

Psychosomatischer Liaisondienst in der Dermatologie-

Eine Katamnese studie in der Hautklinik
der Justus- Liebig- Universität Gießen

Inaugural- Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin
der Justus- Liebig- Universität Gießen

vorgelegt von
Birte Weuster
geb. Schmüser
aus Westerland/ Sylt

Gießen 2001

Aus dem Medizinischen Zentrum
für Psychosomatik und Psychotherapie
des Universitätsklinikums Gießen

Leiter: Prof. Dr. med. U. Gieler

Gutachter: Prof. Dr. med. U. Gieler

Gutachter: Prof. Dr. med. W.- B. Schill

Tag der Disputation: 10.12.2001

Meinen Eltern...
(besonders Wolke 7)

**Psychosomatischer Liaisondienst in der
Dermatologie-
Eine Katamnesestudie
in der Hautklinik
der Justus- Liebig- Universität Gießen**

**Inaugural- Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Humanmedizin
der Justus- Liebig- Universität Gießen**

**vorgelegt von
Birte Weuster
geb. Schmäser
aus Westerland/ Sylt**

Gießen 2001

Sichere Wahrheit erkannte kein Mensch
und wird keiner erkennen
über die Götter und alle die Dinge
von denen ich spreche.
Sollte einer auch einst die voll-
kommenste Wahrheit verkünden,
wissen könnt' er das nicht:
Es ist alles durchwebt von Vermutung.

Xenophanes, um 500 v. Chr.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Psychosomatischer Konsil- und Liaisondienst.....	1
1.1.1. Darstellung unterschiedlicher Konzepte.....	4
1.1.2. Ergebnisse unterschiedlicher Konzepte.....	5
1.2. Anteil der Psychosomatik an Hauterkrankungen.....	6
1.3. Ableitung der Fragestellung.....	9
1.4. Der Marburger Haut- Fragebogen (MHF).....	10
1.5. Die Symptom Check List- 90 R (SCL- 90 R).....	11
1.6. Der Katamnesebogen.....	13
1.7. Deskriptive Hypothesen.....	13
2. Material und Methoden.....	15
2.1. Stichprobe.....	15
2.2. Studienbeschreibung- und Ablauf.....	15
2.3. Statistische Hypothesen.....	16
2.4. Methodik/ Tests/ Statistik.....	18
2.4.1. Der Marburger Haut- Fragebogen (MHF).....	18
2.4.2. Die Smptom Check List- 90 R (SCL- 90 R).....	19
2.4.3. Der Katamnesebogen.....	20
2.5. Statistik.....	20
2.6. Graphische Übersicht des Studienablaufes.....	21
3. Ergebnisse.....	22
3.1. Vergleich der Gruppen „geantwortet“ / „nicht-geantwortet“.....	22
3.2. Gruppe „geantwortet“.....	25
3.2.1. Gruppe „geantwortet“, Katamnesebogen.....	27
3.3. Umsetzung der Psychotherapie- Empfehlung.....	30
3.4. Unterschiede T1 / T2.....	39
3.5. Durchgeführte Interviews.....	44
3.5.1. Fragenkatalog des mündlichen Gesprächs.....	44

3.5.2. Zuordnung der Fragen des mündlichen Gesprächs zu Fragen des Katamnesebogens.....	45
3.5.3. Zusammenfassung der einzelnen Gespräche.....	46
4. Diskussion.....	51
4.1. Diskussion der Ergebnisse des Katamnesebogens.....	51
4.2. Diskussion der Ergebnisse des MHF.....	54
4.3. Diskussion der Ergebnisse des SCL-90 R.....	57
5. Zusammenfassung.....	61
6. Literaturverzeichnis.....	63
7. Anhang.....	66

1. Einleitung

1.1 Psychosomatischer Konsil- und Liaisondienst

Psychosomatik ist die Lehre von den Beziehungen zwischen Leib und Seele. Psychosomatische Einflüsse lassen sich bei fast allen Krankheiten finden; im eigentlichen Sinne werden aber solche Krankheiten als psychosomatisch aufgefasst, bei denen sich organische Veränderungen im Zusammenhang mit einem chronischen Konflikt entwickeln (Roche Lexikon Medizin 1987). Gerade bei chronischen Hautkrankheiten kann der Verlauf durch psychische Einflüsse entscheidend modifiziert werden- hier greifen somatische, psychische und soziale Komponenten ineinander.

Anhand der Ergebnisse im „Jahresbericht und Qualitätssicherung des Konsil- und Liaisondienstes der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie 1998“ (Gieler, 1998) lassen sich folgende Inhalte wiedergeben:

DEFINITION:

- Ergänzung des traditionellen medizinischen Konsultationsmodells
- Etablierung einer Gemeinde- und Patientennahen psychosozialen Versorgung
- Verbesserung der Diagnostik und Behandlung psychischer/ psychosomatischer Störungen
- Integration der psychosozialen Aspekte in die Medizin.

PRÄVALENZ:

Psychische Störungen mit somatischen Beschwerden bestehen bei ca. 40 % der dermatologischen Krankenhauspatienten (Wesseley & Lewis 1989). Häufig werden sie nicht erkannt und behandelt. Unter Berücksichtigung motivationaler Faktoren und des

expertengeschätzten Bedarfes resultiert eine Indikation für eine psychosomatische C/L- Versorgung bei mindestens 50% aller Patienten im Akutkrankenhaus. Weiter konnte belegt werden, daß nach Meinung der behandelnden Ärzte bei ca. 20 % abklärungsbedürftige psychische Auffälligkeiten bestehen (Herzog et al. 1995).

Betrachtet man die Konsilkontakte eines Jahres am Klinikum der Justus- Liebig- Universität in Gießen finden sich die Schwerpunkte im Bereich der Dermatologie/ Allergologie mit 49,7% sowie der Inneren Medizin mit 22,0% (Gieler 1998).

WIRKSAMKEIT:

Beim Patienten zeigen sich bei deutschsprachigen Studien folgende Effekte:

- gebesserte psychische Symptomatik
- reduzierte psychische Störungen sowie
- eine verbesserte Lebensqualität.

In internationalen Studien ist u. a. eine Verringerung der Krankenhausaufenthaltsdauer und ebenfalls eine Besserung des körperlichen und psychischen Befundes zu bemerken (Herzog et al. 1995).

Beim anfordernden Behandlungsteam ist ein Supervisionsdienst durch den C/L- Dienst gleichsam sinnvoll, da so die Belastung verringert werden kann (z. B. Verbesserung der Kommunikation mit dem Patienten und dessen Angehörigen).

Als wirtschaftliche Aspekte sind zu nennen: eine Verkürzung der stationären Liegezeiten und so auch der Kosten der Gesamtbehandlung durch eine frühe Einbeziehung des C/L- Konsiliars in den Behandlungsprozeß. Ebenso fand sich eine geringere Hospitalisierungsrate in Alters- und Pflegeheimen. Durch ausreichende Information der Hausärzte kommt es zu einer Verhinderung unnötiger Diagnose- und Therapiemaßnahmen und so

auch zu einer poststationären Kostenreduktion (Herzog et al. 1995).

AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION IN DEUTSCHLAND:

Zur Zeit werden lediglich ca. 10% der Akutkrankenhäuser intern durch psychosomatische oder psychiatrische Abteilungen abgedeckt. 90% werden extern durch Nervenärzte oder psychotherapeutische Mediziner aus Praxen versorgt.

Dominierend ist das Konsilmodell gegenüber anderen Versorgungsmöglichkeiten. Außerhalb der Universitäten fehlen dazu eigenständige psychosomatische C/L- Dienste.

Am häufigsten kommen folgende Diagnosen vor:

- affektive Störungen
- Belastungs- und somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen
- Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Bei der Inanspruchnahme hausinterner C/L- Dienste entfallen allgemein 53% auf die Innere Medizin und 7% auf die Dermatologie (Herzog und Franz 1998).

C/L- DIENSTE IN DER DERMATOLOGIE

Niemeier et al. stellten an einem unselektionierten Krankengut bei 83% der von ihnen psychosomatisch untersuchten poliklinischen Hautpatienten einer Spezialambulanz die Indikation für eine Psychotherapie (Niemeier et al. 1996).

Grundlage der o. g. Untersuchung war eine psychosomatische Liaisonsprechstunde für Patienten der Universitätshautklinik Gießen. Diese wurde mit dem Ziel eingerichtet, die

Schwellenangst der Patienten zu vermindern und um Kollegen in der Betreuung psychisch auffälliger Patienten zu entlasten und fortzubilden (Niemeier et al. 1996).

1.1.1 Darstellung verschiedener Konzepte

KONSILDIENST:

Kennzeichnend für die Konsiliartätigkeit des Psychosomatikers ist sein ausschließlich patientenbezogenes Arbeiten mit lediglich schriftlichen oder telefonischen Rücksprachen beim Kollegen (Steinbrecher und Bofinger 1990).

Die diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden auf Anfrage in einer Krankenstation oder in einer Ambulanz erbracht. Sie kann ein erstes Stadium einer Kooperationsentwicklung zwischen somatischer Klinik und Psychosomatik sein. Problematisch wird Konsiliartätigkeit, wenn sie die Abspaltung psychosozialer Aspekte und die Abschiebung problematischer Patienten fördert (Wirsching u. Herzog 1989).

Ursächlich in der Problematik des reinen Konsiliardienstes ist ebenfalls die zeitlich und örtlich begrenzte Zusammenarbeit von Konsilarzt und Stationsarzt sowie die geringe Einbindung des Patienten in diese Kommunikation. Ein Austausch zwischen Stationsarzt und Patient über das Konsil scheint eher reduziert und nur begrenzt stattzufinden, wie Lackner et al. (1996) in einer Studie zu Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsildienst feststellte.

LIAISONDIENST:

Im Gegensatz zum Konsildienst ist die Liaisontätigkeit dadurch gekennzeichnet, daß der Psychosomatiker in das Stationsteam eingebunden ist. Er ist für die Mitarbeiter der Station möglichst jederzeit erreichbar, in ihrer Beratung liegt der Schwerpunkt seiner Tätigkeit (Steinbrecher und Bofinger 1990).

Er läßt zwar die somatische Behandlung des Patienten in der Hand des Arztes der betreffenden Station, übernimmt aber in schwierigen Fällen die Betreuung des Patienten und kümmert sich zudem um die Fortbildung der klinischen Kollegen und des Pflegepersonales. Umgekehrt sollen auch die Mitarbeiter der Station für einen Teil ihrer Weiterbildung in der Psychosomatik mitarbeiten (Wirsching u. Herzog 1989).

Liaisontätigkeit beinhaltet die kontinuierliche Kooperation von Psychosomatik und Klinik über die Anfragen im Einzelfall hinaus (Wirsching u. Herzog 1989). Der Mitarbeiter im Liaisondienst wird zumindest teilweise, z. B. für eine Visite oder eine Sprechstunde in das Team der Klinik integriert. Durch die Beziehungskonstanz kann sich eine bessere und vertrautere Kooperation entwickeln, von der auch die Patienten profitieren.

1.1.2 Ergebnisse unterschiedlicher Konzepte

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt bestehen an fast allen bundesdeutschen Hochschulkliniken psychosomatische/ psychotherapeutische Konsil-/ Liaisondienste (Welzel- Ruhrmann et al. 1999).

In einer Umfrage zur Situation und Entwicklung der psychosomatischen Dermatologie in deutschen Hautkliniken durch Gieler et al. (2001) gaben 85% der Kliniken an, daß psychosomatische Aspekte in der Therapie berücksichtigt werden; sie scheinen zu einem obligaten Bestandteil in der dermatologischen Versorgung geworden zu sein. Wesseley & Lewis (1989) konnten bei 40% neu aufgenommener Patienten einer dermatologischen Ambulanz eine psychiatrische Erkrankung diagnostizieren.

An einer anderen Hautklinik stellten Fritzsche et al. (1999) sogar bei 50% der untersuchten Patienten einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf fest.

Schaller et al. (1998) fanden im Rahmen eines Liaisondienstes bei dermatologischen Patienten bei 21% einen psychosomatischen Bedarf in der stationären Versorgung. Es wurden 187 stationär behandelte Patienten mit den unterschiedlichsten

Hauterkrankungen in die Studie einbezogen. Die Studie bediente sich neben einem diagnostischen Erstgespräch ebenfalls des SCL- 90 R, der Symptom Check List, als einem weiteren wichtigen Instrument, welches psychische sowie psychopathologische Gesichtspunkte erfasst.

Windemuth et al. (1999) befasste sich in einer Studie zur Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik ebenfalls nur mit stationären Patienten . Untersucht wurden 247 stationäre Patienten mittels eines Screening- Fragebogens. Es fand sich eine Prävalenz psychischer Auffälligkeiten von 25,9-31,0%. Die Autoren forderten abschliessend von psychologischer Seite Behandlungsmanuale, wie es sie bereits für vereinzelte Patientengruppen gibt, z. B. für Patienten mit atopischer Dermatitis.

1.2 Anteil der Psychosomatik an Hauterkrankungen

Redewendungen im Volksmund wie „Elefantenhaut“, „unter die Haut gehen“, „dünne Haut“ etc. drücken anschaulich die mögliche Beteiligung der Psyche an Hauterkrankungen aus.

In den letzten zwei Jahrzehnten war der Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und Dermatosen zunehmend Grundlage wissenschaftlicher Untersuchungen.

Die Studie von Augustin et al. (1999) zur Lebensqualität bei Hauterkrankungen konnte bei Patienten mit Neurodermitis und Psoriasis signifikante Einschränkungen der Lebensqualität im

Vergleich zu Gesunden nachweisen. Diese bezogen sich insbesondere auch auf Teilbereiche wie soziale Beziehungen, psychisches Befinden und Zufriedenheit.

Eine Einteilung der dermatologischen Erkrankungen aus psychosomatischer Sicht ist in drei Gruppen möglich (Gieler et al. 1998, s. Tab.1):

Tab.1

**Einteilung der dermatologischen Erkrankungen
aus psychosomatischer Sicht**

1. Psychiatrische Erkrankungen	2. Psychosomatische Erkrankungen	3. Somatopsychische Erkrankungen
<i>Psychische Faktoren führen ursächlich zur Entstehung der Dermatose</i>	<i>Psychische und somatische Faktoren greifen ineinander</i>	<i>Somatische Aspekte stehen im Vordergrund</i>
Dermatozoenwahn Artefakte Dysmorphophobie Somatoforme Störungen Zwangserkrankungen u. a.	Neurodermitis Psoriasis Urtikaria Akne Dyshidrosiformes Ekzem Alopezia areata Periorale Dermatitis Herpes simplex u. a.	Tumorerkrankungen Chron.-venöse Insuffizienz Erregerbedingte Erkrankungen Kollagenosen Genodermatosen Bullöse Erkrankungen u. a.

Die erste Gruppe umfasst rein psychiatrische Erkrankungen mit Bezug zur Haut, wie Dermatozoenwahn, Artefakte, Zwangserkrankungen wie Waschzwang u. a.; hier sind psychische Faktoren als ursächlich für die Entstehung der Dermatose anzusehen. Bei diesen Erkrankungen werden neben einer frühzeitigen, oft stationären Psychotherapie eventuell zusätzlich Medikamente gegeben, als Beispiel sei hier der Dermatozoenwahn genannt.

Bei der zweiten Gruppe greifen psychische und somatische Faktoren ineinander. Hierzu zählen beispielsweise Erkrankungen wie die Neurodermitis (oder: atopische Dermatitis), Psoriasis, Akne, Urtikaria.

Beispielhaft für eine Beteiligung der Psyche ist die atopische Dermatitis: verschiedenste Konflikte können auftreten und den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussen. Die Krankheitsverarbeitung (Coping) und eine Verbesserung der Compliance stehen im Vordergrund der psychosomatischen Versorgung dieser Patientengruppe.

Rein somatische Faktoren stehen bei der dritten Gruppe im Vordergrund. Hier finden sich Tumorerkrankungen, erregerbedingte Erkrankungen, Kollagenosen u. a..

