4,18	<.01**
Paranoides Denken	0,72 (0,60)	0,40 (0,43)	58	4,66	<.01**
Herzbeschwerden	9,23 (5,58)	4,46 (3,93)	58	7,41	<.01**

* signifikant

** hochsignifikant

T1= Erhebung zu Beginn der stationären Therapie

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Eine übersichtliche Darstellung der gesamten signifikanten Ergebnisse ist in der folgenden Tabelle (Tabelle 5-15) zusammengestellt:

Tabelle 5-15

Darstellung der signifikanten Untersuchungsergebnisse:

1. Unterschiede zwischen den Gruppen zu Beginn der Therapie; 2. Therapieverlaufseffekte für die Gesamtstichprobe; 3. Interaktionseffekte (Therapiegruppe * Therapieverlauf) mit Darstellung der entsprechenden sign. Verlaufseffekte für die beiden Gruppen getrennt.

Skala	Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme	Gesamtstichprobe: Therapieverlaufseffekte (Haupteffekt: T1 zu T2)	Differentielle Therapieverlaufseffekte (Interaktionseffekte)	
			Hautpat.	Angstpat.
Autokratisch / dominant				
Streitsüchtig / konkurrierend				
Abweisend / kalt				
Introvertiert / sozial				
Selbstunsicher / unterwürfig				
Ausnutzbar / nachgiebig				
Fürsorglich / freundlich				
Expressiv / aufdringlich				
Gesamtwert (IIP _{ges})		↓	↓↓	↓
Somatisierung		↓		
Zwanghaftigkeit		↓		
Unsicherheit soz. Kontakt		↓		
Depressivität		↓		
Ängstlichkeit	Hautpat. < Angstpat.	↓		
Aggressivität		↓		
Phobische Angst	Hautpat. < Angstpat.		↓	↓↓
Paranoides Denken	Hautpat. > Angstpat.	↓	↓↓	↓
Psychotizismus		↓		
Globaler Kennwert (GSI)		↓		
Erschöpfungsneigung		↓		
Magenbeschwerden		↓		
Gliederschmerzen		↓		
Herzbeschwerden	Hautpat. < Angstpat.	↓	↓	↓↓
Beschwerdedruck GBB		↓		
Allgemeine Zufriedenheit		↑		

↓: Im Vergleich zur Aufnahme waren am Ende des stationären Aufenthaltes signifikant niedrigere Werte feststellbar.

↑: Im Vergleich zur Aufnahme waren am Ende des stationären Aufenthaltes signifikant höhere Werte feststellbar.

↓↓: Bei dieser Gruppe zeigte sich im Vergleich zur anderen Gruppe ein signifikant höherer Therapieverlaufseffekt (stärkere Abnahme der Skalenausprägung).

Insgesamt fanden sich vier signifikante Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und 20 signifikante Therapieverlaufseffekte.

1. Die Auswertung ergab signifikant niedrigere Ausprägungen der Bereiche „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ und „Herzbeschwerden“ bzw. höhere Werte im Bereich „Paranoides Denken“ bei der „Hautpatientengruppe“ zu Beginn der stationären Behandlung.
2. Im Prä- / Posttherapieverlauf zeigten sich in der Gesamtstichprobe signifikante Abnahmen in den Bereichen „Interpersonelle Gesamtproblematik“, „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“, Gesamtbeeinträchtigung durch körperliche und psychische Probleme („globaler Kennwert“), „Erschöpfung“, „Magenbeschwerden“, „Gliederschmerzen“, „Herzbeschwerden“ und „Beschwerdedruck“ sowie eine bedeutsame Zunahme im Bereich „Lebenszufriedenheit“.
3. Im Bereich „Phobische Angst“ und „Herzbeschwerden“ stellten sich signifikant niedrigere Abnahmen von Symptomangaben bei der Gruppe der „Hautpatienten“ gegenüber der „Angstpatienten“ heraus. Im Bereich „Interpersonelle Gesamtproblematik“ und „Paranoides Denken“ fanden sich hingegen signifikant höhere Symptomreduktionen in der „Hautpatientengruppe“. Bei allen vier Skalen zeigten sich dabei auch bei getrennter Betrachtung der Patientengruppen jeweils signifikante Therapieverlaufseffekte in Richtung Symptomreduktion.

Alle Ergebnisse auf Signifikanzniveau sind bis auf den beschriebenen Verlaufseffekt im Bereich „Paranoides Denken“ des SCL-90-R in hypothesenkonformer Richtung.

6 Diskussion

In der vorliegenden hypothesengeleitet-explorativen Studie wurden theoretisch hergeleitete Annahmen über Unterschiede in verschiedenen psychosomatischen Symptom- und Beschwerdebereichen und in entsprechenden Therapieeffekten zwischen einer Gruppe von Patienten mit Angststörungen und einer Gruppe von Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen näher untersucht.

6.1 Kritische Betrachtung der Stichprobenszusammensetzung

In beiden Gruppen gingen Patienten ein, die sich in stationär-psychotherapeutische Behandlung begeben hatten. Die Gesamtstichprobe setzte sich daher aus selektiven Patientengruppen zusammen, insofern, dass keine Gruppe Patienten enthielt, die sich weniger als 21 Tage auf Station in regulärer Therapie befanden. Diese Auswahlbedingung wurde zur adäquaten Untersuchung der Therapieeffekte gewählt, ist aber bei der Diskussion der Ergebnisse zu berücksichtigen. Aussagen über Unterschiede generell zwischen Personen mit Angststörungen und Menschen mit Hauterkrankungen (also auch Personen, die sich nicht in Therapie begeben) sind demnach aufgrund der vorliegenden Untersuchung nicht ohne weiteres durchführbar. Ein Vergleich mit Normalbevölkerungstichproben (Eichstichproben der jeweiligen Testverfahren) ist wegen den unterschiedlichen Erhebungsbedingungen ebenfalls nur bedingt möglich und wird daher in der Arbeit nur deskriptiv vorgenommen. Allerdings ließen sich Unterschiede zum Zeitpunkt vor einer Therapie und des anschließenden Therapieverlaufs anhand jeweils der gleichen Stichprobengruppen untersuchen und es war – wie über der Fragestellung der Arbeit beabsichtigt – möglich, nach statistisch begründeten, objektiven Hinweise für die theoretisch hergeleiteten Annahmen bezüglich der unterschiedlichen Therapiepatientengruppen zu suchen.

Kritisch betrachtet sind an dieser Stelle aber auch praxisbedingte Einschränkungen zu beachten. Bei den Stichproben handelt es sich nicht um „reine“ Gruppen, sondern es finden sich jeweils sowohl Komorbidität als auch Überschneidungen hinsichtlich anderer psychischer und somatischer Erkrankungen. Dieser Umstand wurde in der vorliegenden Arbeit aber aufgrund der klinischen Realität, in der Komorbidität eher

zur Regel als zur Ausnahme gehört, hingenommen. Anders wäre zudem auch keine angemessene Stichprobengröße erreichbar gewesen. Es ist davon auszugehen, dass diese Stichprobenauswahl inhaltlich weniger auf die Gültigkeit der in der Arbeit gefundenen Unterschiede Auswirkung hat. Aufgrund sekundärer Übereinstimmungen der beiden Patientengruppen wird es eher zur Verdeckung weiterer, tatsächlich eigentlich vorhandener Unterschiede gekommen sein. Mit der gleichen Implikation wäre zudem auch die aufgrund der klinischen Realität und der Realisierung einer adäquaten Stichprobengröße abwägend vorgenommene Auswahl von Probanden für die Angstpatientengruppe zu bedenken, bei der es keine Rolle spielte, ob die Angststörung die erste (Hauptdiagnose) oder eine weitere Diagnose war.

Beachtet man weiterhin die Studie von Simmich et al. (2001), in der bei einer Patientin von einer gegenseitig bedingenden Komorbidität einer Hautkrankheit (multiple Unverträglichkeit der Haut) und einer Angststörung (phobische Neurose) berichtet wird, ist einschränkend auf die Generalisierbarkeit der vorliegenden Arbeit in Bezug auf generell Angst- bzw. Hautpatienten weiterhin zu sagen, dass solche Patienten (n=12; siehe Kap. 4.1.2) mit dieser Komorbiditätsform in den Stichproben ausgeschlossen wurden.

6.2 Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme

6.2.1 Soziale Beziehungsprobleme

Entgegen der theoretisch hergeleiteten Annahme fanden sich zu Beginn der Therapie hinsichtlich sozialer Beziehungsprobleme zwischen den beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede. Insofern konnten für die theoretisch abgeleitete Annahme, dass sich Patienten mit Angststörungen im Gegensatz zu Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen weniger dominant, streitsüchtig, abweisend, sozial vermeidend, selbstunsicher, ausnutzbar, aufdringlich und überfreundlich beschreiben und generell weniger soziale Beziehungsprobleme erleben, keine statistisch begründeten, objektiven Hinweise gefunden werden.

Beim deskriptiven Vergleich mit der Eichstichprobe (Horowitz, 1994; siehe Tabelle 6-1) finden sich bei der "Angstpatienten"-Gruppe höhere Werte in den Dimensionen

"Introvertiert/Sozial", "Selbstunsicher/Unterwürfig", "Fürsorglich/Freundlich", "Expressiv/Aufdringlich" und auf der Gesamtwertskala (IIP_{ges}). Die Gruppe der "Hautpatienten" erreichte zwar im deskriptiven Vergleich mit der Eichstichprobe höhere Werte auf der Gesamtskala, auf den einzelnen inhaltlichen Skalen ist aber kein einheitlicher Trend in dieser Richtung erkennbar.

Tabelle 6-1

Deskriptive Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalenausprägungen des IIP-D der beiden Patientengruppen (jeweils n=59) der vorliegenden Studie zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und der repräsentativen Eichstichprobe nach Horowitz et al., 1994 (n=1333).

IIP-D Skalen	Hautpatienten T1: M (SD)	Angstpatienten T1: M (SD)	Eichstichprobe M (SD)
Autokratisch/Dominant	-4,53 (4,77)	-5,30 (3,96)	-3,60 (4,06)
Streitsüchtig/Konkurrierend	-2,55 (3,95)	-3,59 (3,65)	-2,37 (3,61)
Abweisend/Kalt	-2,49 (4,38)	-2,25 (3,50)	-1,34 (3,81)
Introvertiert/Sozial	1,95 (4,89)	2,61 (4,69)	0,89 (4,36)
Selbstunsicher/Unterwürfig	4,31 (4,95)	4,50 (4,23)	2,43 (4,39)
Ausnutzbar/Nachgiebig	1,86 (4,49)	2,14 (3,40)	2,70 (3,90)
Fürsorglich/Freundlich	3,48 (3,87)	2,60 (3,37)	2,39 (3,57)
Expressiv/Aufdringlich	-2,03 (4,49)	-0,70 (4,99)	-1,11 (4,39)
Gesamtwert (IIP _{ges})	12,97 (4,65)	11,55 (4,10)	11,37 (4,33)

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme

Verglichen mit den Prätherapieerhebungswerten der Studie von Franz et al. (2000) an 3 Kliniken mit einer Gesamtstichprobe von n=314 lagen die Ergebnisse für die Gesamtskala bei beiden Patientengruppen (12,97 und 11,55) etwas unterhalb des in der dortigen Studie erhobenen Durchschnittswerts aller Patienten (13,64).

