

DISSERTATION

**Veränderung der Therapiemotivation bei Patienten
mit einer Generalisierten Angststörung in Korrelation
zur Symptomveränderung während der stationären
psychosomatischen Behandlung**

Eine prospektive Studie

Eingereicht von

Mag. Slavica Mladen

Matr. Nr.: 0733384

Zum Erlangen des akademischen Grades

Doktorin der medizinischen Wissenschaft

(Dr. scient. med.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt durch die

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Bad Aussee

unter der Anleitung von

Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Marius Nickel

Bad Aussee, 2009

Erster Gutachter: Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Marius Nickel

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Karl Harnoncourt

Jahr der Promotion: 2009

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Bad Aussee, am.....

.....

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung.....	6
Abstract.....	8
1. Generalisierte Angststörung.....	10
Einführung.....	10
Klassifikation.....	12
Epidemiologie.....	13
Verlauf und Prognose.....	14
Differenzialdiagnose.....	15
Komorbidität.....	17
Hilfsinstrumente im diagnostischen Prozess.....	18
Ätiologie.....	20
Biologische Ansätze.....	20
Psychologische Ansätze.....	21
Belastende Ereignisse und Stress.....	23
Persistenz.....	25
Behandlung.....	27
2. Therapiemotivation.....	34
Therapeutische Konzepte.....	35
Therapiemotivation als Patientenmerkmal.....	35
Psychoanalytisch orientierte Konzepte von Therapiemotivation.....	36
Therapiemotivation in der Gesprächstherapie.....	39
Therapiemotivation in der Verhaltenstherapie.....	39
Prozessorientierte Therapiemotivationsmodelle.....	41
Stand der Literatur.....	43
3. Hypothesen.....	50

4. Methodik der Untersuchung	51
Beschreibung der Stichprobe und Anschlusskriterien.....	51
Ausschlusskriterien.....	51
Methodik.....	51
Testverfahren.....	52
Statistische Auswertung.....	59
5. Untersuchungsergebnisse	59
5.1 Darstellung und Interpretation der soziodemographischen Daten.....	59
5.2 Hypothesenüberprüfung.....	62
6. Diskussion	70
7. Literaturverzeichnis	
8. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	
9. Anhang	

Zusammenfassung

Hintergrund: In der Allgemeinarztpraxis ist die Generalisierte Angststörung (GAS) eine häufig diagnostizierte Störung.

Die GAS- Patienten leiden an einer erhöhten motorischen Spannung, Hypervigilanz, an erhöhter Aufmerksamkeit sowie an Schlafschwierigkeiten, Nervosität, Ruhelosigkeit, Muskelverspannung und erhöhter Reizbarkeit, verbunden mit negativen Erwartungen in Bezug auf Zukunftseignisse und chronischer, anhaltender körperlicher Symptomatik. Die zum Anfang der Therapie gemessene Behandlungsmotivation erscheint relativ niedrig. In vorgelegter prospektiver beobachtender Studie sollte untersucht werden, ob eine Veränderung der Symptomatik während der stationären psychosomatischen Behandlung mit der Veränderung der Therapiemotivation korreliert.

Methode: In der Studie wurden 43 stationäre Patienten mit einer Diagnose Generalisierte Angststörung eingeschlossen. Als Messinstrumente wurden verwendet: Internationale Klassifikation für psychische Störungen (ICD- Checkliste), Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID II)– Fragebogen, Die Symptomcheckliste (SCL-90-R), Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM). Als Anschlusskriterien gelten Lebensalter zwischen 21 und 70 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse, Aufenthaltsdauer mindestens zwei Wochen. Ausgeschlossen wurden ebenfalls Patienten mit einer schweren Depression bzw. psychotischen Episode.

Ergebnisse: Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Patienten während der stationären Behandlung eine signifikante Besserung ihrer Krankheitssymptomatik ($p < 0,01$) in der Skala Angst der SCL-90-R erreichen. Im Verlauf des Aufenthalts kommt es auch zu einer Veränderung der Therapiemotivation. Die Skala Leidensdruck der verwendeten FPTM Messinstrumente weist eine signifikante Differenz auf ($p < 0,01$) und korreliert mit der erreichten Symptomveränderung der Angstsymptomatik ($r = .408$, $p < 0,05$)

Andere Skalen FPTM (Hoffnung, Initiative, Wissen, Verleugnung und Zuwendung) zeigen eine Tendenz zur Verbesserung, erreichen aber keine statistisch signifikanten Veränderungen.

Diskussion: Die vorgelegten Ergebnisse sprechen dafür, dass die Angstsymptomatik durch die stationäre Behandlung signifikant verbessert werden könnte.

Die Therapiemotivation im Parameter des Leidensdrucks weist eine signifikante Differenz zwischen Aufnahme und Ende der Behandlung auf. Möglicherweise führt eine hohe Veränderung u. a. im Bereich der Ängstlichkeit zu einer hohen Veränderung des Leidensdruckes. Die in dieser Studie untersuchten Parameter sollten in einem längeren stationären Zeitrahmen beobachtet werden.

Abstract

Background: In general medicine Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a frequently diagnosed disorder. GAD-patients suffer from an increased motor tension, hypervigilance, increased attention, sleeping problems, nervousness, restlessness, muscle tensions and increased irritability together with negative expectations about the future and continuing chronic physical symptoms. Treatment motivation measured at the beginning of the therapy has shown to be relatively low. In this prospective observing study the intention was to examine whether a change in the symptoms during the inpatient psychosomatic treatment would correlate with a change in therapy motivation.

Method: 43 inpatients with the diagnosis Generalized Anxiety Disorder were included. The following measurement instruments have been used: International Classification of Mental Disorders (ICD-checklist), Structured Clinical Interview for DSM-IV (SKID II)-questionnaire, the Symptom Checklist (SCL-90-R), Questionnaire for Psychotherapy Motivation (FPTM). Inclusion criteria were an age between 21 and 70 years, sufficient knowledge of the German language, a stay of a minimum of two weeks. Patients with a severe depression or psychotic episodes were excluded.

Results: The results of the study show that the patients experience a significant improvement of their symptoms ($p < 0.01$) in the scale SCL-90-R. In the course of the stay also the therapy motivation is changing. The scale Psychological Strain of the FPTM measurement instruments also shows a significant difference ($p < 0.01$) and correlates with the achieved improvement of the anxiety symptom ($r = 0.408$, $p < 0.05$)

Other scales of FPTM (hope, initiative, knowledge, denial and care) also show a tendency towards improvement. However, they do not reach a statistically significant modification.

Discussion: It could be said that the anxiety symptoms can be significantly improved in an inpatient treatment. The therapy motivation in the parameter psychological strain shows a significant difference between the beginning and the end of the treatment. It is possible that high modification i.a. of anxiety leads to high modification of psychological strain. The parameters examined in this study were to be watched over a longer inpatient period.

1. Generalisierte Angststörung (GAS)

1.1 Einführung

Das Angstgefühl ist eine natürliche Disposition des Menschen (Bowlby 1976; vgl. Sanft u. Broda, 2000). Angstreaktionen sind angeboren, biologisch fest in uns angelegt und somit notwendig für das menschliche (Über-) Leben (Sanft u. Broda, 2000). Die mit der Angst verbundenen körperlichen Reaktionen, wie z.B. ein erhöhter Herzschlag oder eine starke Durchblutung der Muskeln zur Vorbereitung auf schnelles Handeln erweisen sich in bedrohlichen Situationen als sehr nützlich. Je nach Stärke und Ausprägung der Angst können sie allerdings auch als pathologisch bezeichnet werden. Starke Angst reduziert wiederum die Konzentrationsfähigkeit und kann zu unüberlegten Reaktionen führen (Sanft u. Broda, 2000).

Historisch betrachtet ist die Generalisierte Angststörung (GAS) eine „Restkategorie der ehemaligen Diagnose der Angstneurose“ (Morschitzky, 1998). Im Vergleich zu anderen Angststörungen wurde die GAS relativ spät als eigenständiges Krankheitsbild berücksichtigt. (Becker u. Hoyer, 2005).

Dadurch, dass diese Störung (früher als „Frei flottierende Angst“ bekannt und bezeichnet) einen schleichenden Beginn hat, ist sie anfänglich nicht leicht zu erkennen (Becker u. Margraf, 2002).

Charakteristisch für die Generalisierte Angststörung sind monatelang anhaltende, übertriebene und unkontrollierbare Angstgedanken und Sorgen über in der Regel ganz alltägliche Probleme (vgl. Riemann, 1995)

Im Unterschied zu anderen Angststörungen gibt es bei der GAS keine konkrete Situation oder Objekt, auf die sich die Angst bezieht. Die Patienten sorgen sich übermäßig über verschiedene Lebensinhalte und können diese Sorgen wenig oder überhaupt nicht kontrollieren. Die negativen Erwartungen in Bezug auf Zukunftereignisse werden von einer erhöhten motorischen Spannung, Hypervigilanz, erhöhter Aufmerksamkeit sowie Schlafschwierigkeiten, Nervosität, Ruhelosigkeit, Muskelverspannung und erhöhter Reizbarkeit begleitet (Becker u. Hoyer, 2005). Abhängig von dem Kulturkreis, aus dem die Patienten stammen, kann GAS einen unterschiedlichen Ausdruck haben und sich durch muskuläre, autonome und kognitive Symptome bemerkbar machen (Lieb u. Wittchen, 2005).

Oft versuchen Personen, die an einer GAS leiden erfolglos ihre Sorgen zu stoppen, was wiederum dazu führt, dass sie sich Sorgen darüber machen, sich Sorgen zu machen (meta-worries; Wells, 1997). Laut Becker u. Margraf (2002) sind Sorgen Gedankenketten, die sich hauptsächlich mit negativen Ereignissen beschäftigen und als belastend erlebt werden. Die Patienten katastrophisieren Ereignisse in Ihren Gedanken und gehen davon aus, weniger Ressourcen zu besitzen als ihnen tatsächlich zur Verfügung stehen. Inhaltlich beziehen sich die Sorgen auf verschiedene Lebensbereiche und zeitlich erstrecken sie sich über mehrere Stunden des Tages. Der Betroffene springt von einem Gedanken zum anderen, ist nicht fähig bei einer Vorstellung zu verbleiben und diese zu Ende zu denken, was ein Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht verursacht. Borkovec et al. (1983), haben den Sorgenprozess als „Versuch einer mentalen Problemlösung, deren Ausgang unsicher ist, aber die Möglichkeit eines negativen Ausgangs beinhaltet“ definiert.

1.2 Klassifikation

Die Generalisierte Angststörung wurde erstmals 1986 im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R) (APA) als eigenständige Störung definiert (Becker u. Hoyer, 2005). In der Internationalen Klassifikation für psychische Störungen (ICD-10) (WHO, 1991) ist die GAS anderen Störungen untergeordnet, was zu Problemen hinsichtlich der Erkennung führt (vgl. Kessler, 2000), da die Diagnose nicht vergeben werden kann, falls eine phobische Störung, eine Panikstörung, eine hypochondrische Störung oder eine Zwangsstörung vorliegen. Somit werden die Diagnosekriterien nach ICD-10 in dieser Arbeit zwar angeführt, aber mit dem Hinweis darauf, dass die Diagnose nach DSM-IV derzeit noch vorzuziehen ist. Die Diagnosekriterien nach DSM-IV und ICD-10 können **Tab. 1.2.a** (Saß et al., 1996) und **Tab. 1.2.b** entnommen werden. (Dilling et al., 1991)

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN FÜR DIE GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG NACH DSM-IV
A. Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die während mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten.
B. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorge zu kontrollieren.
C. Angst und Sorge sind mit mindestens 3 der folgenden 6 Symptome verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage vorlagen) 1. Ruhelosigkeit 2. leichte Ermüdbarkeit 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf 4. Reizbarkeit 5. Muskelspannung 6. Schlafstörungen/Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf
D. Angst und Sorge sind nicht auf Merkmale einer psychischen Störung beschränkt.
E. Angst, Sorge oder körperliche Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
F. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer affektiven Störung, einer psychischen Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.

Tab. 1.2.a: Diagnosekriterien für die GAS nach DSM-IV (APA, 1994)

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN FÜR DIE GAS NACH ICD-10 (WORLD HEALTH ORGNISATION, 1994)
A. Ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme.
B. Mindestens vier Symptome aus der Liste mit 22 Symptomen (Vegetative Symptome, Thorax und Abdomen betreffend, psychische Symptome, allgemeine Symptome, Symptome der Anspannung , unspezifische Symptome).
C. Die Störung erfüllt nicht die vollständigen Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine Hypochondrische Störung (F45.2).
D. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit, eine organische psychische Störung (F0) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1).

Tab. 1.2.b: Diagnosekriterien für die GAS nach ICD-10 (WHO, 1994)

Die diagnostischen Kriterien für die GAS nach ICD-10 weichen geringfügig von denen des DSM-IV ab, sind jedoch mit einer relativ geringen Validität gebunden (Kappa Koeffizient $\kappa = .39$) (Slade u. Andrews, 2001). Validität von diagnostischen Kriterien für GAS nach DSM-IV wurde mit einem Kappa Koeffizient von $k = .827$ bezeichnet (Barlow et al., 2007)

1.3 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenzen der GAS betragen im deutschsprachigen Raum (ähnlich wie in den USA) zwischen 4% und 7%, die Einjahresprävalenzen zwischen 3% und 5% und die Punktprävalenzen zwischen 1,5% und 3% (Hoyer et al., 2003).

Auffallend ist, dass die GAS in Allgemeinarztpraxen häufiger als in psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen diagnostiziert wird (Becker u. Hoyer, 2005) und dass Frauen mittleren oder höheren Alters (meist zwischen 55 und 60 Jahren) häufiger an dieser Störung leiden als gleichaltrige Männer. (Hoyer et al., 2003). Allerdings ist nicht außer Acht zu lassen, dass neuere Studien einen Anstieg der GAS-Diagnosen unter Personen in den frühen

Zwanzigern feststellen konnten (Becker et al., 2003). Der erwähnte Geschlechterunterschied bezieht sich allerdings nur auf komorbide Störungen – bei der Betrachtung der reinen GAS sind keine signifikanten Unterschiede mehr zu erkennen (Becker u. Hoyer, 2005). Die GAS kommt in unteren Einkommensschichten häufiger vor als in höheren (Lieb u. Wittchen, 2005).

1.4 Verlauf und Prognose

Das Verhältnis zwischen Punkt- und Lebenszeitprävalenz, das zwischen 40% und 60% liegt (Hoyer et al., 2003) spricht dafür, dass es sich um eine chronische Krankheit handelt, die auch trotz Schwankungen der Symptomschwere eine geringe Spontanremission hat. Trotz schwerer Beeinträchtigungen durch die reine GAS (Maier et al., 2000) nehmen Patienten erst relativ spät (durchschnittlich erst nach einem Jahrzehnt; Becker u. Hoyer, 2005) und meist aufgrund des Leidensdrucks weiterer Krankheiten psychotherapeutische Hilfe in Anspruch (Wittchen et al., 1994). Ein weiterer Grund für das späte Aufsuchen von Hilfe kann seine Ursache in der individuellen Wahrnehmung haben. Oft erkennen die Betroffenen ihre Sorgen nicht als exzessiv an, glauben, dass Sorgen zur Problemlösung notwendig seien (vgl. verwandte Begriffe wie „Vorsorge“, „Fürsorge“; Becker u. Hoyer, 2005). Wenn sie Rat bei ihrem Hausarzt suchen, dann eher aufgrund der mit der GAS verbundenen Schlafstörungen, der Anspannung und der Nervosität. Konsultationen die auf diesen Begleitsymptomen basieren, verfehlen ihr Ziel und versprechen auch wenig Therapieerfolg (Becker u. Margraf, 2002).

1.5 Differenzialdiagnose

Für die Diagnose und die Differenzialdiagnose haben die Sorgen eine zentrale Bedeutung und deren Erkennung ist natürlich ein wichtiger Ansatzpunkt für die Therapie. Zur Unterscheidung von GAS-Patienten und gesunden Personen drängt sich der Faktor Zeit in den Vordergrund. In einer Studie von Craske et al. (1989) gaben die Betroffenen an, sich mehr als die Hälfte des Tages zu sorgen (60%), während Kontrollpersonen im Durchschnitt nur 18% eines Tages (und das nicht an mehreren Tagen) mit Sorgen beschäftigt waren. Dupuy et al. (2001) und Hoyer et al. (2001) konnten in ihren Studien auch durchaus übereinstimmende Ergebnisse gewinnen. Gesunde Personen sind in der Lage, ihre Sorgen zu stoppen wobei auch die beschwerliche vegetative Begleitsymptomatik entfällt. Personen die an einer GAS leiden, tendieren eher dazu, von einem Thema zum nächsten zu springen oder zu befürchten, verrückt zu werden, weil die Sorgen ihnen in diese Richtung schaden könnten (Hoyer et al., 2003).

Im Vergleich mit anderen Angststörungen wird die GAS nicht durch eine konkrete Situation ausgelöst und ist durch kein offenes Vermeidungsverhalten gekennzeichnet (Becker u. Hoyer, 2005). Daher wird diese Störung als Zustandsangst gesehen und – wie auch die Panikstörung - von Phobien abgegrenzt (Becker u. Hoyer, 2005).

Während sich die Patienten mit einer Panikstörung hauptsächlich mit körperlichen Erscheinungen beschäftigen, beziehen sich die Sorgen bei GAS-Patienten auf interpersonelle Probleme oder eigene Inkompetenzen. Bei anderen Angststörungen spielen Sorgen keine zentrale Rolle und sind kontrollierbar. Zum Vergleich mit Zwangsgedanken sind die Sorgen bei Patienten mit GAS inhaltlich vielfältiger, sie beziehen sich auf verschiedene Lebensbereiche, während Zwangsgedanken überwiegend das Anstecken, Vermeiden

oder Kontrollieren betreffen und wenig Realitätsbezug haben (Becker u. Hoyer, 2005). Dadurch, dass sich gedanklich immer wieder ein Satz wiederholt, sind reine Zwangsgedanken deutlich stereotyp, werden durch einen Drang zu handeln begleitet und als Ich-dyston erlebt (Becker u. Hoyer, 2005).

Die Symptome der GAS und der depressiven Störungen zeigen wesentliche Übereinstimmungspunkte. So werden beide Krankheitsbilder durch Grübeln, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Müdigkeit gekennzeichnet. Sie differenzieren sich dadurch, dass negative Gedanken bei Depressionen Versagen, Sinnlosigkeit und Schuld betreffen und sich auf die Vergangenheit beziehen (Becker u. Hoyer, 2005). Dieser Inhalt wird durch Niedergeschlagenheit und depressive Affekte begleitet. Bei der GAS richten sich die negativen Gedanken in Richtung Zukunft und werden durch ängstliche Affekte begleitet (Becker u. Margraf, 2002).

Sowohl GAS-Patienten als auch die Patienten mit Hypochondrie sorgen sich um ihre Gesundheit wobei diese negativen Gedanken mit einem ängstlichen Affekt verbunden sind. Während sich Personen mit einem hypochondrischen Syndrom ausschließlich damit beschäftigen, dass sie an einer oder mehreren Krankheiten im fortgeschrittenen Stadium leiden, beschäftigen sich Patienten mit einer GAS viel mehr mit den Folgen von Krankheiten wie z. B. finanzielle Einbußen in diesem Zusammenhang, weitere Familienversorgung, etc. (Becker u. Hoyer, 2005). Durch ärztliche Gespräche lassen sich Patienten mit einer GAS, im Gegensatz zu hypochondrischen Patienten, leichter beruhigen (Becker u. Hoyer, 2005).

Manche organischen Erkrankungen, wie z. B. Schilddrüsenerkrankungen können eine der GAS ähnliche Symptomatik auslösen (Becker u. Hoyer, 2005). Durch Einnahme

oder Absetzen mancher Medikamente (z. B. Anästhetika, Herz-Kreislaufmittel, Antidepressiva, Antihistaminika, Sedativa oder Anxiolytika) können auch ähnliche Symptome hervorgerufen werden (Becker u. Hoyer, 2005). Um die GAS zu diagnostizieren ist es deshalb notwendig organische Ursachen auszuschließen und alle verwendeten Medikamente des Betroffenen genau zu erfragen (Becker u. Hoyer, 2005). Wenn es beim Alkohol- und Drogenentzug zu Angstsymptomen kommt und diese Symptome deutlich über den Entzug samt seiner eventuellen Medizierung anhalten, ist anzunehmen, dass eine GAS vorliegt (Becker u. Hoyer, 2005).