Bei der Sklerodermie, einer Autoimmunerkrankung, kann die Aktivität der Krankheit im Zusammenhang mit Streßeinflüssen stehen (Seikowski 1997). Die Therapie findet ihren Schwerpunkt in der Verbesserung der Krankheitsverarbeitung (z. B. Entspannungstechniken).

Zwischenzeitlich gehört es zur vollständigen dermatologischen Diagnostik, sich neben den somatischen Befunderhebungen ebenfalls einen Überblick über soziale und psychische Faktoren zu verschaffen, welche das Krankheitsbild und den Verlauf beeinflussen könnten (Koblenzer 1983). Meist ist jedoch nicht zu unterscheiden, ob es sich um prädisponierende Störungen (Stichwort: Streßmodelle in der Psychosomatik) oder um Störungen in der Krankheitsverarbeitung (Stichwort: Copingmodell) handelt (Niemeier u. Gieler 1998).

Bei der Liaisontätigkeit wird eine engere Zusammenarbeit mit der Dermatologie gesucht. Im stationären Bereich in Form der Einbeziehung des Psychosomatikers in den Stationsablauf, im ambulanten Bereich in Form einer Psychosomatischen Sprechstunde in der Hautklinik. So wurde in der Universitätshautklinik Gießen 1995 eine solche Sprechstunde

eingrichtet. Die Ziele bestanden vorrangig in einer psychosomatischen Diagnosestellung, der Abklärung von Therapiemotiven und darin den Patienten verschiedene Therapieangebote konkret zu vermitteln (Niemeier et al. 1996).

1.3 Ableitung der Fragestellung

Die o. g. Studien von Schaller et al. (1995) und Windemuth et al. (1999) waren als Querschnittsstudien mit stationären Patienten angelegt und somit ergeben sich weitere Fragen:

Besteht ein psychosomatischer Mit- Behandlungsbedarf auch für ambulante Patienten der Hautklinik?

Wie können gerade dies Patienten zu einem psychosomatischen Gespräch motiviert werden?

Wird eine eventuell erforderliche und empfohlene Psychotherapie vom Patienten umgesetzt? Und-

Wie wird die Behandlung vom Patienten nach einer gewissen Zeitspanne empfunden, bzw. hat sich sein Befinden nachhaltig verändert?

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt, um die eventuelle Inanspruchnahme einer Psychotherapie sowie den möglichen Erfolg einer solchen psychotherapeutisch adjuvanten Therapie, welche Patienten der o. g. Sprechstunde empfohlen wurde, zu überprüfen.

Zu diesem Zweck wurden die Patienten, die sich in der Psychosomatischen Sprechstunde vorstellten, nach 12- 15 Monaten erneut katamnestisch befragt.

Als testpsychologische Erhebungsinstrumente wurden der Marburger Haut- Fragebogen (MHF) sowie die Symptom Check List- 90 R (SCL- 90 R) und ein Katamnesebogen verwandt.

1.4 Der Marburger Haut- Fragebogen

Der MHF erfaßt die Krankheitsverarbeitung von Hauterkrankungen und enthält 6 Skalen mit insgesamt 51 Items. Der Patient kann aus einer fünfstufigen Ratingskala die für ihn passende Skala wählen (1= überhaupt nicht zutreffend bis 5= stark zutreffend).

Skala 1: Soziale Ängste/ Vermeidung (15 Items):

Erhöhte Werte sprechen für soziale Ängste und Vermeidung von Situationen, in denen negative Reaktionen der Umwelt auf die sichtbaren Hauterscheinungen erwartet werden. Situationen in denen eine visuelle Exposition der kranken Haut möglich ist werden ebenso vermieden. Die Patienten erleben einen subjektiven Attraktivitätsverlust.

Skala 2: Juckreiz- Kratz- Zirkel (9 Items):

Erhöhte Werte sind im Sinne einer ungünstigen Bewältigung von Juckreiz zu interpretieren, es mangelt an Selbstkontrolle bezüglich des Kratzens und hieraus resultierenden Gefühlen der Hilflosigkeit.

Skala 3: Hilflosigkeit (9 Items):

Erhöhte Werte sprechen für das Erleben von Hilflosigkeit und Kontrollverlust bezüglich des Krankheitsverlaufes und hypochondrischer Sorgen über die Ausweitung der Hauterkrankung.

Skala 4: Ängstlich- depressive Stimmung (8 Items):

Hier kann man hohe Werte als Hinweis auf depressive und ängstliche Symptome im Sinne einer Anpassungsstörung interpretieren.

Trotz relativ niedriger innerer Konsistenzen wurden auch die folgenden zwei Skalen aufgenommen, sie können im Einzelfall wertvolle Informationen liefern.

Skala 5: Einschränkung der Lebensqualität (6 Items):

Erhöhte Werte lassen auf erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen in unterschiedlichen Lebensbereichen wie Beruf, Familie, Ernährung, finanzielle Situation und soziale Beziehungen schließen.

Skala 6: Informationssuche (4 Items):

Erhöhte Werte sind als verstärktes Streben nach Verbesserung von aktiven Bewältigungsansätzen durch Information, Hautpflege, Ernährung, Umgang mit Juckreiz und Kratzen im Sinne eines Bemühens um aktive Problemlösung zu verstehen.

Im allgemeinen können erhöhte Werte im MHF lediglich als Hinweis und nicht als Nachweis auf Problemschwerpunkte interpretiert werden. Die Skalenwerte stellen so eine wichtige Ergänzung zu anderen Informationsquellen dar (z. B. Exploration, Verhaltensanalyse, Stangier 1997).

1.5 Die Symptom Check Liste- 90 R

Sie wurde für den ambulanten psychiatrischen Bereich konzipiert und eignet sich besonders zur Verlaufsbeschreibung. Die Symptom Check Liste enthält neun Skalen welche in fünf Ausprägungsstufen beantwortet werden können (von „überhaupt nicht“ bis zu „sehr stark“).

Skala 1: Somatisierung:

Beschreibt einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen.

Skala 2: Zwanghaftigkeit:

Beinhaltet leichte Konzentrationsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit.

Skala 3: Unsicherheit:

Beschreibt leichte soziale Unsicherheit bis zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.

Skala 4: Depressivität:

Reicht von Traurigkeit bis zur schweren Depression.

Skala 5: Ängstlichkeit:

Beinhaltet körperlich spürbare Nervosität bis zu tiefer Angst.

Skala 6: Aggressivität:

Beschreibt Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten.

Skala 7: Phobische Angst:

Reicht vom leichten Gefühl der Bedrohung bis zur massiven phobischen Angst.

Skala 8: Paranoides Denken:

Reicht von Mißtrauen und Minderwertigkeitsgefühlen bis zu starkem paranoidem Denken.

Skala 9: Psychotizismus:

Beschreibt ein mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose.

Zusätzlich gibt es drei globale Kennwerte:

GSI: mißt die grundsätzliche psychische Belastung.

PSDI: mißt die Intensität der Antworten.

PST: gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (Rief et al. 1991).

1.6 Der Katamnesebogen

Der Katamnesebogen wurde nur bei dieser Studie eingesetzt und von mir persönlich mit Hilfe meiner Betreuer entwickelt. Er enthält 14 zum Teil offen gestellte Fragen. Bei der Beantwortung sind Mehrfachnennungen möglich. Die geschlossenen Fragen können mit Hilfe einer Skalierung von 1- 4 („sehr zufrieden“- „sehr unzufrieden“) beantwortet werden.

Die Fragen erfassen die Erwartungen der Patienten sowie die Zufriedenheit mit dem Gespräch. Gleichfalls wird versucht, die Gründe für die Teilnahme am Gespräch zu ermitteln.

Eventuell aufgetretene „life- events“ werden ebenfalls erfragt.

1.7 Deskriptive Hypothesen

- Es gibt Unterschiede zwischen den Patienten, welche den Katamnesebogen zurücksandten und denen, welche dies nicht taten, bezüglich der Skalen des MHF und des SCL- 90 R.
- Bei Patienten, welche den Katamnesebogen ausgefüllt zurücksandten, ändern sich die Werte des MHF und des SCL- 90 R in Bezug zur Ersterhebung in eine positive Richtung.
- Patienten, welche eine Psychotherapieempfehlung bekamen und eine solche durchgeführt haben, zeigen verbesserte Werte in den Skalen des MHF und des SCL- 90 R im Vergleich zu den Patienten, welche keine Psychotherapie trotz Empfehlung einer solchen durchführten.
- Eine hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch steht im Verhältnis zu einer hohen Zufriedenheit mit der Behandlungsempfehlung.
- Beim Vergleich der Patienten, welche antworteten und sich richtig an eine Psychotherapieempfehlung erinnerten, zeigen sich unterschiedliche Werte in den Skalen des MHF

und des SCL- 90 R zwischen der Gruppe von Patienten mit Problemen bei der Umsetzung der Empfehlung und jener Gruppe, welche keine Probleme mit der empfohlenen Psychotherapie hatte.

2. Material und Methoden

2.1 Stichprobe

In die Untersuchung wurden konsekutiv alle Patienten einbezogen, welche sich im Zeitraum von April 1995 bis Juli 1996 zu einem Erstgespräch in der Psychosomatischen Liaisonsprechstunde der Hautklinik der Justus- Liebig- Universität Gießen angemeldet hatten.

Es handelte sich um n= 248 Personen, von denen 175 den vereinbarten Termin einhielten, dies entspricht 70 %.

Nicht alle Patienten waren zur Mitarbeit an dieser Studie bereit, so daß sich die Zahl der teilnehmenden Personen auf n= 139 reduzierte.

Die Patienten wurden zum einen vom betreuenden Hautarzt der Ambulanz der Hautklinik, zum anderen auch von ihrem eigenen Hautarzt sowie von anderen Personen auf die Möglichkeit eines Besuches der Sprechstunde hingewiesen.

2.2 Studienbeschreibung- und Ablauf

Es handelt sich um eine Katamnese studie, deren Durchführung sich auf zwei Zeitpunkte aufgliedert. Diese Zeitpunkte wurden so gewählt, daß die Zeitspanne zwischen Ersterhebung und Katamnesezeitpunkt für alle Patienten gleich war.

Die erste Befragung wurde im Januar 1997 durchgeführt, die zweite im April 1997. Zum ersten Zeitpunkt wurden Patienten befragt, welche ihr Erstgespräch in der Zeit von April 1995 bis Dezember 1995 hatten.

Patienten, welche die Psychosomatische Sprechstunde das erste Mal zwischen Januar 1996 und Juli 1996 besucht hatten, fielen in die zweite Gruppe mit Befragung im April 1997.

Im Mittel waren so 13,5 Monate für die Patienten vergangen, bevor sie katamnestisch befragt wurden.

Die Erhebung wurde schriftlich und per Postversand mit einem frankierten Rückumschlag durchgeführt.

Weiterhin wurden aus dem Kreis der Patienten, die geantwortet hatten, zufällig zehn ermittelt, welche persönlich befragt werden sollten. Die Auswahl wurde mit Hilfe einer Person vorgenommen, welche willkürlich zehn Zahlen zwischen „0“ und „139“ aufzählte. Der Wohnsitz der Patienten lag in erreichbarer Nähe (bis zu 50 km von Gießen entfernt). Von diesen zehn Personen erklärten sich sieben nach einer telefonischen Anfrage zu einem persönlichen Gespräch bereit.

Eine Patientin war unbekannt verzogen und zwei weitere erklärten bei versuchter Terminabsprache, daß sie nicht zu einem Interview bereit seien. Von diesen beiden fand ein Patient bereits das erste Beratungsgespräch unbefriedigend und wollte keine Zeit für ein weiteres, seiner Ansicht nach „unnützes Gespräch“ aufbringen. Die zweite Patientin erklärte, daß ihr die seelische Belastung zu groß werde, wenn sie sich nochmals einem Gespräch über ihr Befinden aussetzen würde.

2.3 Statistische Hypothesen

1.

H0: Es gibt *keinen* Unterschied bezüglich der Skalen des MHF und des SCL- 90R zwischen den Patienten welche den Katamnesebogen zurücksendeten und jenen, welche dies nicht taten.

H1: Es gibt *einen* Unterschied bezüglich der Skalen des MHF und des SCL- 90- R zwischen den Patienten welche den Katamnesebogen zurücksendeten und jenen, welche dies nicht taten.

2.

H0: Die Werte des MHF und des SCL- 90 R von den Patienten, welche den Katamnesebogen ausgefüllt zurücksendeten, *ändern sich nicht* in Bezug zur Ersterhebung.

H1: Die Werte des MHF und des SCL- 90 R von den Patienten, welche den Katamnesebogen ausgefüllt zurücksendeten, *ändern sich* in Bezug zur Ersterhebung.

3.

H0: Bei den Patienten, welche eine Psychotherapieempfehlung bekamen und eine solche durchführten, *zeigen sich keine* positiven Veränderungen in den Skalen des MHF und des SCL- 90 R.

H1: Bei den Patienten, welche eine Psychotherapieempfehlung bekamen und eine solche durchführten, *zeigen sich* positive Veränderungen in den Skalen des MHF und des SCL- 90 R.

4.

H0: Eine hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch *korreliert nicht* mit einer hohen Zufriedenheit mit der Behandlungsempfehlung.

H1: Eine hohe Zufriedenheit mit dem Beratungsgespräch *korreliert* mit einer hohen Zufriedenheit mit der Behandlungsempfehlung.

5.

H0: Ausgehend von den Patienten, welche antworteten und sich richtig an eine Behandlungsempfehlung erinnerten, *zeigen sich keine unterschiedlichen* Werte in den Skalen des MHF und des SCL- 90 R zwischen der Gruppe von Patienten mit Problemen beim Umsetzen der Empfehlung und jener Gruppe, welche keine Probleme mit einer empfohlenen Psychotherapie hatte.

H1: Ausgehend von den Patienten, welche antworteten und sich richtig an eine Behandlungsempfehlung erinnerten, *zeigen*

sich *unterschiedliche* Werte in den Skalen des MHF und des SCL- 90 R zwischen der Gruppe von Patienten mit Problemen beim Umsetzen der Empfehlung und jener Gruppe, welche keine Probleme mit einer empfohlenen Psychotherapie hatte.

2.4 Methodik/ Tests/ Statistik

Die Katamnese studie wurde durchgeführt anhand dreier dafür verwendeter Fragebogen: Der Katamnesebogen zur Erhebung soziodemographischer Daten und der Zufriedenheit, dem Marburger Haut-Fragebogen (MHF) sowie der Symptom Check List (SCL- 90 R), siehe unten.

Die persönliche Befragung wurde vorgenommen mit elf dafür erstellten halb- offenen Fragen, die denen des Katamnesebogens vergleichbar sind. Sie dienten zum einen der Kreuzvalidisierung, zum anderen auch der persönlichen Kontaktaufnahme mit den Patienten.

2.4.1 Der Marburger Haut- Fragebogen (MHF)

Der MHF wurde von Stangier et al. entwickelt und erfasst die spezifischen Probleme der Krankheitsbewältigung- und Verarbeitung bei Hauterkrankungen. Er enthält sechs Skalen mit den folgenden Inhalten: Soziale Ängste, Juckreiz- Kratz- Zirkel, Hilflosigkeit, Ängstlich- depressive Stimmung, Einschränkung der Lebensqualität und Informationssuche.

Der Itempool umfasst 51 Items die beantwortet werden können mit Hilfe einer Skala von „1“ = überhaupt nicht zutreffend bis „5“ = sehr zutreffend.

Abschliessend enthält der MHF noch Fragen zu Alter, Geschlecht, Krankheitsverlauf und nach Faktoren, welche nach Ansicht des Patienten seine Erkrankung beeinflussen.

Der MHF wurde an 482 Patienten standardisiert und seine Qualitätskriterien wurden bereits in zahlreichen klinischen Studien nachgewiesen. Seine inneren Konsistenzen wiesen nach einer Konsistenzanalyse sehr gute bis zufriedenstellende Werte auf ($\alpha = .93 - .62$).

In einer Studie von Augustin et al. (1999) zeigt sich, daß der MHF sehr gute Merkmale in mehreren Skalen aufweist, welche Teilbereiche der Lebensqualität wiedergeben. Ebenso fand sich beim MHF die geringste Anzahl von nicht berechenbaren Skalen im Vergleich mit anderen dafür verwendeten Fragebogen. Negativ bewertete die Gruppe um Augustin die Bearbeitungszeit des MHF mit 10- 12 Minuten.