Insgesamt betrachtet ergeben sich somit in dieser Studie keine Hinweise, dass die untersuchten Angstpatienten generell weniger und die untersuchten Hautpatienten mehr Störungen im sozialen Beziehungsbereich im Vergleich zur Normalbevölkerung erleben. Zu vermuten ist, dass das IIP-D durch die individualisierte Erfassung der interpersonellen Beziehungsprobleme (siehe Horowitz et al., 2000: u.a. durch die Ipsatierung der Skalenwerte) vorwiegend auf die Problembereichskonstellation und weniger auf die generellen Problembereichsausprägungen fokussiert und somit im Gruppenvergleich keine generellen Unterschiede über alle Skalen darstellbar sind (vgl. auch dem Verfahren

zugrunde liegenden, theoretischen Vorstellungen des Circumplex-Modells: u.a. Leary, 1957; Horowitz et al., 1993).

An dieser Stelle wären weitere Untersuchungen sinnvoll, um zu klären, ob es tatsächlich keine Unterschiede gibt oder ob sich aufgrund der besonderen Konzeption des IIP-D keine Gruppenunterschiede zwischen den beiden Patientengruppen finden ließen oder ob es die besondere Situation (Beginn der stationären Psychotherapie) war, in der sich die untersuchten Probanden beider Gruppen im Gegensatz zur Eichstichprobe befanden, die eventuell vorhandene Unterschiede verdeckte. Für den letztgenannten Punkt würde z.B. sprechen, dass möglicherweise bei den Angstpatienten aufgrund des Therapiebeginns eine ansonsten möglicherweise vorhandene Abwehr gegenüber sozialen Beziehungsproblemen nicht mehr besonders ausgeprägt war (z.B. wechselbezüglich zu beginnenden Übertragungsmustern, vgl. Markert, 2001).

6.2.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Im Bereich von Beeinträchtigungen durch körperliche und psychische Symptome zeigen sich im deskriptiven Vergleich mit der Eichstichprobe (Franke, 2002; siehe Tabelle 6-2) bei beiden Gruppen höhere Werte auf allen Skalen. Die Werte für den Gesamtscore (1,17 und 1,18) liegen ungefähr im Bereich der Prätherapieerhebungsergebnisse der Studie von Franz et al. (2000) an 3 Kliniken mit einer Gesamtstichprobe von n=348 und der Untersuchung von Schauenburg et al. (2005) anhand einer Stichprobe von 293 stationären Psychotherapiepatienten, in denen jeweils ein Durchschnittswert von 1,38 gemessen wurde.

Es zeigt sich somit, dass die untersuchten Patientengruppen ähnlich wie in anderen Kliniken vor Therapiebeginn mehr Beeinträchtigungen in den jeweiligen körperlichen und psychischen Bereichen angeben als Probanden der Normalbevölkerung.

Tabelle 6-2

Deskriptive Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalenausprägungen des SCL-90-R der beiden Patientengruppen (jeweils n=59) der vorliegenden Studie zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und der repräsentativen Eichstichprobe nach Franke, 2002 (n=2141).

SCL-90-R Skalen	Hautpatienten T1: M (SD)	Angstpatienten T1: M (SD)	Eichstichprobe T1: M (SD)
Somatisierung	0,96 (0,84)	1,17 (0,81)	0,47 (0,47)
Zwanghaftigkeit	1,40 (0,88)	1,30 (0,74)	0,45 (0,47)
Unsicherheit	1,44 (0,99)	1,22 (0,81)	0,41 (0,49)
Depressivität	1,63 (0,94)	1,61 (0,84)	0,44 (0,51)
Ängstlichkeit	1,13 (0,88)	1,66 (0,90)	0,34 (0,45)
Aggressivität	0,92 (0,83)	0,67 (0,64)	0,35 (0,47)
Phobische Angst	0,55 (0,77)	1,26 (1,16)	0,22 (0,38)
Paranoides Denken	1,24 (0,90)	0,72 (0,60)	0,45 (0,54)
Psychotозismus	0,83 (0,76)	0,70 (0,53)	0,22 (0,36)
Globaler Kennwert (GSI)	1,17 (0,72)	1,18 (0,58)	0,38 (0,39)

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme

Bezüglich der expliziten Angstskalen („Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“) zeigen sich deskriptiv bei der „Angstpatienten“-Gruppe höhere Werte als bei der „Hautpatienten“-Gruppe, die wiederum höhere Werte als die Eichstichprobe aufweist (siehe Tabelle 6-2). Die Ergebnisse können dabei im weiteren Sinne u.a. mit denen der Studie von Weber et al. (2005) in Einklang gebracht werden, in der bei einer eingegrenzten Hautpatientengruppe die Skalenwerte im Vergleich zur Eichstichprobe im hohen aber noch normalen Bereich lagen (T-Werte von durchschnittlich 54,6 und 57,3). Allerdings darf an dieser Stelle nicht unberücksichtigt bleiben, dass auch die besondere Situation (Therapiebeginn, siehe Kap. 6.1) einen Einfluss auf die höheren Skalenwerten der Patientengruppen gegenüber der Eichstichprobe gehabt haben kann.

Im Gruppenvergleich ergeben sich drei hypothesenkonforme Ergebnisse. Demnach können statistisch begründete, objektive Hinweise dafür gefunden werden, dass Angstpatienten im Gegensatz zu Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen (zumindest zum Zeitpunkt einer Therapieaufnahme) höhere Ängstlichkeit und phobische Angst sowie geringere paranoide Denkmuster aufweisen.

Dieses Ergebnis erscheint nicht unwichtig, da bei bisherigen psychometrischen Studien (Gieler et al., 2003) häufig besondere Ängste bei dermatologischen Patienten gefunden wurden. Ein Vergleich mit Angstpatienten wurde bisher nicht dargestellt.

Die Ergebnisse bezüglich der Skalen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ können dabei direkt als Nachweis differentieller bzw. im weiteren Sinne der Konstruktvalidität (vgl. u.a. Fisseni, 2004) für den SCL-90-R interpretiert werden, insofern, dass sich Angstpatienten von Nicht-Angstpatienten (Hautpatientengruppe) in diesen SCL-90-R-Skalen bedeutsam unterscheiden. Ebenfalls – wie aufgrund der theoretischen Überlegungen angenommen – scheinen die Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen im Gegensatz zu Angstpatienten vor Beginn der Therapie ein höheres Misstrauen den Mitmenschen gegenüber und vermehrte paranoide Verarbeitungsweisen gehabt zu haben.

Diese erhöhten Werte im paranoiden Denken könnten allerdings durch die Selektion von Patienten mit Hautkrankheiten im psychotherapeutischen Behandlungsrahmen begründet sein. Eine Übertragung generell auf Hautpatienten ist daher nicht ohne weiteres möglich.

Für die anderen theorieabgeleiteten Annahmen können keine statistisch begründeten, objektiven Hinweise gefunden werden. Es zeigen sich weder bei der „Angstpatienten“-Gruppe eine höhere Ausprägung von zwanghaften Zügen noch bei der „Hautpatienten“-Gruppe höhere Angaben bezogen auf die Somatisierungstendenz, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität oder Aggressivität.

Möglicherweise spielen hier psychische Überschneidungen und Komorbiditäten zwischen den beiden Patientengruppen eine Rolle, wenn man z.B. bezüglich der Skala „Depressivität“ bedenkt, dass sowohl in der „Angstpatienten“- wie auch in der „Hautpatienten“-Gruppe mehrere Diagnosen im Bereich depressiver Symptomatik gestellt wurden (ICD: F32,33,34; siehe Kap. 4.1.3). Zwischen beiden Gruppen lässt sich zwar kein bedeutsamer Unterschied in Bezug auf eine Somatisierungstendenz feststellen, in der „Hautpatienten“-Gruppe sind aber mehr somatische Zusatzdiagnosen zu finden (n=24 gegenüber n=19; siehe Kap. 4.1.3).

Hinsichtlich der Aggressivität zeigt sich in dieser Untersuchung zwar kein bedeutsamer Unterschied, es ist aber ein Trend zu beobachten ($p=.07$), wobei

Hautpatienten gegenüber Angstpatienten gemäß der Hypothesenrichtung einen höheren Durchschnittswert aufweisen. Beide Gruppen liegen zudem höher als die Eichstichprobe. Dies kann zumindest nicht ohne weiteres mit der Untersuchung von Niemeier et al. (1999) in Einklang gebracht werden, in der sich Psoriasispatienten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe unter Ärger provozierenden Umständen als weniger verbal aggressiv herausstellten. In der Studie von Welp und Gieler (1990) konnte zudem mit Hilfe des projektiven Picture-Frustrations-Test (PFT; verwendetes Handbuch: Rauchfleisch, 1979) festgestellt werden, dass Patienten mit Acne vulgaris u.a. vorwiegend versuchen, einer aggressiven Auseinandersetzung mit der Umgebung völlig auszuweichen. Möglicherweise besteht hier ein differentieller Aggressionseffekt (niedrigere reaktive Aggression vs. subjektive Einschätzung bzw. Selbstbeschreibung einer höheren Aggressionsbereitschaft). Denkbar wäre aber auch, dass die höheren Werte lediglich Ausdruck der besonderen Situation des Therapiebeginns sind (siehe Kap. 6.1) und die hypothetische Annahme der vorliegenden Studie unzutreffend ist. In der Studie von Niemeier et al. (2001), in der u.a. die Skalenwerte des SCL-90R einer Patientin mit einer Hautkrankheit im weiteren Sinne (Glossodynie) zitiert wurden, war der Wert auf der „Aggression“-Skala hingegen am Anfang der Therapie unterhalb der Norm (T=36) und stieg zum Ende der Behandlung auf einen Wert im unteren Normbereich (T=49).