1.6 Komorbidität

Die GAS kommt häufig mit anderen psychischen Störungen vor. Die Komorbidität ist ein wichtiger Anlass für das Hilfesuchverhalten von GAS-Patienten (Becker u. Hoyer, 2005). Laut Becker u. Margraf (2002) ist häufig die zweite Diagnose eine spezifische Phobie oder die Sozialphobie. Die Komorbidität liegt bei spezifischen Phobien zwischen 29% und 59% , bei Sozialphobien zwischen 16% und 33% (Becker u. Margraf, 2002). Persönlichkeitsstörungen als Zweitdiagnose sind allerdings selten (Gasperini et al., 1990), obwohl Wöller u. Kruse (2001) GAS-Patienten als abhängige, ängstliche und wenig selbstbewusste Persönlichkeiten bezeichnen. Den Untersuchungen dieser Autoren zufolge reagieren GAS-Patienten überempfindlich auf Trennungssituationen (Wöller u. Kruse ,2001).

Der statistische Zusammenhang mit einer schweren Depressiven Störung liegt bei 14% (Hoyer et al., 2002). Die Phobien treten im Allgemeinen zeitlich vor einer GAS auf, Depressionen folgen eher auf die Generalisierte Angststörung (Becker u. Hoyer, 2005). Daraus lässt sich schließen, dass die primäre GAS mit einem erhöhten Depressionsrisiko einhergeht (Becker u. Hoyer, 2005). Ein exklusiver Pfad von der GAS zur Depression wird aber nicht

angenommen, da das Risiko für die Entwicklung von sekundären Angststörungen ebenso erhöht ist (Onken u. Strohle, 2005). Laut verschiedenen Autoren haben mindestens 85% bis 91% der Patienten mit Generalisierter Angststörung eine weitere Diagnose. (Sanderson und Barlow, 1990; Brown et al. 1995; Becker u. Hoyer, 2005)

1.7 Hilfsinstrumente im diagnostischen Prozess

Wie bei der Diagnostik vieler anderer psychischer Störungen steht auch bei der Diagnostik der GAS der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung im Vordergrund. Eine ausführliche Exploration der Symptomatik, der Therapiemotivation, die Erhebung der störungsspezifischen und biographischen Anamnese, sowohl im psychodynamischen als auch im verhaltenstherapeutischen diagnostischen Zugang, spielt eine wichtige Rolle. Aus psychodynamischer Sicht spielt die Beschaffenheit von Ich-Strukturen eine wichtige Rolle, die z. B. mit Hilfe von OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) präzisiert werden kann (Senf und Broda, 2000).

Becker u. Hoyer (2005) bieten eine ganze Liste von wichtigen diagnostischen Informationen, beginnend bei Psychischen und Persönlichkeitsstörungen, Körperlicher und Medikamenten-Anamnese, Abklärung von organischen Ursachen, Sorgenexploration, Exploration über Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten, verstärkende Bedingungen, Familienanamnese sowie verfügbare Ressourcen des Patienten.

Für die Diagnosestellung stehen mehrere strukturierte Interviews zu Verfügung. Aufgrund häufiger Komorbidität mit anderen Störungen können die Anwendung von diesen Instrumenten sehr hilfreich sein. Außer den Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-IV-TR sind noch

folgende Instrumente in Anwendung: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), (Wittchen, et al., 1997), Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS), (Margraf et al., 1991) und Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL)(Hiller, 1997).

Im diagnostischen Prozess können auch Selbstbeurteilungsinstrumente angewendet werden. Ängste und Depressionen allgemein werden durch Instrumente wie das Beck-Angst-Inventar (BAI) (Back u. Steer, 1990; Mobius u. Margraf, 2003) und das Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Hautzinger et al., 1993) erfasst. Als Standardverfahren wird die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke, 2002) eingesetzt, die einen breiten Überblick über die Symptomatik ermöglicht. In der Forschung und in der Versorgung werden Fragebögen wie der Anxiety Screening Questionnaire (ASQ) oder der Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen (DIA-X) (Wittchen u. Pfister, 1997) angewendet. Sorgen inhaltlich können erfasst werden mit Worry Domains Questionnaire (WDQ) (Joormann, 2003) oder mit dem Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Stöber, 1995). Für die Therapieplanung ist es sinnvoll pathologische Aspekte der Sorgen (wie Exzessivität und Unkontrollierbarkeit) miteinzubeziehen. Diese lohnt es sich mit dem Meta-Cognitions-Questionnaire (MCQ) (Cartwright et al., 1997) zu erheben.

Therapiebegleitende Diagnostik durch Tagebücher wie z.B. der STAI (State-Trait-Angstinventar) (Laux, et al., 1981; Debener, 2003) sind außerdem sinnvoll für einen positiven Verlauf der Behandlung. Stundenbögen (STEPT) (Krampen, 2002) bewirken erfolgreich das Bewusstwerden des sog. „Teufelskreises“ bei Betroffenen.

1.8 Ätiologie

Aus psychoanalytischer Sicht hat jeder Mensch eine angeborene Angschwelle, die durch psychosoziale Geschehnisse beeinflusst wird (Senf u. Broda, 2000). Dadurch entwickelt sich Angstbereitschaft bzw. Angstbewältigung (Senf u. Broda, 2000). Der Entwicklungsprozess ist individuell, er kann bestärkend oder schwächend auf die angeborene Angschwelle wirken (Senf u. Broda, 2000). Frühere traumatische Erfahrungen, zusammen mit konstitutionellen Faktoren, führen zur Bildung von defizitären Strukturen (Wöller u. Kruse, 2001). Dadurch, dass Strukturen von Ich und Selbst nicht ausgebildet sind, kommt es dazu, dass auch kleine Belastungen nicht bewältigt werden können und dass die „Kohärenz des Selbst in Gefahr ist“ (Wöller u. Kruse, 2001). Wöller u. Kruse (2001) sowie Senf und Broda (2000) erklären durch das Strukturschwächemodell, dass zu starke Durchbrüche der Angstsymptomatik deshalb auftreten, weil die defizitäre Ich-Struktur Angst unzureichend abwehrt.

1.8.1 Biologische Ansätze

Die Entstehung einer Generalisierten Angststörung sowie vieler anderen psychischer Störungen wird durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren bestimmt. Genetische Vulnerabilität kann – verbunden mit bestimmten Umgebungsfaktoren - zu einem Ausbruch der Generalisierten Angststörung führen (Lesch, 2002; Becker u. Hoyer 2005). Spezifische genetische Marker konnten bisher aber weder in Familien- noch in Zwillingsstudien ausfindig gemacht werden (Lieb u. Wittchen, 2005).

Änderungen im Noradrenalin-, Serotonin- und im GABA-System können eine potentielle pathophysiologische Bedeutung in der Dynamik der GAS haben (Sinha et al., 2004). Bislang ist allerdings

nicht befriedigend geklärt, ob Veränderungen im Neurotransmitter-Haushalt Ursache oder Folge von chronisch erhöhter Angst sind (Becker u. Hoyer 2005).

Laut Thayer u. Lane (2000) sind die Patienten mit Generalisierter Angststörung auf Furchtreize fixiert, es fällt ihnen schwer ihre Aufmerksamkeit auf etwas anderes (um-) zu lenken, sie sind ständig in einem angespannten Zustand, ihre Herzratenvariabilität relativ gering. Ihr Modell basiert auf der Funktion vom „zentralen autonomen Netzwerk“, das viszerale, humorale und Umgebungsinformationen erhält und integriert sowie autonome endokrine und verhaltensbezogene Reaktionen koordiniert. Das zentrale autonome Netzwerk steuert über den Sympathikus aktivierende Schaltkreise, ist aber gleichzeitig über GABA Interneurone gehemmt. Diese Disinhibition ist laut Thayer u. Lane (2000) für die Entstehung von GAS verantwortlich. Obwohl viele klinische Untersuchungen diese Annahme belegen, bleiben nach wie vor im Bereich der neurobiologischen Faktoren bei GAS viele Fragen offen (Becker u. Hoyer 2005).

1.8.2 Psychologische Ansätze

Bei den bezüglich der GAS veröffentlichten Modelle handelt es sich um Vulnerabilitäts-Stress-Modelle. Je nach Modell werden unterschiedliche neurobiologische, psychophysiologische oder kognitive Vulnerabilitäten postuliert. Kognitive und neurobiologische Prozesse entscheiden dann im Rahmen der individuellen Lerngeschichte über das Entstehen und Persistieren der GAS. Auch die psychologischen Ansätze nehmen, wie auch die biologischen Modelle, eine familiengenetisch vermittelte dispositionell-angeborene Angstbereitschaft an. Diese wird laut Barlow (2002) auf der Ebene des erhöhten Arousal (Nervosität) vermutet und laut Matthews (1999) auf den Cortisolspiegel zurückgeführt. Ein anderes Modell,

das vor allem die Kognitionen im Zentrum der GAS betont, ist das Modell der ängstlichen Erwartung von Barlow (2002). Der Autor sieht die Entwicklung einer ängstlichen Erwartung auf dem Hintergrund einer angeborenen oder erworbenen Vulnerabilität. Diese kann durch eine erhöhte Erregung (Vigilanz), die subjektive Betrachtung von Ereignissen als unkontrollierbar und unvorhersehbar sowie durch Lernprozesse (Konditionierung, Modelllernen, Generalisierung) charakterisiert werden. Die Aufmerksamkeit der betroffenen Person richtet sich ausschließlich auf die inneren Vorgänge.

Eltern vermitteln ihren Kindern verschiedene Modelle für den Umgang mit Angst, diese machen wiederum eigene Erfahrungen im Laufe ihres Lebens und bilden dadurch die kognitiven Schemata zur Zusammenfassung und Verarbeitung des Erlebten (Becker u. Hoyer, 2005). Unter erhöhtem Stress werden jene Schemata aktiviert, die die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung bewirken können (Becker u. Hoyer, 2005).

Die autonome Erregung erhöht sich, die Aufmerksamkeit wird eingeengt, das Individuum wird hypervigilant in Bezug auf alle möglichen Gefahrenquellen (Lieb u. Wittchen, 2005). Bei starker Intensität dieser ängstlichen diffusen Erwartung kommt es zum Zusammenbruch der Konzentration, die Person ist nicht mehr fähig adäquat auf Alltagsanforderungen zu reagieren und vermeidet (protektiv) verschiedene Situationen (Lieb u. Wittchen, 2005).

Laut (Bowlbys, 1969, 1982) wird die Erfahrung mangelnder Kontrolle in der Bindung zu wichtigen Bezugspersonen in der Kindheit gemacht, welche ein Risikofaktor für die Entstehung von Angststörungen ist. Eine unsichere Bindung sowie die Verletzung ihrer Bindungsbedürfnisse machen diese Kinder auch in späterer Zeit für Ängste deutlich anfälliger (Warren et al., 1997). Patienten mit generalisierter Angststörung zeigen eine niedrigere Toleranz für Unsicherheit (Ladouceur et al., 1997).

Nach Eysencks Modell (1992) wird die Störung durch kritische Lebensereignisse ausgelöst. Bei den Patienten mit „Trait-Angst“ (Neigung Situationen als bedrohlich zu bewerten) entwickelt sich unter Belastung eine veränderte Aufmerksamkeit, die als „kognitive Vulnerabilität“ bezeichnet wird. Die daraus resultierende erhöhte Erregung bewirkt, dass die Umweltveränderungen als bedrohlich angesehen werden.

Borkovec et al. (1991) konzipieren die Sorgen als geistige Vermeidung. Die Patienten sorgen sich, um die Auseinandersetzung mit bestimmten Vorstellungen zu vermeiden und vegetative und psychologische Nebenerscheinungen zu verdrängen. Dieser Prozess führt aber zur Sorgenverstärkung. Die Autoren fanden heraus, dass Patienten mit einer GAS eher zu verbal-linguistischen Repräsentationen einer Situation neigen als zu bildhaften Vorstellungen. Weiters ist eine deutlich höhere psychophysiologische Aktivierung bei betroffenen Personen zu verzeichnen, wenn sie mit bildhaftem Material (anstatt mit verbalen Artikulationsinhalten) konfrontiert werden. Die Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem Reiz kann aus der Sicht der Informationsverarbeitung durchaus dazu führen, dass die korrigierende „Aufklärung“ keinen Zugang findet (siehe auch **Abb. 1.8.4a** und **Abb. 1.8.4b**).

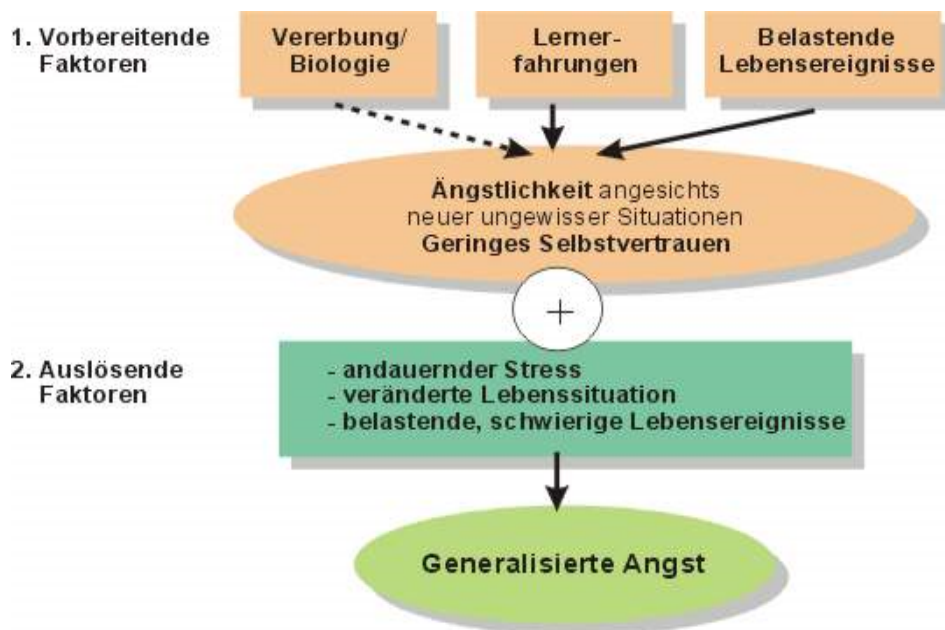
1.8.3 Belastende Ereignisse und Stress

Bei der Entstehung von Symptomen der generalisierten Angststörung spricht man nicht über ein auslösendes, konkretes Ereignis, sondern eher über kumulierte Belastungen. Stress, alltägliche Belastungen, große life events, (Rollen-) Veränderungen in Familie oder Beruf und Überforderungen allgemein können ausschlaggebend sein. Diese Ereignisse sind subjektiv definiert (Becker u. Hoyer, 2005). Interessanterweise fanden Blazer et al.

(1987), eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine GAS bei Männern (nicht aber bei Frauen), die im vergangenen Jahr vier oder mehr belastende kritische Lebensereignisse erlebt hatten. In einer Studie an Studierenden mit einer GAS konnte auch ermittelt werden, dass diese von mehr traumatischen Ereignissen berichten als Studierende ohne GAS (Blazer et al., 1987). Diese Ergebnisse lassen es nachvollziehbar erscheinen, dass traumatische oder belastende Ereignisse dazu führen, die Welt als bedrohlich und gefährlich zu erleben (Blazer et al., 1987), könnten allerdings auch darauf hinweisen, dass ängstliche Personen einfach mehr belastende Ereignisse erinnern als nicht-ängstliche Personen und der Unterschied deshalb auf differenzielle Gedächtniseffekte zurückzuführen ist (Turowsky u. Barlow, 2000).

Reinecker u. Siegel (1998) teilen die GAS in drei individuelle Kategorien ein, die durch das Zusammenwirken verschiedener Faktoren entstehen: 1. vorbereitende Faktoren, 2. auslösende Faktoren, 3. aufrechterhaltende Faktoren. Ihr Modell kann **Abb. 1.8.3 a** entnommen werden.

Abb. 1.8.3.a: Kategorien der GAS nach Reinecker u. Siegel (1998)



1.8.4 Persistenz

Die Aufrechterhaltung lässt sich gut durch ein Teufelskreismodell der Sorgen darstellen. Äußere oder innere Reize werden wahrgenommen und als bedrohlich interpretiert, dabei werden eigene Kompetenzen und Fähigkeiten, mit dem möglichen Problem fertig zu werden, unterschätzt. Sorgen entstehen – kognitive Schemata werden aktiviert. Die Situation wird als unkontrollierbar und unbeherrschbar erlebt. Durch das Individuum werden die Sorgen entweder als hilfreich („Sorge ist gleich Vorsorge“) oder als schädigend („Die Sorgen schaden mir“) interpretiert. Beide Annahmen von Sorgen, so genannte Meta-Sorgen, sollen dem Betroffenen das Gefühl vermitteln, seine Sorgen kontrollieren zu können. GAS-Patienten versuchen ihre Sorgen zu unterdrücken, zu vermeiden oder sich rückzuversichern. Durch solches Verhalten kommt es nie zur Habituation, sondern zur Verstärkung des Sorgenprozesses, was wiederum zu verstärkten Kontrollversuchen führt und mehrere einander aufschaukelnde Teufelskreise bildet (Becker u. Margraf, 2002).

Reinecker u. Siegel (1998) haben – wie auch Turowsky und Barlow (2002) in **Abb. 1.8.4.b** - ein Modell der aufrechterhaltenden Bedingungen in einer Graphik zusammengefasst (**Abb. 1.8.4.a**). Die Vermeidung sich mit den Sorgen auseinanderzusetzen ist deren zentrale Gemeinsamkeit und führt dazu, dass die Sorgen eben nicht zu Ende gedacht werden. Dafür werden verschiedene Formen des Sicherheitsverhaltens gelebt. Beispiele dafür wären z.B. die Rückversicherung, die durch Nachfragen, Nachtelefonieren, dem Anhören von Verkehrsnachrichten, Arztbesuchen usw. erfolgt. Kontrolle als zweite Form des Sicherheitsverhaltens kann sich im Absuchen des eigenen Körpers nach Auffälligkeiten oder in Kontrollen von Sparbüchern zeigen. Die Vermeidung findet bezüglich der Inhalte der Angstgedanken statt. Die Betroffenen gehen bewusst Nachrichten, Arztbesuchen etc. aus dem Weg. Die letzte Form des

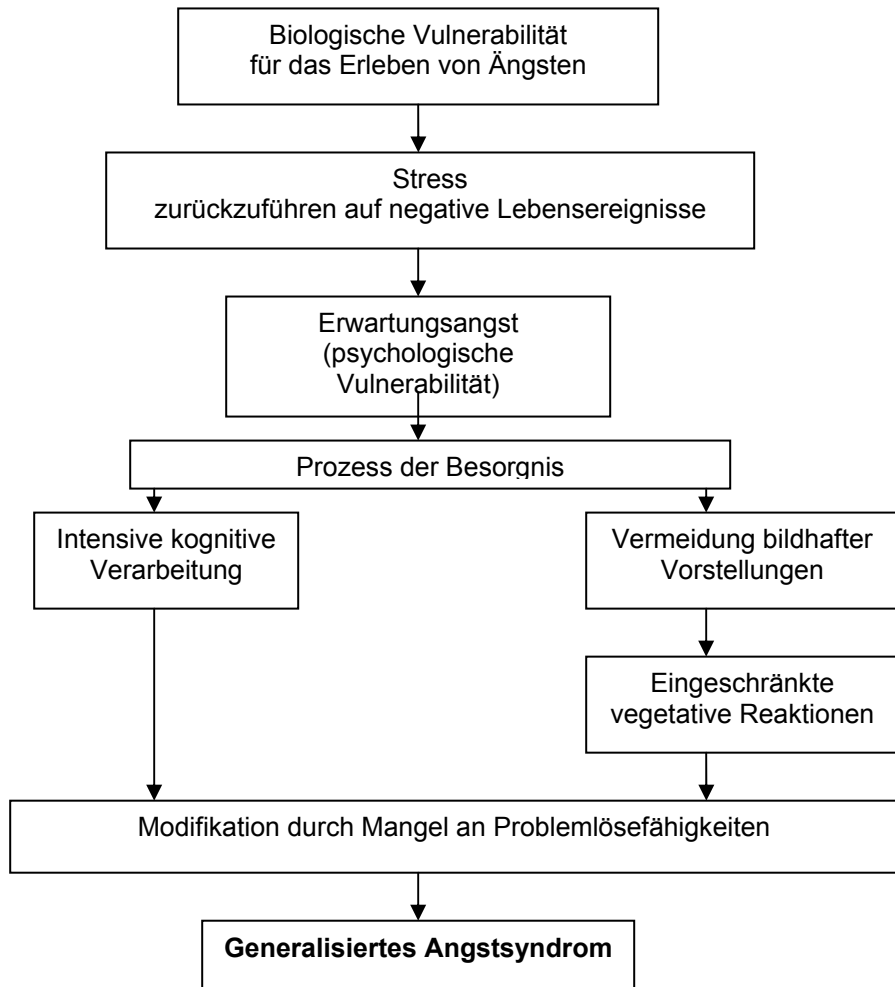
Sicherheitsverhaltens ist die Ablenkung (durch Fernsehen, Telefonieren usw.). (Becker u. Margraf, 2002).