Zusammenfassend ergibt sich jedoch eine grundsätzliche Eignung aller von Augustin et al. verwendeten Fragebogen für die Erfassung von Therapieverläufen bei chronisch- entzündlichen Hauterkrankungen.

2.4.1 Die Symptom Check List (SCL- 90 R)

Der SCL- 90 R wurde 1977 von Derogatis an einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychatriepatienten entwickelt als Screeningverfahren für psychische Störungen. Rief et al. beschreiben seine deutsche Version (Rief et al. 1991).

Er bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Patienten und enthält neun Skalen sowie drei Globale Kennwerte.

Die Skalen teilen sich auf in Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychozotismus. Sie enthalten 93 Items mit den Antwortmöglichkeiten „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“, skaliert von „1“ bis „5“.

Die Globalen Kennwerte GSI, PSDI und PST geben Auskunft über das Antwortverhalten der Items. Dabei steht GSI für „global severity index“, er misst die grundsätzliche psychische Belastung;

PSDI steht für „positive symptom distress index“, er misst die Intensität der Antworten; PST steht für „positive symptom total“, er gibt die Anzahl der Symptome wieder, bei denen eine Belastung vorliegt.

2.4.2 Der Katamnesebogen

Er enthält 14 zum Teil offen gestellte Fragen. Bei der Beantwortung sind Mehrfachnennungen möglich. Die geschlossenen Fragen können mit Hilfe einer Skalierung von 1- 4 („sehr zufrieden“- „sehr unzufrieden“) beantwortet werden.

Die Fragen erfassen die Erwartungen der Patienten sowie die Zufriedenheit mit dem Gespräch. Gleichfalls wird versucht, die Gründe für die Teilnahme am Gespräch zu ermitteln.

Eventuell aufgetretene „life- events“ werden ebenfalls erfragt.

2.5 Statistik

Sämtliche Analysen wurden mit SPSS 6.1 („statistical package for the social sciences“) durchgeführt.

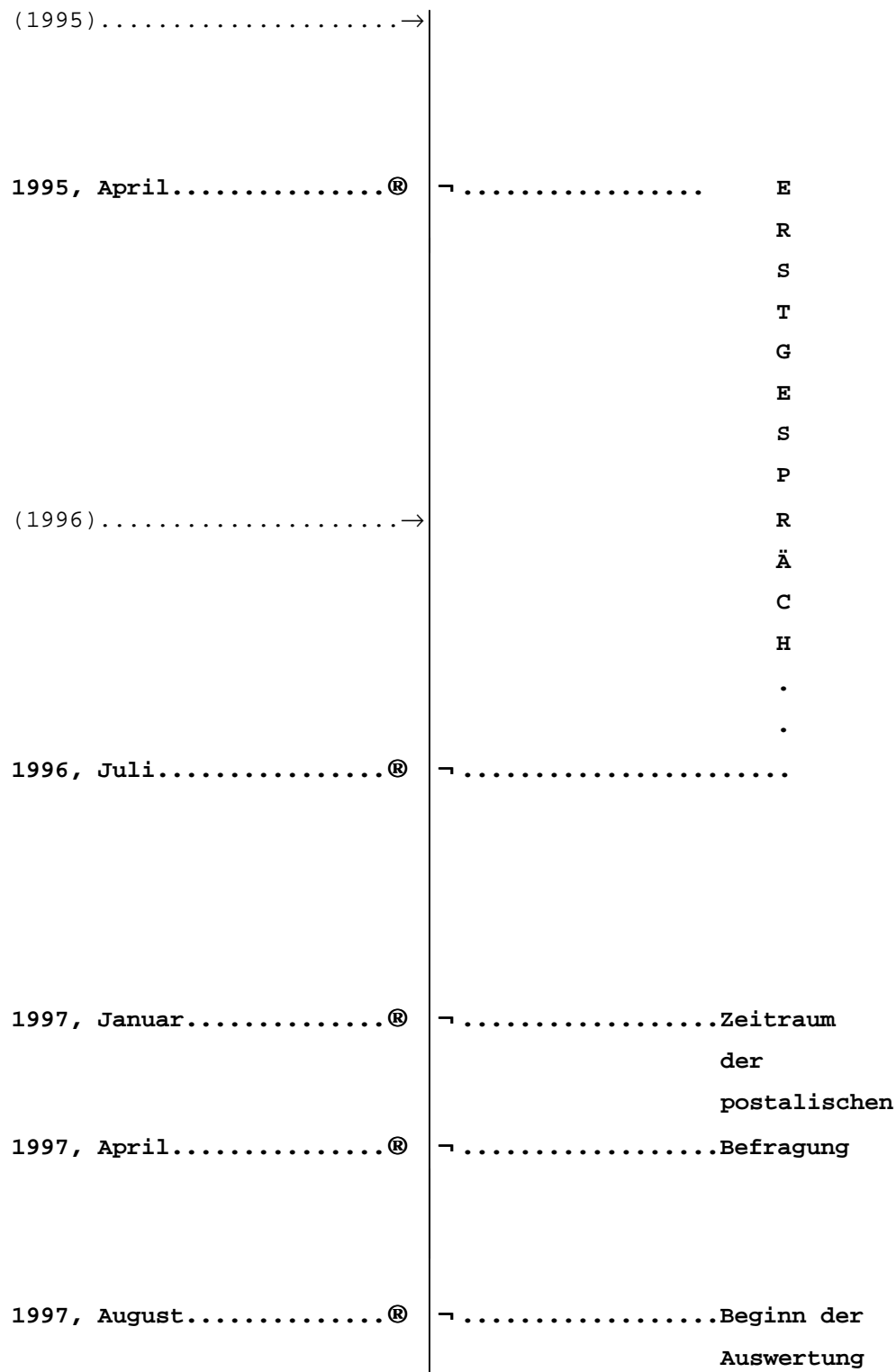
Neben t- sowie Chi- Quadrat- Tests wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Meßwiederholung durchgeführt.

Bei sämtlichen Ergebnissen werden die entsprechenden Kenngrößen angegeben (F-, Chi- Quadrat-, T- Wert; p). Als niedrigstes Signifikanzniveau wurde $p = 0,05$ verwendet.

(An dieser Stelle möchte ich Herrn Dr. Dipl.- Psych. J. Kupfer vom Psychologischen Institut der Justus- Liebig- Universität Gießen für die Hilfe bei der Auswertung der Daten und seine Unterstützung ganz besonders danken.)

2.6 Graphische Übersicht des Studienablaufes

Jahr:



3. Ergebnisse

3.1 Vergleich der Gruppen „geantwortet“ bzw. „nicht-geantwortet“

Es wurden 139 Patienten angeschrieben, von denen 67 antworteten, dies entspricht einem Rücklauf von 48,2 %. Aufgrund von vier unvollständig ausgefüllten Fragebogen konnten jedoch nur 63 in die Auswertung eingehen.

Die Mehrheit der Patienten war zwischen 20 und 40 Jahre alt.

Von den 51 weiblichen Patientinnen, welche nicht antworteten, waren n= 14 Patientinnen in der Gruppe „21- 30 Jahre“ .

Ansonsten unterscheidet sich die Gruppe „geantwortet“ nicht von der Gruppe „nicht- geantwortet“ hinsichtlich Alter oder Geschlecht (Tab.2).

Tab. 2

Vergleich von Alter und Geschlecht zwischen den Gruppen „geantwortet“ bzw. „nicht- geantwortet“

Alter (Jahre)	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	nicht-geantwortet		geantwortet	
< 21	4	5	2	4
21-30	1	14	7	6
31-40	5	7	2	8
41-50	6	8	5	12
51-60	5	8	3	9
> 60	-	9	1	4
Gesamt in %	21	51	20	43
Mittelwert	39,24	41,08	37,90	42,65

Der Vergleich dieser beiden Gruppen bezüglich der Skalen des MHF (Tab. 3) sowie der Skalen des SCL- 90 R (Tab. 4) zeigt lediglich einen Unterschied in der Skala 2 des Marburger Haut-Fragebogens: mit einer Signifikanz von $p = .004$ litt die Gruppe „geantwortet“ weniger unter Juckreiz.

Eventuell wäre ein Unterschied auch in den Skalen 4 (Ängstlich- depressive Stimmung) des MHF sowie in den Skalen 1 (Somatisierung), 4 (Depressivität) und 9 (Psychotizismus) zu erwarten gewesen. Hier lassen sich aber keine signifikanten Ergebnisse finden.

Tab. 3

Vergleich der Skalen des MHF zwischen den Gruppen „geantwortet“ bzw. „nicht- geantwortet“

Skalen des MHF	„geantwortet“		„nicht-geantwortet“		t- Wert	p=
	MW	SD	MW	SD		
1: Soziale Ängste	31,66	13,95	34,11	14,52	-0,98	0,328
2: Juckreiz	16,87	7,27	21,09	9,15	-2,91	0,004**
3: Hilflosig-keit	24,18	8,56	25,31	8,40	-0,76	0,448
4: Ängstl.depr. Stimmung	21,84	7,63	24,39	8,08	-1,85	0,066
5: Einschränkung der Lebensqualität	10,66	4,70	11,63	4,70	-1,17	0,244
6: Informations- suche	9,82	3,24	10,41	3,08	-1,05	0,294

MW: Mittelwert

SD: Standardabweichung

Tab. 4

Vergleich der Skalen des SCL- 90 R zwischen den Gruppen „geantwortet“ bzw. „nicht- geantwortet“

Skalen des SCL- 90 R	„geantwortet“		„nicht-geantwortet“		t- Wert	P=
	MW	SD	MW	SD		
1:Somatisierung	0,84	0,66	0,93	0,78	-0,68	0,496
2:Zanghaftigkeit	0,80	0,68	0,99	0,86	-1,30	0,197
3:Unsicherheit im Sozialkontakt	0,74	0,71	0,87	0,83	-0,89	0,376
4:Depressivität	0,86	0,71	0,90	0,82	-0,28	0,783
5:Ängstlichkeit	0,73	0,64	0,84	0,80	-0,81	0,420
6:Aggressivität	0,59	0,63	0,72	0,70	-1,05	0,297
7:Phobische Angst	0,31	0,45	0,43	0,64	-1,16	0,250
8:Paranoides Denken	0,77	0,75	0,76	0,92	0,05	0,959
9:Psychotizismus	0,42	0,53	0,54	0,63	-1,13	0,259
GSI	0,72	0,56	0,80	0,68	-0,70	0,484
PST	35,14	21,50	39,88	22,07	-1,15	0,253
PSDI	1,68	0,46	1,61	0,58	0,75	0,453

GSI: grundsätzliche psychische Belastung

PST: Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt

PSDI: Intensität der Antworten

3.2 Gruppe „geantwortet“

Im folgenden werden die Ergebnisse der Patienten betrachtet, welche den Katamnesebogen beantworteten.

Diese Ergebnisse werden mit denen der Erstbefragung verglichen (Tab.5+6).

Tab. 5

Vergleich der Skalen vom MHF aus der Katamnesebefragung mit denen der Erstbefragung

Skalen des MHF	Erstbefragung		Katamnesebefragung		corr.	t-Wert	p
	MW	SD	MW	SD			
1: Soziale Ängste	34,00	14,52	34,44	15,68	0,802	-0,35	0,727
2: Juckreiz	21,16	9,31	20,42	9,48	0,714	0,79	0,434
3: Hilflosigkeit	25,19	8,35	25,04	9,85	0,718	0,17	0,869
4: Ängstlich-depressive Stimmung	24,43	8,22	24,31	7,98	0,722	0,16	0,875
5: Einschränkung der Lebensqualität	11,58	4,74	12,25	5,42	0,551	-1,04	0,301
6: Informationssuche	10,32	3,14	10,17	3,03	0,348	0,34	0,736

Tab.6

Vergleich der Skalen des SCL- 90 R aus der Katamnesebefragung mit denen der Erstbefragung

Skalen des SCL- 90- R	Erstbefragung		Katamnesebefragung		corr.	t- Wert	p
	MW	SD	MW	SD			
1:Somatisierung	0,95	0,78	0,98	0,91	0,817	-0,47	0,640
2:Zwanghaftigkeit	1,01	0,87	1,05	0,95	0,862	-0,69	0,493
3:Unsicherheit im Sozialkontakt	0,88	0,83	1,01	1,02	0,830	-1,58	0,121
4:Depressivität	0,91	0,82	1,05	1,09	0,884	-1,83	0,074
5:Ängstlichkeit	0,86	0,80	1,01	1,00	0,850	-2,01	0,050*
6:Aggressivität	0,72	0,70	0,82	0,84	0,803	-1,41	0,165
7:Phobisches Denken	0,44	0,65	0,54	0,88	0,841	-1,43	0,158
8:Paranoides Denken	0,77	0,93	0,88	1,06	0,854	-1,48	0,146
9:Psychotizismus	0,54	0,64	0,55	0,70	0,780	-0,15	0,885
GSI	0,80	0,68	0,94	0,90	0,827	-1,87	0,067
PST	39,88	22,07	40,16	24,28	0,816	-0,14	0,890
PSDI	1,61	0,58	1,70	0,72	0,861	-1,76	0,084

Auch im SCL- 90 R findet sich nicht der erwartete Unterschied zwischen den Werten der Erstbefragung und der Katamnesebefragung.

Bei einem Vergleich Ergebnisse der Erstbefragung mit denen der Katamnesebefragung fällt ein signifikantes Ergebnis lediglich bei der Skala 5 (Ängstlichkeit) von $p= 0,05$ auf, d.h. die Ängstlichkeit hat am Zeitpunkt der Katamnesebefragung zugenommen.

Tab. 7

Vergleich Erstbefragung / Katamnesebefragung : Ergebnisse der subjektiven Patienteneinschätzung des MHF in bezug auf den Einfluß der Psychischen Faktoren

MHF: Subjektive Patientenein- Schätzung	Erstbefragung		Katamnese- befragung		corr.	t- Wert	p=
	MW	SD	MW	SD			
Psychische Faktoren	3,07	1,40	3,60	1,13	0,547	-2,82	0,007**

Sehr signifikant ist das Ergebnis der subjektiven Einschätzung am Ende des MHF. So gaben mit einem $p= 0,007$ mehr Patienten an, daß psychische Faktoren ihre Krankheit beeinflussen (Tab.7).

3.2.1 Gruppe „geantwortet“, Katamnesebogen

Es antworteten $n= 67$ Patienten.

Von diesen ist die überwiegende Anzahl $n= 47$ (71,2%) von einem Stationsarzt/Stationsärztin der Hautklinik auf das psychosomatische Beratungsgespräch hingewiesen worden.

Über den Grund der Überweisung fühlten sich knapp zwei Drittel ($n= 44$; 68,8%) ausreichend informiert.

Für 31,1% ($n= 19$) der Patienten war es schwierig, die Behandlungsempfehlung in die Praxis umzusetzen.

Bis auf einen Patienten, welcher angibt, es ginge ihm wegen des Gespräches schlechter, hat die Beratung in der Sprechstunde bei 59,3% ($n= 32$) das Befinden gebessert.

Die Erwartungen der Patienten an die Beratung betrafen überwiegend die Besserung ihrer körperlichen Beschwerden (n= 59; 90,8%). Eine ebenfalls nicht geringe Anzahl der Patienten wünschte sich Beratung in einer Krise (n= 23; 35,4%), Ratschläge zur Verhaltensänderung (n= 30; 46,2%) oder die Möglichkeit, sich aussprechen zu können (n= 23; 35,4%). Es waren bei dieser Frage Mehrfachnennungen möglich.

Diese Erwartungen haben sich jedoch nur bei 24,4% (n= 16) erfüllt, der überwiegende Teil (n= 33; 50,0%) fühlte seine Ansprüche eher teils/teils befriedigt (Abb.1).