Letztlich lässt sich anhand der vorliegenden Untersuchung neben dem Trend kein ausreichend begründeter Unterschied bezüglich der Aggressivität von Hautpatienten gegenüber Angstpatienten oder einer Normstichprobe interpretieren, so dass an dieser Stelle nur weitere Untersuchungen Klärung bringen könnten.

6.2.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung

In den verschiedenen psychosomatischen Beschwerdebereichen (Erschöpfung, Gliederschmerzen, Magenbeschwerden etc.) zeigen sich im deskriptiven Vergleich mit der Eichstichprobe (Brähler et al., 2000; siehe Tabelle 6-3) bei beiden Gruppen höhere Werte auf allen Skalen des GBB. Die einzelnen Skalenwerte beider Gruppen stimmen ungefähr mit denen aus anderen Untersuchungen an Psychotherapiepatienten allgemein (vgl. Schulz et al., 1999; Fliege et al., 2002) aber auch psychodermatologischen Patienten (Löwenberg & Peters, 1994) zu Beginn einer stationären Therapie überein. Lediglich auf der Skala „Herzbeschwerden“

liegen die Durchschnittswerte der Studien an allgemeinen Psychotherapiepatienten mit 7,38 (Fliege et al., 2002) und 7,49 bzw. 7,57 (Schulz et al., 1999) über der „Hautpatienten“- und unter der „Angstpatienten“-Gruppe, bezogen auf die Gesamtstichprobe der Arbeit (hier ist der Mittelwert 7,27 – siehe Kap. 5.2, Tabelle 5-10) aber wiederum im vergleichbaren Bereich.

Tabelle 6-3

Deskriptive Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalenausprägungen des GBB der beiden Patientengruppen (jeweils n=59) der vorliegenden Studie zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und der repräsentativen Eichstichprobe nach Brähler et al., 2000 (n= 2182).

GBB Skalen	Hautpatienten T1: M (SD)	Angstpatienten T1: M (SD)	Eichstichprobe T1: M (SD)
Erschöpfung	10,77 (6,19)	12,76 (6,14)	3,91 (4,03)
Magenbeschwerden	5,99 (5,22)	6,36 (4,37)	2,59 (3,18)
Gliederschmerzen	9,58 (6,06)	9,25 (5,79)	5,35 (4,56)
Herzbeschwerden	5,31 (4,75)	9,23 (5,58)	2,18 (3,18)
Beschwerdedruck	31,63 (17,86)	37,56 (16,07)	14,03 (12,67)

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme

Es zeigt sich somit ebenfalls in den mit dem GBB gemessenen psychosomatischen Beschwerdebereichen, dass die untersuchten Patientengruppen in vergleichbarer Weise zu anderen Kliniken vor Therapiebeginn mehr Beschwerden in den jeweiligen psychosomatischen Bereichen angeben als Probanden der Normalbevölkerung.

Im Gruppenvergleich findet sich ein hypothesenkonformes Ergebnis. So ergibt sich, wie aufgrund der störungsspezifischen Verbindung mit der Angstsymptomatik vermutet, ein statistisch begründeter, objektiver Hinweis, dass Angstpatienten unter mehr psychosomatischen Herzbeschwerden leiden als Hautpatienten.

Entgegen der anderen Hypothesen ergeben sich keine Anhaltspunkte auf weitere Unterschiede in anderen psychosomatischen Beschwerdebereichen. Hinweise für die generelle Annahme, dass Patienten mit psychodermatologischen Erkrankungen aufgrund des psychosomatischen bzw. somatopsychischen Zusammenhanges im Vergleich zu Angstpatienten mehr somatische Beschwerden haben, konnte in dieser Arbeit ebenfalls nicht gefunden werden (vgl.: kein signifikanter Unterschied auf der Skala Beschwerdedruck des GBB). Auch an dieser Stelle wären weitere Untersuchungen notwendig, um zu prüfen, ob dies an der schon diskutierten

Überschneidung und der Komorbidität der beiden Patientengruppen, an der besonderen Situation der Therapieaufnahme bzw. des –beginns oder daran liegt, dass tatsächlich kein Unterschied zwischen den Störungsbildern vorhanden ist.

6.2.4 Allgemeine Zufriedenheit

Hinsichtlich der verwendeten Skala „Lebenszufriedenheit“ des Fragebogens IRES (Gerdes & Jäckel, 1995) konnten keine veröffentlichten Eichstichprobendaten in der Literatur gefunden werden, so dass hier kein entsprechender deskriptiver Vergleich getätigt werden kann.

Im Gruppenvergleich wird kein bedeutsamer Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme deutlich. Insofern konnten in dieser Untersuchung keine Hinweise dafür gefunden werden, dass Hautpatienten im Gegensatz zu Angstpatienten weniger allgemeine Zufriedenheit erleben.

An dieser Stelle kann letztlich aufgrund der vorliegenden Studie ein eventuell vorhandener Effekt der Komorbidität und der besonderen Situation des Therapiebeginns wiederum nicht abgeschätzt bzw. herausgenommen werden. Die angewandte Statistik lässt auch generell nicht den Schluss zu, dass bei einem nicht signifikanten Ergebnis kein Unterschied vorliegt (Hypothesentestung, vgl. u.a. Bortz & Döring, 2001). Insofern wäre zur weiteren Klärung hier eine weitere, spezifische Untersuchung notwendig.

6.2.5 Zusammenfassung

Hinsichtlich sozialer Beziehungsprobleme können keine Hinweise für die Annahme von Gruppenunterschiede zwischen Angst- und Hautpatienten gefunden werden. Es finden sich auch keine Anhaltspunkte, dass eine der beiden Gruppen sich in diesem Bereich in besonderer Weise von Probanden der Normalbevölkerung unterscheiden. Generell liegen die Ergebnisse aber ungefähr im Bereich von anderen Psychotherapiepatienten. In der Gesamtschau der Ergebnisse scheint – neben anderen Faktoren – u.a. die besondere Testkonstruktion des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (individuelle Scoreerrechnung mit Problemkonstellationserfassung durch Ipsatierung) eine Rolle zu spielen, dass sich

sowohl statistisch als auch deskriptiv keine bzw. kaum Gruppenunterschiede abbilden.

Bezüglich körperlicher und psychischer Symptome weisen die untersuchten Patienten ähnlich wie an anderen Kliniken mehr Beeinträchtigungen als Probanden der Normalbevölkerung auf. Weiterhin finden sich statistisch begründete Hinweise für die Annahmen, dass Hautpatienten geringere Ängstlichkeit und phobische Angst sowie mehr paranoide Denkmuster aufweisen als Angstpatienten. Hinsichtlich anderer körperlicher und psychischer Symptome (z.B. Zwanghaftigkeit, Depressivität, Somatisierung) wie auch im Besonderen bezüglich der Aggressivität, bei der es unterschiedliche, teilweise empirisch untermauerte Auffassungen gibt, finden sich keine Anhaltspunkte auf Gruppenunterschiede.

In verschiedenen psychosomatischen Bereichen (z.B. Magen-, Glieder-, Herzbeschwerden) geben die untersuchten Patientengruppen in vergleichbarer Weise zu Patienten anderer Kliniken vor Therapiebeginn mehr Beschwerden an als Personen einer repräsentativen Normstichprobe. Der Gruppenvergleich ergibt, wie aufgrund der störungsspezifischen Verbindung mit Angstsymptomatik vermutet, einen statistisch begründeten, objektiven Hinweis, dass Angstpatienten unter mehr psychosomatischen Herzbeschwerden leiden als Hautpatienten. Anhaltspunkte, dass Hautpatienten aufgrund des spezifischen psychosomatischen Zusammenhanges generell mehr psychosomatische Beschwerden haben als Angstpatienten konnten nicht gefunden werden.

Hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit lässt sich ebenfalls kein Hinweis auf einen Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen finden.

Letztlich ist bei den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung neben möglichen Komorbiditätseffekten auch der Einfluss der besonderen Situation des Therapiebeginns zu bedenken. Diese Einflüsse können möglicherweise tatsächlich eigentlich vorhandene Unterschiede verdeckt haben. Generell lassen die nicht signifikanten Ergebnisse der Arbeit auch aus statistischer Sicht nicht den Schluss zu, dass es in diesen Bereichen tatsächlich keine Unterschiede gibt.

6.3 Therapieverlaufseffekte

6.3.1 Soziale Beziehungsprobleme

In der Untersuchung finden sich bezogen auf beide Patientengruppen in den einzelnen sozialen Beziehungsbereichen keine Anhaltspunkte auf spezifische Problemreduktionen über den Therapiezeitraum hinweg. Letztlich kann aber auch an dieser Stelle nicht davon ausgegangen werden, dass es tatsächlich auch keine Unterschiede gibt. Zudem ist zu vermuten, dass aufgrund der besonderen Testkonstruktion (Ipsatierung der inhaltlichen Skalen; Horowitz et al., 2000), die im Einzelfall die individuelle interpersonale Problemkonstellation und nicht die absoluten Problemausprägungen bestimmt, im Gruppenvergleich keine generellen Unterschiede in den spezifischen Bereichen darstellbar sind. Für diese Annahme spricht auch das signifikante Ergebnis auf der Gesamtskala (IIPges), bei der keine Ipsatierung vorgenommen wird.

Das Ausmaß der interpersonalen Gesamtproblematik bei der Gesamtstichprobe verringert sich im Laufe der Therapie bedeutsam. Im Vergleich zur Untersuchung von Franz et al. (2000) liegt die Effektstärke dieser Untersuchung mit 0.42 (Klassische Effektstärkenberechnung unter Schätzung der Populationsparameter nach Bortz & Döring, 2001; siehe Tabelle 6-4) im Bereich anderer Kliniken (0.37-0.73).

Zudem findet sich ein statistisch begründeter, objektiver Hinweis für die hypothetische Annahme, dass Hautpatienten bezüglich ihrer Beziehungsprobleme mehr von der Therapie profitieren als Angstpatienten, bei denen sich aber am Ende der Therapie ebenfalls bedeutsam weniger Beziehungsprobleme zeigen. Hautpatienten können demnach gegenüber Angstpatienten durch die Therapie deutlich mehr Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich abbauen, der bei ihnen u.a. durch die dermatologische Symptomatik mitbedingt problembehaftet ist (siehe u.a. Schneider & Gieler, 2001; Gieler & Detig-Kohler, 1994). Die Effektstärke für die Hautpatientengruppe (0.52; siehe Tabelle 6-4) liegt dabei nach Bortz & Döring (2001) im mittleren Bereich, während die Effektstärke bei den Angstpatienten (0.31) klein bis mittel ist. Für Angstpatienten scheint dieser Bereich, wie aus theoretischer und praxisbezogener Sicht angenommen, vermutlich weniger ein vordringliches Thema in der Therapie zu sein.