Abb. 1.8.4.a: Aufrechterhaltende Bedingungen der GAS nach Reinecker u. Siegel (1998).



Der Sorgenprozess beginnt damit, dass ein Ereignis von einer betroffenen Person als bedrohlich empfunden wird. Diese Bewertung erfolgt automatisch, die Person bekommt Angst, Sorgen drängen sich in ihr Bewusstsein. Die Vermeidungsmaßnahmen und das Sicherheitsverhalten wirken kurzfristig entlastend und beruhigend, denn die Sorgen werden gedämpft. Langfristig aber bleiben die Sorgen und Ängste nicht nur aufrechterhalten, sondern verstärken sich zusätzlich in ihrer Intensität und Häufigkeit. Die Verarbeitung der Sorgen wird vermieden und die Person kann nicht nachprüfen, ob die spezifische Situation wirklich bedrohlich war oder ob die Sorgen und ängstlichen Gedanken von alleine nachgelassen hätten. Somit erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit, dass in einer ähnlichen Situation erneut ein Sorgenprozess aktualisiert wird (Becker u. Hoyer, 2005).

Abb. 1.8.4.b: Ein Modell der Generalisierten Angststörung nach Turowsky u. Barlow (2000)



1.9 Behandlung

Bei der Behandlung der GAS eignet sich grundsätzlich eine Kombination aus Psychotherapie und Medikation.

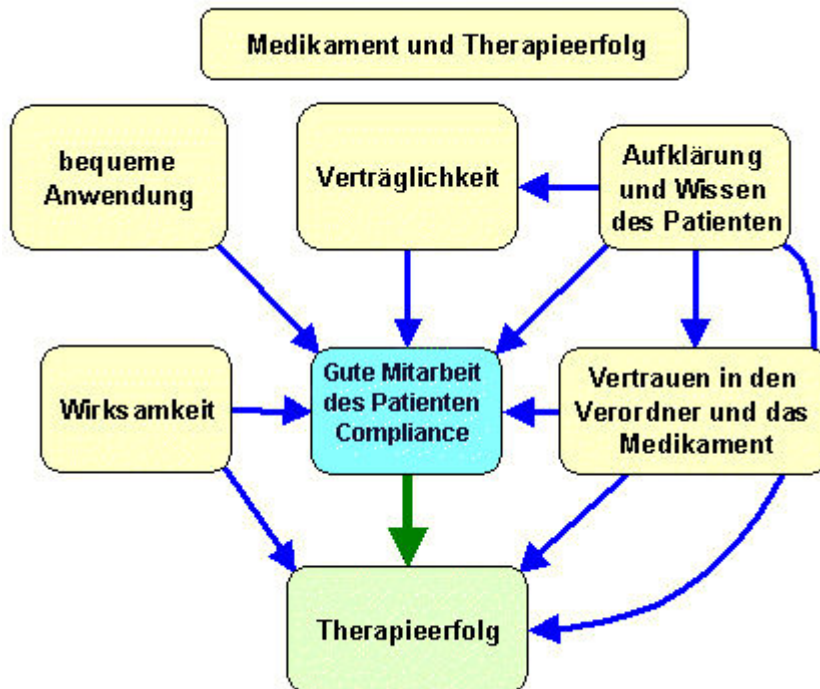
Für die Anwendung von Benzodiazepinen bei der Behandlung der GAS spricht die gute Angst lösende Wirkung, allerdings wird durch die bestehende Gefahr eine Abhängigkeit zu entwickeln, eine längere Einnahme nicht empfohlen (Wöller u. Kruse, 2001). Eine Langzeittherapie mit Benzodiazepinen ist nur nach dem Versuch mit allen anderen pharmakologischen und psychotherapeutischen

Behandlungen zulässig (Wöller u. Kruse, 2001). Durch die Umstellung auf Antidepressiva ist eine Langzeittherapie der Generalisierten Angststörung möglich, es werden heutzutage aber neue Substanzklassen von Antidepressiva verwendet wie z.B. selektive Serotonin- Wiederaufnahme Hemmer (SSRI), Serotonin- und Nordadrenalin- Wiederaufnahme Hemmer (SNRI) und andere, da die früher oft verschriebenen Trizyklischen Antidepressiva zu starken Nebenwirkungen (Gewichtszunahme, Mundtrockenheit etc.) führen können (Formberger u. Angenendt, 2008). Bei den meisten dieser Medikamente ist eine Wirklatenz von einigen Wochen zu beachten, wobei – wie oben schon erwähnt - Benzodiazepine in dieser Phase eine nicht unwichtige Rolle spielen können. Aufgrund unterschiedlicher hepatischer Metabolisierung ergibt sich für die verschiedenen Substanzen auch ein unterschiedliches Interaktionspotenzial (Hasenöhr, 2008). In nachstehender Tabelle sind die am häufigsten verschriebenen und wirksamsten Psychopharmaka aufgelistet, die imstande sind auf die GAS und andere Angststörungen einzuwirken (**Tab. 1.9a**).

SUBSTANZ	ANFANGSDOSIS	ERHALTUNGSDOSIS
	(mg)	(mg)
SSRI		
Citalopram	5-10	20-60
Escitalopram	5-10	10-20
Fluoxetin	10-20	20-80
Fluvoxamin	50	100-300
Paroxetin	10-20	20-60
Sertralin	(25-)50	50-200
SNRI		
Venlafaxin ER	75	75-225
Milnacipran	25-50	100

Tab. 1.9a: Anfangs- und Erhaltungsdosen von Antidepressiva bei Angsterkrankungen (Kasper, 2005).

Abb. 1.9.b: Einflussfaktoren für Compliance und Therapieerfolg (Kasper, 2005).



Laut Kasper (2005) beeinflusst die Therapiemotivation und Compliance seitens des Patienten den Behandlungserfolg. Die Faktoren, die dabei eine wichtige Rolle spielen zeigt die **Abbildung 1.9b** (Kasper, 2005).

Wöller und Kruse (2001) gehen davon aus, dass bewältigungsorientierte und Ich-stärkende Maßnahmen in der Behandlung von Patienten mit GAS und Panikstörungen eine relativ wichtige Rolle spielen. Dazu gehören ein supportiver und Abwehrstärkender Interventionsstil, das stetige Hinweisen auf Stärken und Ressourcen, die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien (z.B. Ablenkungstechniken), die Vermittlung von Entspannungstechniken und die Förderung von Eigenverantwortung.

Psychoedukative Maßnahmen haben das Ziel den Patienten zu befähigen, durch Wissen und Informationen über Angst, eine subjektive Kontrollüberzeugung zu gewinnen und eine Reduktion der

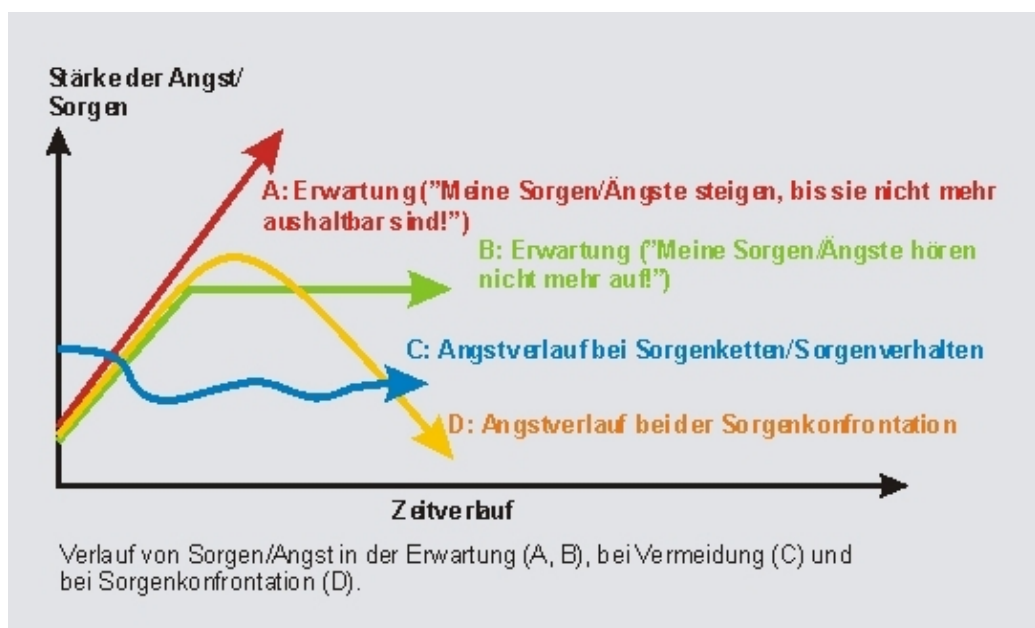
Angstsymptomatik zu erreichen. Die Informationsvermittlung kann entweder im Gespräch oder durch entsprechende Literatur erfolgen. (Wöller und Kruse, 2001). Wichtig ist, dass sie dem Niveau des Patienten angepasst ist. Der Patient soll das Gefühl bekommen, in seiner eigenen Sprache sein Erleben zusammenfassen zu dürfen. Eine konkrete Situation aus der Erfahrung des Patienten eignet sich sehr gut um den Kreislauf der Angst in seine Komponenten zu zerlegen und das Verständnis um die Entstehung zu fördern und zu erklären (Wöller und Kruse, 2001). Danach werden Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der Störung gemeinsam mit dem Patienten ausgearbeitet.

In den neuen Therapieansätzen wird die Bemühung sichtbar, pathologische Sorgen mehr zu berücksichtigen. In Konfrontationsphasen lernt der Patient eine neue Technik des Sichsorgens. Dem Patienten wird geholfen, eine Sorge aus der Gedankenkette zu isolieren, sich um ein konkretes Bild zu sorgen, mit dem Ziel absichtlich ein starkes Ausmaß von Angst zu erreichen, die anschließend mit einer Habituation bzw. Gewöhnungsphase endet. Auf diese so genannte Konfrontation in sensu folgt die Konfrontation in vivo, womit Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten behandelt werden. Bei dieser Behandlung ist es sehr wichtig, die Patienten gut vorzubereiten und ihnen zu erklären, wie die Konfrontation wirkt, vor allem, dass die durch Exposition verstärkten Sorgen Voraussetzung für eine langfristige Reduktion dieser Zustände sind (Nickel, 2008).

Erwähnte Interventionen sind besonders gut geeignet, wenn die Sorgen im Vordergrund stehen oder wenn komorbid eine andere Angststörung vorliegt (Becker u. Hoyer, 2005). Falls die komorbide Depression vorliegt, ist die Sorgenkonfrontation eine gute Ergänzung für die kognitive Therapie. Ihr Prinzip besteht darin, dass sich die Betroffenen an die Sorgen gewöhnen können und sie somit verarbeiten und langfristig reduzieren. Jeder einzelne Angst besetzte

Gedanke soll sich möglichst bildhaft ausgemalt und die dabei auftretenden Gefühle sollen so lange wie möglich ausgehalten werden, bis sie im Zuge einer Gewöhnung wieder sinken. Die Gewöhnung führt langfristig zu einer Verringerung der Sorgen und unangenehmen Begleitsymptome. Reinecker u. Siegel (1998) verdeutlichen das Prinzip der Sorgenkonfrontation in einem Angstverlaufdiagramm (**Abb. 1.9**). Die Autoren stellen in diesem Diagramm dar, welche Befürchtungen die Betroffenen äußern, wenn sie ihren Sorgen freien Lauf lassen (Pfeile A und B). Pfeil C zeigt den Sorgenverlauf typischer Angst behafteter Gedankenketten. Die Sorgen werden mal mehr, mal weniger, lassen aber langfristig nicht nach. Pfeil D zeigt die Veränderung der Sorgen während der Sorgenkonfrontation. Zuerst ist eine notwendige Intensivierung der Angst wahrzunehmen, die aber zurückgeht, wenn sich der Gewöhnungseffekt eingestellt hat. Die Sorge kann verarbeitet werden und verliert ihren Bedrohlichkeitswert. Bei langfristiger Exposition wird die Kurve immer flacher, da die Angst nicht mehr eine so große Erregung auslöst und schneller wieder sinkt (Reinecker u. Siegel, 1998).

Abb. 1.9.: Angstverlaufdiagramm bei GAS (Reinecker u. Siegel, 1998)



Bei der Behandlung der GAS, vor allem wenn bei Patienten körperliche Beschwerden im Vordergrund stehen, werden Entspannungsmethoden sehr erfolgreich eingesetzt (Becker u. Hoyer, 2005). Das ständige Sorgen löst oft Verspannungen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Nervosität und innere Unruhe aus. Entspannungsverfahren helfen die erhöhte körperliche Anspannung zu reduzieren. Besonders geeignet ist hier die PMR (Progressive Muskelentspannung nach Jacobson), da es durch den Wechsel von Anspannung und Entspannung einzelner Muskelgruppen gelingt, eine Entspannung herbeizuführen (Becker u. Hoyer, 2005). Im Laufe der PMR werden auch Ruhebilder oder –worte eingeführt, die es dem Patienten ermöglichen diese als Hinweisreiz für die geübte Entspannung zu verwenden und seine Erregung blitzschnell zu reduzieren. Diese Übungen können in verschiedenen Situationen des Alltags problemlos angewandt werden, wobei eine Kontinuität der Übungen (mindestens ein Mal täglich) aber Voraussetzung ist.

Die vorhin erwähnte kognitive Therapie setzt an den Katastrophengedanken an und versucht durch eine Veränderung von deren Bewertung eine Distanzierung von den Sorgen zu erwirken. Personen mit einer GAS neigen dazu verschiedene Ereignisse als negativ zu bewerten (Bsp.: „Handy aus bedeutet Unfall.“) und sich eine 100%ige Sicherheit verschaffen zu wollen, welche im Leben einfach niemand erfahren kann. In der kognitiven Therapie sollen die Bedeutungsverzerrungen identifiziert und gegen realistische Annahmen ausgetauscht werden (Becker u. Margraf, 2002).

Eine psychoanalytische Therapie ist vor allem dann notwendig, wenn es sich um Nachreifung defizitärer Ich-Funktionen handelt. Ein wesentlicher Fokus der psychoanalytischen Therapie ist die psychoanalytische Handhabung der therapeutischen Beziehung mit den spezifischen, aus den unbewussten Konflikten entstandenen,

patientengesteuerten Interaktionsmustern und der Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung (Senf u. Broda, 2000).

Es gibt insgesamt wenige kontrollierte Studien, die eine empirisch fundierte Therapie der GAS stützen. Da diese oft von anderen psychischen Störungen begleitet wird (siehe Kapitel 2.6), ist es notwendig, sie differenzialdiagnostisch von diesen abzugrenzen. Liegt z. B. eine Psychose vor, wird diese in der Regel als erste behandelt und danach gegebenenfalls die vorliegende GAS (Becker u. Hoyer, 2005). Dafür eignet sich z. B. eine kognitive Vorgangsweise und zwar mit der Begründung, dass der Patient durch das Erlernen eines Vorgangs weniger überfordert ist. Auch bei Komorbidität mit Depression gibt es nur eine schmale Grenze zwischen den zwei Störungsbildern. Entsteht die Generalisierte Angststörung aus einer schweren depressiven Phase, ist die Behandlung der Depression vorrangig (Becker u. Hoyer, 2005). Sollten mehrere Angststörungen gleichzeitig vorliegen bietet sich z. B. eine Konfrontationsbehandlung - sowohl der GAS als auch der anderen Angststörungen - an. Um eine analytische Vorgangsweise anzuwenden ist es wichtig, folgende Punkte zu beachten: der Patient muss mit einer Aufklärung seiner Angst einverstanden sein, bei leichten Angstneurosen darf keine Komorbidität mit einer weitreichenden Persönlichkeitsstörung bestehen, bei einer schweren Angstneurose mit einer Persönlichkeitsstörung im Hintergrund ist eine langfristige tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie indiziert. Für den Patienten mit einer Herzneurose ist eine Gruppentherapie sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting die effektivste Methode (Senf und Broda, 2000). Die Einnahme von Medikamenten, Alkohol oder Drogen als Versuch der Selbstbehandlung erfordert auch eine direkte Intervention.

Wenn sich die Symptomatik stark verfestigt, ausweitet oder verselbstständigt und eine ambulante Behandlung nicht ausreichend erscheint ist die stationäre Behandlung erforderlich (Magraf u.

Schneider, 1989). Zielke (1994) bietet eine Liste von Allgemeinkriterien der Indikationen zur stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung wo z.B. Komplexität der Probleme, Schweregrad der Störung, Komorbidität psychischer Störungen und Komorbidität somatischer Erkrankungen eine wesentliche Rolle spielen. In der Regel sind die Einweisungskriterien, die eine Notwendigkeit für die stationäre Therapie rechtfertigen, undifferenziert. Die Verunsicherung bezüglich Differentialindikationen (d.h. Entscheidungen wann eine ambulante oder eine stationäre Behandlung notwendig ist) verursacht diese Unklarheit (Hoyer u. Becker, 2005). Ausgeprägte Angst vor Kontrollverlust, Verhaltensdefizite, dramatisch erlebte physische Bedrohungen, chronische Überforderung und chronisches Krankheitsverhalten sind Aspekte die eine stationäre Behandlung rechtfertigen (Leidig u. Limbacher, 1998).

Der geschützte Rahmen in einer stationären Einrichtung und eine kontinuierliche interdisziplinäre Arbeit von Fachkräften ermöglicht dem Patienten ein engmaschiges multimodales Therapieangebot. Grundsätzliche Vorteile der stationären Behandlung bestehen darin, dass die Behandlungselemente effektiv und in kurzer Zeit kombiniert werden können (Leidig u. Limbacher, 1998).

2. Therapiemotivation

Vertieft man sich in die Literatur zur (Psycho-) Therapiemotivation bemerkt man, dass obwohl verschiedene Begriffe in Abhängigkeit von den Autoren publiziert wurden, sie auf die Frage nach den Voraussetzungen des Patienten abzielen, an einer Therapie „Gewinn bringend“ teilzunehmen. Die hier am häufigsten verwendeten Begriffe sind eindeutig „Therapiemotivation“, „Leidensdruck“ und „Erwartungen des Patienten“ (Veith, 1997).

Nach Meinchenbaum und Turk (1994) wird die Therapiemotivation als ein vom Patienten aus bewusst eingegangenes, auf Kooperation zielendes Engagement gesehen, um ein therapeutisches Resultat zu erzielen oder präventiv etwas für seine Gesundheit zu tun. Im Gegensatz zur Compliance verlangt die Therapiemotivation eine aktive Haltung des Patienten, welche nicht nur die Aufnahme einer Therapie, die damit verbundene kontinuierliche Teilnahme, Einhaltung von Terminen und Absprachen, eine korrekte Medikamenteneinnahme und die Vermeidung von Risikoverhalten voraussetzt, sondern auch den aktiven Versuch, seinen Lebensstil adäquat umzugestalten – also die Motivation für zielgerichtetes Verhalten.