Abb. 1

Ansicht der verschiedenen Erwartungen der Patienten an den Besuch der Psychosomatischen Sprechstunde (nach Auswertung des Katamnesebogens)

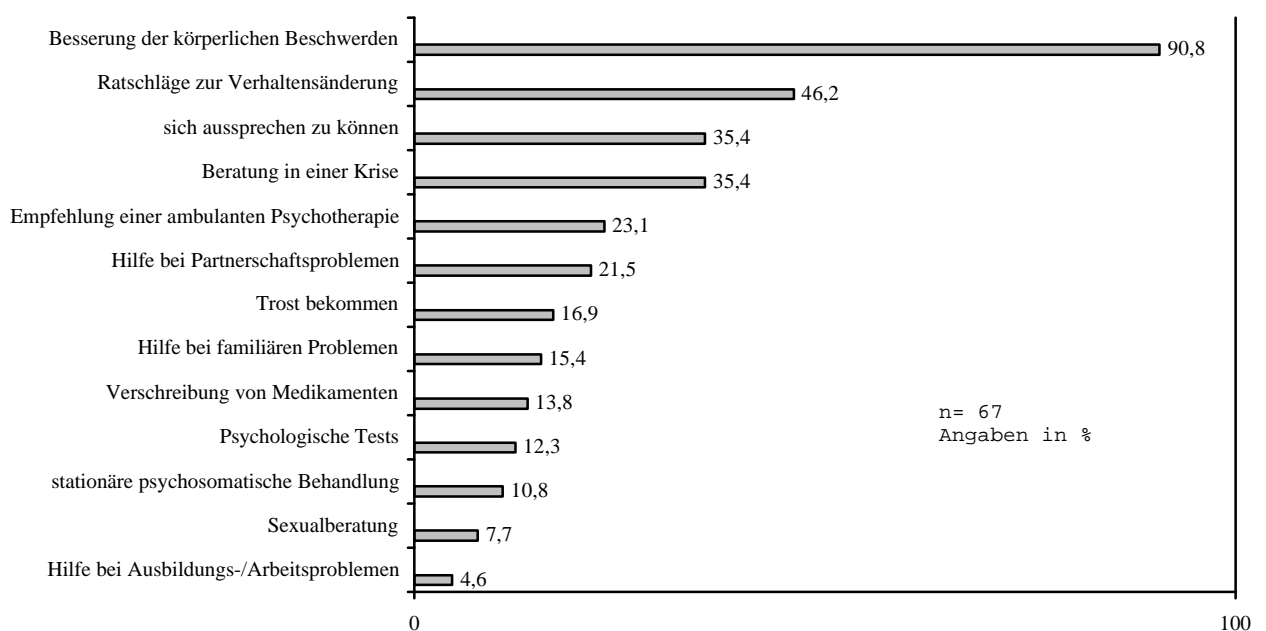
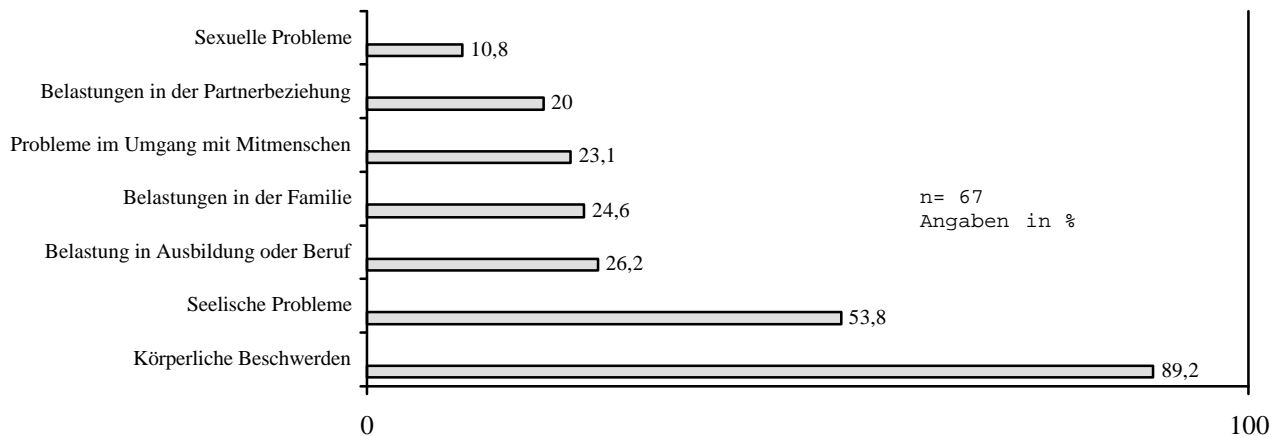


Abb. 2

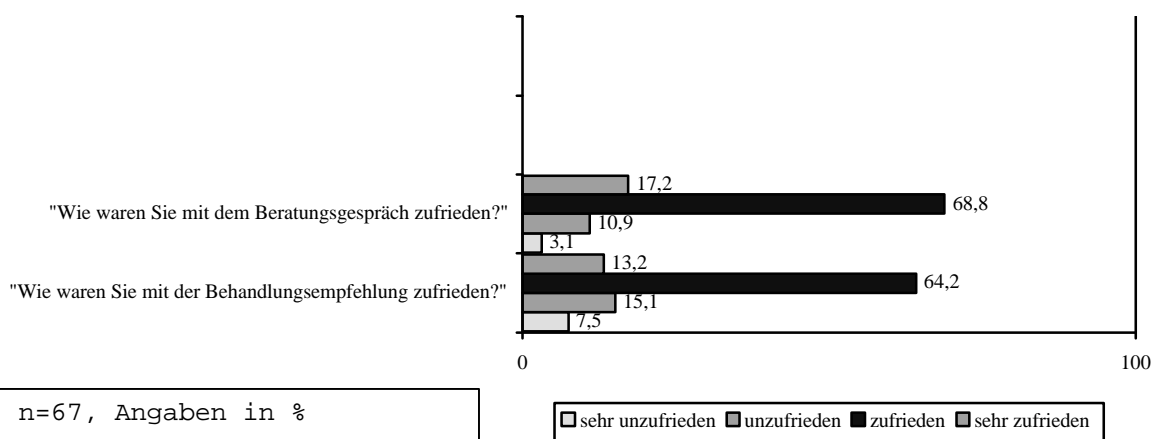
Ansicht der verschiedenen Beweggründe der Patienten, den Psychosomatischen Beratungsdienst in Anspruch zu nehmen (nach Auswertung des Katamnesebogens)



Die Gründe der Patienten, das empfohlene Gespräch auch wahrzunehmen, waren bei der Mehrzahl körperliche (n= 58; 89,2%) und/oder seelische (n= 35; 53,8%) Ursachen. Hier waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Eine untergeordnete Rolle spielten familiäre Gründe oder auch Berufsbelastungen sowie soziale Probleme.

Abb. 3

Darstellung der Zufriedenheit der Patienten (nach Auswertung des Katamnesebogens)



Eine Behandlungsempfehlung in Form einer Psychotherapie (PT) oder von Medikamenten erhielten nach eigenen Angaben 72,3% (n= 47). Mit dieser Empfehlung war über die Hälfte der Patienten (n= 34; 64,2%) zufrieden. Auch in Bezug auf das Beratungsgespräch der psychosomatischen Sprechstunde zeigte sich die Mehrzahl der Patienten (n= 44; 68,8%) zufrieden, sehr unzufrieden waren lediglich 3,1% (n= 2). Dies schlägt sich ebenfalls nieder in der Frage, ob die Patienten sich an das Beratungsgespräch erinnerten: 77,3% antworteten darauf mit „Ja“ (n= 51).

3.3 Umsetzung der Psychotherapie- Empfehlung

Im Katamnesebogen erinnerten sich 34 (56,7%) an eine PT-Empfehlung. Um diese Zahl zu verifizieren (wer erinnerte sich *richtig*) wurden die Ergebnisse der Erstbefragung herangezogen. Richtig erinnert hatten sich 29 (85,3%) der Patienten. Die PT- Empfehlung umfaßte zum einen eine weiterführende ambulante Therapie (Besuch der Psychosomatischen Sprechstunde, Besuch eines empfohlenen oder selbst gewählten Therapeuten) als auch einen möglichen stationären Aufenthalt in Kurkliniken mit psychologischer Betreuung oder in der klinischen Abteilung der Psychosomatik der Justus- Liebig- Universität in Gießen.

Betrachtet man die somatischen Diagnosen der beiden Gruppen ist zu bemerken, daß von den Patienten mit Infektionen der Haut und von den Psoriasis- Patienten *niemand* geantwortet hat. Die beste Rücklaufquote findet sich bei den Patienten mit Atopischer Dermatitis, hier sandten 31 % den Fragebogen zurück (bezogen auf die 29 Patienten, welche sich richtig an eine PT-Empfehlung erinnerten, Tab.8).

Tab.8

Vergleich der somatischen Diagnosen zwischen den Gruppen „geantwortet“ bzw „nicht geantwortet“

Somatische Diagnose	Geantwortet		Nicht geantwortet	
	n=	%	n=	%
Atopische Dermatitis	9	31,0	11	22,9
Alopezie	4	13,8	7	14,6
Kontakt-dermatitis	4	13,8	5	10,4
Urtikaria	5	17,2	9	18,8
Akne	2	6,9	5	10,4
Infektionen der Haut	/	/	4	8,3
Prurigo	5	17,2	3	6,3
Psoriasis	/	/	4	8,3
Andere Erkrankungen	38	/	24	/
TOTAL	67	100	72	100
valid cases	29	/	48	/
missing cases	38	/	24	/

Tab.9

	PT nicht erinnert	PT erinnert	Summe n=
Keine PT- Empfehlung	10 (38,5%)	5 (14,7%)	15 (25%)
PT- Empfehlung	16 (61,5%)	29 (85,3%)	45 (75%)
Summe	26 (43,3%)	34 (56,7%)	60 (100%)

Chi- Quadrat: $\chi^2 = 4,43$

Signifikanz: $p = .035 *$

$p < .05$: signifikantes Ergebnis *

$p < .01$: sehr signifikantes Ergebnis **

$p < .001$: hoch signifikantes Ergebnis ***

Fünf von 15 Patienten erinnerten sich angeblich an eine *nicht erhaltene* PT- Empfehlung. 16 von 45 Patienten erinnerten sich *nicht* an die gegebene Empfehlung, sich weiterhin behandeln zu lassen.

Die Frage nach Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT-Empfehlung wurde nur von 28 Patienten beantwortet, so daß im folgenden lediglich n= 28 Patienten in die Auswertung eingingen.

Bei der Umsetzung der gegebenen Empfehlung gaben 31,3% der Patienten Schwierigkeiten an.

Vergleicht man die Skalen des MHF und des SCL- 90 R dieser Patienten lassen sich signifikante Werte in den Skalen MHF 1 und MHF 4 erkennen (Soziale Ängste, Ängstlich- depressive Stimmung; Tab.10).

Tab.10

Gruppe: „geantwortet“ und „richtig an PT- Empfehlung erinnert“
Vergleich der Patienten mit/ ohne Schwierigkeiten beim
Umsetzen der PT- Empfehlung im MHF

MHF- Skalen	Keine Probleme		Probleme			
	n= 16		n= 12			
	MW	SD	MW	SD	t-Wert	p
1: Soziale Ängste	32,99	13,72	47,29	13,99	-2,64	,014 *
2: Juckreiz	22,28	8,39	22,33	8,16	-0,01	,988
3: Hilflosigkeit	25,81	9,38	31,73	8,87	-1,65	,112
4: Ängstlich-depressive Stimmung	25,14	6,93	31,63	6,33	-2,48	,020 *
5: Einschränkung der Lebensqualität	12,57	5,13	15,64	5,50	-1,48	,151
6: Informationssuche	10,13	2,83	11,73	2,20	-1,58	,127

Legende:

MW: Mittelwert

SD: Standardabweichung

P: Signifikanz (*= signifikant, **= sehr signifikant, ***= hoch signifikant)

Patienten, welche Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT-Empfehlung hatten, litten mehr unter sozialen Ängsten und öfter an ängstlich- depressiver Stimmung.

Ein signifikanter Wert in der Skala „Einschränkung der Lebensqualität“ wäre ebenfalls zu erwarten gewesen, ist jedoch nicht zu beobachten.

Nicht überraschend ist das Ergebnis der Skalen 2 und 3, welche den Juckreiz und die Hilflosigkeit der Patienten beschreiben. Es war zu erwarten, daß die Patienten, welche vermehrt unter Juckreiz und Hilflosigkeit litten nicht vermehrt Probleme mit der Umsetzung der PT- Empfehlung hatten.

Tab.11

Gruppe „geantwortet“ und „richtig an die PT- Empfehlung erinnert“

Vergleich der Patienten mit/ ohne Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung im SCL- 90 R

SCL- 90- R Skalen	Keine Probleme		Probleme			
	n= 16		n= 12			
	MW	SD	MW	SD	t-Wert	p
1: Somatisierung	0,98	0,84	1,47	0,96	-1,43	,160
2: Zwanghaftigkeit	1,04	0,77	1,89	0,69	-3,03	,005 **
3: Unsicherheit im Sozialkontakt	1,03	0,98	1,93	0,94	-2,45	,021 *
4: Depressivität	1,17	1,06	2,07	0,96	-2,33	,028 *
5: Ängstlichkeit	1,14	1,04	1,80	0,96	-1,71	,098
6: Aggressivität	0,83	0,69	1,43	0,69	-2,27	,031 *
7: Phobische Angst	0,47	0,68	1,29	1,10	-2,41	,023 *
8: Paranoides Denken	0,95	0,98	1,69	1,35	-1,69	,102
9: Psychotizismus	0,63	0,60	1,00	0,51	-1,77	,088
GS	84,56	70,61	147,00	70,62	-2,32	,029 *
GSI	0,94	0,79	1,64	0,79	-2,31	,029 *
PST	43,13	19,82	62,75	14,68	-2,88	,008 **
PSDI	1,70	0,74	2,25	0,73	-1,94	,063

Die signifikanten Ergebnisse des SCL- 90 R verteilen sich auf Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität, Phobische Angst und Zwanghaftigkeit. Bei letzterem fällt ein sehr signifikantes Ergebnis auf ($p= 0.005$).

Auch der GSI, welcher die grundsätzliche psychische Belastung der Patienten beschreibt, ist signifikant, d.h. die Patienten mit Problemen bei der Umsetzung der PT- Empfehlung litten unter einer stärkeren psychischen Belastung als diejenigen, welche ohne Probleme eine Therapie begonnen.

Von den 29 Patienten (s. Tab.9) , die antworteten und sich richtig an eine PT- Empfehlung erinnerten, hatten 57,1 % ($n= 16$) keine Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung s. Tab.12).

Tab.12

	Männer	Frauen	Summe n=
Keine Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung	3 (10,7%)	13 (46,4%)	16 (57,1%)
Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung	5 (17,9%)	7 (25%)	12 (42,9%)
Summe	8 (28,6%)	20 (71,4%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $x^2= 1,76$

Signifikanz: $p= .184$

Tab.13

	Keine Besserung der körperl. Beschwerden erwartet	Besserung körperl. Beschwerden erwartet	Summe n=
Keine Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung	3 (10,7%)	13 (46,4%)	16 (57,1%)
Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung	1 (3,6%)	11 (39,3%)	12 (42,9%)
	4 (14,3%)	24 (85,7%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $\chi^2 = 0,61$

Signifikanz: $p = .436$

Bei Zugrundelegung der unterschiedlichen Erwartungen an die Sprechstunde ist festzustellen, daß 54,2% (entspricht 13 von n=24 Patienten) der Patienten, welche Besserung ihrer körperlichen Beschwerden erwarteten, keine Probleme bei der Umsetzung der Empfehlung hatten (s. Tab.13).

Insgesamt erwarteten lediglich 4 Patienten keine Besserung der körperlichen Beschwerden.

Von denjenigen Patienten, die sich Ratschläge zur Verhaltensänderung erwarteten, fiel es der Mehrheit (52,9%, entspricht 9 von n= 17 Patienten) schwer, eine PT oder ähnliches (Autogenes Training z.B.) zu beginnen und durchzuführen (s. Tab.14).