Tabelle 6-4

Deskriptive Darstellung der Effektstärken (Klassische Effektstärkenberechnung unter Schätzung der Populationsparameter nach Bortz & Döring, 2001) der Gesamtskala des IIP-D für beide Patientengruppen (jeweils n=59), die Gesamtstichprobe (n=118) und die Multizenterstudie von Franz et al. (2000).

IIP-D Skala	Hautpatienten T1-T2: Effektstärke	Angstpatienten T1-T2: Effektstärke	Gesamtstichpr. T1-T2: Effektstärke	Multizenter- Studie: Effektstärken
Gesamtwert (IIP _{ges})	0.52	0.31	0.42	0.37-0.73

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme
T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

6.3.2 Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

In der vorliegenden Arbeit finden sich bei der Gesamtstichprobe bis auf die phobische Angstsymptomatik in allen Bereichen des SCL-90-R Symptom- bzw. Beeinträchtigungsrückgänge. Nach der Therapie wurden – wie in den Hypothesen angenommen – von den Patienten neben generell weniger Beeinträchtigungen auch bedeutsame Symptomreduktionen hinsichtlich Somatisierungen, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, paranoides Denken und Psychotizismus beschrieben. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen Therapiestudien – die Effektstärke des globalen Kennwertes bezogen auf den Prä-Post-Therapievergleich der Gesamtstichprobe liegt mit 0.83 im definitionsgemäß hohen Bereich (u.a. Franz et al., 2000; Schauenburg et al., 2005: Effektstärken zwischen 0.52 – 1.11; siehe Tabelle 6-5).

Tabelle 6-5

Deskriptive Darstellung der Effektstärken (Klassische Effektstärkenberechnung unter Schätzung der Populationsparameter nach Bortz & Döring, 2001) des globalen Kennwertes (GSI) des SCL-90-R für beide Patientengruppen (jeweils n=59), die Gesamtstichprobe (n=118) sowie die Studien von Franz et al. (2000) und Schauenburg et al. (2005) .

SCL-90-R Skala	Hautpatienten T1-T2: Effektstärke	Angstpatienten T1-T2: Effektstärke	Gesamtstichpr. T1-T2: Effektstärke	Multizenter- Studien: Effektstärken	Studie Schauenburg: Effektstärke
Globaler Kennwert (GSI)	0.68	1.09	0.83	0.52-1.11	0.85

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme
T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

Bei der phobischen Angst zeigt sich zwar kein signifikanter Rückgang der Symptomatik bei der Gesamtstichprobe, aber bei der Einzelauswertung ergibt sich für beide Patientengruppen getrennt betrachtet eine bedeutsame Symptomreduktion, so dass wahrscheinlich der differentielle Therapieverlaufseffekt (signifikanter Interaktionseffekt: Patientengruppe x Zeitpunkt) dem nicht signifikanten Ergebnis der Gesamtstichprobe zugrunde liegt. Der differentielle Therapieverlaufseffekt setzt sich dabei in einer stärkeren Symptomreduktion der phobischen Angstsymptomatik bei den Angstpatienten gegenüber den Hautpatienten zusammen, wobei aber auch bei den Hautpatienten ein bedeutsamer Symptomrückgang zu verzeichnen ist.

Für die generelle Annahme, dass Hautpatienten aufgrund des rigiden psychosomatischen Störungsbildes in allen Bereichen bedeutsam geringere Therapieverlaufseffekte als Angstpatienten aufweisen, konnten keine statistisch begründeten Hinweise gefunden werden. Die Ergebnisse zeigen bezüglich paranoider Denkinhalte sogar, dass Hautpatienten hier einen höheren (günstigeren) Therapieverlaufseffekt aufweisen und in diesem Bereich somit gegenüber Angstpatienten durch die Therapie scheinbar mehr profitieren. Hier muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass bei den Hautpatienten auch die Ausgangswerte signifikant höher waren, so dass sich allein dadurch ein höherer Prä-Post-Differenzwert ergeben könnte. Die Gesamtschau der Ergebnisse des SCL-90-R legt aber auf jeden Fall die Vermutung nahe, dass die Therapie nicht alleine bezogen auf das Rigiditätsausmaß des Störungsmusters differentielle sondern möglicherweise eher störungsspezifisch-differentielle Effekte bewirkt.

Die störungsspezifisch-differentielle Komponente bei den Angstpatienten gegenüber den Hautpatienten wäre demnach – wie augenscheinlich auch nachvollziehbar – vorwiegend die phobische Symptomatik. Bei den Hautpatienten wäre es die paranoide Verarbeitung, die gegenüber Angstpatienten zu Beginn der Therapie vermehrt vorhanden und im Behandlungsverlauf einer stärkeren Veränderung unterworfen ist. Weitere Untersuchungen sind hier angezeigt, um zu prüfen, ob sich diese Ergebnisse replizieren lassen und ob sich möglicherweise hinter der paranoiden Verarbeitung auch ein zentraler Störungsmechanismus bei psychodermatologischen Patienten verbirgt, der in der Therapie zwar besonders behandelt aber bisher noch nicht im besonderen Maße systematisch betrachtet bzw. genutzt wurde. Aus

psychoanalytischer Sicht wäre hier zum Beispiel an einen innerpsychischen Zusammenhang zwischen körperlicher (Erkrankung der Haut als Grenze zwischen innen und außen) und psychischer Grenzstörung (paranoides Denken als Selbst-/Objekt-Grenzstörung mit Externalisierung eigener Affekte nach außen) zu denken.

6.3.3 Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung

Wie in den Hypothesen angenommen, finden sich nach der Therapie in allen Bereichen des GBB bei der Gesamtstichprobe psychosomatische Beschwerderückgänge. Am Ende der Therapie gaben die Patienten im Vergleich zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme im Durchschnitt deutlich weniger Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden und generell weniger Beschwerden im Gesamten an. Im Vergleich liegen die Effektstärken (siehe Tabelle 6-6) der Gesamtskala „Beschwerdedruck“ der Patientengruppe bzw. der Gesamtstichprobe für den Therapieverlaufseffekt mit 0.60 bis 1.17 im ähnlichen (hohen) Bereich wie in den Studien von Fliege et al. (2002) und Schulz et al. (1999; diese Untersuchung hat aber die Effektstärken nicht auf das Ende der Therapie bezogen berechnet, sondern auf eine 1-Jahres-Katamnese). Auch wenn in der Untersuchung von Löwenberg und Peters (1994) explizit keine Effektstärken zu entnehmen sind, liegen die Beschwerderückgänge zu denen in dieser Arbeit ebenfalls im vergleichbaren Bereich.

Tabelle 6-6

Deskriptive Darstellung der Effektstärken (Klassische Effektstärkenberechnung unter Schätzung der Populationsparameter nach Bortz & Döring, 2001) des Beschwerdedrucks des GBB für beide Patientengruppen (jeweils n=59), die Gesamtstichprobe (n=118) und die Studie von Fliege et al. (2002).

GBB Skala	Hautpatienten	Angstpatienten	Gesamtstichpr.	Studie	Studie
	T1-T2: Effektstärke	T1-T2: Effektstärke	T1-T2: Effektstärke	Fliege et al. Effektstärke	Schulz et al. ¹ Effektstärken
Beschwerdedruck	0.60	1.17	0.85	0.64	0.48-0.74

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

¹ Die Untersuchung hat allerdings die Effektstärken in Bezug zu einer 1-Jahres-Katamnese durchgeführt

Der angenommene störungsspezifische differentielle Therapieverlaufseffekt bezüglich Herzbeschwerden bildete sich ebenfalls in den Ergebnissen ab. Zu dem statistisch begründeten Hinweis, dass Angstpatienten zu Beginn der Therapie mehr Herzbeschwerden haben (siehe Kap. 5.1.3 und Kap. 6.2.3) gibt es über die

vorliegende Untersuchung objektive Anzeichen, dass sie innerhalb der Therapie in diesem spezifischen Bereich im Sinne Symptomreduktion mehr profitieren als Hautpatienten, bei denen sich aber auch ein bedeutsamer Beschwerderückgang zeigt.

Die Ergebnisse auf dieser Skala können mit der Annahme, dass Herzbeschwerden im Besonderen mit Angststörungen assoziiert sind, in Einklang gebracht werden und – wie im vorigen Kapitel anhand anderer Skalenausprägungen diskutiert – als Anzeichen gedeutet werden, dass in den Therapien vorwiegend (aber auch nicht nur) störungsspezifische differentielle Komponenten behandelt bzw. beeinflusst werden.

6.3.4 Allgemeine Zufriedenheit

In der vorliegenden Arbeit findet sich bei der Gesamtstichprobe auf der Skala „Lebenszufriedenheit“ ein bedeutsamer Therapieverlaufseffekt. Nach der Therapie wurden – gemäß der Hypothese – von den Patienten eine höhere Lebenszufriedenheit als zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme angegeben. Dieses Ergebnis steht generell im weiteren Sinne im Einklang mit anderen Therapieevaluationsstudien (u.a. Franz et al., 2000; Schauenburg, 2005; Fliege et al., 2002; Schulz et al., 1999; Sack et al., 2003), die die Effektivität von stationärer Psychotherapie nachgewiesen haben. Die Effektstärke liegt dabei mit 0.46 (Klassische Effektstärkenberechnung unter Schätzung der Populationsparameter nach Bortz & Döring, 2001; siehe Tabelle 6-7) im mittleren Bereich.

Ein statistisch begründeter, objektiver Hinweis auf einen differentiellen Therapieverlaufseffekt zwischen den beiden Patientengruppen, wie hypothetisch angenommen, konnte nicht gefunden werden. Dies kann aus statistischen und stichprobenabhängigen Gründen (vgl. auch Kap. 6.2.5) nicht insofern gedeutet werden, dass tatsächlich kein Unterschied vorhanden ist. In Kombination mit der Tatsache, dass sich auch kein Anhaltspunkt für einen Unterschied zu Beginn der Therapie ergeben hat, wäre z.B. offen, ob hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit das subjektive Empfinden bei beiden Gruppen im Hinblick auf die Tatsache sich vor bzw. nach einer psychotherapeutischen Behandlung zu befinden, doch zumindest ähnlich ist.

Tabelle 6-7

Deskriptive Darstellung der Effektstärken (Klassische Effektstärkenberechnung unter Schätzung der Populationsparameter nach Bortz & Döring, 2001) der Skala „Lebenszufriedenheit“ des IRES für beide Patientengruppen (jeweils n=59) und die Gesamtstichprobe (n=118).