Ein Maß der Therapiemotivation ist laut Westermann et al. (1983) und Allen et al. (1988) das Ausmaß der Übernahme der Patientenrolle durch den Klienten selbst. Die Störungsstabilität sei zusätzlich mit der Behandlungserwartung und der Einstellung gegenüber der Krankheit selbst eng verknüpft (Kals, 1975; Seiderer-Hartig, 1980; Spörkel et al., 1985).

2.1 Theoretische Konzepte

2.1.1 Therapiemotivation als Patientenmerkmal

Die Motivation gegenüber der Therapie ist nicht nur ein hypothetisches Konstrukt welches das Verhalten im Hinblick auf diese steuert und energetisiert, sondern neben der Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten auch ein sehr bedeutender unspezifischer Faktor (Veith, 1997). Einige Autoren (z.B. Raskin, 1961; Davis, 1966; Kals, 1975, Rees, 1985) versuchten eine durch aktives Engagement definierte Therapiemotivation mit stabilen Persönlichkeitsmerkmalen („konstitutionelle Defizite“, mangelnde Willenskraft) in Verbindung zu bringen, jedoch mit wenig Erfolg.

Merkmale wie Alter, Geschlecht oder soziale Herkunft scheinen wenig Einfluss auf die Patientenmotivation zu haben.

Der zweite Ansatz bedient sich einer etwas spezielleren Annahme. Dieselben Persönlichkeitsmerkmale, die als ursächlich für die Störung angesehen werden, sollen mit dem Mangel an Therapiemotivation einhergehen. Eine ähnliche Ansichtswiese teilen sich die psychoanalytisch orientierten Autoren Radebold (1990), Rauchfleisch (1990) und Reimer (1990), die ein Defizit der vorhandenen Patientenmotivation als einen Ausdruck von Abwehrmechanismen verstehen. Die Kritiken von vielen Seiten (Merton, 1948; Rosenthal, 1976) hindern diese Vertreter der Eigenschaftsmodelle nicht daran, die Verweigerung einer therapeutischen Beziehung als Folge einer „Grundstörung“ oder einer „narzisstischen Persönlichkeit“ zu sehen.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass eigenschaftstheoretische Konzepte im Hinblick auf die Aufklärung der Bedingungen der Therapiemotivation wenig beigetragen haben, da sie der Komplexität und der Dynamik des motivationalen Geschehens nicht gerecht werden und implizit scheinbar von einer relativen Homogenität des Phänomens auszugehen scheinen. Eine totale Ausgrenzung personenspezifischer Variablen im Forschungsbereich Therapiemotivation scheint aber nicht die richtige Lösung zu sein – vielmehr sollte auf die Integration aller Faktoren in interaktionistische Therapiemotivationsmodelle bestanden werden (Veith, 1997).

2.1.2 Psychoanalytisch orientierte Konzepte von Therapiemotivation

Das psychoanalytische Konzept der Psychotherapie berücksichtigt den Leidensdruck des Patienten, dessen Zuversicht, dass durch die Behandlung eine Besserung erreicht wird, Kosten und Nutzen der Therapie, Vorteile, die sich durch die Störung ergeben

(Krankheitsgewinn), die Beziehung zwischen Patient und Therapeut sowie die Motive des Therapeuten selbst (Veith, 1997).

Aus psychoanalytischer Sicht stehen im Mittelpunkt der Therapiemotivationskonzepte Begriffe wie „Leidensdruck“ und „sekundärer Krankheitsgewinn“. In seiner Schrift über die Psychotherapie (1905) hat Freud den fehlenden Leidensdruck von Patienten als Ausschlusskriterium für eine Psychotherapie geltend gemacht. Andererseits kann und soll der Patient seine Motivation hinsichtlich des therapeutischen Prozesses durch seine Bereitschaft eine Weile zu leiden ausdrücken, um dann ein „besseres Ende“ zu erreichen (Veith, 1997).

Zwei Aspekte erscheinen hierbei wichtig: Die Zuversicht des Patienten gegenüber der Behandlung sowie die, dass die Kosten und Belastungen, die durch die Behandlung erst ausgelöst werden, den Leidensdruck, der durch die subjektiven Probleme des Patienten entstanden ist, nicht übersteigen (Veith, 1997).

Was die Behandlung des Leidensdrucks behindern kann, ist wiederum der sekundäre Krankheitsgewinn. Zusätzlich betonte Heigl schon 1972, dass nicht nur die Intensität des Leidensdrucks sondern auch die Art des Leidensgefühls maßgeblich für die Prognose der Bewältigung ist. Der prognostisch günstigere und real-bedingte Leidensdruck setzt voraus, dass der Patient an seiner objektiven Behinderung, an deren Symptomen und den Folgen leidet. Das neurotische oder unreal-bedingte Leidensgefühl, das prognostisch als ungünstig beschrieben wird, stellt für den Patienten eine rein subjektive Bedeutung des Symptoms in den Vordergrund. Die Unterscheidung zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn ist in diesem Zusammenhang ebenso von Bedeutung und Notwendigkeit. Der sekundäre Krankheitsgewinn könnte z.B. die Zuwendung des Partners sein, die sich durch den primären Krankheitsgewinn (z.B. die Vermeidung von bestimmten

Situationen und der dadurch „erzwungene“ Rückzug, um zur Ruhe zu kommen) ergibt. Bei einem nicht ausreichend großen Leidensdruck wird dieser vom primären oder sekundären Krankheitsgewinn überlagert – somit muss die Therapiemotivation als modifizierbar betrachtet werden und wird zum Gegenstand der Behandlung selbst. 1973 sprach auch Kind vom Leidensdruck als einem der wichtigsten Kriterien der „Behandelbarkeit“ eines Patienten. Die Behandlung ist sehr an die therapeutische Beziehung gebunden. Das so genannte Arbeitsbündnis verpflichtet die „gesunden Ich-Anteile“ des Patienten an der zielgerichteten Durchführung der analytischen Therapie teilzunehmen. Dieser „Pakt“ ist an bestimmte Verhaltensregeln geknüpft, die Dinge wie das Mitteilen von Gedanken, Gefühlen und Imaginationen betreffen (Schulz-Hancke, 1970). Die Motivation des Patienten, sich einer therapeutischen Behandlung zu unterziehen wird als Ingredienz der Erkrankung angesehen (vgl. auch Holt, 1967). Schierding (1975) sieht außerdem die Sehnsucht des Patienten nach Selbsterkenntnis und Erneuerung als wesentlich für das Einlassen auf die Übertragungssituation an.

Einige Autoren (z.B. Dollard et al., 1950; Leeper, 1963) diskutieren zusätzlich den „Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt“ in der therapeutischen Situation. Dies sind zwei gegensätzliche Motivationstendenzen, die den Patienten eine Therapiesituation aufsuchen aber gleichzeitig auch vermeiden lassen sowie die Motivationsdynamik im Verlauf der Therapie bestimmen. Die Vermeidungstendenz entsteht laut Dollard und Müller (1950) aus Angstinhalten erlebter Affekte (z.B. die Furcht verrückt zu sein/ werden, Furcht vor negativer Bewertung durch die Gruppe, Furcht vor Konfrontation mit dem Problem, Furcht vor unbekannter Therapiesituation etc.).

2.1.3 Therapiemotivationen in der Gesprächstherapie

Während in der Psychoanalyse vorwiegend der Leidensdruck hinsichtlich der Therapiemotivation thematisiert wird, stehen in der Gesprächstherapie nach Rogers (1957) die Zuversicht und das Streben nach einem besseren, stimmigeren Selbst im Vordergrund. Die Therapiemotivation wird als Spezialfall der Selbstaktualisierungstendenz angesehen und ist empirisch kaum zu erfassen. Die Selbstaktualisierungstendenz ist zwar für die Aufnahme eines therapeutischen Kontaktes enorm von Bedeutung, die Motivation allerdings wird während des therapeutischen Prozesses von der Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten bestimmt (vgl. Floetmann, 1987). Positiv beeinflusst wird der Therapieerfolg durch eine hohe überdauernde Tendenz zur Selbstaktualisierung sowie einen hohen aktuellen Belastungsgrad. Es soll zu Anfang des therapeutischen Prozesses generell immer auf eine kognitive und motivationale Verbesserung hingearbeitet werden, in dem gezielt die Defizite bezüglich der Motivation und der Erwartungen herausgegriffen werden. Minsel (1974) unterscheidet außerdem die passive Therapiemotivation, die die Bereitschaft zur Hilfenahme beinhaltet sowie die Therapiemotivation mit aktiver Komponente.

Die Ansicht der Gesprächspsychotherapie überschneidet sich in dem Punkt mit der Psychoanalyse, als dass beide Konzepte die treibende Kraft der Therapiemotivation als im Patienten selbst lokalisiert ansehen.

2.1.4 Therapiemotivation in der Verhaltenstherapie

Die lerntheoretisch orientierte Forschung verwendete zunächst nur Verhaltensdaten als Indikatoren für die Behandlungsmotivation. Autoren wie Kidd (1968), Canter (1972) und Enright (1975) erstellten

ein abgestuftes Verhaltensmaß, das die Therapiemotivation mit Hilfe der Anzahl versäumter Therapiestunden seitens des Patienten ermitteln wollte. Erst später wurde versucht einen Zusammenhang mit anderen Faktoren zu erfassen. Ein Vorreiter hinsichtlich dieser Richtung war Bandura (1969, 1977) mit seinen Untersuchungen zum Modelllernen und zu mediierenden Prozessen. Die zentrale Frage beschäftigte sich damit, welche Therapeutenvariablen sich positiv auf den Patienten auswirken, um den Therapeuten als Modell an- und dessen Verhalten zu übernehmen. Zimmer (1983) sieht als wesentliche Faktoren eine hohe Attraktivität des Therapeuten, seinen Expertenstatus und die Ähnlichkeit mit dem Patienten selbst. Der paradigmatische Perspektivenwechsel in der Therapie, der durch eine erhöhte Forderung nach Transparenz ausgelöst wurde (vgl. Wienend, 1982), in dem der Therapeut nicht zur Modifikation des Patienten tendiert, sondern diesem die eigentliche Kontrolle über die gewünschte Verhaltensänderung zuspricht, führt zu einer zentralen Betonung der Motivation zur Selbstkontrolle (Pütz, 1980). Der Therapeut wird somit zum fachmännischen Anleiter der vom Patienten initiierten Veränderung.

Laut Zimmer (1983) lässt sich die Therapiemotivation definieren in den Bereichen: hoher Leidensdruck, Hoffnung auf Änderung, positive Therapieerwartung, Akzeptieren des Therapeuten als vertrauenswürdigen Experten und des Therapiekonzepts, das eine gewisse Eigeninitiative des Patienten voraussetzt und fordert sowie die Aufrechterhaltung des Symptoms durch negative Verstärkung (und nicht durch positive). Die Therapiemotivation in diesem Sinne erlebt einen Widerstand, der auf folgenden Faktoren beruht: Umwelt, Familie und Institutionen, Therapeut und Therapieplan, der Patient. Der Autor sieht für die Anfangsphase einer Therapie den Aufbau bzw. die Festigung der Motivation des Patienten vor. Darunter versteht Zimmer die Erleichterung des Vertrauensfassens, das Induzieren von Hoffnung durch die Modifizierung des Problemverständnisses, das Klären von Rollenerwartungen etc. Als

ungünstig für die Therapiemotivation seien allerdings die Angst vor Veränderungen, schlechte Vorerfahrungen bzw. missglückte Therapieversuche, starke externale Attribuierung, primärer und sekundärer Krankheitsgewinn oder auch das Fehlen eines alternativen Verhaltensrepertoires anzusehen (Zimmer, 1983)

2.1.5 Prozessorientierte Therapiemotivationsmodelle

Die Kognitive Theorie postuliert Kosten, Nutzen und Erfolgserwartungen als wichtige Determinanten der Therapiemotivation. In Krauses Ansatz (1966) spielen diese drei Aspekte eine wichtige Rolle, deren Bedeutung erst richtig zu erfassen ist, wenn man sich mit den Bereichen, in die Kraus die therapeutische Behandlung einteilt, beschäftigt. Die erste Phase ist demnach die Suche nach einem Behandelnden, die zweite Phase umfasst die Bindung an eine Behandlung, die dritte Phase erklärt sich durch die kontinuierliche Durchführung der Behandlung und die vierte und letzte Phase ist die Beendigung der Behandlung. Die Kosten, unter denen die bevorstehenden Anstrengungen, die unangenehmen Gefühle sowie die monetären Aspekte zusammenzufassen sind, müssen gegenüber der erwarteten Zufriedenheit durch den Behandlungserfolg in einem günstigen Verhältnis stehen. Damit überhaupt eine therapeutische Behandlung in Erwägung gezogen wird, muss die Situation ohne diese als nicht (mehr) erträglich empfunden werden. Der Patient muss die Hilfe von außen als Lösung für seine Situation ansehen und die Kosten für die Intervention dürfen die Belastung durch die subjektiven Probleme nicht übersteigen. Die zweite Phase beschäftigt den Patienten im Hinblick auf die Kosten, die er in Kauf zu nehmen bereit ist. Diese Kalkulation wiederholt sich in der dritten Phase immer und immer wieder. Das Beenden einer therapeutischen Beziehung kann auch unabhängig von Kosten und Nutzen erfolgen, es kann ebenso die

Folge zu hoher Erfolgserwartungen des Patienten sein (Krause, 1966).

Die Therapiemotivation in der Selbstmanagement-Therapie wird durch die aktive Beteiligung des Patienten, die Konkretisierung der Ziele und die Zukunftsorientierung bestimmt (Schulter et al., 1972; Kanfer, 1975;). Verstärkung der Therapiemotivation kann erfolgen in dem der Patient die Selbstkontrolle in Bezug auf die Therapie wahrnimmt, seine Ziele selbstständig stecken kann und er die Möglichkeit zur Realisierung seiner eigenen Vorstellungen hat. Hier sollen die unabhängigen Handlungen unterstützt werden und der Patient erhält die Rolle des aktiven Mitentscheiders und des eigenständig Kontrollierenden (Veith, 1997).

Die Motivation wird in die Eingangsphase – welche den Aufbau der Therapeuten-Patienten-Beziehung, die Informationssammlung und das Schaffen einer Therapiesituation umfasst – und in die zweite, zyklische Phase – welche die stetige Wiederholung des Motivationsaufbaus bei Bedarf und individuellen motivationalen Problemen beschreibt – eingeteilt (Veith, 1997).

Der Therapiemotivation liegt der belastende Problemzustand verbunden mit dem Leidensdruck zugrunde, welcher in einen positiven Zielzustand überführt werden soll. Eine ungünstige Bedingung für den Aufbau oder die Konsolidierung der Motivation ist auch hier der nicht zu unterschätzende Krankheitsgewinn. Der Aufbau der Änderungsmotivation steht weitgehend im Zentrum, sodass andere Komponenten eventuell zu sehr vernachlässigt werden. Gemeint ist damit zum Beispiel die Beziehung zwischen Patient und Therapeut (Veith, 1997).

Das duale Basismodell des therapeutischen Prozesses sieht den Therapeuten in der Rolle des Fordernden (Forderung nach Basisverhalten seitens des Klienten) und in der Rolle des Planers

und Durchführers (Planung/Durchführung therapeutischer Methoden; Schulte, 1972).

2.1.6 Stand der Literatur

Einige Autoren (Künzel, 1979; DePaulo, 1982; Westphalen, 1986;) beschäftigten sich mit dem meist vorrangigen Ziel der Therapiemotivation, Hilfe für die Bewältigung psychischer Probleme zu finden. Ebenso erstreckt sich die Therapiemotivation auf den Bereich der Veränderungsmotivation (Velicer et al., 1985), in der die Therapie als Mittel zum Zweck oder als Weg zum Ziel gesehen wird, verschiedene Umgestaltungen/Veränderungen gegen Symptome/Problemverhalten auszutauschen.

Laut einigen Therapeuten (z.B. Malan, 1976) liegt die Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie in einer bestehenden Anfangsmotivation des Patienten. Garfield (1987) verweist allerdings auf die nicht vollständig überzeugenden empirischen Ergebnisse hinsichtlich dieser Thematik, wobei Luborsky (1971) in einer Meta-Analyse von Psychotherapievergleichsstudien das Gegenteil festgestellt hat.

Die Therapiemotivationsforschung befasst sich mit prozessorientierten Modellen, die die Therapiemotivation explizit als Wirkvariable, welche als vorrangiges Ziel therapeutischer Interventionen gesehen werden soll, betrachtet (Veith, 1997). Früherer Forschungsgegenstand war eher der Mangel an Motivation seitens der Patienten, welcher sich auf unterschiedliche Weise äußern kann. Die Psychiatrie legt sich da besonders auf die Einhaltung bzw. Nicht-Einhaltung der Einnahme verschriebener Medikamente fest. In der Psychotherapie wird als Indikator das Abbrechen von Therapieprozessen betont. Ergebnisse von Baeckeland u. Lundwall (1975) belegen, dass 20-57% der

Patienten psychosomatischer Kliniken in Deutschland nach dem ersten Kontakt abbrechen, 31-50% nur an den ersten vier Sitzungen teilnehmen und besonders Suchtpatienten dazu tendieren, laufende Therapien nach wenigen Monaten abzubrechen. Rees (1985) und Lanker (1974) berichten sogar von einer Abbruchrate von über 70%.

Trotz dieses Forschungsstandes ist es sicherlich nicht falsch davon auszugehen, dass die Therapiemotivation nicht nur an der vorgeschriebenen Medikamenteneinnahme und an der Teilnahme an der Therapie zu messen ist. Bassler (1995) findet zum Beispiel einen Zusammenhang zwischen Patientenerwartungen und Therapieabbrüchen und Liddell et al. (1986) konnten überhaupt keine Beziehung zwischen der Therapiemotivation agoraphobischer Patienten und deren Therapieerfolg finden. Schneider et al. (1999) beschäftigen sich allerdings mit dem Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf und fanden, dass motivationale Patientenmerkmale eine große Bedeutung für den Erfolg von psychotherapeutischen Maßnahmen haben. Interpersonelle Probleme und psychische Symptome können am besten auf Basis der psychosozial fokussierenden Laienätiologie und über ein hohes Ausmaß an Offenheit für Psychotherapie bearbeitet werden. Die therapeutischen Maßnahmen scheinen in dieser Studie von Schneider et al. (1999) unter den erwähnten Bedingungen eine größere Effizienz zu haben, da weniger kognitive und affektive Dissonanzen seitens der Patienten auftreten. Unter „Laienätiologie“ (Subskala, FPTM, Schneider et al., 1999) verstehen die Autoren die subjektive Sicht des Patienten über die Genese seiner aktuellen psychischen oder psychosomatischen Beschwerden aber auch dessen generelle Annahmen über Krankheitsursachen. Die Subskala „Offenheit für Psychotherapie“ (FPTM, Schneider et al., 1999) umfasst generelle Einstellungen des Patienten gegenüber Behandlungskonzepten.

Franz et al. (1990) berichteten außerdem, dass es aufgrund der Schichtzugehörigkeit keinen Unterschied im Hinblick auf die Wirkung und den Erfolg psychotherapeutischer Maßnahmen gäbe. Studienteilnehmer die in ihrer Biographie schon Therapieerfahrung aufweisen seien aber im Gegensatz zu Personen ohne vorangegangene therapeutische Maßnahmen motivierter gewesen.

Die process-outcome Meta-Analyse von Orlinsky et al., (1994) fand 28 Ergebnisse in Studien mit Berücksichtigung der Patientenmotivation, wovon 50 % einen positiven Zusammenhang und 3,5% einen negativen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg nachweisen konnten. Die restlichen 13 Studien (46,5%) belegen allerdings gar keinen Zusammenhang zwischen der Motivation des Patienten und dessen Therapieerfolg. Trotz des Vorliegens unterschiedlicher wissenschaftlicher Erkenntnisse kann aber davon ausgegangen werden, dass unabhängig der mannigfachen Konzeptualisierungen und Operationalisierungen die Hälfte der Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiemotivation und –erfolg nachweisen können. Dass eine ausgeprägte Therapiemotivation keinesfalls ein Hindernis für den Therapieerfolg ist, kann zumindest als gesichert gelten.