Tab.14

	Keine Ratschläge zur Verhaltensänderung erwartet	Ratschläge zur Verhaltensänderung erwartet	Summe n=
Keine Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung	8 (28,6%)	8 (28,6%)	16 (57,1%)
Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung	3 (10,7%)	9 (32,1%)	12 (42,9%)
	11 (39,3%)	17 (60,7%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $\chi^2=1,80$

Signifikanz: $p= .180$

Hier wäre ein anderes Ergebnis zu erwarten gewesen. Gerade diese Patientengruppe erwartete Ratschläge zur Verhaltensänderung, so daß davon ausgegangen werden konnte, eine PT- Empfehlung würde ohne Probleme umgesetzt werden.

Acht Patienten erwarteten Hilfe bei partnerschaftlichen Problemen.

Von diesen hatten $n=6$ (21,4%) vermehrt Probleme bei der Umsetzung der PT- Empfehlung ($p= .030^*$; s. Tab.15).

Tab.15

	Keine Partnerschafts- hilfe erwartet	Partnerschafts- hilfe erwartet	Summe n=
Keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	14 (50%)	2 (7,1%)	16 (57,1%)
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	6 (21,4%)	6 (21,4%)	12 (42,8%)
	20 (71,4%)	8 (28,6%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $x^2=4,73$ Signifikanz: $p= .030^*$

Dazu passt das Ergebnis der Patienten, welche Hilfe zu familiären Problemen erwarteten- 71,1% (entspricht 5 von n=7 Patienten) der Patienten hatten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Empfehlung ($p= .078$; Tab.16).

Tab. 16

	Keine Hilfe bei familiären Problemen erwartet	Hilfe bei familiären Problemen erwartet	Summe n=
Keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	14 (50%)	2 (7,1%)	16 (57,1%)
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	7 (25%)	5 (17,9%)	12 (42,9%)
Summe	21 (75%)	7 (25%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $x^2=3,11$ Signifikanz: $p= .078$

Da es den Anschein hat, daß die Patienten, deren Erwartungen im familiären Bereich nicht erfüllt wurden vermehrt Schwierigkeiten in der Umsetzung der Therapieempfehlung hatten, war das folgende Ergebnis zu erwarten:

11 Patienten (39,3%), welche als Mit- Ursache für ihre Erkrankung Belastungen in der Familie angaben, hatten mit $p=.074$ ($n=7$, entspricht 25%) Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung (Tab.17).

Tab.17

	Ursache der Erkrankung: keine Belastungen i. d. Familie	Ursache der Erkrankung: Belastungen i. d. Familie	Summe n=
Keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	12 (42,9%)	4 (14,3%)	16 (57,2%)
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	5 (17,9%)	7 (25%)	12 (42,9%)
Summe	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $\chi^2 = 3,19$

Signifikanz: $p = .074$

Tab.18

	Ursache der Erkrankung: keine Sexuelle Probleme	Ursache der Erkrankung: Sexuelle Probleme	Summe n=
Keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	15 (53,6%)	1 (3,6%)	16 (57,2%)
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	8 (28,6%)	4 (14,3%)	12 (42,9%)
Summe	23 (82,2%)	5 (17,9%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $\chi^2 = 3,43$

Signifikanz: $p = .064$

Weiterhin auffällig ist das Ergebnis der Gruppe, welche für ihre Beschwerden sexuelle Probleme ursächlich angab: 4 von 5 Patienten (80%) gaben an, Probleme bei der Umsetzung der PT-Empfehlung zu haben (s.Tab.18).

Bei der Frage nach der Abhängigkeit von Lebensereignissen bei der Umsetzung der Therapieempfehlung zeigt sich, daß 7 von 10 Patienten (70%), die ein Lebensereignis angaben, Probleme in der Umsetzung hatten (s. Tab.19).

Tab. 19

	Kein Ereignis („life- events“)	Besonderes („life- events“)	Besonderes Ereignis („life- events“)	Summe n=
Keine Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	10 (35,7%)		3 (10,7%)	13 (46,4%)
Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung	5 (17,9%)		7 (25%)	12 (42,9%)
Summe	15 (53,6%)		10 (35,7%)	28 (100%)

Chi- Quadrat: $\chi^2 = 3,23$

Signifikanz: $p = .072$

3.4 Unterschiede zwischen T1 / T2

Betrachtet man die Patientengruppen mit bzw. ohne Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung im Hinblick auf eventuelle Unterschiede zwischen T1 und T2, so lassen sich folgende Feststellungen machen:

Mit einem sehr signifikanten Ergebnis von $p=0,008$ ** litt die Gruppe ohne Schwierigkeiten mit der Umsetzung der PT- Empfehlung weniger unter sozialen Ängsten als die Gruppe, die Probleme angaben.

Diese Gruppe litt auch weniger unter ängstlich- depressiver Stimmung ($p=0,017$ *).

Die signifikanten Ergebnisse des SCL- 90- R zeigen, daß die Patienten mit Schwierigkeiten mehr unter Zwanghaftigkeit ($p=0,027$ *) und Depressivität ($p=0,043$ *) litten. Ebenso war bei dieser Gruppe die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung auftrat, vermehrt ($p=0,029$).

Bei der Untersuchung aller Patienten (mit UND ohne Schwierigkeiten beim Umsetzen der PT- Empfehlung) im Vergleich der beiden Zeitpunkte T1 und T2 findet sich lediglich ein signifikantes Ergebnis.

In der Skala 4 des SCL- 90 R kann mit einem $p=0,036^*$ belegt werden, daß die Patienten zum Zeitpunkt T2 mehr unter Depression litten als zum Zeitpunkt T1.

Nicht signifikant wird das Ergebnis der Skala 5, „Ängstlichkeit“, es läßt mit einem $p=0,073$ jedoch eine Tendenz erkennen, daß die Patienten an T2 mehr unter Ängstlichkeit litten.

Auch bei der Untersuchung der Interaktion zwischen den Gruppen läßt sich kein signifikantes Ergebnis finden, es lassen sich jedoch folgende Tendenzen erkennen:

Setzt man die Entwicklung der Gruppen über die Zeit in Bezug zueinander finden sich differenzierte Verläufe bei den Skalen „Depressivität“ sowie „Phobische Angst“ im SCL- 90 R. Auch bei der Betrachtung der Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt („PST“) findet sich eine unterschiedliche Entwicklung der Gruppen.

In allen drei Fällen verringerte sich bei der Gruppe ohne Schwierigkeiten mit der Umsetzung der PT- Empfehlung die Belastung durch die untersuchte Variable, bei der Gruppe mit Schwierigkeiten hingegen stieg die Belastung(s. Tab. 20 a-c).

Tab.20a

Vergleich der beiden Meßzeitpunkte in bezug auf Schwierigkeiten
beim Umsetzen der Therapieempfehlung

Skalen des MHF	Zeitpunkt (Mittelwerte)		Zeitpunkt (Mittelwerte)		F- Wert	p=	Faktor 1= Zeitfaktor		Interaktion	
	„NEIN“	„JA“	„NEIN“	„JA“			F- Wert	p=	F- Wert	p=
MHF 1: Soziale Ängste	35,179	47,87	32,987	47,286	8,24	0,008**	0,45	0,51	0,15	0,702
MHF 2: Juckreiz	25,409	24,754	22,867	22,33	0,04	0,853	2,64	0,117	0	0,97
MHF 3: Hilflosigkeit	26	32,5	25,813	31,3	4,21	0,051	0,18	0,672	0,1	0,757
MHF 4: Ängstl.-depr. Stimmung	26,25	31,94	25,143	31,636	6,53	0,017*	0,4	0,532	0,13	0,72
MHF 5: Einschränkung der Lebensqualität	11,613	15,22	12,569	15,4	3,04	0,094	0,25	0,621	0,12	0,735
MHF 6: Informationssuche	11,188	11,425	10,125	11,727	1,22	0,28	0,26	0,614	0,84	0,367

„Nein“: keine Probleme in der Umsetzung der PT- Empfehlung

„Ja“: Probleme in der Umsetzung der PT- Empfehlung

Tab.20b

Vergleich der beiden Meßzeitpunkte in bezug auf Schwierigkeiten
beim Umsetzen der Therapieempfehlung

Skalen des SCL- 90- R	Zeitpunkt (Mittelwerte)		Zeitpunkt (Mittelwerte)		F- Wert	p=	Faktor 1= Zeitfaktor		Interaktion	
	„NEIN“	„JA“	„NEIN“	„JA“			F- Wert	p=	F- Wert	p=
SCL 1: Somatisierung	0,929	1,455	0,91	1,429	2,51	0,128	0	0,949	0,04	0,84
SCL 2: Zwanghaftigkeit	1,067	1,626	0,92	1,861	5,68	0,027*	0,16	0,696	2,93	0,102
SCL 3: Unsicherheit im Sozialkontakt	1,037	1,509	0,944	1,758	4,18	0,054	0,39	0,539	1,86	0,187
SCL 4: Depressivität	0,946	1,484	1,005	1,979	4,62	0,043*	5,03	0,036*	3,1	0,093
SCL 5: Ängstlichkeit	0,975	1,384	1,158	1,727	1,7	0,206	3,56	0,073	0,33	0,573
SCL 6: Aggressivität	0,778	1,288	0,875	1,379	3,23	0,086	0,63	0,436	0	0,979
SCL 7: Phobische Angst	0,536	0,87	0,466	1,117	2,14	0,159	1,16	0,294	3,69	0,068
SCL 8: Paranoides Denken	0,667	1,333	0,808	1,485	3,38	0,08	1,04	0,319	0	0,973
SCL 9: Psychotizismus	0,565	0,864	0,5	0,93	3,23	0,087	0	0,994	0,28	0,6

„Nein“: keine Probleme in der Umsetzung der PT- Empfehlung

„Ja“: Probleme in der Umsetzung der PT- Empfehlung

Tab 20c
Vergleich der beiden Meßzeitpunkte in bezug auf Schwierigkeiten
beim Umsetzen der Therapieempfehlung

Summenwerte des SCL- 90- R	1. Zeitpunkt (Mittelwerte)		2. Zeitpunkt (Mittelwerte)		F- Wert	p=	Faktor 1= Zeitfaktor		Interaktion	
	„NEIN“	„JA“	„NEIN“	„JA“			F- Wert	p=	F- Wert	p=
GSI: Grundsätzliche psychische Belastung	0,863	1,325	0,863	1,551	3,98	0,059	1,5	0,235	1,48	0,237
PST: Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt	46,167	55,727	40,167	62,364	5,49	0,029*	0,01	0,925	3,62	0,071
PSDI: Intensität der Antworten	1,585	2	1,627	2,133	3	0,098	1,11	0,303	0,31	0,586
Genetik	2,133	2,833	2,267	2,833	1,12	0,304	0,04	0,843	0,04	0,843
Psychische Belastung	3,2	3,8	3,467	4,3	3,21	0,086	2,96	0,099	0,27	0,606
Umwelteinflüsse	2,867	3,714	2,933	3,715	2,43	0,135	0,01	0,918	0,01	0,918

„Nein“: keine Probleme in der Umsetzung der PT- Empfehlung
 „Ja“: Probleme in der Umsetzung der PT- Empfehlung

3.5 Durchgeführte Interviews

Mit dem Ziel einer Validitätskontrolle der Fragebogen und der Feststellung von eventuellen Abweichungen in der Compliance der Patienten wurden persönliche Interviews durchgeführt. Zusätzlich wurden persönliche Eindrücke notiert.

Nach dem Zufallsprinzip wurden zehn Patienten ausgewählt; von diesen waren nach einer telefonischen Anfrage sieben zu einem persönlichen Gespräch bereit (s. Material und Methoden S.16).

Das Gespräch wurde mit Einwilligung der Patienten auf Band mitgeschnitten, welches nach einer Abschrift und Zusammenfassung des Gespräches gelöscht wurde.

Die Dauer der einzelnen Befragung betrug 30- 60 Minuten.

3.5.1 Fragenkatalog des mündlichen Gesprächs

Der Fragenkatalog der mündlichen Befragung enthält elf Fragen, welche inhaltlich z.T. entsprechenden Fragen des Katamnesebogens zugeordnet werden können. Zusätzlich wurde eine eventuelle Medikamenteneinnahme erfragt.

Die Fragen lauteten wie folgt:

Frage 1: Wie ist Ihre Erinnerung an die Sprechstunde?

Frage 2: Was waren Ihre Beweggründe, die Sprechstunde zu besuchen?

Frage 3: Hat Sie etwas besonders beeindruckt?

Frage 4: Wie hat Ihnen die Sprechstunde gefallen?

Frage 5: Ist Ihnen eine Psychotherapie empfohlen worden?

Falls ja: wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert?

Falls nein: haben Sie früher schon mal eine Psychotherapie gemacht?

Frage 6: Machen Sie sich viel Gedanken über Ihre Krankheit?

Frage 7: Sind Sie mit Ihrem Leben zufrieden?

Frage 8: Freuen Sie sich auf die nächste Zukunft?

Frage 9: Haben Sie einen geregelten Tagesablauf?

Frage 10: Haben Sie eine Sie ausfüllende Freizeitbeschäftigung?

Frage 11: Hat Ihnen die Sprechstunde gut getan/ etwas gebracht?

Medikamente?

3.5.2 Zuordnung der Fragen des mündlichen Gespräches zu Fragen des Katamnesebogens

Den Fragen 1 bis 5 und 11 wurden je eine bis zwei inhaltlich entsprechende Fragen des Katamnesebogens zugeordnet:

Mündliches Gespräch	Katamnesebogen
Frage 1	Frage 8
Frage 2	Frage 10 + 3
Frage 3	Frage 7
Frage 4	Frage 4
Frage 5	Frage 5
Frage 11	Frage 12 + 14

Die Fragen 6 bis 10 werden unabhängig betrachtet. Sie dienen einer Einschätzung der derzeitigen Zufriedenheit des Patienten mit seiner Lebenssituation.

In der folgenden Tabelle 21 erfolgt eine Aufstellung, inwieweit die Antworten im Katamnesebogen mit denen des Interviews übereinstimmen.

Ein „+“ steht für übereinstimmende Antworten, ein „-“ bedeutet, die Antwort fiel anderslautend aus. Bei einem Leerkästchen hatte der Patient die betreffende Frage im Katamnesebogen nicht beantwortet.

Tab. 21

Interview- Frage :	1	2	3	4	5	11			Überein- stimmungen
Katamnese- bogenfrage:	8	10	3	7	4	5	12	14	
Patient 1	+				+		-	+	3
Patient 2	+			+	+	+			4
Patient 3	+	+	+	+	+		-	+	6
Patient 4	+	+	+			+	+	-	5
Patient 5	+				+	+			3
Patient 6				+			+	+	3
Patient 7						+			1

Somit sollte eine Erfassung der Validität der Antworten ermöglicht werden.

Es zeigte sich, daß die Fragen 1, 4 und 5 von fünf bzw. je vier Patienten in gleicher Weise beantwortet wurden. Diese Fragen bezogen sich direkt auf die Erinnerung des Patienten an die Sprechstunde („gut“ - „schlecht“) sowie auf die Wahrnehmung der Sprechstunde („Hat Ihnen die Sprechstunde gefallen?“). Frage 5 fragte direkt nach einer empfohlenen Psychotherapie.

3.5.3 Zusammenfassung der einzelnen Gespräche

Da sich die halbstandardisierten Interviews quantitativ nicht auswerten lassen, sollen im Folgenden die sieben interviewten Patienten kurz dargestellt werden:

Patient 1:

Die Patientin ist im allgemeinen mit der Sprechstunde sehr zufrieden, „es hat sich jemand gekümmert...“. Sie fühlte sich dort gut aufgehoben und die Gespräche haben ihr gut getan.

Bei der Beantwortung der offen gestellten Fragen kann sie gut über ihre derzeitige Situation reflektieren. Es ist ihr bewußt, daß viel ihrer Problematik mit ihrer häuslichen Situation zusammenhängt. Da ihr Mann ebenfalls erkrankt ist und sich in steter ärztlicher Behandlung befindet hat sie den Eindruck, ihre Erkrankung sei nicht so schwer zu ertragen, da ihr Mann „es viel schlimmer hat“. Sie freue sich auf die nächste Zukunft.