GBB Skala	Hautpatienten	Angstpatienten	Gesamtstichpr.
	T1-T2: Effektstärke	T1-T2: Effektstärke	T1-T2: Effektstärke
Beschwerdedruck	0.55	0.39	0.46

T1= Zeitpunkt der stationären Aufnahme

T2= Erhebung am Ende der stationären Therapie

6.3.5 Zusammenfassung

Im interpersonalen Bereich finden sich bei beiden Patientengruppen bedeutsame Verringerungen der Gesamtproblematik nach der Therapie. Die Abnahme der interpersonalen Probleme liegt dabei im vergleichbaren Bereich zu anderen psychosomatischen Kliniken. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist zudem anzunehmen, dass Hautpatienten im Vergleich zu Angstpatienten durch die Therapie mehr Schwierigkeiten im psychosozialen Bereich, der durch die dermatologische Symptomatik mitbedingt problembehaftet ist, abbauen können. In den einzelnen interpersonalen Bereichen können keine generellen oder differentiellen Therapieverlaufseffekte gefunden werden, was aber wahrscheinlich auch an der besondere Testkonstruktion des IIP-D (Ipsatierung der Einzelskalen) liegt.

Bei beiden Patientengruppen finden sich nach der Therapie neben einem generellen Beeinträchtigungsrückgang auch Hinweise auf bedeutsame Symptomreduktionen bezüglich Somatisierungen, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, paranoides Denken und Psychotizismus. Die Abnahme der generellen Symptombeeinträchtigung liegt dabei wiederum im vergleichbar ähnlichen Bereich zu anderen Kliniken. Weiterhin ergeben sich Anhaltspunkte für störungsspezifisch-differentielle Therapieverlaufseffekte, wobei scheinbar im Gruppenvergleich bei Angstpatienten vermehrt phobische Angstzüge und bei Hautpatienten vermehrt paranoide Verarbeitungsweisen im Laufe der Therapie eine positive Veränderung erfahren.

In den psychosomatischen Beschwerdebereichen sind neben einem generellen Rückgang der Beschwerden auch Hinweise auf bedeutsame Symptomreduktionen im Hinblick auf Erschöpfungsneigung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und

Herzbeschwerden zu finden. Weiterhin ergibt sich ein statistisch begründeter, objektiver Hinweis auf einen differentiellen Therapieverlaufseffekt, wonach sich im Vergleich zu den Hautpatienten bei Angstpatienten der psychosomatische Bereich um Herzbeschwerden mehr bessert.

Insgesamt finden sich statistisch begründete Hinweise auf vier differentielle Therapieverlaufseffekte. Demnach sind im Vergleich bei Angstpatienten vermehrt die Bereiche phobische Angst und Herzbeschwerden und bei Hautpatienten vermehrt der psychosoziale Bereich und paranoide Verarbeitungsweisen im Laufe der Therapie einer positiven Veränderung unterworfen. Während aufgrund theoretischer Überlegungen die Unterschiede hinsichtlich phobischer Angst, Herzbeschwerden und des psychosozialen Bereiches erwartet wurden, ist der Effekt bezüglich paranoider Verarbeitungsweisen entgegengesetzt der aufgestellten Hypothese. Inwieweit sich hier unter Umständen neben der störungsspezifisch-differentiellen Komponente auch ein zentraler Störungsmechanismus bei psychodermatologischen Patienten verbirgt, müsste in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

7 Ausblick

Die vorliegende Arbeit untersuchte erstmals psychische Merkmalsunterschiede und psychotherapeutische Behandlungseffekte bei Hauterkrankungen als psychosomatische Störung und Angststörungen als klassisch psychische Störung ohne primäre somatische Grunderkrankung. Die Arbeit konnte dabei als hypothesengeleitet-explorative Studie in mehreren Bereichen statistisch begründete, objektive Hinweise für Unterschiede zwischen diesen beiden Patientengruppen bzw. in den entsprechenden Behandlungsverläufen finden.

Weitere konfirmatorische Studien könnten die Unterschiede explizit prüfen und damit beweisend feststellen. Gerade im Hinblick auf den entgegen der Hypothese gefundenen Hinweis auf einen Therapieverlaufsunterschied im Bereich paranoides Denken zugunsten von Hautpatienten wären weitere Untersuchungen sinnvoll, da sich hier unter Umständen nicht nur ein differentieller störungsspezifischer Effekt sondern möglicherweise auch ein zentraler Störungsaspekt bei psychodermatologischen Erkrankungen verbergen könnte.

Bezüglich Aggressionen finden sich in dieser Arbeit zwar keine statistisch begründeten Hinweise, aber es ist eine Tendenz zu höherer Aggressivität bei Hautpatienten am Anfang der Therapie zu erkennen. Dieser Trend ist zwar in Hypothesenrichtung, in der Literatur finden sich aber teilweise empirisch untermauerte, entgegengesetzte Auffassungen. Möglicherweise liegen dem Ergebnis der vorliegenden Arbeit die bereits diskutierte Komorbidität bzw. Überschneidung von psychischen und körperlichen Symptomen beider Patientengruppen und / oder der Umstand zugrunde, dass sich die Probanden beider Gruppen in der besonderen Situation des stationären Behandlungsbeginns befanden. Es wäre aber auch an einen differentiellen Effekt (verschiedene Aggressionsäußerungsbereitschaft oder verschiedene Hautpatientenuntergruppen mit unterschiedlicher Aggressionsäußerung) zu denken. An dieser Stelle wären weitere Untersuchungen notwendig, um die verschiedenen Ergebnisse genauer zu interpretieren bzw. zu klären.

8 Zusammenfassung

Das wesentliche Ziel der vorliegenden Arbeit war die spezifische und differenzierte, empirische Untersuchung von psychischen Merkmalen und psychotherapeutischen Behandlungseffekten bei einer psychosomatischen Erkrankung im Vergleich zu einer psychischen Störung. Speziell wurden dabei als psychosomatisches Krankheitsbild dermatologische Erkrankungen und als psychisches Krankheitsbild Angststörungen ausgewählt, da diese Krankheitsbilder gute Repräsentanten der beiden Störungsformen darstellen. Während für die Hautkrankheiten in den letzten Jahren mehrfach der Zusammenhang zwischen psychischen Bedingungen und dermatologischer Symptombildung nachgewiesen wurde, weisen die Angststörungen als psychische Störungsform nur indirekt körperliche Symptome entsprechend ihrer speziellen Symptomatik auf.

Für die hypothesengeleitet-explorative Untersuchung wurden aus allen Patienten, die sich in den Jahren 2000 bis 2002 in stationärer Behandlung der Psychosomatischen Klinik an dem Klinikum der Justus-Liebig-Universität Gießen befanden, zwei entsprechende Patientengruppen (jeweils n=59) sondiert.

Mittels verschiedener medizinisch-psychologischer Verfahren (IIP-D, SCL- 90-R, GBB und IRES) erfolgte dann die Erfassung von Anfangsunterschieden zu Beginn einer stationären Psychotherapie sowie von Therapieverlaufsunterschieden in den Bereichen sozialer Beziehungsprobleme, Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome, Beschwerdebereiche und Ursachenzuschreibung sowie Allgemeine Zufriedenheit.

Insgesamt fanden sich signifikant niedrigere Ausprägungen der Bereiche „Ängstlichkeit“, „Phobische Angst“ und „Herzbeschwerden“ bzw. höhere Werte im Bereich „Paranoides Denken“ bei der „Hautpatientengruppe“ zu Beginn der stationären Behandlung. Im Prä- / Posttherapieverlauf zeigten sich in der Gesamtstichprobe signifikante Abnahmen in den Bereichen „Interpersonelle Gesamtproblematik“, „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“, Gesamtbeeinträchtigung durch körperliche und

psychische Probleme („globaler Kennwert“), „Erschöpfung“, „Magenbeschwerden“, „Gliederschmerzen“, „Herzbeschwerden“ und „Beschwerdedruck“ sowie eine bedeutsame Zunahme im Bereich „Lebenszufriedenheit“. Im Bereich „Phobische Angst“ und „Herzbeschwerden“ stellten sich signifikant niedrigere Abnahmen von Symptombangaben in der Gruppe der „Hautpatienten“ gegenüber der der „Angstpatienten“ heraus. Im Bereich „Interpersonelle Gesamtproblematik“ und „Paranoides Denken“ fanden sich hingegen signifikant höhere Symptomreduktionen in der „Hautpatientengruppe“. Bei diesen vier Skalen zeigten sich dabei auch bei getrennter Betrachtung der Patientengruppen jeweils signifikante Therapieverlaufseffekte in Richtung Symptomreduktion.

Alle Ergebnisse auf Signifikanzniveau sind bis auf den differentiellen Therapieverlaufseffekt im Bereich „Paranoides Denken“ des SCL-90-R in hypothesenkonformer Richtung. Während die Ergebnisse somit im Einklang mit den gängigen theoretischen Überlegungen über psychische und psychosomatische Erkrankungen und deren Unterschiede stehen, wirft das entgegen der Hypothese gerichtete Ergebnis im Bereich paranoide Verarbeitung weiter nachzuehende Fragen auf. Sollte sich das Ergebnis replizieren lassen wäre neben einer störungsspezifisch-differentiellen Komponente z.B. auch an einen zentralen Störungsmechanismus speziell bei psychodermatologischen Patienten zu denken, der in der Therapie zwar besondere Veränderung erfährt aber bisher noch nicht im besonderen Maße systematisch betrachtet bzw. genutzt wurde.

9 Summary

The main goal of this study was the differentiated, empirical investigation of psychological characteristics and psychotherapeutic treatment effects of patients with a psychosomatic disease compared to patients with a psychological disorder. For the psychosomatic group, patients with a dermatologic disease were selected, and for the psychologic disorder group, patients with an anxiety disorder were chosen, since these diseases are good representatives for the two kinds of disorders. During the past years, evidence was found that a close psychosomatic connection exists between dermatologic conditions and psychological symptoms. Anxiety disorders, as psychological disorders, exhibit almost exclusively indirect bodily symptoms according to their specific symptoms.

For the hypotheses-led explorative investigation, two appropriate groups of patients (in each case n=59) were selected from a group of all in-patients of the Psychosomatic Clinic at the Clinical Center of the Justus-Liebig-University of Giessen in the years 2000 to 2002.

Several standardized psychological tests (IIP-D, SCL 90-R, GBB and IRES) were used to accumulate data concerning initial differences (at the beginning of therapy) and to show the therapeutic progress with respect to problems with social relations, impairment due to physical and psychological problems, other specific complaints and their attributions as well as general satisfaction.