Nickel et al. (2005) fanden in der Studie über Therapiemotivation speziell bei Patienten mit der Diagnose Generalisierte Angststörung heraus, dass die Patienten, die primär über eine hohe Therapiemotivation verfügen in stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Vergleich mit den Patienten mit einer niedrigeren Motivation, mehr profitieren, wobei aber Verbesserungen in beiden Gruppen festzustellen waren. Dieses Ergebnis unterstützt wiederum die positive Haltung von Autoren wie Olbrich et al. (1998), Schneider et al. (1999) oder Hoglend (1996). Franz et al. (1990), die postulieren, dass je größer die erreichbare Offenheit des Patienten (vgl. Schneider, 1999) , umso wahrscheinlicher auch eine Inanspruchnahme von Psychotherapie

sei. Die Therapiemotivation kann sich durchaus in den ersten Kontakten mit dem Therapeuten positiv entwickeln und aufbauen, aber eine im Vorhinein geleistete Motivationsarbeit würde so einigen Diskrepanzen im stationären Gesundheitswesen entgegenwirken und vor allem auch eine Überforderung des Patienten, der (noch) nicht genügend Therapiemotiviert ist, vermeiden. Die Autoren Meichenbaum und Turk (1994) teilen die mangelnde Therapiemotivation in folgende Bereiche auf: Patientenmerkmale, Krankheitsvariablen, Störungsvariablen und therapeutische Beziehung. Allerdings versäumen sie es in ihrer Arbeit, die sich während des therapeutischen Prozesses verändernde Therapiemotivation aufzugreifen.

In der vorliegenden Arbeit werden wir uns mit der Korrelation zwischen Therapiemotivation und Symptomveränderung bei Patienten mit Generalisierter Angststörung im stationären Setting beschäftigen.

Die Autoren Slunecko et al. (2007) beschäftigten sich mit der Therapiemotivation als nicht quantitativ zu bestimmendes sondern fragten nach der spezifischen Qualität, die jemanden dazu bringt ein psychotherapeutisches Erstgespräch anzusteuern. Das zweite Spezifikum ihrer Studie bestand darin, die Psychotherapiemotivation vor der tatsächlich einsetzenden Therapie zu erheben, deshalb der Begriff „initiale“ Therapiemotivation. Dass subjektive Krankheits- und Behandlungstheorien nicht als laienhafte Verzerrungen der eigentlich adäquaten wissenschaftlichen Beschreibung zu konzeptualisieren sind, folgt laut den Autoren schon allein aus dem Umstand, dass die Vorstellungen im Hinblick auf Krankheit und Behandlung seitens des Therapeuten und des Patienten in Einklang gebracht werden müssen, wenn tatsächlich ein längerfristiger therapeutischer Kontakt zustande kommen sollte. In Orlinskys bekanntem „generic model of psychotherapy“ (Orlinsky et al. 1994) nimmt genau diese Übereinstimmung in der therapeutischen Dyade einen wichtigen

Stellenwert ein, wenn es um die Auffassung der therapeutischen Situation geht. Wenn nämlich die initiale Psychotherapiemotivation des Patienten ins Leere läuft und dessen Krankheits-/Behandlungstheorie keinen Anschluss an jene des Therapeuten findet, kommt die Therapie womöglich gar nicht über das Erstgespräch hinaus. Garfield (1994) sieht in seinen Ergebnissen, wonach rund 2/3 der in die Psychotherapie überwiesenen Patienten noch vor der zehnten Sitzung abbrechen, einen gesundheitspolitisch bedenklichen Befund. Es geht im Großen und Ganzen darum, dass die Vorstellungen hinsichtlich der Ziele und Inhalte der Therapie nicht unbedingt deckungsgleich, aber zumindest anschlussfähig sind (Slunecko et al., 2007). Viele Autoren thematisierten schon in den frühen 80er Jahren die Auswirkung „psychologischer Krankheitskonzepte“ („psychological mindedness“) auf das Behandlungsschicksal (empirische Belege z.B. von Adler et al., 1996; vgl. auch Schneider u. Basler, 1988). Patienten, bei denen Partnerschafts- und Familienprobleme im Vordergrund der Therapie standen, wurden von den Therapeuten als gesünder eingestuft und prognostisch positiver bewertet, gleichzeitig war die Zufriedenheit der Therapeuten mit dem eigenen Vorgehen bereits nach den ersten Sitzungen mit dieser Patientengruppe deutlich höher (Adler et al., 1996). Patienten, mit einem stress- bzw. körperorientierten Krankheitskonzept – sie stammten zum größten Teil aus der sozioökonomischen „unteren“ Bevölkerungsschicht – wurden von Therapeutenseite in erster Linie stützende und weniger zeitintensive Therapien empfohlen. Patienten, die starke Wünsche nach Regression und Schonung zeigten, wurde kaum konfliktorientierte Psychotherapie angeboten. Sie erhielten eine stützende Betreuung oder wurden an andere Institutionen weiterverwiesen. Wiewohl sich ebenfalls zeigte, dass sich subjektive Krankheitskonzepte der Patienten oft schon nach wenigen Behandlungssitzungen verändern, sich an die der Therapeuten angleichen, also stärker „psychologisch“ orientieren, sind Therapeuten offenbar vor allem bereit, auf Mittelschichtpatienten einzugehen, die solche „therapieadäquaten“

Krankheitskonzepte bereits von vorneherein mitbringen. Auch wurde deutlich, dass Patienten, die von vornherein wenig Ressourcen mitbrachten, sozial isoliert waren bzw. eine geringere soziale Kompetenz hatten, auch die geringsten Chancen hatten, eine Psychotherapie zu erhalten. Strauss bringt diesen Umstand mit der kritischen Formulierung auf den Punkt, dass „die Reichen noch reicher werden“ (Strauss, 2000). Bei Unterschichtpatienten wurden außerdem eine stärkere Autoritätsorientierung bzw. stärker regressive Behandlungswünsche beschrieben, was mit einer schlechteren Prognoseeinschätzung und einer zurückhaltenden Indikation zur Psychotherapie einhergeht (Slunecko et al., 2007). In eine ähnliche Richtung gehen auch Befunde, die zeigen, dass Patienten, die schon zu Beginn der Psychotherapie ein gutes Bewusstsein ihrer interpersonalen Problematik aufwiesen, von psychoanalytisch orientierten stationären Gruppentherapien deutlich mehr profitierten als interpersonal insensitive Patienten (Davies-Osterkamp, Strauss u. Schmitz 1996). Aufbauend auf diesen Ergebnissen verweist die Autorin auf zwei Studien von Faller (1997,1998, 2000) sowie von Faller u. Gossler (1998), deren nähere Beschreibung in diesem Dokument den Rahmen sprengen würde, die aber nicht uninteressant für die Untersuchung der Qualitätsfaktoren der Therapiemotivation zu sein scheinen. In Folge dieser Untersuchungen machten es sich Slunecko et al. (2007) zum Ziel ihrer Studie, mit offen formulierten Fragen die Motive für das Kommen von Patienten des Instituts für Psychotherapie der GKK OÖ in Linz und der Ambulanz der Universitätsklinik für Tiefenpsychologie und Psychotherapie am Allgemeinen Krankenhaus in Wien herauszufinden und diese in handhabbare Kategoriensysteme abzubilden. Die Diagnosen der Untersuchungsgruppe sind Depressionen, Psychosen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen und somatoforme Störungen. Das von Slunecko und seinen Kollegen entwickelte Kategoriensystem umfasst 16 Kategorien. Für

weitergehende Forschungsbemühungen werden die von den Autoren angegebenen Definitionen und Ankerbeispiele in einer Tabelle (**Tab. 2.1.6** mit Häufigkeitsdarstellung) dargestellt. Positive Zielperspektiven wurden v.a. bei den Kategorien Negatives Selbstkonzept, Sonstige Selbstbezogene Themen und Zwischenmenschliche Probleme kodiert. Interessant sind außerdem die Ergebnisse, wonach die Antworten älterer Personen signifikant seltener und die von PatientInnen, die Psychopharmaka einnahmen, signifikant häufiger als positiv zielbezogen kodierten. Weiters fällt auf, dass die Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit sehr häufig als Grund für die Motivation eine Psychotherapie zu beginnen angegeben wurde. Die Kategorie der Affektstörungen lässt ebenfalls darauf schließen, dass der Leidensdruck (der in dieser Untersuchung zwar eine eigene Kategorie bildet, aber laut der Autorin wohl nicht so strikt von den Kategorien Selbstbezogene Themen und Affektstörungen zu trennen ist) eine große Rolle im Hinblick auf den Einstieg in eine Psychotherapie spielt.

KATEGORIEN/DEFINITION	ANZAHL DER ANTWORTEN	ANKERBEISPIELE
Life event/Krisensituation	n=21	„Todesfall meines Mannes“
Fremdanraten/Motivation u. Überzeugung von Dritten	n=26	„Meine Kinder haben mich zu einer Therapie motiviert“ „Überweisung“
Körperliche Beschwerden ohne das Etikett „psychosomatisch“	n =31	„Mein Bandscheibenvorfall“
Psychosomatische Beschwerden	n=18	„Massive Beschwerden wie z.B. Magenschmerzen“
Gesprächs- und Unterstützungsmöglichkeit	n=47	„Dass ich endlich jemanden zum Reden habe“
Affektstörungen	n=43	„Die letzten Jahre war ich in absoluter Finsternis“
Angst/Phobien, Zwänge, Panikattacken, Schilderung von Angststörungen	n=45	„Ständige Angst vor schweren Krankheiten“
Negatives Selbstkonzept/Defizitäres Selbstbild	n=32	„Ich denke oft zu negativ über mich“

Sonstige selbstbezogene Themen	n=73	„Eigenes Leben führen zu können“ „Nicht angewiesen sein auf Partner“
Probleme am Arbeitsplatz	n=18	„Mobbing seit Oktober“
Leidensdruck/Problembezogenes Erleben, Gefühle der Ausweglosigkeit	n=25	„Ich bin verzweifelt“ „Ich kann mein Problem nicht allein bewältigen“
Zwischenmenschliche Probleme	n=67	„Ich werde vor anderen ganz rot wenn ich mich im Bikini zeigen muss“
Selbsterkenntnis	n=39	„Ich will wissen, warum ich Angst habe“
Inneres Gleichgewicht/Gesundheit/Wohlbefinden/ Lebensfreude erlangen o. steigern	n=30	„Ich möchte das Gefühl haben auch psychisch wieder gesund zu sein““
Sonstiges	n=17	Zuordnung in andere Kategorien nicht möglich und niedrige Häufigkeit der Nennung erlaubt keine neue Kategorie

Tab. 2.1.6.: Tabelle der Kategorien von Motivationshintergründen mit Häufigkeiten der Antworten basierend auf der Untersuchung von Slonecko et al. (2007)

3. Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden am Anfang der Untersuchung festgelegt:

- 1) Stationäre psychosomatische Behandlung führt bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik.
- 2) Bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung kommt es während einer stationären psychosomatischen Behandlung zur Verbesserung der Therapiemotivation. Diese Veränderung korreliert mit der Veränderung der Angstsymptomatik

4. Methodik der Untersuchung

4.1 Beschreibung der Stichprobe und Anschlusskriterien

Die vorliegende prospektive Beobachtungsstudie wurde in dem Zeitraum zwischen Oktober 2006 bis Oktober 2008 in der Psychosomatischen Klinik Bad Aussee durchgeführt. Einbezogen wurden jene Patienten bei denen eine Generalisierte Angststörung entweder als Haupt- oder Nebendiagnose festgestellt wurde, deren Lebensalter zwischen 21 und 70 Jahre war und Aufenthaltsdauern von mindestens 2 Wochen vorlagen.

4.2 Ausschlusskriterien

Nicht ausreichende deutsche Sprachkenntnisse bzw. Analphabetismus, eine aktuelle schwere depressive und/oder psychotische Episode sowie vorzeitige Beendigung der Therapie durch den Patienten waren Ausschlusskriterien für die vorliegende Studie.

4.3 Methodik

Bei allen Studienteilnehmern wurden zu Beginn des stationären Aufenthaltes die ICD-10 (International Classification of Diseases) (Dilling et al., 1991) sowie das SKID II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV) (Saß et al., 1996) zur Untersuchung der Diagnosestellung eingesetzt. Neben der Aufklärung über den stationären Behandlungsverlauf wurden außerdem schriftliche Einverständniserklärungen über die Verwendung der Patientendaten eingeholt. Alle Patienten, die o.g. Bedingungen erfüllt haben, nahmen an der Studie teil.

Im Rahmen der integrativ-psychotherapeutischen Behandlung nahmen die Patienten wöchentlich an zwei psychotherapeutischen Einzelgesprächen (je 45 Min.), zwei Gruppentherapiesitzungen (je 75 Min.), Kreativtherapie (entweder je 2 x 75 Min. Gruppengestaltungstherapie und Gruppenmusiktherapie, oder je 2 x 75 Min. Gruppenmusiktherapie und Gruppenkunsttherapie, oder je 2 x 75 Min. Gruppentanztherapie und Gruppenkunsttherapie) sowie 3 x 30 Min. Entspannungstechnik teil.

Am Anfang und am Ende der Behandlung wurden das Ausmaß der Angstsymptomatik und die Qualität der Therapiemotivation gemessen. Als Messinstrument für die Angstsymptomatik wurde die Symptomcheckliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) verwendet, die Messung der Therapie Motivation folgte mittels des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation (FPTM) (Schulz et al., 1995).

4.4.1 Testverfahren

International Classification of Diseases, 10. Revision (ICD-10)

Die Definition einer psychischen Störung erfolgt laut ICD-10 (Dilling et al., 1991) aufgrund eines Komplexes von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten, Belastungen, Funktionseinschränkungen, Schädigungen, Benachteiligungen und subjektivem Leiden. Es gibt in diesem Klassifikationssystem keine ausschließliche Manifestation auf sozialer Ebene - zentrale phänomenologische Merkmale wie Symptome, Intensität, Zeitkriterien und Verlaufsmuster gelten als Klassifikationsstruktur und sind die Basis aller modernen Klassifikationssysteme (Dilling et al., 1991)

Der ICD-10 als Leitfaden ist für alle Mitgliedsstaaten der WHO (World health organisation) außer für die USA gültig. Er enthält 21 Kapitel (I-XXI) wobei diese wiederum in Bereiche von A-Z gegliedert sind. Kapitel V ist mit dem Bereich F das Nachschlagewerk für

Psychische Störungen. Dieses Kapitel wird seit 1985 stetig weiterentwickelt und baut auf dem DSM-III bzw. dem DSM-III-R auf. Der Bereich F ist in 10 Hauptkategorien (F0-F9) eingeteilt, die **Tab. 4.4.1a** entnommen werden können.

F0: Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3: Affektive Störungen
F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5: Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7: Intelligenzminderung
F8: Entwicklungsstörungen
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend

Tab. 4.4.1a: Die Hauptkategorien des ICD-10

Ziele der Klassifikation können zum Beispiel das Vorantreiben der Forschung, das Darstellen von Gesundheitsstatistiken oder das Planen von Therapieeinheiten sein. Der ICD-10 gilt für den psychischen und den somatischen Bereich wobei Komorbidität zugelassen ist. Für die Zuordnung von Personen zu psychischen Störungen gibt es in diesem Klassifikationssystem teilimplizite, teils explizite Regeln, Multiaxialität sowie die Orientierung nach empirischen Ergebnissen. Der ICD-10 erlaubt gegenwärtig die Kodierung von 10 x 10 x 10 x 10 Störungen und berücksichtigt ebenso Diagnosen aus anderen Kapiteln (einschließlich des Kapitels XXI (Z, Belastungsfaktoren). Der nachstehenden Tabelle (**Tab. 4.4.1b**) kann die konkrete hierarchische Kodierungsstruktur des ICD-10 entnommen werden.

FA	Hauptgruppen/-kategorien psychischer Störungen <i>Beispiel: F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</i>
Fab	Störungseinheit Kategorie <i>Beispiel: F41 andere Angststörungen</i>
Fab.c	Spezifische Störung, Subkategorie <i>Beispiel: F41.1 Generalisierte Angststörung</i>
Fab.cd	Spezifizierung einer spezifischen Störung
Fab.cde	evtl. Zusatzspezifizierung

Tab. 4.4.1b: Hierarchische alpha-numerische Kodierungsstruktur des ICD-10.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID II)

Das SKID II (Dt. Bearbeitung von Wittchen et al., 1997) ist ein zweistufiges Diagnostikverfahren geltend für die zehn Persönlichkeitsstörungen der Achse II sowie die zwei Persönlichkeitsstörungen im Anhang des DSM-IV. Die erste Stufe beinhaltet einen durch den Patienten auszufüllenden Fragebogen, dessen Items die Kriterien für die zwölf Persönlichkeitsstörungen repräsentieren. Im zweiten Teil – dem nachfolgenden Interview – müssen dann nur noch diejenigen Fragen gestellt und ausgewertet werden, für die im Fragebogen eine „ja“-Antwort angekreuzt wurde. Die Durchführungszeit von SKID II beträgt durchschnittlich 30 Minuten.

Bei diesem Verfahren können zwei Auswertungsmöglichkeiten gewählt werden. Die kategoriale Auswertung entscheidet, ob eine entsprechende Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht. Mit der dimensionalen Auswertung kann mittels einer Intervallskala gemessen werden, wie stark die Persönlichkeitsakzentuierung ausgeprägt ist. Die Persönlichkeitsdimensionen sind an die Formulierungen der Persönlichkeitsstile nach Oldham u. Morris (1995) angelehnt.

Die Beschränkung auf den SKID II Fragebogen erlaubt die Sicherung der Objektivität. Für die Kombination des strukturierten Interviews und des Fragebogens werden laut Schmitz et al. (1996) κ -Werte zwischen 0,41 (Cluster A) und 0,73 (Cluster C) angegeben. Für die isolierte Anwendung des Fragebogens liegen im Hinblick auf Reliabilität und Validität keine entsprechenden Daten vor.

Die Symptomcheckliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Franke, 2002) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das 90 Items beinhaltet, welche sowohl psychische als auch körperliche Symptome von Personen ab zwölf Jahren aufwärts zu erfassen vermögen. Die Probanden können ihre Beschwerden der letzten sieben Tage auf einer fünfstufigen Skala („überhaupt nicht“ bis „sehr stark“) einordnen. Damit ergänzt das Verfahren in idealer Weise Instrumente zur Messung der zeitlich extrem variablen Befindlichkeit und der zeitlich überdauernden Persönlichkeitsstruktur (Franke, 2002). Die Items der SCL-90-R sind zu neun Skalen zusammengefasst (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Ängste, paranoides Denken und Psychotizismus). Die Einstufung der erfragten Symptomatik ermöglicht einen Überblick über die Beschwerden in diesen Symptomdimensionen und ermöglicht Messwiederholungen zum Einsatz in Verlaufsuntersuchungen. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der GSI misst die grundsätzliche Belastung, der PSDI die Intensität der Antworten und der PST gibt Auskunft über die Symptomanzahl, bei denen eine Belastung vorliegt.

Die SCL-90-R hat den Status eines Standardinstrumentes und wird bei der Evaluation ambulanter und stationärer psychosozialer Interventionen aber auch als Screening-Instrument für psychische

Störungen eingesetzt. Die Durchführungszeit beträgt zehn bis fünfzehn Minuten und die Auswertung kann anhand schriftlicher Auswertungsinstruktionen mit der Transformation der Skalenrohwerte in T-Normen erfolgen. Die PC-unterstützte Auswertung entlastet den Testleiter von der Nutzung der Schablone und kann nach der Übertragung der angekreuzten Antworten in das Auswertungsprogramm der Umwandlung von Rohwerten in T-transformierte Werte dienen.

Die zweite Auflage wurde an einer repräsentativen Eichstichprobe von 2141 Erwachsenen und 857 Jugendlichen genormt. Die interne Konsistenz (Cronbach alpha) liegt zwischen $\alpha = .75$ (phobische Angst) und $\alpha = .97$ (Gesamtskala). Die Untersuchungen an heterogenen Gruppen stützen die faktorielle Validität der SCL-90-R. Die faktoranalytische Überprüfung des Fragebogens konnte die postulierte Struktur jedoch nicht erneut belegen. Die faktorielle Struktur der SCL-90-R bleibt also unklar. Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sind gewährleistet.

Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FTPM)

Schulz et al., stellten den FPTM (Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation und des Krankheitskonzeptes PMK) 1995 vor. Der Anwendungsbereich dieses Verfahrens ist die Psychotherapie bzw. die psychosomatische Rehabilitation, anwendbar bei Patienten ab 16 Jahren. Die Bearbeitungsdauer beträgt ungefähr zehn Minuten. Beim FPTM handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren welches aus 39 Items besteht. Diese Items erfassen Aspekte der Therapiemotivation. Manche von ihnen sind psychoanalytisch orientiert wie z.B. Leidensdruck und sekundärer Krankheitsgewinn, manche sind jedoch von der Therapieschule unabhängig wie z. B. Wissen und Hoffnung. Dieses

Testverfahren ist besonders gut geeignet für den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung.

Bei der Testentwicklung wurde eine 120 Items Version im Rahmen einer großen Programmevaluationsstudie einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Rehabilitationsklinik entwickelt. Aus dieser entwickelten Schulz et al., (1995) eine kürzere Form erst von 40 und dann von 39 Items, die in Programmevaluationsstudien psychosomatischer Rehabilitationen eingesetzt wurde (Nübling et al., 1999).

Die Items sind in sechs Skalen gruppiert. Die erste Skala des Psychischen Leidensdruckes (LD) umfasst zehn Items und beinhaltet Aussagen über aktuelle seelische Belastungen, über Niedergeschlagenheit und Sorgen sowie über angstbesetzte Zukunftsperspektiven. Außerdem dokumentiert sie die Bereitschaft eigene Probleme mit den anderen durchzusprechen sowie für die Lösung derselben Hilfe von außen in Anspruch zu nehmen.

Die sieben Items der Hoffnungs-Skala (HO) umfassen Äußerungen die der Patient bezüglich Besserung seiner Beschwerden trifft. Diese Items beschreiben die Zuversicht und Sicherheit, dass durch die bestehende Behandlung Hilfe seitens des Patienten zu erwarten ist.

Die Skala der Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit (VH) beinhaltet sieben Items und wird durch Schwäche, Kontrollverlust, einen schwachen Charakter oder Unselbstständigkeit definiert.

Die vierte Skala – das Wissen (WI) - impliziert fünf Items, die Informationen bzw. Kenntnisse über und Vorerfahrungen mit Behandlungen, die der Patient vor besagter Therapie aktiv erworben hat, einschließen.

Die fünfte Skala beschreibt die Initiative (IN) und beinhaltet vier Items, die bestimmte Bemühungen und Anstrengungen des

Patienten, eine Behandlung zu erhalten zum Inhalt haben. Die Äußerungen gehen von Passivität über eigenes Informieren bis zu aktivem Handeln.

Die sechs Items der Skala Symptombezogene Zuwendung durch Andere (SZA) umfassen Verhaltensänderungen die durch Beschwerden des Patienten in seinem Umfeld hervorgerufen wurden und graduieren von passiv verstärkter Rücksicht, über Verständnis bis zur aktiven Anteilnahme und Zuwendung. Diese Affinität wird aus der psychoanalytischen Sicht als „Sekundärer Krankheitsgewinn“ bezeichnet.

Für alle Items gelten vier Antwortalternativen (stimmt - stimmt eher - stimmt eher nicht - stimmt nicht). Die Antworten werden von 1-4 kodiert wobei sich aus der Summe der Einzelitems der Skalengesamtwert ergibt. Die Skala VH (Verleugnung psychischer Bedürftigkeit) und die Skala SZA (Symptombezogene Zuwendung durch andere) sind negativ gekoppelt.

Die Gütekriterien des FPTM wurden durch die Erprobung und Überprüfung des Instruments an mehreren größeren Stichproben in der psychosomatischen Rehabilitationen erreicht. Die standardisierte Durchführungs- und Auswertungsobjektivität gelten als gesichert.

Die hohe interne Konsistenz (Cronbach alpha $\alpha = .71$) der Skala Wissen und der Skala psychischer Leidensdruck (Cronbach alpha $\alpha = .92$) überzeugt von der guten Reliabilität des Instruments. Außerdem stimmt die faktorielle Struktur von FPTM mit 95 % überein.

4.5 Statistische Auswertung

Für diese Studie wurden mit dem Superior performance software systems (SPSS, Version 16.0) Chi-Quadrat-Tests, Häufigkeiten, Mittelwerte der Skalen (z.B. bei SCL-90-R) berechnet.

Die Zusammenhänge wurden aufgrund der vorhandenen Intervall-Daten mit der Pearson-Korrelation sowie mit dem Wilcoxon-Test ermittelt. Der Korrelationskoeffizient oder die Produkt-Moment-Korrelation (von Bravais und Pearson, daher auch Pearson-Korrelation genannt) ist ein dimensionsloses Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs (Zusammenhangsmaße) zwischen zwei mindestens intervallskalierten Merkmalen. Er kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Bei einem Wert von $+1$ (bzw. -1) besteht ein vollständig positiver (bzw. negativer) linearer Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 aufweist, hängen die beiden Merkmale überhaupt nicht linear voneinander ab. Allerdings können diese ungeachtet dessen in nicht-linearer Weise voneinander abhängen. Damit ist der Korrelationskoeffizient kein geeignetes Maß für die (reine) stochastische Abhängigkeit von Merkmalen. (Zöfel, 2003)

5. Untersuchungsergebnisse

5.1 Darstellung und Interpretation der soziodemographischen Daten

Es konnten im Rahmen der Untersuchung 43 Patienten der Psychosomatischen Klinik Bad Aussee miteinbezogen werden. Der nachstehenden Tabelle kann man die Geschlechtsverteilung entnehmen (**Tabelle 5.1.a**). Die Altersgruppen der Probanden und deren Aufteilung nach Aufenthaltsdauer sind aus den **Tabellen 5.1.b.** und den **Tabelle 5.1.c.** ersichtlich. Die Patienten kamen aus den österreichischen Bundesländern Salzburg, Nieder-, Oberösterreich, Wien und Kärnten. Der Familienstand der untersuchten Personen ist

aus der **Tabelle. 5.1.d.** zu entnehmen. Den Schulabschluss der untersuchten Patienten präsentiert **Abbildung 5.1.e.**

Wichtig ist es zu betonen, dass kein Proband sich weniger als zwei Wochen in der Klinik aufgehalten hat. Dies ist soweit von Bedeutung, als die verschiedenen Therapien ihre Effektivität schon zeigen konnten und es keine Drop-out Rate gibt, die zu erwähnen wäre.

GESCHLECHT	HÄUFIGKEIT	PROZENT	GÜLTIGE PROZENTE	KUMULIERTE PROZENTE
männlich	16	37,2	37,2	37,2
weiblich	27	62,8	62,8	100,0
Gesamt	43	100,0	100,0	

Tab. 5.1.a.: Geschlechtverteilung in der untersuchten Gruppe

ALTER (KLASSIERT)	GESCHLECHT	
	MÄNNLICH	WEIBLICH
	ANZAHL	ANZAHL
zwischen 21 und 30 Jahre alt	1	3
zwischen 31 und 40 Jahre alt	2	5
zwischen 41 und 50 Jahre alt	10	8
zwischen 51 und 60 Jahre alt	2	7
zwischen 61 und 70 Jahre alt	1	4
Gesamt	16	27

Tab. 5.1.b.: Altersgruppen der 43 untersuchten Probanden, geordnet nach Geschlecht

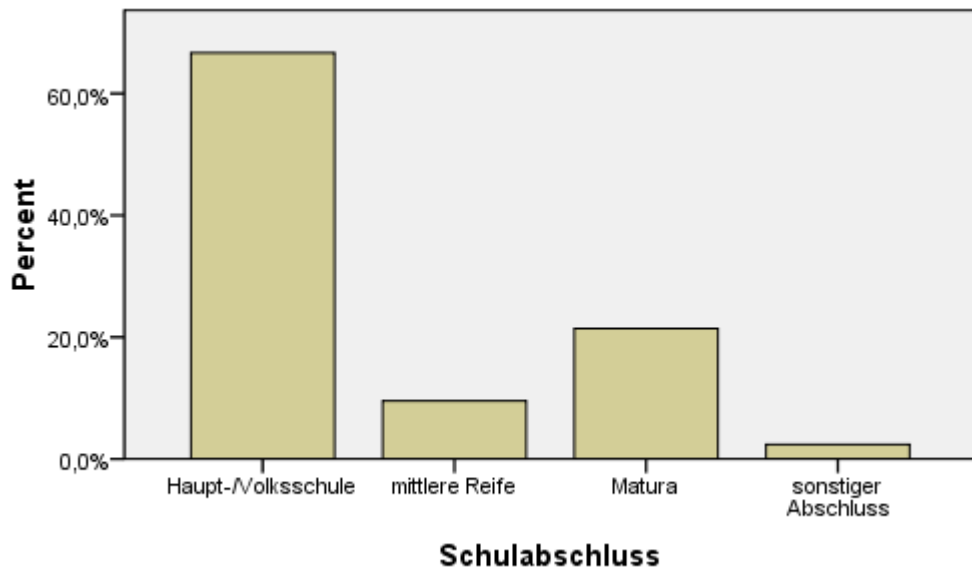
AUFENTHALTSDAUER (KLASSIERT)	GESAMT
	ANZAHL
weniger als 2 Wochen	0
zwischen 2 und 4 Wochen	20
zwischen 4 und 6 Wochen	8
zwischen 6 und 8 Wochen	8
zwischen 8 und 10 Wochen	4
länger als 10 Wochen	3

Tab. 5.1.c.: Aufenthaltsdauer der untersuchten Patienten

FAMILIENSTAND	PATIENT GESCHLECHT		
	MÄNNLICH	WEIBLICH	GESAMT
	ANZAHL	ANZAHL	ANZAHL
geschieden	2	4	6
getrennt	1	0	1
ledig	8	7	15
verheiratet	5	14	19
verwitwet	0	2	2

Tab. 5.1.d.: Familienstand in Geschlechterunterteilung

Abb.5.1.e.: Schulabschluss der untersuchten Patienten



5.2 Hypothesenüberprüfung

Hypothese 1:

- Stationäre psychosomatische Behandlung führt bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik.

Die Signifikanzwerte der Skalen SCL-90-R sind in der **Tabelle 5.2.a** präsentiert. Die Ergebnisse wurden in einer tabellarischen Darstellung mit der Darstellung des arithmetischen Mittelwertes, der Standardabweichung und eines Konfidenzintervalls für den Mittelwert präsentiert. Als alternative Lage- und Streuungsmaße sind der Median (50%- Quantil) und der Range, d.h. das Intervall des 25% und 75% Quantil, angegeben. Die graphische Darstellung erfolgt mit Hilfe von Balkendiagrammen und Schattelpots.

Mit dem Wilcoxon- Test wird überprüft ob signifikante Unterschiede zwischen zwei Medianen des jeweiligen Parameters in zwei Messzeiten (Anfang und Ende) bestehen.

Aus den Ergebnissen lässt sich entnehmen, dass zwischen den beiden Messzeitpunkten (am Anfang und am Ende der stationären Behandlung) ein signifikanter Unterschied in der Skala Ängstlichkeit ($p < 0,01$) gegeben ist.

Dieses Ergebnis stimmt mit der 1. Hypothese dieser Untersuchung überein.

VARIABLEN	n	MW	±	SD	CI	X _{0,5}	IQA	p-WERT
SCL90R1SomatisierungA_T	40	65,2	±	10,3	[61,9 ; 68,4]	63,5	[58 ; 75,8]	
SCL90R1SomatisierungE_T	38	58,3	±	11,2	[54,6 ; 62]	58,5	[49,8 ; 66,2]	
SCL90R1Somatisierung_D	37	-6,9	±	8,5	[-9,8 ; -4,1]	-6	[-12,5 ; 0]	p < 0,01
SCL90R2ZwanghaftigkeitA_T	40	66,6	±	9	[63,7 ; 69,5]	67,5	[61 ; 73,8]	
SCL90R2ZwanghaftigkeitE_T	38	59,4	±	11,8	[55,5 ; 63,3]	59	[49 ; 71]	
SCL90R2Zwanghaftigkeit_D	37	-7,1	±	9,7	[-10,3 ; -3,8]	-5	[-14,5 ; -2]	p < 0,01
SCL90R3SozialkontaktA_T	40	61,8	±	11,7	[58 ; 65,5]	61	[53 ; 71]	
SCL90R3SozialkontaktE_T	38	56,2	±	12,6	[52,1 ; 60,3]	55,5	[47,2 ; 65,8]	
SCL90R3Sozialkontakt_D	37	-5,2	±	8,8	[-8,2 ; -2,3]	-5	[-10 ; 0]	p < 0,01
SCL90R4DepressivitätA_T	40	68,4	±	8,7	[65,6 ; 71,1]	67,5	[62,2 ; 76,8]	
SCL90R4DepressivitätE_T	38	60,6	±	11	[57 ; 64,2]	59,5	[51,8 ; 70,2]	
SCL90R4Depressivität_D	37	-7,4	±	8,9	[-10,4 ; -4,4]	-6	[-14,5 ; -1]	p < 0,01
SCL90R5ÄngstlichkeitA_T	40	69,2	±	8,2	[66,6 ; 71,8]	70	[63,2 ; 78]	
SCL90R5ÄngstlichkeitE_T	38	59,9	±	10,8	[56,4 ; 63,5]	60	[52 ; 68]	
SCL90R5Ängstlichkeit_D	37	-9,2	±	8,5	[-12 ; -6,3]	-10	[-15,5 ; -3]	p < 0,01
SCL90R6AggressivitätA_T	40	56,8	±	7,3	[54,5 ; 59,2]	56	[50,5 ; 61,8]	
SCL90R6AggressivitätE_T	38	53	±	9,9	[49,7 ; 56,3]	52	[46,5 ; 59]	
SCL90R6Aggressivität_D	37	-4	±	9,9	[-7,3 ; -0,7]	-4	[-12,5 ; 0]	p = 0,017
SCL90R7phobischeAngstA_T	40	65,8	±	10,1	[62,5 ; 69]	65	[57,5 ; 74,5]	
SCL90R7phobischeAngstE_T	38	59,5	±	12,2	[55,5 ; 63,5]	61	[49,5 ; 67,2]	
SCL90R7phobischeAngst_D	37	-6,6	±	9,3	[-9,7 ; -3,5]	-8	[-13,5 ; 0]	p < 0,01
SCL90R8paranoidesDenkenA_T	40	59,1	±	13,7	[54,8 ; 63,5]	58	[48,2 ; 72]	
SCL90R8paranoidesDenkenE_T	38	54,6	±	13,6	[50,1 ; 59]	52	[40 ; 62,5]	

SCL90R8paranoidesDenken_D	37	-3,8	±	11	[-7,4 ; -0,1]	0	[-8 ; 0]	p < 0,05
SCL90R9PsychotizismusA_T	40	62,2	±	9	[59,3 ; 65,1]	63	[56 ; 69]	
SCL90R9PsychotizismusE_T	38	56,9	±	10,4	[53,5 ; 60,3]	57	[50 ; 64]	
SCL90R9Psychotizismus_D	37	-4,8	±	7,8	[-7,4 ; -2,2]	-3	[-9 ; 0]	p < 0,01

Tabelle 5.2.a: SCL-90-R zu zwei Messzeitpunkten sowie die Differenz beider Werte.

Legende: n: Anzahl der Fälle, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, CI: Konfidenzintervall, $X_{0.5}$: Median, IQA: Interquartilabstand, p-Wert: Wahrscheinlichkeit.

Abbildung 5.2.b: Box-Plot der SCL-90-Skalen zum Aufnahme und Entlassungszeitpunkt

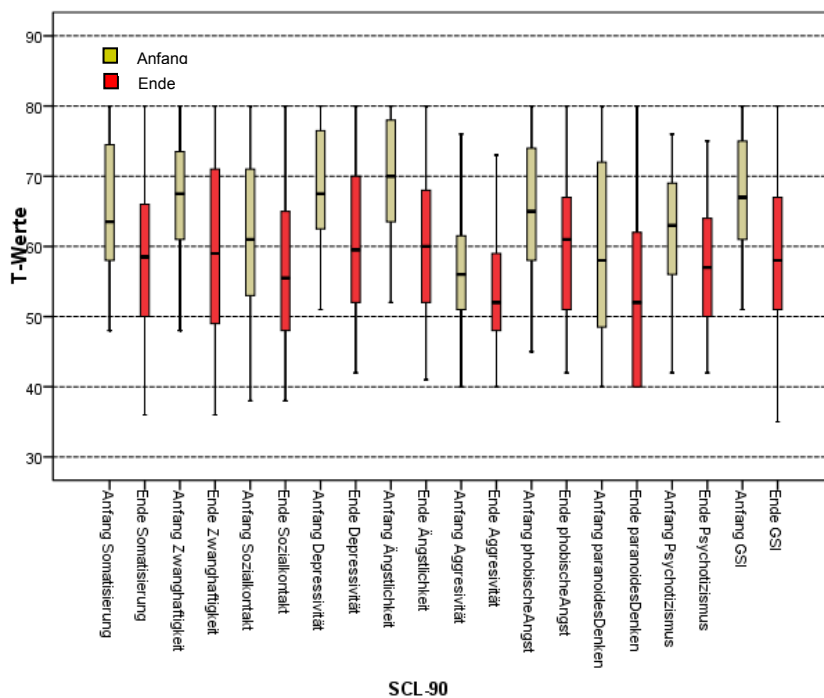


Abbildung 5.2.b. zeigt die Veränderung der T-Werte der SCL90-Skalen in Abhängigkeit des Erhebungszeitpunktes anhand einer Reihe von Boxplots. Die Verteilung der Veränderung der SCL90-Skalen für die Endwerte ist in den roten Boxplots, die der

Anfangswerte in den grauen Boxplots dargestellt. Eine detaillierte Beschreibung von Boxplots findet sich im Anhang. Die in Abbildung 5.2.b. dargestellten Boxplots zeigen systematische Abweichungen hinsichtlich der Veränderung der SCL90-Skalen in Abhängigkeit des Erhebungszeitpunktes. Signifikante Unterschiede zwischen den Zeitpunkten ergeben sich bei allen Skalen.

Hypothese 2

- Bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung kommt es während einer stationären psychosomatischen Behandlung zur Verbesserung der Therapiemotivation. Diese Veränderung korreliert mit der Veränderung der Angstsymptomatik.

Die Signifikanzwerte auf den Skalen FPTM sind in der **Tabelle 5.2.c** präsentiert. Die Ergebnisse wurden in einer tabellarischen Darstellung mit der Darstellung des arithmetischen Mittelwertes, der Standardabweichung und eines Konfidenzintervalls für den Mittelwert präsentiert. Als alternative Lage- und Streuungsmaße sind der Median (50%- Quantil) und der Range, d.h. das Intervall des 25% und 75% Quantil, angegeben. Die graphische Darstellung erfolgt mit Hilfe von Balkendiagrammen und Schattelplots.

Mit dem Wilcoxon- Test wird überprüft ob ein signifikanter Unterschied zwischen zwei Medianen des jeweiligen Parameters in zwei Messzeiten (am Anfang und Ende des Aufenthaltes) besteht.