Diese Patientin wirkt trotz ihrer Probleme lebenslustig. Sie lebt in der typischen Situation als Ehefrau „alter Schule“, beklagt sich jedoch nicht darüber und möchte, so hat es den Anschein, diese auch nicht ändern.

Für sie hat der Besuch der Sprechstunde nachhaltigen Nutzen gebracht und sie nimmt zum damaligen Gesprächszeitpunkt weiterhin an Beratungsgesprächen teil, da ein längerer Therapieaufenthalt in einer Klinik wegen ihres Mannes für sie nicht in Frage kommt.

Patient 2:

Dieser Patient bezeichnet die Sprechstunde mit den Attributen „einmalig“, „eher gut“. Ihm ist eine Psychotherapie empfohlen worden. Sein Umfeld ist dieser Empfehlung gegenüber positiv eingestellt und rät ihm, daran teilzunehmen. Der Patient hat sich selbst vorgenommen, eine Psychotherapie durchzuführen, da er Probleme bei der Arbeit aufgrund seiner Beschwerden hat. Für ihn wurde „ein Stein in´s Rollen gebracht“.

Seine größte Sorge ist das Wiederauftreten der Beschwerden und damit verbundene Schwierigkeiten an seiner Arbeitsstelle.

Der Patient wirkt sehr einsichtig (er vermutete selber psychische Ursachen seiner Erkrankung) und wirkt zufrieden. Die Sprechstunde half ihm, sich auszusprechen und seine Probleme anzugehen.

Patient 3:

Diese Patientin war sehr erfreut, daß ihr Ehemann sie begleiten durfte. Zudem konnte sie sich „alles von der Seele reden“. Die Erwartungen, welche sie an die Sprechstunde stellte, haben sich erfüllt. Sie hat den Eindruck, daß das Gespräch sie selbstbewußter gemacht hat, sie freut sich auf weitere Gespräche. Die ihr gegebene Psychotherapieempfehlung ist von ihrem Umfeld positiv aufgenommen worden. Sie hat bereits zwei Therapien hinter sich. Für die Zukunft wünscht sie sich mehr Selbstvertrauen.

Bei dieser Patientin ergaben sich die meisten Übereinstimmungen mit den Ergebnissen den Katamnesebogens (sechs Übereinstimmungen).

Patient 4:

Die Sprechstunde habe ihr zwar gut gefallen und es war sinnvoll, doch diese Patientin ist der Meinung, daß ein Gespräch ihr Leben nicht ändern kann. Zudem sei sie mit ihrem Leben zufrieden und habe die Sprechstunde lediglich auf Empfehlung ihrer Hautärztin aufgesucht. Im Verlaufe des Gespräches entsteht der Eindruck, daß sie nicht bereit ist, eine psychische Ursache für die Mitentstehung ihrer Hautproblematik gelten zu lassen. Allerdings habe ihr das Gespräch gezeigt, daß Hautprobleme durch die Psyche beeinflussbar sind.

Diese Patientin wirkt dem Beratungsgespräch gegenüber aufgeschlossen, lehnt für sich persönlich aber eine psychische Beteiligung an ihrer Problematik noch eher ab. Sie bekam keine Psychotherapieempfehlung.

Patient 5:

Diese Patientin befindet sich in einer akuten Trennungssituation und empfindet daher die wöchentlichen Gespräche als sehr angenehm. Sie bekam in der Sprechstunde eine Psychotherapieempfehlung und laut ihrer Aussage war es ihrem Mann „egal“.

In den wöchentlich außerhalb der Sprechstunde fortgeführten Sitzungen fühlt sie sich deshalb ernst genommen, sie hat „Rat bekommen, was als nächstes zu machen ist“. Ihr geht es seit Beginn der Sprechstunde besser, ihr Leben hat so ein wöchentliches „Highlight“ bekommen, welches sie von ihren alltäglichen Sorgen entlastet.

Bei dem Gespräch wird deutlich, wie sehr diese Patientin auf Unterstützung hofft. Es entsteht der Eindruck, daß sie froh darüber ist, jemanden zu haben der ihr zuhört und nicht ihr die Schuld an der familiären Situation gibt.

Patient 6:

Der Arzt hat ihr die Sprechstunde empfohlen, jedoch hat sie schon im ersten Gespräch gedacht, „das bringt ihr nichts“.

„Man muß zuviel Intimes erzählen“, sagt sie; sie hatte in der Sprechstunde nach eigenen Angaben nicht das Bedürfnis, sich zu äußern. Dieser Patientin ist eine Psychotherapie empfohlen worden, die sie jedoch nicht durchgeführt hat. Sie begründet diese Entscheidung mit Zeitnot. Zudem gehe es ihr jetzt besser, auch vorher sei sie mit ihrer Erkrankung gut zurechtgekommen.

Die Patientin wirkt während des Gespräches sehr desinteressiert und beantwortet nur knapp und unwillig die Fragen. Sie möchte sich nicht mehr mit der Sprechstunde beschäftigen und es entsteht der Eindruck, daß sie am liebsten ihre Probleme verdrängen möchte und sie herunterspielt. Sie wirkt sehr unruhig und „auf der Hut“ vor der nächsten Frage.

Patient 7:

Bei dieser Patientin ist nur eine Übereinstimmung festzustellen zwischen den Antworten des persönlichen Gespräches und des Anamnesebogens. Die Frage nach der Psychotherapieempfehlung beantwortete sie jeweils mit „Ja“. Allerdings hat sie eine begonnene Therapie aus Termingründen abgebrochen. Ihr Umfeld hatte positiv darauf reagiert, ihr Freund unterstützt sie.

Die Sprechstunde hat ihr Denkanstöße gegeben und sie konnte ihr Verhalten ändern. Allerdings beklagt sie eine „kalte Atmosphäre“ der Sprechstunde. Mittlerweile kann sie einige veränderte Hautstellen akzeptieren und freut sich auf die nächste Zukunft mit ihrem Freund.

Die Patientin wirkt ruhig und ausgeglichen. Die Denkanstöße, welche sie durch die Sprechstunde erhielt, hat sie erfolgreich umgesetzt und für sich einen Weg gefunden, mit ihrer Erkrankung umzugehen.

4. Diskussion

4.1 Diskussion der Ergebnisse des Katamnesebogens

Der Katamnesebogen untersuchte mit 14 zum Teil offen gestellten Fragen die Erwartungen und auch die Zufriedenheit der Patienten, die diese an das geführte Gespräch hatten.

Von den 139 Patienten, welche angeschrieben wurden, sandten 67 (48,2%) den Fragebogen zurück und 63 gingen in die Auswertung ein. Von diesen 63 Patienten gaben 50% an, ihre an die Sprechstunde gestellten Erwartungen hätten sich teilweise erfüllt. Zu den Erwartungen gehörte beispielsweise, sich aussprechen zu können (35,4%), Ratschläge zur Verhaltensänderung zu bekommen (46,2%), Beratung in einer Krise zu erhalten (53,4%), oder selbstverständlich auch der Wunsch nach Besserung der Beschwerden (90,8%). Auch bei der Studie von Fritzsche et al. (1999) bei Konsilpatienten aus der Hautklinik äußerten 28% der Patienten den Wunsch nach einem Gespräch. Lackner et al. berichten in ihrer Untersuchung zur Zufriedenheit im psychosomatischen Konsildienst, daß 60 % ihrer Patienten sich im Gespräch gut verstanden gefühlt haben. In einer Katamnese studie zur Wirksamkeit psychosomatischer C/L- Dienste am Frankfurter Klinikum schätzten zwei Drittel der Patienten die C/L- Kontakte als produktiv ein (Jordan et al 1989).

Der überwiegende Teil unserer Patienten konnte sich an das Gespräch erinnern (77,3%). Daß das Gespräch einen guten Eindruck hinterlassen hat spiegelt sich ebenfalls in der Zufriedenheit wider: Gut zwei Drittel (68,8%) gaben an, mit dem Gespräch zufrieden gewesen zu sein. Hierbei scheint vielleicht die Aussage von wiederum 68,8% der Patienten von Bedeutung zu sein, daß sie sich vor dem Besuch der Sprechstunde ausreichend über den Überweisungsgrund informiert fühlten. Es ist daher anzunehmen, daß nicht schon im Vorfeld eventuell übermäßig falsche Erwartungen vorhanden waren. Das ist erfreulich, zeigt

es doch, daß der Einzelne verhältnismäßig gut unterrichtet war, worum es sich bei der Sprechstunde handelte. Es ist nur zu vermuten, daß sich daraufhin eine positive Erwartungshaltung einstellte. Die hohe Zufriedenheit scheint diese Annahme zu bestätigen. Drei Viertel der von Welzel- Ruhrmann et al. (1999) untersuchten Patienten waren zufrieden oder sehr zufrieden mit der Konsultation eines psychosomatisch- dermatologischen Konsiliardienstes.

Die Frage nach der Besserung des Befindens nach Besuch der Sprechstunde wurde von 59,3% durchweg positiv beantwortet. Bei Lackner et al. (1996) waren es lediglich 30 % der Patienten, die angaben, das Gespräch habe ihnen sehr geholfen.

Untersucht man nun die Antworten bezüglich der eventuell gegebenen Psychotherapie- Empfehlung (im Folgenden: PT-E.) zeichnet sich ab, daß sich insgesamt n=34 an eine PT- E. erinnerten. Nach Vergleich mit der Erstbefragung stellte sich heraus, daß sich n=29 Patienten richtig erinnerten, also zum Zeitpunkt der Erstbefragung auch wirklich eine solche Empfehlung bekommen hatten.

Einschränkend muß hier erwähnt werden, daß bei der Frage nach einer gegebenen PT- E. nicht genau eingeschränkt wurde, um welche Form es sich handelte. D.h. auch eine Empfehlung, z. B. Autogenes Training auszuüben oder eine Kur durchzuführen konnte von den Patienten hier als gegebene PT-E. aufgefaßt werden. Dieses ist im Nachhinein sicher als eine Unsicherheit des Katamnesebogens zu bewerten.

Unabhängig hiervon ist es jedoch interessant, daß sich von 15 Patienten fünf an eine solche Empfehlung „erinnerten“, aber nicht erhalten hatten. Hierbei mag eine Rolle spielen, daß für die meisten der Patienten der Besuch der Sprechstunde der „erste Kontakt“ mit der Psychosomatik gewesen sein wird. Vom medizinischen Laien wird dieser Begriff nicht selten mit „Psychiatrie“ gleichgesetzt. Dies mag zur verfälschten

Erinnerung der Patienten beigetragen haben. Für diese fünf war vielleicht der Besuch der Sprechstunde schon gleichbedeutend mit einer Psychotherapie.

Im Gegenzug hatten 16 von 45 Patienten eine Empfehlung bekommen, konnten sich aber hieran nicht erinnern. Dieses Ergebnis ist etwas erstaunlich, da $n=30$ (46,2%) Ratschläge zur Verhaltensänderung erwartet hatten. Als Erklärungsansatz scheint es möglich, daß die PT- E. nicht deutlich genug ausgesprochen wurde. Es wäre aber ebenso denkbar, daß die Patienten am Ende des geführten Gespräches eine mündlich gegebene Empfehlung nicht mehr bewußt aufgenommen haben. Hier wäre es sicher wichtig, in Zukunft darauf zu achten, daß den Patienten die gegebene Behandlungsempfehlung besser in Erinnerung bleibt. Eine Möglichkeit wäre mit einer schriftlichen Darlegung vorhanden, wobei dies in der Praxis nicht einfach durchzuführen wäre. Aber der Patient könnte mehr in den weiteren Verlauf einbezogen werden, wenn ihm beispielsweise eine kurze Zusammenfassung des Gespräches mit der abschließenden Behandlungsempfehlung nach Ablauf einer kurzen Zeitspanne schriftlich übermittelt würde. Eine andere Möglichkeit böte sich unter Einbeziehung des den Patienten nach dem Gespräch weiter betreuenden Arztes. In einem Gespräch über den stattgehabten Besuch der Sprechstunde würde der Patient selber nochmals darüber reflektieren und sich so vermehrt einprägen können.

Betrachtet man die Patienten, welche sich richtig an eine gegebene PT-E. erinnerten ($n=29$, aufgrund fehlerhaft ausgefüllter Fragebogen gingen nur $n=28$ in die Statistik ein), so lassen sich folgende Feststellungen machen:

Von den o.g. 30 Patienten, welche sich Ratschläge zur Verhaltensänderung erwarteten, hatten sich 17 richtig an eine gegebene PT-E. erinnert. Von diesen waren jedoch nur 9 bereit, eine Psychotherapie zu beginnen. Dies entspricht einem Prozentsatz von gut 50 %, diese Zahl deckt sich annähernd mit

dem Ergebnis von Lackner et al. (1996): hier wollten 46 % der Patienten „Schritte in die vom Konsiliarius empfohlene Richtung unternehmen“.

Acht Patienten hatten Hilfe bei partnerschaftlichen Problemen erwartet- von diesen hatten n=6 mit einem $p=0,030$ signifikant Probleme mit der Umsetzung der Empfehlung. Auffallend auch die Gruppe von n=5 Patienten, die angaben, sexuelle Probleme seien die Ursache ihrer Erkrankung. Von diesen hatten n=4 ebenfalls Schwierigkeiten mit der PT-E. Meines Erachtens ist es auffällig, daß gerade die Patienten, welche soziale Schwierigkeiten haben, Probleme mit der gegebenen Empfehlung hatten. Dies wäre ein noch zu lösender Aspekt: Möglicherweise wäre es sinnvoll, für solche Patienten z. B. direkt einen Gesprächstermin bei einem Psychotherapeuten zu vermitteln? Würde dies den Patienten helfen, eine Psychotherapie durchzuführen?

4.2 Diskussion der Ergebnisse des MHF

Der MHF mißt mit seinen sechs Skalen die Krankheitsverarbeitung von Hauterkrankungen. Es stellte sich dabei die Frage, inwieweit eine einzige diagnostische Liaisonsprechstundensitzung in der Lage ist, hier Veränderungen zu bewirken? Hilfreich ist hier ein Vergleich der Skalen- Mittelwerte von Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und der Gruppe, welche antwortete recht aufschlußreich (s. Tab.22).

Tab.22

Vergleich der Skalen- Mittelwerte von unterschiedlichen Diagnosen mit denen der Gruppe „geantwortet“

Skalen des MHF	Gruppe „geantwortet“	Neuro- dermitis	Psoriasis	Akne
Soziale Ängste	31,66	35,8	40,2	31,0
Juckreiz	16,87	26,1	20,6	16,5
Hilflosigkeit	24,18	26,6	26,5	25,1
Ängst.-depr.Stimmung	21,48	22,8	20,3	20,9
Einschränkung der Lebensqualität	10,66	15,0	13,8	10,0
Informationssuche	9,82	11,5	11,7	11,0

: Höchster Wert der Tabelle

Auffallend ist, daß die Skalen- Mittelwerte der Sprechstunden-Patienten sich nicht von denen der Diagnosegruppen der Eichstichprobe unterscheiden. Das spricht dafür, daß die Patientenwerte der vorliegenden Studie durchaus als valide angesehen werden können, jedoch ist auch zu folgern, daß der Besuch der Sprechstunde als einmaliges Erlebnis die Werte nicht hat senken können.

Bei der Betrachtung der Unterschiede in den Skalen des MHF zwischen den Gruppen „geantwortet“/ „nicht-geantwortet“ findet sich ein signifikantes Ergebnis in der Skala 2 („Juckreiz“, s. Ergebnisteil S.24):

Die Patientengruppe, welche antwortete, litt mit einer Signifikanz von $p=0,004$ weniger unter Juckreiz als diejenigen Patienten, welche nicht bereit waren zu antworten. Dies ließe meines Erachtens folgende Interpretationsmöglichkeiten zu: Es ist denkbar, daß der Besuch der Sprechstunde soviel bewirkt hat, daß sich die Erkrankung und ein eventuell bestehender Juckreiz gebessert haben. Gleichermäßen wäre denkbar, daß sich der Juckreiz unabhängig von der Sprechstunde verbessert hat.

Schließlich scheint eine weitere Möglichkeit dahingehend denkbar, daß die Patienten gelernt haben könnten, auch unabhängig vom Besuch der Sprechstunde, besser mit ihrem Juckreiz umzugehen und ihn daher nicht mehr als so quälend empfinden.