While the scales for “fearfulness“, “phobic fear“, and “heart trouble“ for the “skin-disease-group“ showed lower results, the value of the scale “paranoid thoughts“ was higher in this group when compared to the “anxiety-disorder-group“ at the beginning of treatment. In the pre-post-therapy comparison, both groups together (total sample) showed significant improvement for the scales for “interpersonal problems“, “somatizing“, “controlling issues“, “social incompetence“, “depression“, “fearfulness“, “aggression“, “paranoid thoughts“, „psychotizism“, “impairment through bodily and psychological problems“ (global value), “exhaustion“, “stomach trouble“, “aches“, “heart trouble“, “feeling of discomfort“ (overall scale) and “general satisfaction“. Significant interactions were found on the scales “phobic fear“, “heart

trouble“, “interpersonal problems“, and “phobic fear”. The „skin-disease-group“ had a smaller decrease on the scales “phobic fear” as well as “heart trouble“ and a higher reduction of symptoms on the scales “interpersonal problems“ and “phobic fear” over the time of therapy. Additionally, both groups alone had significant symptom reductions on all of the four scales, on which interaction effects were found.

All results with significant levels, except for the differential therapy process effect on the scale “paranoid thoughts”, confirmed the hypotheses. With exception of this one effect, all results confirmed the usual theoretical considerations about psychological and psychosomatic disorders. The result on the scale “paranoid thoughts” should be examined further because, at this point, there might be a specific disturbance component of psychodermatologic disorders.

10 Literaturverzeichnis

- Adler, R. H., Herrmann, J. M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O. W., von Uexküll, T. & Wesiak, W. (2003). *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. München: Urban & Fischer.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bassler, M. & Hoffmann, S. O. (1994). Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. Bericht über die „Mainzer Werkstatt“ zur empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 39, 174-176.
- Bassler, M. & Hoffmann, S. O. (1997). Angstneurose: generalisierte Angststörung, Panikstörung. In: S. Ahrens (Hrsg.), *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Bassler, M. (2000). Angstneurose, Phobie. In: W. Mertens & Waldvogel (Hg.), *Handbuch der psychoanalytischen Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bassler, M. (2003). Angst und Angststörungen. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. von Uexküll, W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 797-808). München: Urban & Fischer.
- Bassler, M. & Leidig, S. (2005). Angstkrankheiten. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Beutel, M. E., Höflich, A., Kurth, R., Brosig, B., Gieler, U., Leweke, F., Milch, W. E., Reimer, C. (2005). Stationäre Kurz- und Langzeitpsychotherapie –

- Indikationen, Ergebnisse, Prädiktoren. *Z Psychosom Med Psychother*, 51, 145-162.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2001). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brähler, E. & Scheer, J.W. (1995). *Der Gießener Beschwerdebogen (Handbuch)*. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Huber.
- Brähler, E. (1999). *GBB-Bibliographie (1969-1998)*. Internet. (http://www.uni-leipzig.de/~medpsy/pdf/gbb_bibl.pdf).
- Brähler, E., Schumacher, J. & Brähler, C. (2000). Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Giessener Beschwerdebogens GBB-24. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 50, 14-21.
- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D. & Petermann, Franz (2002a). *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Band 1 und 2*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (2002b). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Brosig, B. (2003). *Haut-Psyche-Immunsystem: Ein multivariates zeitreihenanalytisches Modell zum psychosomatischen Prozess bei Neurodermitis*. Aachen: Shaker.
- Buljan, D., Buljan, M. & Situm, M. (2005). Psychodermatology: a brief review for clinicians. *Psychiatr Danub*, 17(1-2), 76-83.
- Carroll, B. J., Feinberg, M., Smouse, P. E. (1981). The Carroll Rating Scala for Depression. I. Development, reliability and validation. *Br J Psychiatry*, 138,194-200.

- De Cruppé, W., Martens, U., Löwe, B., Herzog, W. & Elch, W. (2005). Versorgungsaspekte stationärer psychosomatischer Behandlung am Allgemeinkrankenhaus. *Psychother Psych Med*, 55, 386-391.
- Detig, Ch. (1985). *Zur Psychodynamik von Hautpatienten. Ergebnisse und Erfahrungen einer zweijährigen psychodiagnostischen Studie unter Anwendung eines psychotherapeutischen Beratungskonzepts*. Symposium „Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten“ in Marburg am 6. Juli 1985.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 5., durchgesehene und ergänzte Auflage*. Bern: Hans Huber.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (2000). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version (SCID-I CV). Italian version by Mazzi, F., Morosini, P. de Girolamo, G., Lussetti, M. & Guaraldi, G. P.* Firenze: Organizzazioni Speciali [zitiert nach Picardi et al., 2005].
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Fisseni, H. J. (2004). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe.
- Fliege, H., Rose, M., Bronner, E., Klapp, B. F. (2002). Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychother Psych Med*, 52, 47-55.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. 2., rev. u. erw. Auflage*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franz, M., Jannssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tezlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G., Heuft, G. (2000). Effekte stationärer

- psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. *Z Psychosom Med*, 46, 242-258.
- Freud, S. (1895). Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. In A. Freud (Hrsg., 1964), *Gesammelte Werke aus den Jahren 1892-1899. Band I*. Frankfurt: Fischer.
- Gerdes, N. & Jäckel, W.H. (1995). Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Die Rehabilitation*, 34, XIII-XXIV. Stuttgart: Georg Thieme.
- Gieler, U. & Detig-Kohler, Ch. (1994). Nähe und Distanz bei Hautkranken. *Psychotherapeut*, 39, 259-263.
- Gieler, U. (1996). Haut und Psyche. Der psychosomatische Ansatz in der Dermatologie. *Psychomed*, 8, 68-72.
- Gieler, U., Köhnlein, B. & Schulte, A. (1997). Dermatologie. In H. C. Deter (Hrsg.), *Angewandte Psychosomatik*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Gieler, U. (2001). Psychotherapie bei dermatologischen Erkrankungen. *neurodate*, 2, 33-37.
- Gieler, U., Niemeier, V., Kupfer, J., Brosig, B. & Schull, W.-B. (2001). Psychosomatische Dermatologie in Deutschland. Eine Umfrage an 69 Hautkliniken. *Der Hautarzt*, 52, 104-110.
- Gieler, U. (2002). Leitlinie Psychosomatische Dermatologie. Fassung vom 15.1.2002. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 6(1), 494-502.
- Gieler, U., Kupfer, J., Niemeier, V. & Brosig, B. (2003). Psyche and skin: What's new? *JEADV*, 17, 128-130.
- Gieler, U. & Stangier, U. (2005). Psychosomatische Dermatologie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. 3., völlig neu bearbeitete Auflage*. Stuttgart: Georg Thieme.

- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe: Göttingen.
- Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol*, 139 (5), 846-850.
- Harth, W. & Gieler, U. (2005). *Psychosomatische Dermatologie*. Springer Verlag: Heidelberg-New York.
- Höring, C.-M. (1994). Psychodermatologie – wie wirklich ist die Wirklichkeit? *Dt. Derm.*, 42, 1033-1040.
- Hoffmann, S. O. & Bassler, M. (1997). Phobische Störungen. In: S. Ahrens (Hrsg.), *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonale Probleme in der Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 29, 170-197.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (1994). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version – (IIP-D)*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Horowitz, L.M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D). Handanweisung (2.Aufl.)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Janssen, P. L. & Quint, H. (1987). Zur stationären analytischen Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. In H. Quint & P. L. Janssen (Hrsg.), *Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Erfahrungen, Konzepte, Ergebnisse*. Berlin: Springer.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders

- in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Klußmann, R. (1992). *Psychosomatische Medizin*. 2. Auflage. Springer-Verlag: Berlin-Heidelberg.
- Koo, J. Y. M., Do, J. H. & Lee, C. S. (2000). Psychodermatology. *J Am Acad Dermatol*, 43, 848-853.
- Koo, J. & Lebowitz, A. (2001). Psychodermatology. The mind and skin connection. *American Family Physician*, 64 (11), 1873-1878. American Academy of Family Physicians: www.aafp.org/afp.
- Korosteleva, I. S. & Posokhov, S. I. (1990). The psychological analysis of neurotic and psychosomatic disturbances. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 90(5), 90-97.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Löwenberg, H. & Peters, M. (1992). Psychosomatische Dermatologie. Ergebnisse einer kombinierten stationären Behandlung aus Sicht der Patienten. *Prax Psychother Psychosom*, 37, 138-148.
- Löwenberg, H. & Peters, M. (1994). Evaluation einer stationären psychotherapeutisch-dermatologischen Behandlung bei Neurodermitispatienten. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 44, 267-272.
- Markert, F. (2001). Ein Beitrag zur Psychogenese, zur Übertragung und Gegenübertragung bei der Behandlung von Patienten mit angstneurotischer Symptombildung. In S. Mentzos (Hrsg.), *Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte* (S. 83-98). Frankfurt am Main: Fischer.
- Mentzos, S. (2001). Deskriptive und psychodynamische Definition sowie Differentialdiagnostik manifester Angstzustände. In S. Mentzos (Hrsg.),

- Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte* (S. 11-24). Frankfurt am Main: Fischer.
- Milrod, B. L., Busch, F. N., Cooper, A. M. & Shapiro, T. (1997). *Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Mitscherlich, A. (1953/1954). Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. *Psyche* 7, 561-578.
- Niemeier, V. & Gieler, U. (1998). Wo ist die Seele Spiegel der Haut? Hauterkrankungen aus psychosomatischer Sicht (1). *tägl.prax.* 39, 121-134.
- Niemeier, V., Fritz, J., Kupfer, J. & Gieler, U. (1999). Aggressive verbal behaviour as a function of experimentally induced anger in persons with psoriasis. *Eur J Dermatol*, 9, 555-558.
- Niemeier, V., Kupfer, J., Brosig, B., Gieler, U. (2001). Glossodynia as an Expression of a Somatoform Disorder – a Hard-to-Grasp Psychodiagnostic Disease? With Presentation of a Single Case from a Psychodynamic Point of View. *Dermatol Psychosom*, 2, 134-141.
- Niemeier, V., Harth, W., Kupfer, J., Mayer, K., Linse, R., Schill, W.-B. & Gieler, U. (2002). Prävalenz psychosomatischer Charakteristika in der Dermatologie. Erfahrungen mit Liaisonmodellen an 2 Hautkliniken. *Hautarzt*, 53, 471-477.
- Nosper, M. (1999). Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 49, 354-360.
- Picardi, A., Pasquini, P., Abeni, D., Fassone, G., Mazzotti, E. & Fava, G. A. (2005). Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychother Psychosom*. 74(5), 315-322.