VARIABLEN	n	MW	±	SD	CI	X _{0,5}	IQA	p-WERT
FPTMALeidensdruck	39	49,1	±	9,8	[45,9 ; 52,3]	51	[42 ; 56]	
FPTMELeidensdruck	38	44,9	±	11	[41,3 ; 48,5]	45	[38 ; 50,8]	
FPTMLEidensdruck_D	37	-4,2	±	10,1	[-7,5 ; -0,8]	-3	[-8 ; 3]	p = 0,014
FPTMAHoffnung	39	51,7	±	9,5	[48,6 ; 54,8]	53	[44 ; 60]	
FPTMEHoffnung	38	52,9	±	10,4	[49,5 ; 56,4]	54	[47 ; 65]	
FPTMHoffnung_D	37	1,1	±	9,1	[-1,9 ; 4,2]	0	[-4 ; 5]	p = 0,461
FPTMAVerleugnung	39	49,8	±	10,9	[46,3 ; 53,4]	51	[40 ; 58]	
FPTMEVerleugnung	38	47	±	11,8	[43,1 ; 50,9]	44	[35 ; 56]	
FPTMVerleugnung_D	37	-2,5	±	8,8	[-5,4 ; 0,4]	0	[-7 ; 3]	p = 0,093
FPTMAWissen	39	53,8	±	9,7	[50,7 ; 57]	55	[45 ; 60]	
FPTMEWissen	38	54,1	±	10,3	[50,7 ; 57,4]	53	[48,5 ; 60,8]	
FPTMWissen_D	37	0,378	±	6,508	[-1,791 ; 2,548]	0	[-3 ; 4]	p = 0,753
FPTMAInitiative	39	50,4	±	8,4	[47,7 ; 53,1]	49	[45 ; 56]	
FPTMEInitiative	38	52,7	±	8,1	[50 ; 55,3]	51	[48 ; 63]	
FPTMInitiative_D	37	2,2	±	6,6	[0 ; 4,5]	1	[-1 ; 6,5]	p = 0,053
FPTMAZuwendung	39	53,2	±	7,2	[50,9 ; 55,5]	53	[49 ; 57]	
FPTMEZuwendung	38	52,4	±	9,5	[49,3 ; 55,5]	55	[48 ; 60]	
FPTMZuwendung_D	37	-1,2	±	8,3	[-3,9 ; 1,6]	0	[-4,5 ; 2]	p = 0,349

Tabelle 5.2.c: FPTM zu zwei Messzeitpunkten sowie die Differenz beider Werte.

Legende: n: Anzahl der Fälle, MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, CI: Konfidenzintervall, X_{0,5}: Median, IQA: Interquartilabstand, p-Wert: Wahrscheinlichkeit.

Abbildung 5.2.d: Box-Plot der FPTM- Skalen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt

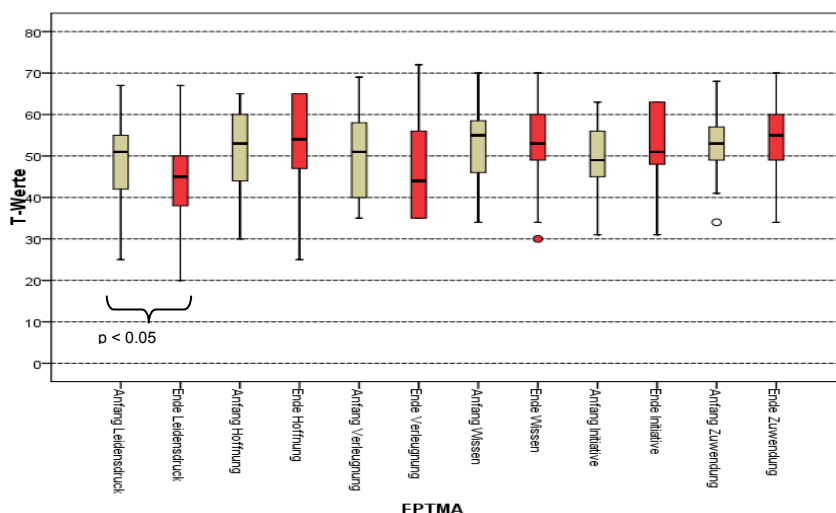


Abbildung **5.2.d** zeigt die Verteilung der FPTMA-Skalen zum Aufnahmezeitpunkt in Abhängigkeit des Erhebungszeitpunktes anhand einer Reihe von Boxplots. Die Verteilung der FPTMA-Skalen für die Endwerte ist in den roten Boxplots, die der Anfangswerte in den grauen Boxplots jeweils für eine Skala nebeneinander dargestellt. Für jede Skala des FPTMA kann in der obigen Darstellung somit die Verteilung der beobachteten T-Werte für Ende und Anfang direkt miteinander verglichen werden. Der schwarze Balken innerhalb jeder Box bezeichnet dabei den Median (50%-Quartil) der T-Werte, der untere Rand der Box das 25%-Quartil und der obere Rand das 75%-Quartil. Innerhalb einer Box liegen also die Hälfte aller beobachteten Daten. Die von einer Box nach oben und unten führenden Linien bezeichnen die Wertebereiche von beobachteten T-Werten, die nicht als Ausreißer (Extremwerte) gelten. Sonderzeichen wie die eingezeichneten Kreise und der Stern bezeichnen Beobachtungen von T-Werten, die als Ausreißer (Extremwerte) angesehen werden. Maßgeblich für die Definition von Ausreißern (Extremwerten) ist deren Abstand vom oberen/unteren Boxenrand in Abhängigkeit der Größe der Box.

Die in **Abbildung 5.2.d** dargestellten Boxplots zeigen im Wesentlichen keine großen und systematischen Abweichungen der FPTMA-Skalen in Abhängigkeit des Erhebungszeitpunktes. Lediglich bei der Skala Leidensdruck zeigen sich bei den Endwerten im Vergleich zu den Anfangswerten systematisch niedrigere T-Werte. Die durchgeführten nichtparametrischen Wilcoxon-Tests zum Vergleich der Skalen in Hinblick auf den Erhebungszeitpunkt liefern auch lediglich für diese Skala einen signifikanten Unterschied ($p = 0.014$). Für die restlichen Skalen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede, es ist hier also davon auszugehen, dass die T-Werte in diesen Skalen keine Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten aufweisen.

Aus den Ergebnissen (siehe **Tab.5.2.e**) lässt sich entnehmen, dass zwischen den beiden Messzeitpunkten (am Anfang und am Ende der stationäre Behandlung) ein signifikanter Unterschied in der Skala Leidensdruck ($p= 0,014$) gegeben ist. Die Ergebnisse der anderen FPTM - Skalen (Hoffnung, Verleugnung, Wissen, Initiative, Zuwendung) ergeben keinen signifikanten Unterschied. Dementsprechend zeigt die Differenz in Hinblick auf den Leidensdruck eine signifikante Korrelation mit der Reduktion der Angstsymptomatik. Andere Parameter (Differenz der T-Werte der FPTM -Skala nach und vor der Therapie) ergeben keinen signifikanten Zusammenhang zur Veränderung der Ängstlichkeit (Differenz der T-Werte der SCL 90 Skala nach und vor der Therapie). Dadurch wurde die zweite Hypothese zum Teil bestätigt.

ALLE PATIENTEN		FPTML-LEIDENSDRUCK DIFFERENZ	FPTM-HOFFNUNG DIFFERENZ	FPTM-VERLEUGNUNG DIFFERENZ	FPTM-WISSEN DIFFERENZ	FPTM-INITIATIVE DIFFERENZ	FPTM-ZUWENDUNG DIFFERENZ
	Korrel	408	-0,322	0,073	0,283	0,22	0,059
SCL-90R-Ängstlichkeit Differenz	Signifikanz	$P<0,05$	$P=0,059$	$P=0,677$	$P=0,099$	$P=0,902$	$P=0,736$
	N	35	35	35	35	35	35

Tab. 5.2.e: Korrelationskoeffizient nach Pearson zwischen Skala Ängstlichkeit SCL-90-R und einzelnen Skalen FPTM

Abb.5.2.f Korrelation der Veränderung des Leidensdruckes und der Veränderung der SCL-90 Skala Ängstlichkeit

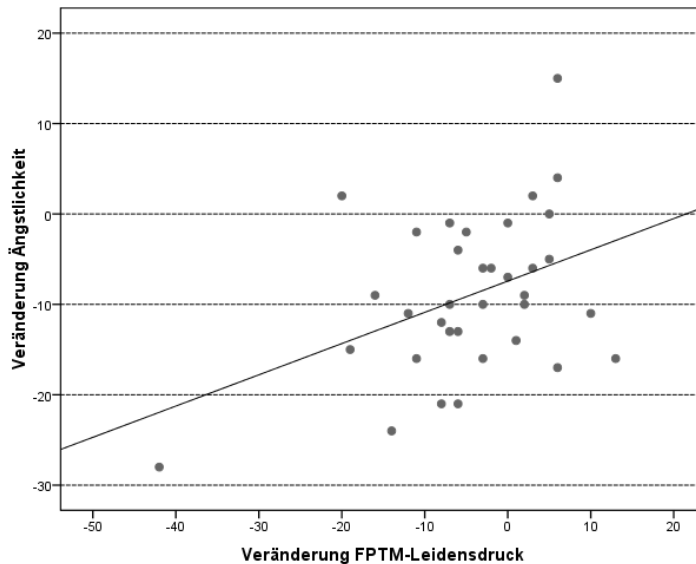


Abbildung 5.2.f zeigt das Streudiagramm der Parameter Veränderung des Leidensdruckes (Differenz der T-Werte der FPTM-Skala nach und vor der Therapie) und der Veränderung der Ängstlichkeit (Differenz der T-Werte der SCL 90 Skala nach und vor der Therapie) mit eingezeichneter Regressionsgerade für die gesamte Stichprobe (Korrelationskoeffizient $r = 0.408$; $p < 0.05$). Das positive Vorzeichen des Korrelationskoeffizienten und damit die positive Steigung der eingezeichneten Regressionsgeraden ist in dieser Darstellung so zu interpretieren, dass eine hohe Veränderung des Leidensdruckes eine hohe Veränderung (Veränderung: Differenz der T-Werte nach und vor Therapie) der SCL 90 Skala (Ängstlichkeit) hervorruft. Die Differenz der SCL 90 Skala Ängstlichkeit ist in der Regel negativ (nur 4 positive Differenzen), das heißt die T-Werte am Ende der Therapie sind niedriger als am Anfang. Die Differenz der FPTM-Skala Leidensdruck ist im Vergleich nur zu 60% negativ ausgeprägt.

6. Diskussion

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Symptomveränderung und Therapiemotivation während der stationären Behandlung. Es wurden folgende Hypothesen überprüft:

- 1) Stationäre psychosomatische Behandlung führt bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung (GAS) zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik.
- 2) Bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung kommt es während einer stationären psychosomatischen Behandlung zur Verbesserung der Therapiemotivation. Diese Veränderung korreliert mit der Veränderung der Angstsymptomatik.

Die Untersuchung erfolgte in der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie. Bei 43 Patienten mit einer GAS-Diagnose wurde am Anfang und am Ende der stationären Behandlung mittels der Symptom-Checkliste von Dorogetis (SCL-90-R) (Franke, 2002) die Symptombelastung erhoben. Die Patienten blieben zwischen zwei und zehn Wochen, wobei 20 der untersuchten 43 Patienten zwischen zwei und vier Wochen in der Klinik verbrachten. Die Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R zeigt eine hoch signifikante Veränderung ($p < .01$). Dieses Ergebnis weist auf die mögliche Effizienz einer stationären Behandlung von GAS und unterstützt somit auch die Ergebnisse von Nickel et al. (2005). Die Autoren fanden in einer Studie mit GAS-Patienten heraus, dass Betreffende mit einer primär hohen Therapiemotivation, aber auch primär wenig motivierte Patienten in einer stationären Behandlung eine Besserung ihrer Krankheitssymptome erreichen.

Es erscheint relevant, dass Symptomveränderungen auch durch andere Faktoren wie Schweregrad der Störung und Dauer der Erkrankung (Berger, 2004) beeinflusst werden können.

Metaanalytische Studien berichten über unterschiedliche Effizienz verschiedener therapeutischer Ansätze (Kapfhammer, 2008), die auch eine Reduktion der Angstsymptomatik bewirken.

Es wurde in der vorliegenden Studie überprüft, ob sich die Therapiemotivation in einer stationären Behandlung verändert und inwiefern diese Veränderung mit der Veränderung der Angstsymptomatik korreliert. Mit dem FPTM (Schulz et al., 1995) wurden die Werte der Therapiemotivation am Anfang und am Ende der Behandlung erhoben. Die Differenz zwischen diesen zwei Messzeiten weist in der Skala Leidensdruck einen hoch signifikanten Unterschied ($p=0,014$) auf. Die anderen Skalen zeigen auch eine Differenz in Richtung der Entwicklung einer Therapiemotivation (siehe **Abbildung 5.2.d**). Diese Differenzen haben aber keine signifikante Bedeutung.

Dementsprechend könnte suggeriert werden, dass u. a. eine bedeutsame Veränderung im Bereich der Ängstlichkeit eine ebenfalls bedeutsame Veränderung des Leidensdrucks hervorruft, (Korrelationskoeffizient $r = 0.408$; $p < 0.05$). Die erwartete Korrelation zwischen der Verbesserung der Angstsymptomatik und der Veränderung der sonstigen Parameter im Bereich der Therapiemotivation (durch andere Skalen des FPTM wie Hoffnung, Initiative, Verleugnung, Wissen und Zuwendung) wurde nicht bestätigt.

An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, dass die häufigste Aufenthaltsdauer der Patienten zwischen zwei und vier Wochen betrug, was durchaus einen Einfluss auf die Entwicklung von Therapiemotivation haben kann (Slunecko et al., 2007).

Die vorgelegten Ergebnisse sprechen dafür, dass die Krankheitssymptome durch suffiziente stationäre Behandlung signifikant verbessert werden können. Dieselben Schlüsse ziehen

Nickel et al. (2005) und rechtfertigen somit einen stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Einrichtung. Untersuchungen zur stationären Behandlung der Generalisierten Angststörung im Kontext der Therapiemotivation fehlen praktisch vollständig. Eine kontinuierliche engmaschige Psychotherapie, vor allem in der Anfangsphase der Behandlung, scheint jedoch für den Behandlungserfolg und auch für die Therapiemotivation eine große Rolle zu spielen (siehe auch Nickel et al., 2005).

In dieser Untersuchung war die Probandenzahl relativ gering. Um die Validität der Aussage zu erhöhen, wären Studien mit einer höheren Patientenzahl notwendig. Außerdem wurden die Patienten mit einer GAS als Haupt- und Nebendiagnose untersucht und dementsprechend zu schwach differenziert. Die hohe Komorbidität der GAS erschwert auch therapeutische Interventionen (Becker u. Hoyer, 2005) und es wäre sinnvoll in diesem Bereich differenzierter vorzugehen (z. B. Untersuchung der Patienten mit GAS als Hauptdiagnose).

Der Großteil der Probanden (47%) blieb nur zwischen zwei und vier Wochen, was laut Forschungsergebnissen der Gruppe um Nickel (2005) für einen effektiven therapeutischen Prozess unzureichend ist.

In dieser Untersuchung wurden lediglich Selbstbeurteilungsfragebögen eingesetzt, was eventuell zur Verfälschung der Ergebnisse führen konnte. Ein zusätzlicher Einsatz von Fremdbeurteilungsinstrumenten in künftigen Studien erscheint in diesem Kontext vorteilhaft.

6. Literaturverzeichnis

- Adler, Y., Rauchfleisch, U., Müllejans R. (1996). Die Bedeutung der ersten Konzepte zu Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 46, 321-326.
- Allan, J.G., Deering, Deering, C.D., Buskrik, J.R.und Coyne, L. (1988). Assesment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu. *Psychiatry*, 51, 291-299.
- Back, A.T. und Steer, R.A. (1990). *Back Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Baekland, F.und Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart und Winson.
- Bandura, A. (1977). *Sozial learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice- Hall.
- Barlow, D.H.(2002). *Anxiety and its disorders (2nd ed.)*. New York: Guilford
- Barlow, D.H. (2007). *DSM-IV and beyond: what is generalized anxiety disorder*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- Bassler, M., Krauthauser, H., Hoffmann, S (1995). Wich factors influence the duration of inpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom Med Psychol*;45: 167-75.
- Becker,E.S., Goodwin,R., Hölting, C., Hoyer, J. und Margraf, J.(2003). Worys and worys content in young women. *Jurnal of Nervous and Manual Disease*, 191, 688-691.
- Becker E. S. und Hoyer, J. (2005). *Generalisierte Angststörung* Göttingen: Hogrefe.
- Becker, E. und Margraf J.(2002). *Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz.
- Berger, M. (2004) *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*, München , Urban und Fischer
- Blazer, D., Hughes, D.und George, L.K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Borkovec, T.D., Robinson, E. und Pruzinsky, T. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T.D., Shadick, R.N. und Hopkins, M. (1991). The nature of normal

and pathological worry. In R.M. Rapee und D.H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety depression* (pp. 29-51). New York: Guilford.

Bowlby, J., (1962,1982). *Attachment and loss: Vol. 1, Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J., (1976) *Trennung. Psychische Schaden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. Kindler, München.

Brown, T.A., Anton, M.M. und Barlow, D.H. (1995). Diagnostic comorbidity in Panic Disorder: effect on treatment outcomes and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 408-418.

Cartwright- Hatton, S.und Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta- Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 279-296.

Canter, F.M. (1972). Treatment participation related to hospitalisation goals of alcoholic patients and their families. *Psychiatric Quarterly*, 46, 81-84.

Craske, M.G., Rapee, R. M., Jackel, L. und Barlow, D.H.(1989).Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious control. *Behavior Research and Therapy*, 27(4), 397-402.

Davis, M.S.(1966).Variations in patients compliance with doctors advice: Analysis of congruence between survey responses and results of empirical observations. *Journal of Medical Education*, 41, 1037-1048.

Debener, S. (2003). *State-Trait-Angstinventar*. In J. Hoyer und J. Margraf (Hrsg.) *Angstdiagnostik* (S.161-164). Berlin, Heidelberg: Springer.

DePaulo, B.M. (1982). Social- psychological processes in informal help seeking. In Wills, T.A. (Hrsg.), *Basic processes in helping relationships* (S.255-279). New York: Academic Press.

Dilling, H. Mombur, W. Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Huber, Bern.

Dollard, J.und Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy. An analysis in terms of learning, thinking, and culture*. New York: McGraw-Hill.

Enright, J. (1975). One step forward: Situational techniques for altering motivation for therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 344-347.

Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hillsdale: Erlbaum Associates.

Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 45, 264-278.

Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut*, 43, 8-17.

Faller, H. (2000). Therapieziele und Indikation: Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 292-300.

Floetmann, U. (1987). Motivation und therapeutische Beziehung. *GwG Zeitschrift*, 67, 38-42

Formberger, U. und Angenendt, J. (2008) www.springerlink.com Zugriff am 17. 02.2009.

Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Symptomcheckliste von L.R. Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Franz, M., Schissel, N., Manz, R., Fellhauser, R., Schepank, H. und Tress, W. (1990). Zur Problematik der Psychotherapiemotivation und der Psychotherapieakzeptanz. Erste Ergebnisse aus der Mannheimer Interventionsstudie. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 40, 369-374.

Garfield, S. L. (1987). Premature termination: A difference of definition. *Contemporary Psychology*, 32, 680.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In Allen E. Bergin und Sol L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Auflage, 190-229). New York: Wiley.

Gasparini, M., Battagli, M., Diaferia, G. und Bellodi, L., (1990). Personality features related to generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 363-368.

Hasenöhr, N. (2008). www.aerztemagazin.at/mm/Angst_AlterTab3.jpg

Hautzinger, M., Bailer, M. Worall, H. und Keller, F. (1993). Das Beck-Depressions-Inventar. Bern: Huber.

Heigl, F. (1972). Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. Göttinger: Hogrefe.

Hiller, W. (1997). Internationale Diagnostischen Checklisten für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.

Hoglund P. (1996). Motivation for brief dynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 65: 209-15.

Holt, W.E. (1967). The Concept of Motivation for Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 123(11), 1388-1394.

Hoyer, J., Becker, E. S. und Roth, W. T. (2001). Subjektive features of worry in GAD patients, social phobics and controls. *Depression and Anxiety*, 13, 89-96.

Hoyer, J., Becker, E.S. Beesdo, K. und Wittchen, H.-U (2003). Epidemiologie der Generalisierten Angststörungen. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32, 267-275.

Hoyer, J., Becker, E. S (2005): Sorgenexposition bei Generalisierter Angststörungen. In Neudeck P. und Wittchen H.-U. (Hg.): Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hografe.

Joorman, J (2003). Worry Domains Questionnair (WDQ). In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.) Angstdiagnostik (S228-231). Berlin: Springer.

Kals, S.V. (1975). Issues in patient abherance to health cara regimens. Journal of Human Stress,1, 5-18.

Kanfer, F.H.(1975). Self-management methods. In F.H. Kanfer und A.P. Goldstein (Hrsg.), Helping people change: A textbook of methods (S.309-356). New York: Pergamon.

Kapfhammer, H-P.(2008). Zur Psychotherapie und Pharmakotherapie der Angststörungen. Neuropsychiatrie, Band 22, 51-77.