Diese drei Möglichkeiten können durch diese Studie leider nicht eindeutig geklärt werden, es ist jedoch durchaus berechtigt, die Verminderung des Juckreizes darauf zurückzuführen, daß die Patienten die Sprechstunde besuchten. Zum einen fanden sie dort psychologische Unterstützung und Annahme ihrer Erkrankung und so schon eine Erleichterung, zum anderen ist einigen bewußt geworden, daß ihre Psyche großen Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung haben kann. So waren sie nach dem Besuch der Sprechstunde eher in der Lage, sich darauf einzustellen und eventuellen psychischen Streß zu vermindern.

Untersucht man die Gruppen nun weiter in Bezug auf Unterschiede zur Erstbefragung, so läßt sich aus den Ergebnissen des MHF kein signifikantes Ergebnis ablesen.

In der subjektiven Einschätzung hinsichtlich des Einflusses psychischer Faktoren kommt es zu einem signifikanten Ergebnis: Mit einem $p = 0,007$ haben laut Selbsteinschätzung die Patienten in der Katamnese im Vergleich zum Ausgangsbefund psychischen Faktoren einen Einfluß auf ihre Erkrankung zugestanden. Dies Ergebnis läßt den Rückschluß zu, daß das Gespräch die Patienten für ihre Psyche und deren Einflüsse sensibilisiert haben könnte. Windemuth et al. (1999) konnten bei dermatologischen Patienten einen um etwa dreifach erhöhten Prozentsatz an psychischen Auffälligkeiten gegenüber somatische Gesunden nachweisen.

Bei der Betrachtung der Unterschiede der Patienten, die Probleme bei der Umsetzung einer erhaltenen PT- Empfehlung hatten, finden sich zwei signifikante Ergebnisse. Die Patientengruppe mit

Problemen litt signifikant vermehrt unter sozialen Ängsten sowie unter ängstlich- depressiver Stimmung. Hier liegt es nahe, vereinfachend davon auszugehen, daß diese Patienten von vorneherein Probleme mit sozialen Kontakten hatten und eher ängstlich- depressiv sind. Daher haben sie verständlicherweise ebenfalls Probleme damit, sich einem Psychotherapeuten anzuvertrauen. Das Problem mag jedoch auch darin gelegen haben, daß diesen Patienten der Antrieb fehlte, um die empfohlene Therapie zu beginnen oder überhaupt in Angriff zu nehmen und sich einen Therapieplatz zu suchen. Hier wäre es vielleicht sinnvoll darüber nachzudenken, ob in Zukunft für solche Patienten der Gesprächspartner der Sprechstunde eine Therapie direkt vermitteln sollte, bzw. wie man solche Patienten besser motivieren könnte. Sicher ist es jedoch notwendig unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse diesen psychisch durchaus auffälligen Patienten vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken, um die Möglichkeit der Umsetzung einer PT- E. zu verbessern. Welzel- Ruhrmann et al. (1999) weisen daraufhin, daß nach ihrer Erfahrung eine aktive Unterstützung bei der Therapieplatzsuche die Compliance maßgeblich zu erhöhen scheint.

Bei der Betrachtung der Patientengruppen über die beiden Zeitpunkte der Studie in Bezug auf eventuelle Probleme bei der Umsetzung der PT- Empfehlung findet man zwei signifikante Ergebnisse: Die Gruppe ohne Schwierigkeiten litt weniger unter sozialen Ängsten ($p= 0,008$) und unter ängstlich- depressiver Stimmung ($p= 0,017$).

4.3 Diskussion der Ergebnisse des SCL- 90 R

Zunächst einmal sei hier ein Vergleich der Skalen- Mittelwerte der Gruppe, welche antwortete, mit denen der Normalbevölkerung

sowie mit denen von ambulanten Psychiatriepatienten vorgestellt (s. Tab.23).

Tab.23

**Vergleich der Skalen- Mittelwerte von: Gruppe „geantwortet“/
Normalbevölkerung/ amb. Psychiatriepatienten**

Skalen des SCL- 90 R	Normalbevöl- kerung	Gruppe `geantwortet`	Ambulante Psychiatrie- patienten
Somatisierung	0,35	0,87	0,84
Zwanghaftigkeit	0,47	0,80	1,47
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,41	0,74	1,41
Depressivität	0,40	0,86	1,79
Ängstlichkeit	0,29	0,73	1,47
Aggressivität	0,31	0,59	1,10
Phobische Angst	0,14	0,31	0,74
Paranoides Denken	0,35	0,77	1,16
Psychotizismus	0,18	0,42	0,94
GSI	0,33	0,72	1,26
PST	23,10	35,14	50,17
PSDI	1,22	1,68	2,14

: Skalenwerte des SCL-90 R über denen von amb. Psychiatriepatienten

: Skalenwerte über denen der Normalbevölkerung

Hier besticht die Lage der Gruppe „geantwortet“ mit ihrer Lage bezüglich der Skalen- Mittelwerte genau zwischen den Werten der Normalbevölkerung und denen von ambulanten Psychiatriepatienten. Dies ist ein deutlicher Nachweis für den Bedarf und die Berechtigung der Psychosomatischen Sprechstunde. Allerdings zeigt sich in der Skala „Somatisierung“ die Ähnlichkeit eher zu den Psychiatrischen Patienten. Wie zu erwarten scheinen die Patienten der Sprechstunde nicht in dem Ausmaß wie psychiatrische Patienten beeinträchtigt zu sein, jedoch deutlich höhere psychische Probleme als die gesunde Normalbevölkerung anzugeben. Schaller et al. (1998) konnten belegen, daß

Hautkranke in stationärer Behandlung nicht nur somatisch, sondern psychosomatisch krank sind.

Beim Vergleich zwischen den Gruppen „geantwortet“/„nicht geantwortet“ zeigt der SCL- 90 R kein signifikantes Ergebnis. Erst die nähere Untersuchung der Patientengruppe, die antwortete, zeigt ein signifikantes Ergebnis: Die Ängstlichkeit der Patienten hat zugenommen (Skala 5, $p= 0,05$). Dies Ergebnis ist erstaunlich, wäre doch zu erwarten gewesen, daß der Besuch der Sprechstunde die Ängstlichkeit gebessert hat. Die angegebene Ängstlichkeit kann selbstverständlich auf andere Ursachen zurückgehen, welche nichts mit dem Besuch der Sprechstunde zu tun haben. Es wäre jedoch interessant zu untersuchen, ob die zugenommene Ängstlichkeit direkt mit dem Gespräch zusammenhängt, vielleicht ausgelöst durch einfache Veränderung des bisherigen Lebensablaufes als Folge des Gespräches. Beispielsweise könnten Probleme mit der Familie durch eine veränderte Einstellung zur Erkrankung schon zu Spannungen führen.

Beim Vergleich der Patienten im Hinblick auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung der PT- Empfehlung zeigt der SCL- 90 R gleich mehrere signifikante Ergebnisse. Die Patienten mit Schwierigkeiten litten mehr unter Zwanghaftigkeit (Skala 2, $p= 0,005$), Unsicherheit im Sozialkontakt (Skala 3, $p= 0,021$), Depressivität (Skala 4, $p= 0,028$), Aggressivität (Skala 6, $p= 0,031$), und Phobischer Angst (Skala 7, $p= 0,023$). Zusätzlich zeigen die drei globalen Kennwerte Signifikanzen auf: GS: $p= 0,029$, GSI: $p= 0,029$, PST: $p= 0,008$. Die Gruppe um Schaller fand ähnliche Ergebnisse bei der Patientengruppe, denen eine PT empfohlen wurde: diese Patienten zeigten durchgängig höhere Werte in den Dimensionen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“ und „Phobische Angst“. Auch die Kennwerte waren signifikant erhöht (1998).

Die Ergebnisse der einzelnen Skalenwerte gleichen denen des MHF. Es ist wiederum nicht erstaunlich, daß Patienten mit Problemen im Sozialkontakt oder mit Depressivität nicht so einfach in der Lage sind, eine Therapie in Angriff zu nehmen. Fraglich ist jedoch, warum die Aggressivität bei diesen Patienten ausgeprägter ist. Dies könnte dadurch erklärt werden, daß diese Patienten unzufrieden mit sich sind, da sie sich unfähig fühlen, eine Therapie zu beginnen. Diese Unzufriedenheit könnte in der Folge in Aggressivität ein Ventil finden.

Im Vergleich der beiden Zeitpunkte der Studie und die Umsetzungsschwierigkeiten werden wiederum in den Skalen Zwanghaftigkeit und Depressivität signifikante Ergebnisse in der Gruppe mit Schwierigkeiten gefunden. Auch der PST ist in dieser Gruppe signifikant erhöht, d.h. die Anzahl der Symptome, bei denen die Patienten eine Belastung empfinden, ist vermehrt. Diese Ergebnisse bestätigen, daß der einmalige Besuch der Sprechstunde nicht ausreicht, um solche vermehrt ängstlichen/depressiven Patienten zu einer Psychotherapie zu bewegen. Gleichermäßen wäre der Schluß möglich, daß Patienten mit solch auffälligen Skalenwerten nicht selber in der Lage sind, eine Therapie zu beginnen.

Die Untersuchung aller Patienten und dem Vergleich der beiden Zeitpunkte zeigt, daß die Patienten zum Zeitpunkt der Katamnesestudie vermehrt unter Depression litten ($p= 0,036$).

Bei der Interaktion der Gruppen über die Zeit lassen sich lediglich differenzierte Verläufe erkennen, keine signifikanten Fakten. So zeigen sich folgende Tendenzen: Bei der Gruppe ohne Schwierigkeiten verringerte sich die Belastung durch Depressivität und Phobische Angst. Dies zeigt, daß die empfohlenen Therapie den Patienten „gut getan“ hat, es ist eine eindeutige Tendenz zur Besserung zu erkennen. Der Besuch der Sprechstunde und die nachfolgende Therapie hat für den Patienten

spürbare und so meßbare (wenngleich nicht signifikante) Auswirkungen gehabt. Dies ist ein sehr erfreuliches Ergebnis, zumal viele Patienten lediglich einmalig die Psychosomatische Sprechstunde besuchten.

5. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, mit Hilfe psychologischer Testmethoden den Einfluß des Besuches einer Psychosomatischen Liaisonsprechstunde auf den Patienten und den Krankheitsverlauf zu erfassen.

An der Untersuchung nahmen 139 Patienten teil, die im Zeitraum von April 1995 bis Juli 1996 an einem Psychosomatischen Beratungsgespräch in der Hautklinik der Justus- Liebig- Universität Gießen teilgenommen hatten. Der Rücklauf betrug 48,2 % (n = 67).

Als Testverfahren dienten der Marburger Haut- Fragebogen (MHF), die Symptom Check List- 90 R (SCL- 90 R) sowie ein selbsterstellter Katamnesebogen.

Die Gruppe, welche antwortete zeigte keine Unterschiede bezüglich Alter und Geschlecht.

Wie hypothetisch angenommen zeigten sich Unterschiede zwischen den Patienten, welche antworteten zu denen, die dies nicht taten. So litt die erstgenannte Gruppe signifikant weniger unter Juckreiz. Gleichzeitig wurde von den Patienten der Psyche signifikant mehr Einfluß auf die Erkrankung zugeschrieben.

Im Vergleich zur Erstbefragung zeigte sich im SCL- 90 R signifikant erhöhte Ängstlichkeit.

Insgesamt waren 2/3 mit dem Gespräch sowie der gegebenen Behandlungsempfehlung sehr zufrieden.

28 Patienten hatten geantwortet und sich an eine Behandlungsempfehlung richtig erinnert und gingen in die weitere Auswertung ein:

Bei der Frage nach Schwierigkeiten bei der Umsetzung litt die Gruppe mit Schwierigkeiten im MHF signifikant mehr unter sozialen Ängsten und ängstlich- depressiver Stimmung. Im SCL-

90 R zeigte diese Patientengruppe signifikant erhöhte Werte bei Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität, Phobischer Angst und Zwanghaftigkeit. Von den Summenwerten des SCL- 90 R sind der GSI (beschreibt die grundsätzliche psychische Belastung) und der PST (mißt die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt) signifikant erhöht.

Insgesamt hatten 57,1 % dieser Gruppe keine Schwierigkeiten mit der Umsetzung der Behandlungsempfehlung.

Zu den Patienten mit signifikanten Problemen gehören zu denjenigen Patienten, welche sich Hilfe bei partnerschaftlichen Problemen erwarteten.

Bei der Betrachtung der Gruppen über die Zeit verringerte sich die Belastung durch Depressivität, Phobische Angst und die Anzahl der belastenden Symptome .

Zusammenfassend kann festgehalten werden, daß der Besuch der Psychosomatischen Sprechstunden für den Patienten teilweise eine meßbare Besserung seines Befindens nach sich zieht. Ein einziger Besuch ist durchweg positiv in Erinnerung geblieben, ist jedoch nicht ausreichend wirksam, um signifikante Unterschiede über die Zeit messen zu können.

Alle Patienten, die im Zeitraum der Ersterhebung die Sprechstunde besuchten, liegen mit den Mittelwerten des GSI (miß die grundsätzliche psychische Belastung) über den Patienten der Eichstichprobe der Symptom Check List- 90- R.

In Zukunft scheint es sinnvoll, die Patienten mit Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer PT- Empfehlung durch Verwendung der eingesetzten Fragebogen frühzeitig zu erkennen und zu weiteren Besuchen der Psychosomatischen Sprechstunde zu motivieren.

6. Literaturverzeichnis

Augustin M., Zschocke I., Lange S., Seidenglanz K., Amon U. (1999). Lebensqualität bei Hauterkrankungen: Vergleich verschiedener Lebensqualität- Fragebögen bei Psoriasis und atopischer Dermatitis. *Hautarzt*, 50, 715 - 722.

Fritzsche K., Ott J., Scheib P., Wetzlar V., Zschocke I., Wirsching M. (1999). Psychosoziale Belastung und Behandlungsbedarf bei dermatologischen Patienten einer Station der Universitäts-Hautklinik. *Poster bei der 50. Tagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin*, Berlin 11.-13.11.1999

Gieler U. (1998). Jahresbericht und Qualitätssicherung des Konsil- und Liaisondienstes der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. *Manuskript*.

Gieler U., Niemeier V., Kupfer J., Brosig B., Schill W.-B. (2001). Psychosomatische Dermatologie in Deutschland- Eine Umfrage an 69 Hautkliniken. *Hautarzt*, 52, 104 - 110.

Gieler U., Stangier U., Ernst R. (1998). Psychosomatische Behandlungsansätze im Rahmen der klinischen Therapie von Hauterkrankungen. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 1, 50 - 84.

Herzog T. et al. (1995). Quality Assurance (QA) in Consultation Liaison Psychiatry and psychosomatics. Development and implementation of an European QA System. *Baert AE (ed) European Union Biomedical and Health Research. The BIOMED 1 program. IOS Press, Amsterdam*, 525- 526.

Jordan J. et al. (1989). Zur Wirksamkeit des patientenzentrierten psychosomatischen Konsiliardienstes. Bericht über eine katamnestische Untersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 39, 127 - 134.

Koblenzer C. S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. *Archives of Dermatology*, 119 (6), 501 - 512.

Lackner M., Jäger B., Künsebeck H.-W., Schmid- Ott G., Lamprecht F. (1996). Die Patient- Stationsarzt- Konsiliarius- Triade: Bedingungen der Zufriedenheit im psychosomatischen Konsiliardienst. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 333 - 339.

Niemeier V., Gieler U. (1998). Wo ist die Seele Spiegel der Haut?- Hauterkrankungen aus psychosomatischer Sicht (1). *Internistische Praxis*, 38, 105 - 118.

Niemeier V., Kupfer J., Köhnlein B., Schill W.-B., Gieler U. (1996). Der psychosomatische Therapieansatz in der Dermatologie. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 12 (71), 902 - 907.

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

Roche Lexikon Medizin, (1987), 2. Auflage, Verlag Urban & Schwarzenberg.