- Picardi, A., Mazzotti, E., Pasquini, P. (2006). Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*, 54 (3), 420-426.
- Rauchfleisch, U. (1979). Handbuch zum Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT). Bern: Huber
- Reisch, E. (1988). Ein klientenzentriertes Konzept zur Psychosomatik. *GwG Zeitschrift*, 72, 54-60.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weismann, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D., Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 949-958.
- Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F., Schmid-Ott, G. (2003). Therapieziele und Behandlungserfolg. Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Z Psychosom Med Psychother*, 49, 63-73.
- Salminen, J. K.; Lehtinen, V.; Jokinen, K.; Jokinen, M. & Talvitie, A. (1980). Psychosomatic disorder: a treatment problem more difficult than neurosis? A comparative clinical study of psychosomatic and neurotic patients of the psychiatric polyclinic of a general hospital. *Acta Psychiatr Scand.*, 62(1), 1-12.
- Schacht, J. (1974). Zur Psychologie des Hautkranken. *Z. f. Klein. Psychol. Psychother.*, 22, 67-85.
- Schauenburg, H., Dinger, U. & Strack, M. (2005). Zur Bedeutung der Einzeltherapeuten für das Therapieergebnis in der stationären Psychotherapie – eine Pilotstudie. *Psychother Psych Med*, 55, 339-346.
- Schmid-Ott, G. (1999). *Das sichtbare und das unsichtbare Stigma. Stigmatisierung bei der Psoriasis vulgaris und bei psychosomatischen Erkrankungen.* Habilitationsschrift: Medizinische Hochschule Hannover.

- Schmid-Ott, G. (2003). Dermatologie. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. von Uexküll, W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 1159-1168). München: Urban & Fischer.
- Schmidt-Traub, S. (2000). *Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual*. 2., überarb. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kruse, J., Franke, G.H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R): A German validation study. *Quality of Life Research*, 9, 185-193.
- Schneider, G. & Gieler, U. (2001). Die Haut als Spiegel der Seele: Psychosomatische Dermatologie – aktueller Forschungsstand. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 307-331. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schneider, S. & Margraf, J. (1998). *Agoraphobie und Panikstörung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2007*). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. 3. überarbeitete, aktual. Auflage. Berlin: Springer. *Neuerscheinung laut Verlag für Juni 2007 geplant.
- Schoenhals, H. (2001). Zur Repräsentanzwelt des Angstneurotikers. In S. Mentzos, (Hrsg.), *Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte* (S.25-46). Frankfurt am Main: Fischer.
- Schulz, H., Lotz-Rambaldi, W., Koch, U., Jürgensen, R. & Rüdell, H. (1999). 1-Jahres-Katamnese stationärer psychosomatischer Rehabilitation nach differentieller Zuweisung zu psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 49, 114-130.

- Shands, H. C. (1975). How are 'psychosomatic' patients different from 'psychoneurotic' patients? *Psychother Psychosom.*, 26(5), 270-285.
- Simmich, T., Traenckner, I. & Gieler, U. (2001). Phobische Neurose unter dem klinischen Bild multipler Unverträglichkeiten der Haut. *Hautarzt*, 52, 712-716.
- Stangier, U. (2003). Dermatologische Erkrankungen. In U. Ehlert, (Hrsg.), *Verhaltensmedizin*. Berlin: Springer.
- Strupp, H.H., Horowitz, L.M. & Lambert, M.J. (1997). *Measuring patient changes*. Washington: American Psychiatric Association.
- Weber, A., Heger, S., Sinkgraven, R., Heckmann, M, Elsner, P. & Rzany, B. (2005). Psychosocial aspects of patients with focal hyperhidrosis. Marked reduction of social phobia, anxiety and depression and increased quality of life after treatment with botulinum toxin A. *British Journal of Dermatology*, 114, 342-345.
- Welp, K. & Gieler, U. (1990). Acne vulgaris: Morphologische, endokrinologische und psychosomatische Aspekte. *H + G Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 65 (12), 1139-1145.
- Windemuth, D., Stucker, M., Hoffmann, K. & Altmeyer, P. (1999). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik. *Hautarzt*, 50 (5), 338-343.
- Woodruff, P. W., Higgins E. M., du Vivier, A. W. & Wessely, S. (1997). Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *General Hospital Psychiatry*, 19 (1), 29-35.

11 Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbstständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

12 Anhang

1. ICD Diagnosen der Hautpatientengruppe
2. ICD Diagnosen der Angstpatientengruppe
3. IIP-D (1/2)
4. IIP-D (2/2)
5. SCL-90-R (1/2)
6. SCL-90-R (2/2)
7. GBB
8. IRES (Skala Lebenszufriedenheit)

Danksagung

Lebenslauf

Anhang 1: ICD Diagnosen der Hautpatientengruppe

Hautpatienten- gruppe	ICD-Diagnosen					
	1.psychische	2.psychische	3.psychische	1. somatische	2. somatische	3. somatische
Patient 01	F43.2	F60.6		L30.1	L40.9	
Patient 02	F32.11	F60.3	F68.10	L 98		
Patient 03	F54.0			L13.0	L71.9	
Patient 04	F45.4	F60.30		M77.8	M22.4	L25.0
Patient 05	F50.3	F33.11	F51.9	L71.0	L25.0	
Patient 06	F54.00	F60.80		L20.80	J45.00	H10.90
Patient 07	F60.31	F45.0		C28.2	Q82.83	L73.9
Patient 08	F32.11	F50.50		I45.00	M15.00	L20.00
Patient 09	F32.11			L40.90	E66.90	K57.90
Patient 10	F54			L25.0		
Patient 11	F32.1	F43.1		L80.0	K13.0	
Patient 12	F33.1	F50.4	F54	I45.	L20.1	E66.
Patient 13	F60.8	F63.8		L25.9	B07.0	D22.5
Patient 14	F42.00	F60.80		L21.90	L70.00	
Patient 15	F43.21	F52.3	F51.5	L25.0		
Patient 16	F54.00	Z61.30		L20.80		
Patient 17	F33.1	F10.1	F60.7	J45	L20	
Patient 18	F34.1			L70		
Patient 19	F43.22	F45.30		Q82.816	E73.83	
Patient 20	F32.10	F60.30		E10.00	L70.5	
Patient 21	F50.20	F34.10		I45.00	L20.80	L50.90
Patient 22	F33.10	F60.4	F60.7	E66.9	B35.4	L50.9
Patient 23	F45.8	F32.10		T78.4		
Patient 24	F32.1	F50.3	F60.3	E66	G43.9	L81.1
Patient 25	F32.2	F50.2		L21.9	L70.0	L76.8
Patient 26	F34.1			L25		
Patient 27	F45.0	F60.8		L20.	I45.	H93.
Patient 28	F50.2	F34.1	F60.4	L20.8	L65.9	
Patient 29	F60.30	F32.10	F45.20	L90.61	G43.00	
Patient 30	F60.6	F45.0	F32.10	L70.5	L28.2	L72.1
Patient 31	F50.2	F60.7		L25.9	D22.5	
Patient 32	F33.1	F54		L20.9	J30.1	L53.9
Patient 33	F33.1	F52.1	F60.6	L50.9	L25.9	
Patient 34	F45	F32.11		E11.9	M22.4	L68.1
Patient 35	F32.01			L28.20	L70.50	F73.90
Patient 36	F45.30	F60.31		L20.00		
Patient 37	F60.31	F32.10	F66.80	L20.90		
Patient 38	F32.2	F60.9	F21.0	L42.0		
Patient 39	F60.31	F45.2		L70.0	L81.0	
Patient 40	F32.01	F60.08	F19.10	L70		
Patient 41	F60.31	F43.2		L40.8		
Patient 42	F32.11	F60.31		L28.20	L23.00	H93.10
Patient 43	F54.0	F60.1		L20.2		
Patient 44	F60.80	F54.0		L40.00	L21.80	
Patient 45	F43.1			L70.9		
Patient 46	F42.2	M62.59		L70.0		
Patient 47	F45.0	F32.1		L30.1	L29.2	
Patient 48	F50.0	F43.1		L21.8		
Patient 49	F50.01	F34.10		L30.90		
Patient 50	F43.20	F54.00		L20.00	L02.90	L08.90
Patient 51	F60.31			L70.5	L90.5	N63.0
Patient 52	F45.31	F32.10		L30.90	D22.90	
Patient 53	F456.20	F60.80		L90.60	L29.20	
Patient 54	F32.2			L30.90	I34.1	I34.0
Patient 55	F45			L40		
Patient 56	L98.1	F50.2		L70.5		
Patient 57	F45.0	F60.00		I44.0	L70.5	
Patient 58	F50.2	F60.30		L60.0		
Patient 59	F54.00	F32.10		L20.00		

Anhang 2: ICD Diagnosen der Angstpatientengruppe

Angstpatienten- gruppe	ICD-Diagnosen					
	1.psychische	2.psychische	3.psychische	1.somatische	2. somatische	3. somatische
Patient 01	F41.1					
Patient 02	F45.3	F41.2				
Patient 03	F40.0	F50.3	F34.1			
Patient 04	F41.2	F45.1				
Patient 05	F43.2	F41.0				
Patient 06	F54	F32.00	F40.01	H93.1		
Patient 07	F40.01	F50.2	F60.31			
Patient 08	F60.3	F40.1		M54.4		
Patient 09	F41.1	F43.21				
Patient 10	F41.2					
Patient 11	F41.2			G43.0		
Patient 12	F40.01	F42.10	F60.60			
Patient 13	F40.2	F60.5	F10.1			
Patient 14	F40.1			K76.0	E01.0	E66.
Patient 15	F45.3	F41.2				
Patient 16	F45.3	F40.2	F60.6			
Patient 17	F41.1	F43.21				
Patient 18	F41.0					
Patient 19	F32.11	F41.2				
Patient 20	F41.2	F45.4		M51.1		
Patient 21	F41.0	F13.10		E66.0		
Patient 22	F41.2	F60.8				
Patient 23	F41.0	F45.1	F60.7	G43.0		
Patient 24	F34.1	F40.2				
Patient 25	F50.1	F60.3	F41.0			
Patient 26	F41.10	F45.30				
Patient 27	F45.31	F41.2		D50.8		
Patient 28	F40.2	F32.2		K76.9		
Patient 29	F40.1					
Patient 30	F32.1	F40.0				
Patient 31	F45.38	F41.0	F50.2			
Patient 32	F41.1	F45.4				
Patient 33	F41.1	F34.1				
Patient 34	F45.3	F41.2	F60.6			
Patient 35	F41.0	F34.1				
Patient 36	F41.2	F50.2	F60.3	M51.2	M50.2	
Patient 37	F32.1	F40.1	F43.1	E66	M81.9	
Patient 38	F41.0	F50.8		E04.9	E05.0	
Patient 39	F45.1	F41.3				
Patient 40	F45.3	F41.0		I77.3		
Patient 41	F41.1	F34.1	F45.1	E04.9	I10.0	
Patient 42	F41.0					
Patient 43	F41.00	F32.10	F60.70	G35.00		
Patient 44	F45.0	F41.0				
Patient 45	F41.0	F32.1				
Patient 46	F32.10	F45.30	F41.00	R61.90		
Patient 47	F41.0	F32.1				
Patient 48	F41.20	F45.30		B18.20		
Patient 49	F41.2	F60.6				
Patient 50	F32.1	F41.0				
Patient 51	F41.2	F45.0	F12.0			
Patient 52	F41.0	F45.0				
Patient 53	F32.10	F43.10	F40.00	T88.70		
Patient 54	F33.1	F50.1	F40.1	E78.0		
Patient 55	F32.2	F41.0				
Patient 56	F41.0	F32.0				
Patient 57	F41.0	F32.1	F44.9			
Patient 58	F32.10	F40.20	F45.20			
Patient 59	F41.0					