Schaller C. M., Alberti L., Pott G., Ruzicka T., Tress W. (1998). Psychosomatische Störungen in der Dermatologie- Häufigkeiten und psychosomatischer Mitbehandlungsbedarf. *Hautarzt*, 49, 276 - 279.

Seikowski K. (1997). Ambulantes psychotherapeutisches Stufenprogramm bei hautkranken Personen. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 5 (72), 349 - 352.

Stangier U., Ehlers A., Gieler U. (1997). *Fragebogen zur Bewältigung von Hautkrankheiten*, Verlag Hogrefe.

Steinbrecher M., Bofinger F. (1990). Zusammenarbeit zwischen dermatologie und Psychosomatik. *Zeitschrift für Hautkrankheiten*, 65 (5), 454 - 459.

Welzel- Ruhrmann C., Wermter F., Liedtke R. (1999). *Psychotherapeut*, 44, 220 - 226.

Welzel- Ruhrmann C., Wermter F., Köllner V., Schulte W. (1993). Aufbau und Evaluation eines psychodermatologischen Konsiliardienstes. *Poster auf dem 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation*, Bonn, 25- 27. März 1993.

Wesseley S. C., Lewis G. H. (1989). The classification of Psychiatric Morbidity in Attenders at a Dermatology Clinic. *British Journal of Psychiatry*, 155, 686 - 691.

Windemuth D., Stücker M., Hoffmann K., Altmeyer P. (1999). Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei dermatologischen Patienten in einer Akutklinik. *Hautarzt*, 50, 338 - 343.

Wirsching M., Herzog T. (1989). Aktuelle Entwicklungen im Konsiliar- /Liaisonbereich- Informationen, Begriffsklärungen, Perspektiven. *Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 39, 41 - 44.

7. Anhang

A: Anschreiben an die Patienten

B: Der Marburger Haut- Fragebogen (MHF)

C: Die Symptom Check List- 90 R

D: Der Katamnesebogen

E: Die Fragen des persönlichen Gespräches

JUSTUS-LIEBIG-



Zentrum für Dermatologie und Andrologie · Gaffkystr. 14 · 35385 Gießen

Klinikum Zentrum für Dermatologie und Andrologie

Ausbildungszentrum der
Europäischen Akademie für Andrologie

Gf. Direktor:

Prof. Dr. Dr. med. habil. W.-B. Schill

35385 Gießen, Gaffkystr. 14

Tel.: +49 641 702 3515

Fax: +49 641 702 3542

E-Mail:

Wolf-Bernhard.Schill@derma.med.uni-giessen.de

Ab 20.12.1996 neue

Telefonnummern:

Tel.: 0641 / 99-43221

Fax: 0641 / 99-43209

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie stellten sich vor ca. einem Jahr bei uns in der psychosomatischen Sprechstunde der Hautklinik vor. Mit Hilfe eines von Ihnen beantworteten Fragebogens haben wir psychische Auslöser und andere Verschlimmerungsfaktoren Ihres Krankheitsbildes erfragt. Da eine solche Sprechstunde in anderen Hautkliniken und Praxen noch nicht selbstverständlich ist, ist es von großem Interesse, inwieweit Sie und andere Patienten von diesem Angebot profitiert haben.

Wir wenden uns daher nun an Sie mit der herzlichen Bitte, sich etwas Zeit zu nehmen, um nochmals drei Fragebogen auszufüllen. Nur so wird es uns möglich sein, festzustellen, wie sich unsere Beratung auf Ihre Erkrankung ausgewirkt hat.

Die Auswertung erfolgt anonym im Sinne des Datenschutzgesetzes und Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte füllen Sie alle Fragen vollständig aus, nur so ist eine Auswertung gesichert!

Damit Sie so wenig wie möglich belastet werden, legen wir einen adressierten und frankierten Rückumschlag bei.

Wir danken Ihnen schon jetzt für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Dr. W.-B. Schill

Prof. Dr. U. Gieler

Dr. V. Niemeier

Dr. B. Köhnlein

Stangier, Gieler, Ehlers 1993		überhaupt nicht	kaum zutreffend	ziemlich zutreffend	stark	sehr stark
1.	Mein Aussehen macht mir Kummer.	1	2	3	4	5
2.	Wegen meiner Hauterkrankung schlafe ich schlecht.	1	2	3	4	5
3.	Ich bin wegen meiner Hauterkrankung weniger attraktiv als die meisten anderen Menschen.	1	2	3	4	5
4.	Es gibt Situationen, die ich wegen meiner Hautkrankheit vermeide.	1	2	3	4	5
5.	Meine Haut hindert mich daran, von mir aus Kontakt mit unbekanntem Menschen aufzunehmen.	1	2	3	4	5
6.	Ich fühle mich oft nervös.	1	2	3	4	5
7.	Ich fühle mich wegen meiner Hauterkrankung sexuell gehemmt.	1	2	3	4	5
8.	Ich kann mir viele Wünsche wegen meiner Hauterkrankung nicht erfüllen.	1	2	3	4	5
9.	Ich grübele häufig darüber nach, warum ausgerechnet ich die Krankheit habe.	1	2	3	4	5
10.	Ich achte auf die Haut von anderen Menschen.	1	2	3	4	5
11.	Es ist wegen der Krankheit schwierig, einen (neuen) Partner kennenzulernen.	1	2	3	4	5
12.	Ich suche morgens nach neuen aufgekratzten Hautstellen.	1	2	3	4	5
13.	Ich rege mich schon bei Kleinigkeiten auf.	1	2	3	4	5
14.	Ich kann noch viel dazulernen, wie ich besser mit der Hauterkrankung umgehen könnte.	1	2	3	4	5
15.	Ich könnte meine Haut noch sorgfältiger als bisher pflegen.	1	2	3	4	5
16.	Ich kapsle mich von meiner Familie/Partner aus Rücksichtnahme ab.	1	2	3	4	5
17.	Es kostet mich viel Energie, mich zusammenzureißen, um mich nicht zu kratzen.	1	2	3	4	5
18.	Ich achte zu wenig auf meine Ernährung.	1	2	3	4	5
19.	Ich vermeide Sauna oder Schwimmbad, weil andere Leute sich ekeinen könnten.	1	2	3	4	5
20.	Ich habe Schuldgefühle, wenn ich mich aufgekratzt habe.	1	2	3	4	5

Stangier, Gieler, Ehlers 1993	überhaupt	kaum	ziemlich	stark	sehr
	nicht		zutreffend		stark
21. Ich fühle mich häufig müde.	1	2	3	4	5
22. Ich möchte auch so unbefangen sein wie andere Menschen.	1	2	3	4	5
23. Ich habe das Gefühl, die Leute starren auf meine Hauterscheinungen.	1	2	3	4	5
24. Meine Hauterkrankung schränkt mich generell in meinem Leben ein.	1	2	3	4	5
25. Es stört mich, daß ich bestimmte Dinge nicht essen oder trinken kann, die ich gern mag.	1	2	3	4	5
26. Ich müßte eigentlich mehr über meine Hauterkrankung wissen.	1	2	3	4	5
27. Ich kratze mich häufig, ohne es zu merken.	1	2	3	4	5
28. Wegen meiner Hautkrankheit werde ich von vielen Menschen betont rücksichtsvoll behandelt.	1	2	3	4	5
29. Durch das dauernde Kranksein entstehen mir hohe Kosten.	1	2	3	4	5
30. Ich beobachte genau, wie andere auf meine Hauterkrankung reagieren.	1	2	3	4	5
31. Ich habe Angst davor, von Fremden wegen meiner Hauterkrankung abgelehnt zu werden.	1	2	3	4	5
32. Mir fehlt es an Lebensenergie.	1	2	3	4	5
33. Wegen meiner Hauterkrankung kann ich bestimmte Berufe nicht ausüben.	1	2	3	4	5
34. Wenn ich in den Spiegel schaue, betrachte ich vor allem meine Haut.	1	2	3	4	5
35. Meine Familie/mein Partner wird durch meine Hauterkrankung mitbelastet.	1	2	3	4	5
36. Ich habe Angst, daß sich meine Hauterkrankung immer mehr verschlimmert.	1	2	3	4	5
37. Die Krankheit nimmt mir viel an Spontaneität.	1	2	3	4	5
38. Durch Juckreiz wird mir erst klar, daß ich mich unwohl fühle.	1	2	3	4	5
39. Ich fühle mich manchmal verzweifelt wegen meiner Hauterkrankung.	1	2	3	4	5
40. Ich mache mir Gedanken darüber, was andere Menschen über meine Hautkrankheit denken.	1	2	3	4	5

Patienten/Probanden				Tag	Monat	Jahr	Stunde	Medikation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stempel des Untersuchers
Probanten
(Patienten)

Unterschrift des Untersuchers

SCL-90-R

Anleitung
Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz: in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage!

Beispiel
Frage: Wie sehr litten Sie unter Rückenschmerzen?

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

Stärkegrade

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT

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

Wie sehr litten Sie unter...?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
25. Befürchtungen, wenn Sie allein aus dem Haus gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzulangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Schermut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Furchtsamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-CIPS 1577

SCL-90-R

Seite 2

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

Bitte prüfen Sie, ob Sie alle Fragen zutreffend beantwortet haben!

Score 1
 Score 2
 Score 3
 Score 4
 Score 5
 Score 6
 Score 7
 Score 8
 Score 9
 Score 10
 Score 11
 Score 12

Zung, 1977

1. Wer hat Ihnen zum psychosomatischen Beratungsgespräch geraten?
(mehrfache Ankreuzung möglich)

- kam von mir aus
- weiß ich nicht
- ein Arzt / Ärztin der Station
 - wenn ja, Chefarzt / in
 - Oberarzt / in
 - Stationsarzt / in
 - Arzt / in in Ausbildung (z. B. Student im Prakt. Jahr, Arzt im Praktikum)
- Pflegepersonal
- MitpatientIn
- PartnerIn
- Familienangehörige
- Kinder
- Freunde
- Arbeitskollegen oder Chef
- Sonstige Personen

2. Fühlten Sie sich vor dem Beratungsgespräch über den Grund der Überweisung zu uns ausreichend informiert?

- ja nein

3. Die PatientInnen haben unterschiedliche Erwartungen an die Beratung bei uns. Welche Erwartungen hatten Sie ?
(Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft)

Ich erwartete:

- A Beratung in einer Krise
- B Besserung der körperlichen Beschwerden
- C Trost bekommen
- D Verschreibung von Medikamenten
- E Psychologische Tests
- F Ratschläge, um mein Verhalten zu ändern
- G stationäre psychosomatische Behandlung
- H sich aussprechen zu können

- I Hilfe bei Ausbildungs - und Arbeitsproblemen
- J Hilfe bei Partnerschaftsproblemen
- K Sexualberatung
- L Hilfe bei familiären Problemen
- M Empfehlung für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung
- N Sonstiges (bitte benennen)

4. Haben sich Ihre Erwartungen erfüllt ?

- ja teils/ teils nein

5. Wurde Ihnen von uns eine Behandlungsempfehlung gegeben ?

- ja nein

wenn ja, welche :
(bitte benennen)

6. Wie waren sie mit der Behandlungsempfehlung zufrieden ?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

7. Ist Ihnen aus dem Beratungsgespräch etwas Besonderes in Erinnerung geblieben ?

- ja nein

wenn ja, was :
(bitte benennen)

8. Wie waren Sie insgesamt mit dem Beratungsgespräch / en zufrieden ?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden sehr unzufrieden

9. Haben Sie sich ab und zu an das psychosomatische Beratungsgespräch erinnert, bevor sie dieses Schreiben erhielten?

- ja nein

10. Die PatientInnen, die unseren psychosomatischen Beratungsdienst in Anspruch nehmen, geben unterschiedliche Beweggründe an. Welche Ursachen waren für Sie damals entscheidend ?
(mehrfache Ankreuzung möglich)

Ich hatte folgende Gründe:

- | | |
|--|--------------------------|
| A Körperliche Beschwerden | <input type="checkbox"/> |
| B Seelische Probleme | <input type="checkbox"/> |
| C Belastungen in der Partnerbeziehung | <input type="checkbox"/> |
| D Belastungen in der Familie | <input type="checkbox"/> |
| E Sexuelle Probleme | <input type="checkbox"/> |
| F Belastung in Ausbildung oder Beruf | <input type="checkbox"/> |
| G Probleme im Umgang mit Ihren Mitmenschen | <input type="checkbox"/> |
| H Sonstiges | |

(bitte benennen)

11. War es für Sie schwierig, die Behandlungsempfehlung in die Praxis umzusetzen ?

- nein ja

wenn ja, warum:.....
(bitte benennen)

12. **Hat sich für Sie aus dem Beratungsgespräch irgendeine Konsequenz für Ihr weiteres Leben ergeben ?**

nein ja

wenn ja, welche:.....
(bitte benennen)

13. **Hat sich seit dem Beratungsgespräch in Ihrem Leben etwas Wichtiges ereignet ? (z.B. Berufswechsel, Verlust / Trennung von Personen, Heirat, Geburt v. Kindern etc.)**

nein ja

wenn ja, was:.....

.....

wann (Monat) :.....

14. **Hat das Beratungsgespräch Ihr Befinden beeinflusst ?**

stimme eher
nicht zu

stimme eher
zu

Ich bin der Ansicht,

A daß es mir heute insgesamt gesehen
besser geht, hat etwas mit dem
Beratungsgespräch zu tun

B daß es mir heute insgesamt gesehen
schlechter geht, hat etwas mit dem
Beratungsgespräch zu tun

Anmerkungen:

.....
.....
.....

Frage 1: Wie ist Ihre Erinnerung an die Sprechstunde?

Frage 2: Was waren Ihre Beweggründe, die Sprechstunde zu besuchen?

Frage 3: Hat Sie etwas besonders beeindruckt?

Frage 4: Wie hat Ihnen die Sprechstunde gefallen?

Frage 5: Ist Ihnen eine Psychotherapie empfohlen worden?

Falls ja: wie hat Ihr Umfeld darauf reagiert?

Falls nein: haben Sie früher schon mal eine Psychotherapie gemacht?

Frage 6: Machen Sie sich viel Gedanken über Ihre Krankheit?

Frage 7: Sind Sie mit Ihrem Leben zufrieden?

Frage 8: Freuen Sie sich auf die nächste Zukunft?

Frage 9: Haben Sie einen geregelten Tagesablauf?

Frage 10: Haben Sie eine Sie ausfüllende Freizeitbeschäftigung?

Frage 11: Hat Ihnen die Sprechstunde gut getan/ etwas gebracht?

Medikamente?

Mein Dank gilt...

- Herrn Prof. Dr. med. U. Gieler für die Überlassung des interessanten Themas und seine ausdauernde und geduldige Unterstützung und fachliche Betreuung über die Zeit hinweg.
- Herrn Dr. V. Niemeier für die freundliche und immer gutgelaunte Ansprechbarkeit.
- Herrn Dr. Dipl.- Psych. J. Kupfer für die Hilfe bei der Erstellung der statistischen Daten und seine Geduld für meine „Fragestunden“.
- meinen Eltern für die Vererbung meines Durchhaltevermögens sowie die finanzielle Unterstützung und Geduld während des Studiums.
- meinem Mann und meinen Kindern für die Liebe und Rücksichtnahme während der kostbaren „Familienfreizeit“.
- den Patientinnen und Patienten dieser Studie: Ohne ihre Mitarbeit und Geduld wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Lebenslauf

25.05.1968 in Westerland/ Sylt geboren

1974- 1978 Grundschule in Westerland/ Sylt
1978- 1985 Gymnasium in Westerland/ Sylt
1985- 1988 Gymnasium in Titisee- Neustadt
1988 Abitur am Gymnasium in Titisee- Neustadt

1988- 1989 Praktikum in einem Portrait- Fotostudio in Köln
1989- 1990 Magisterstudiengang Kommunikationswissenschaft
(Nebenfächer Marketing und Psychologie) in Essen

1990 Beginn des Studiums der Humanmedizin an der
Justus- Liebig- Universität in Gießen

1994 Ärztliche Vorprüfung
1995 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1997 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1998- 1999 Praktisches Jahr am Universitätsklinikum der
Justus- Liebig- Universität Gießen

1999 Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2000- 2002 Ärztin im Praktikum