Anhang 3: IIP-D (1/2)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Beziehungen zu anderen berichtet werden. Bitte lesen Sie diese Liste durch und überlegen Sie, ob die einzelnen Schwierigkeiten für Sie ein Problem darstellen und zwar bezogen auf irgendeine Person, die in Ihrem Leben eine bedeutsame Rolle spielte. Kreuzen Sie für jedes Problem das Kästchen an, die beschreibt, wie sehr Sie darunter gelitten haben.

Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein.	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
Es fällt mir schwer...					
1. anderen Menschen zu vertrauen	<input type="checkbox"/>				
2. anderen gegenüber „Nein“ zu sagen	<input type="checkbox"/>				
3. mich Gruppen anzuschließen	<input type="checkbox"/>				
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	<input type="checkbox"/>				
5. andere wissen zu lassen, was ich will	<input type="checkbox"/>				
6. jemandem zu sagen, daß er mich nicht weiter belästigen soll	<input type="checkbox"/>				
7. mich fremden Menschen vorzustellen	<input type="checkbox"/>				
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	<input type="checkbox"/>				
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	<input type="checkbox"/>				
10. andere wissen zu lassen, daß ich wütend bin	<input type="checkbox"/>				
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	<input type="checkbox"/>				
12. jemandem gegenüber die „Chef-Rolle“ einzunehmen	<input type="checkbox"/>				
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert	<input type="checkbox"/>				
14. mit anderen etwas zu unternehmen	<input type="checkbox"/>				
15. anderen Menschen meine Zuneigung zu zeigen	<input type="checkbox"/>				
16. mit anderen zurechtzukommen	<input type="checkbox"/>				
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	<input type="checkbox"/>				
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	<input type="checkbox"/>				
19. wenn nötig, standfest zu sein	<input type="checkbox"/>				
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	<input type="checkbox"/>				
21. anderen Grenzen zu setzen	<input type="checkbox"/>				
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	<input type="checkbox"/>				
23. mich anderen nahe zu fühlen	<input type="checkbox"/>				
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	<input type="checkbox"/>				
25. mich mit jemand anderem zu streiten	<input type="checkbox"/>				
26. alleine zu sein	<input type="checkbox"/>				
27. jemandem ein Geschenk zu machen	<input type="checkbox"/>				
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	<input type="checkbox"/>				
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	<input type="checkbox"/>				
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	<input type="checkbox"/>				
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	<input type="checkbox"/>				
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	<input type="checkbox"/>				
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	<input type="checkbox"/>				
34. mich über andere zu ärgern	<input type="checkbox"/>				
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	<input type="checkbox"/>				
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	<input type="checkbox"/>				

Anhang 4: IIP-D (2/2)

37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist	<input type="checkbox"/>				
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	<input type="checkbox"/>				
39. selbstbewußt zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	<input type="checkbox"/>				
Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun.					
	nicht	wenig	mittelmäßig	ziemlich	sehr
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	<input type="checkbox"/>				
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	<input type="checkbox"/>				
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	<input type="checkbox"/>				
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	<input type="checkbox"/>				
44. Ich bin zu unabhängig	<input type="checkbox"/>				
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	<input type="checkbox"/>				
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	<input type="checkbox"/>				
47. Ich spiele zu oft den Clown	<input type="checkbox"/>				
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	<input type="checkbox"/>				
49. Ich vertraue anderen zu leicht	<input type="checkbox"/>				
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>				
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	<input type="checkbox"/>				
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	<input type="checkbox"/>				
53. Ich bin zu leichtgläubig	<input type="checkbox"/>				
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	<input type="checkbox"/>				
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	<input type="checkbox"/>				
56. Ich bin anderen gegenüber zu mißtrauisch	<input type="checkbox"/>				
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	<input type="checkbox"/>				
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	<input type="checkbox"/>				
59. Ich streite zu oft mit anderen	<input type="checkbox"/>				
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	<input type="checkbox"/>				
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	<input type="checkbox"/>				
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	<input type="checkbox"/>				
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	<input type="checkbox"/>				
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	<input type="checkbox"/>				

Anhang 5: SCL-90-R (1/2)

Als nächstes finden Sie eine Liste von Problemen die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage aufmerksam durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz in das Kästchen mit der Antwort, die am besten für Sie zutrifft.

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

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="checkbox"/>				
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="checkbox"/>				
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	<input type="checkbox"/>				
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>				
26. Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>				
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>				
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>				
29. Einsamkeitsgefühle	<input type="checkbox"/>				
30. Schwermut	<input type="checkbox"/>				
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>				
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>				
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>				
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>				
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>				
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>				
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>				
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	<input type="checkbox"/>				
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>				
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>				
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>				
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>				

Anhang 6: SCL-90-R (2/2)

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49. Hitzewallungen und Kälteschauer	0	1	2	3	4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55. Konzentrationschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60. dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigene sind	0	1	2	3	4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64. frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, zum Beispiel beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72. Schreck- und Panikanfälle	0	1	2	3	4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77. Einsamkeitsgefühle, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83. dem Gefühl, dass die Leute sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89. Schuldgefühle	0	1	2	3	4
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

Anhang 7: GBB

GBB Auf dieser Seite ist eine Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen dieser Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht“ Spalte.

<i>Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:</i>	<i>nicht</i>	<i>kaum</i>	<i>einigermaßen</i>	<i>erheblich</i>	<i>stark</i>
1. Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>				
2. Herzklopfen, -jagen oder -stolpern	<input type="checkbox"/>				
3. Druck- oder Völlegefühl im Bauch	<input type="checkbox"/>				
4. Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>				
5. Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/>				
6. Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>				
7. Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
8. Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>				
9. Erbrechen	<input type="checkbox"/>				
10. Übelkeit	<input type="checkbox"/>				
11. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>				
12. Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
13. Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>				
14. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
15. Rasche Erschöpfbarkeit	<input type="checkbox"/>				
16. Müdigkeit	<input type="checkbox"/>				
17. Gefühl der Benommenheit	<input type="checkbox"/>				
18. Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>				
19. Mattigkeit	<input type="checkbox"/>				
20. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>				
21. Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>				
22. Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>				
23. Druckgefühl im Kopf	<input type="checkbox"/>				
24. Anfallsweise Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>				

Anhang 8: IRES (Skala Lebenszufriedenheit)

IRES Wir möchten erfahren, wie zufrieden Sie mit diesen Bereichen Ihres Lebens sind. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das Ihrer Einschätzung am nächsten kommt.

Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?							
	sehr un- zufrieden						sehr zufrieden
	1	2	3	4	5	6	7
1. mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung?	<input type="checkbox"/>						
2. mit Ihrer Wohnsituation?	<input type="checkbox"/>						
3. mit Ihrer finanziellen Lage?	<input type="checkbox"/>						
4. mit Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>						
5. mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>						
6. mit Ihrer familiären Situation?	<input type="checkbox"/>						
7. mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	<input type="checkbox"/>						
8. mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>						
9. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>						

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich besonders bei Herrn Prof. Dr. med. Gieler für die Überlassung dieses interessanten Themas, die sehr gute und immer zuverlässige Betreuung sowie für die vielen hilfreichen und wertvollen Anregungen während der Arbeit bedanken.

Für die kompetenten und hilfreichen Anmerkungen bzw. Anregungen sowie für die fachliche Diskussion bezüglich der statistischen Auswertung und entsprechenden Interpretationsgrenzen möchte ich mich herzlich bei Herrn PD Dr. Kupfer bedanken.

Außerdem möchte ich mich vor allem auch herzlich bei Felicitas Siebert, Hawanatu Jah, Julian Holler, Tanja Meyer und Maryam Ettrich für ihre kritischen Anmerkungen und Korrekturanregungen bedanken.

Lebenslauf

Name: Volker Hustedt
Geboren am: 14.03.1974
Geburtsort: Celle
Familienstand: ledig
Religion: evangelisch – lutherisch
Vater: August Hustedt
Mutter: Heidi Hustedt (geb. Claus)
Geschwister: drei Schwestern: Kirsten, Carmen, Nicole
Anschrift; Telefon: Schulstrasse 2, 35390 Gießen; 0641 / 948 36 44

Schule / Ausbildung: 1980 – 1984 Grundschule II Celle / Westercelle
1984 – 1986 Orientierungsstufe Westercelle
1986 – 1990 Kaiserin–Auguste–Victoria–Gymnasium
1990 – 1993 Technisches Gymnasium BBS II Celle
1993 Abschluss: Allgemeine Hochschulreife (Abitur)
1993 – 1994 Zivildienst: Die Johanniter, Celle
1995 – 1998 Studiengang: Diplom Psychologie
1998 Abschluss: Diplom Psychologe
ab 1998 freiberufliche Tätigkeit im Bereich
psychologische Straftäterbehandlung
ab 1998 Studiengang: Humanmedizin
2001 Ärztliche Vorprüfung bestanden
2002 – 2003 Unterbrechung des Medizinstudiums
Tätigkeit als Anstaltspsychologe
(Psychologischer Dienst) in der
Justizvollzugsanstalt Gießen
2003 1. Staatsexamen der Humanmedizin bestanden.
Fortsetzung des Medizinstudiums
ab 2003 freiberufliche forensische Gutachtertätigkeit
2005 2. Staatsexamen der Humanmedizin bestanden.
2006 3. Staatsexamen, Abschluss des
Medizinstudiums und Approbation als Arzt