Kasper, S. (2005) www.aerztemagazin.at/mm/Uebersicht_medikament (Zugriff am 1.12.2008).

Kesler, R.C. (2000). The epidemiology of pur and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. Acta Psychiatrica Scandivica, 102 (suppl. 406), 7-13.

Kidd, A.H. (1968). The ego strength scale and the Goldberg scale in evaluating clinical outpatients. Journal of Clinical Psychology, 24, 438-439.

Krampen, G. (2002). Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie (STEP). Göttingen: Horgrefe.

Krause, M.S. (1966). A cognitive theory of motivation for treatment. The Journal of General Psychology, 75, 9-19.

Künzel, R. (1979). Therapiemotivation- eine psychologische Ergänzung des soziologischen Labelingansetzes. Unveröff. Diss., Ruhr-Universität Bochum.

Ladoceur, R. Talbot, F. und Dugas, M .J. (1997). Behavioral Expressions of intolerance of uncerteinty in worry- experimental findings. Behaviour Modification, 21, 355-371.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner und Spailberger, C.D. (1981). State-Trait-Angstinventar (STAI). Weinheim: Beltz.

Leidig, S. und Limbacher, K. (1998). Angststörungen. Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim, Band 2. Bad Dürkheim: Eigendruck.

Leeper, R.W. (1963). Learning and the fields of perception, motivation, and personality. In S. Koch (Hrsg.), Psychology: Astady of a science, Bd.5. New

York (S.365-487).

Lesch, K.-P. (2002). Gene-environment interactions in generalized anxiety disorder. In D. Nutt und K. Rickels und D. Stein (Eds.) Generalized anxiety disorder. Symptomatology, pathogenesis, and management (pp.71-88). London: Martin Dunitz.

Lieb, R. und Wittchen, H.-U. (2005). Klinische Psychologie-psychotherapie, Bauman, u. Perrez, L., Hans Huber, Bern.

Liddell, a., Mackey,w., Dawe, G., Galutria, B., Hearn, S. Und Walsch-Doran, M. (1986) Compliance as a factor in outcom with agoraphobic clients. Behavior Resarch and Therapy, 24, 217-220.

Lunorsky, L. (1971). Perennial mystery of poor agreement among criteria for psychotherapy outcom. Journal of Colsunting and Clinical Psychology, 37, 316-319.

Margraf, J., Schneider, S (1989). Panik Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Margraf, J., Schneider, S. und Eherls, A. (1991). DIPS , Diagnostisches Interview bei psychiatrischen Störungen. Berlin: Springer.

Maier,W., Geniske, M., Freyberger, H.J., Linz, M., Heun, R.und Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-curtular perspective: a valid diagnostic entity. Acta Psychiatria Scandinavica, 101,29-36.

Malan, D.H. (1976). Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication. New York: Plenum.

Matthews,A. (1999). Why worry? The cognitive function of anxiety. Behavior Research Therapy, 28, 455-468.

Meichenbaum, D. und Turk, D.C. (1994). Therapiemotivation des Patienten - ihre Förderung in Medizin und Psychotherapie. Bern, Göttingen Toronto: Huber.

Minsel, W.R. (1974). Praxis der Gesprächspsychotherapie. Graz: Böhlau.

Mobius, J. und Magraf, J. (2003). Back Angst Inventar. In J. Hoyer und J. Magraf (Hrsg.), Angstdiagnostik: Grundlagen und Testverfahren (S.117-120). Berlin: Springer.

Morschitzky, H. (1998). Angststörungen Diagnostik, Erklärungsmodelle, Therapie und Selbsthilfe bei krankhafter Angst. Wien New York: Springer (61).

Nickel, M., Tritt, K., Kettler, Ch., Lahmann, C., Loew, T., Rother, W., Nickel, C. (2005). Motivation fort therapy and the results of inpatient treatment of patients with a generalized anxiety disorder: A prospective study. Wiener Klinische Wochenschrift, 117/9-10:359-363.

Nickel, M. (2008). Ängste, Zwänge und Belastungsreaktionen. Wien, New York: Springer.

- Nübling, R., Schulz, H. und Jürgensen, R. (1999). Psychosomatische Überprüfung eines Instrumentes zur Erfassung der Psychotherapiemotivation. DRV- Schriften Band 12, Frankfurt, VDR, 123-124.
- Olbrich, D., Kostka, E.F., Schneider, E. (1998). Which patients in psychosomatic rehabilitation can be reached by psychotherapy? Rehabilitation; 34: 16-22.
- Oldham, J.M., Morris, L. B. (1995). The New Personality Self-Portrait: Why You Think, Work, Love and Act the Way You Do. New York: Bantam.
- Onken, M. Und Strohle, A. (2005). Komorbidität von Angst und Depressionen, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K.und Parks, B.K. (1994). Prozess and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A.E. Bergin und S.L. Garfield (Hrsg.), Handbook of psychotherapy and behavior change (S. 270-378). New York: Wiley.
- Pütz, A. (1980). Therapiemotivation und Selbstkontrolle. Frankfurt/M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Raskin, A. (1961). Factors therapists association with motivation to enter psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 17, 62-65.
- Rees, D.W. (1985). Health beliefs and compliance with alcoholism treatment. Journal of Studies on Alcohol, 46, 517-524.
- Reinecker, H. und Siegel, J. (1998.). www.verhaltenstherapie.at (Zugriff am 1.Dezember 2008)
- Riemann, F.(1995). Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. München: E. Reinhardt.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103.
- Sanderson, W.C.und Barlow, D.H. (1990). A description of Patients with DSM-III revised generalized anxiety disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 588-591.
- Saß,H., Witchen, H.-U. und Zaudig,M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-IV). Götting: Hografe.
- Schierding v., A. (1975). Überlegung zur Motivation des Psychotherapie-Patienten. Praxis der Psychotherapie, 20, 132-140.
- Schmitz, B., Fydrich, T., Limbacher, K. (1996). Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie, Psychologie Verlagsunion, Weinheim.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L.und Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 240-249.

Schneider, W. und Basler, H.D. (1988). Der Stellenwert der Psychotherapiemotivation bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. In Manfred Zielke und Heinz-Dieter Basler (Hg.), Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategie und soziale Wirklichkeit. Rahmenbedingungen der therapeutischen Arbeit und deren Bedeutung für die klinische Praxis (137-150). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Schulte, D., Eller, F., Meermann, R. und Windhauser, J.(1972). Einführung in die Grundlagen der Verhaltenstherapie. Münster: Lehrbuch im Eigenverlag.

Schulz, H., Nübling, R. und Rüdell, H. (1995). Entwicklung einer Kurzform eines Fragebogens zur Psychotherapiemotivation. Verhaltenstherapie, 5, 89-95.

Seiderer- Hartig, M. (1980). Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie. München: J. Pfeiffer.

Senf, W. und Broda, M. (2000). (Praxis der Psychotherapie) Stuttgart, Georg Thieme.

Sinha, S. S., Mohlman, J.und Gorman, J. M.(2004). Neurobiology. In R.G. Heimberg, C.L. Turk & D.S. Mennin (Eds.), Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice (pp. 87-216). New York: Guilford.

Slade, T.und Andrews, C. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: discrepant diagnoses and associated disability. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36, 45-51.

Slunecko, T., Fischer-Kern, M., Zimmerleiter, O. und Ponocny-Seliger E. (2007). Journal für Psychologie, Jg. 15 (2007), Ausgabe 3.

Spörkel, H. ,Gietmann, M. und Maass, M. (1985). Compliance im therapeutischen Prozess. Marburg: Elwert.

Stapel, M., Zielke, M., Hoff-Emden, H. (Hrsg.) (2003). Qualitätsbeurteilung durch Kinder und Jugendliche und deren Angehörige nach stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Pabst Science Publishers.

Stöber, J. (1995). Besorgnis: Ein Vergleich dreier Inventare zur Erfassung allgemeiner Sorgen. Zeitschrift für Differentiale und Diagnostische Psychologie, 16, 50-63.

Strauss, B. (2000). Psychotherapiemotivation und -indikation: eine kritische Würdigung der Forschungsbefunde. Psychotherapie Forum, 8, 22-26.

Thayer, J. F.und Lane, R.D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. Journal of Affective Disorders, 61,201-216.

Turowsky, J. und Barlow, D. H. (2000). Generalisiertes Angstsyndrom. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie Bd. 2 (2.Aufl., S.87-106) Springer: Berlin.

- Veith, A. (1997) Therapiemotivation, Westdeutscher Verlag: Opladen
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J. und Brandenburg, N. (1985). A decisional balance measure for assessing and predicting smoking stages. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279- 1289.
- Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B. und Stroufe, L.A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 36, 637-644.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Westermann, B., Schwab, R. und Tausch, R. (1983). Auswirkung und Prozesse Personenzentrierter Gruppenpsychotherapie bei 164 Klienten einer Psychotherapeutischen Beratungsstelle. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12, 273-292.
- Westphalen, S. (1986). Eltern suchen Rat - Bedingungen des Hilfesuchens; unveröffentl. Dipl.- Arb. Ruhr- Universität Bochum.
- Wienand, M.W. (1982). *Psychotherapie, Recht und Ethik*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R.C. und Eaton, W.W.(1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- Wittchen, H.-U., Benkert, O., Boerner, R., Gülsdorff, B., Phillipp, M., Szegedi, A. (1997). *Panikratgeber*. Freiburg: Karger.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. und Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. und Pfister, H. (Hrsg.) (1997). *Diagnostisches Expertensystem für psychische Störungen (DIA-X)*. Frankfurt: Swets und Zeitlinger.
- Wöllner, W., Kruse J. (2001). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden* Stuttgart: Schattauer.
- Zielke, M. (1994) Indikationen zur stationären Verhaltenstherapie. In: Zilke M. Sturm, J. *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie..* Psychologie-Union, Weinheim.
- Zimmer, D. (1983). *Die therapeutische Beziehung: Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: Edition Psychologie.
- Zimmer, D. (1983). *Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. In D. Zimmer (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung: Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung* (S. 82-97). Weinheim: Edition Psychologie.
- Zöfel, P. (2003). *Statistik für Psychologen*. München: Pearson Studium.

7. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Titel	Seite
Tab. 1.2.a.: Diagnostische Kriterien für die Generalisierte Angststörung nach DSM-IV	12
Tab. 1.2.b.: Diagnosekriterien für die GAS nach ICD-10 (WHO, 1994)	13
Abb. 1.8.3.a: Kategorien der GAS nach Reinecker u. Siegel (1998.)	24
Abb. 1.8.4.a: Aufrechterhaltende Bedingungen der GAS nach Reinecker u. Siegel (1998.)	26
Abb. 1.8.4.b: Ein umfassendes Modell der Generalisierten Angststörung nach Turowsky und Barlow (2000)	27
Tab. 1.9.a: Anfangs- und Erhaltungsdosen von Antidepressiva bei Angsterkrankungen (Kasper, 2005)	28
Abb. 1.9.b: Einflussfaktoren für Compliance und Therapieerfolg	29
Abb. 1.9.: Angstverlaufdiagramm bei GAS (Reinecker u. Siegel, 1998.)	31
Tab. 2.1.6.: Tabelle der Kategorien von Motivationshintergründen mit Häufigkeiten der Antworten basierend auf der Untersuchung von Slonecko et al. (2007)	49
Tab. 4.4.1a: Die Hauptkategorien des ICD-10	53
Tab.4.4.1b: Hierarchische alpha-numerische Kodierungsstruktur des ICD-10.	54
Tab. 5.1.a. : Geschlechterverteilung in der Untersuchung	60
Tab. 5.1.b : Altersgruppen der 43 untersuchten Probanden, geordnet nach Geschlecht	60
Tab. 5.1.c.: Aufenthaltsdauer der untersuchten Probanden	61
Tab.5.1.d.: Familienstand in Geschlechterverteilung	61
Abb. 5.1.e.: Schulabschluss der untersuchten Patienten	62
Tab.5.2.a: SCL-90-R zu zwei Messzeitpunkte sowie die Differenz beider Werte	63
Abb.5.2.b: Box-Plot der SCL-90-Skalen zum Aufnahme und Entlassungszeitpunkt	64

Teb.5.2.c: FPTM zu zwei Messzeitpunkten sowie die Differenz	66
Teb.5.2.d: Box-Plot der FPTM-Skalen zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt	66
Teb.5.2.e: Korrelationskoeffizient nach Pearson zwischen Skala Ängstlichkeit SCL-90-R und einzelnen Skalen FPTM	68
Teb.5.2.f: Korrelation der Veränderung des Leidensdruckes und der Veränderung der SCL-90-R Skala Ängstlichkeit	69

Anhang

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Studie

Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik- Wirksamkeit psychosomatischer Therapiemaßnahmen

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Die Teilnahme an einer klinischen Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen durch Sie beendet werden, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.

Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Arzt sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

- wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Studie vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Studie im klaren sind.

Zu dieser klinischen Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der klinischen Studie?

Der Zweck dieser klinischen Studie ist die Messung der Wirksamkeit stationärer psychosomatischer Behandlung bzw. der durchgeführten Therapieverfahren zu überprüfen. Im heutigen Gesundheitswesen wird es immer wichtiger, die Ergebnisse durchgeführter Behandlungen ausreichend zu dokumentieren und ihren Verlauf zu untersuchen. Die Dokumentation dient unter anderem auch dazu, die tägliche Arbeit, die Behandlungskonzepte und Behandlungsformen zu überprüfen und ständig zu verbessern.

2. Wie läuft die klinische Studie ab?

Diese klinische Studie wird an mehreren Orten durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr 800 Personen pro Jahr daran teilnehmen.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Studie werden

- bei der Aufnahme (VOR Behandlungsbeginn)

- bei der Entlassung (NACH stationärem Therapieende)
- und 12 Monate NACH stationärem Therapieende

Ihnen Fragebögen vorgelegt und Interviews durchgeführt. Die Nachuntersuchung (12 Monate nach Entlassung) beinhaltet ein kurzes telefonisches Gespräch und Fragebögen, die Sie gebeten werden zu bearbeiten. Die Fragebögen erhalten Sie per Post.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der klinischen Studie?

Den größten Nutzen haben Sie als Patient/Patientin von der Ihnen angebotenen stationären psychosomatischen Behandlung, die durch die Evaluation sichtbar gemacht wird.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Durch die Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie weder Risiken noch Beschwerden, die einzige Begleiterscheinung ist, dass Sie gebeten werden, etwas Zeit zur Verfügung zu stellen.

5. Wann wird die klinische Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der klinischen Studie ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Prüfer und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

7. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Studie stehen Ihnen Ihre MitarbeiterInnen der Verwaltung gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktpersonen: Frau Angelika Loitzl, Frau Katrin Konetschnik

9. Einwilligungserklärung

Name des/der Patienten/in in Druckbuchstaben:

Geb.Datum: Code:

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Studie Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/Frau ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Studie, und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt drei Seiten umfasst, gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser klinischen Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte des Auftraggebers und der zuständigen Behörden bei der Verwaltung Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Folgende Daten werden verwendet:

Geb. Datum , Diagnose , SV-Nummer, Behandlungsdauer (Aufnahme- u. Entlasstag)

Beruf, Telefon, Fax, Mail, Nationalität, Familienstand

Anzahl der Kinder, Kostenträger, Einweiser – Daten: PLZ, Ort, Medikamente

Testung: SCL90, HAQ Patient, HAQ Therapeut, EFQM, Skid2, EQ5D-SE, EQ5D-Pat, VEV-K, Zuf 8, OPD2-Achse1

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original der Einwilligungserklärung verbleibt im Patientenakt.

.....
(Datum und Unterschrift des/der Patienten/in)

(Der Patient erhält eine Kopie der Patienteninformation und der unterschriebenen Einwilligungserklärung. Das Original verbleibt im Patientenakt der Verwaltung.)

Projekt:

Qualitätssicherung in der stationären Psychosomatik –
Evaluierung der Wirksamkeit psychosomatischer Therapiemaßnahmen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Ich erteile keine Zustimmung meine Daten für eine Evaluierung zur Verfügung zu stellen.

- am Beginn und
- am Ende der stationären Behandlung

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

Kriterium B ist unter folgenden Bedingungen erfüllt:

- Von den auf Seite 1 dieser Checkliste aufgeführten Symptomen müssen mindestens vier Symptome aus (1) bis (22) vorliegen, darunter mindestens ein Symptom aus (1) bis (4).

Beurteilen Sie Kriterium B:

nicht erfüllt	erfüllt	Verdacht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ende ←	Ende ←	Verdacht

C Die Störung erfüllt die Kriterien für Panikstörung, eine phobische Störung, Zwangsstörung oder hypochondrische Störung.

Ja	Verdacht	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ende ←		

D Die Störung ist Folge einer körperlichen (wie Hyperthyreose) oder organischen psychischen Störung, oder einer Störung durch psychotrope Substanzen (wie exzessiver Konsum von amphetamin-ähnlichen Substanzen; oder durch Benzodiazepin-Entzug).

Ja	Verdacht	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ende ←		

Falls Kriterien A bis D erfüllt:

Diagnose: **F 4 1 . 1**

Generalisierte Angststörung

<input type="checkbox"/>	nicht erfüllt	Verdacht	<input type="checkbox"/>	erfüllt
--------------------------	---------------	----------	--------------------------	---------

- Falls die Symptomatik als *klinisch bedeutsam* beurteilt wird und keine andere spezifische Angststörung im Sinne von ICD-10 vorliegt, so kann eine andere Angststörung diagnostiziert werden:

Anderer Angststörung (F41.8)

Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	--------------------------

- In den *übrigen Fällen* mit unspezifischer Symptomatik kann die folgende Diagnose gegeben werden:

Nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9)

Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----	--------------------------

Generalisierte Angststörung

Name: _____ Datum: _____

Alter: _____

Ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit vorherrschender **Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen** über alltägliche Ereignisse und Probleme.

Nein Verdacht Ja

Ende ←

Beschreiben Sie die Besorgnisse und Befürchtungen:

B • Ermitteln Sie die Art der typischen Symptome in der obigen Zeitperiode

Symptome autonomer Erregung	Verdacht	Ja	Verdacht	Ja
(1) Palpitationen , Herzklopfen oder beschleunigter Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Fein- oder grobschlägiger Tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Mundrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome in Brust oder Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Schmerzen oder Mißempfindungen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Übelkeit oder Mißempfindungen im Abdomen (z.B. "Rumoren" im Magen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome des Bewußtseins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Schwindel , Unsicherheits-, Schwäche- oder Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Gefühle, daß Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder daß man "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" ist (Depersonalisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Furcht, Kontrolle zu verlieren, verrückt zu werden oder "auszutippen"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Angst, zu sterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) Hitzewallungen oder Kälteschauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptome von Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Muskelverspannungen oder akute oder chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Ruhelosigkeit und Unfähigkeit, sich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Sich "aufgedreht" fühlen , Nervosität oder psychische Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18) Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer unspezifische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19) Übertriebene Reaktion auf kleinere Überraschungen oder Erschrecktwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(20) Konzentrationschwierigkeiten oder Leeregefühl im Kopf wegen Besorgnis oder Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(21) Anhaltende Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(22) Einschlafstörungen wegen Besorgnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

1.	Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2.	Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3.	Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4.	Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5.	Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6.	allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7.	der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8.	dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	0	1	2	3	4
9.	Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10.	Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11.	dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
12.	Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13.	Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14.	Energierlosigkeit oder Verlangsamung in der Bewegung oder im Denken	0	1	2	3	4
15.	Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16.	Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17.	Zittern	0	1	2	3	4
18.	dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19.	schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20.	Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21.	Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22.	der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23.	plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24.	Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25.	Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26.	Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27.	Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28.	dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29.	Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30.	Schwermut	0	1	2	3	4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

31.	dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4
32.	dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33.	Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34.	Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35.	der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36.	dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37.	dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38.	der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39.	Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40.	Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
41.	Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
42.	Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
43.	dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44.	Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45.	dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46.	Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47.	Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48.	Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49.	Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
50.	der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51.	Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52.	Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
53.	dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0	1	2	3	4
54.	einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55.	Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56.	Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57.	dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58.	Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
59.	Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60.	dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter

61.	einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62.	dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0	1	2	3	4
63.	dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen.	0	1	2	3	4
64.	frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65.	Zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66.	unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67.	dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68.	Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69.	starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70.	Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71.	einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72.	Schreck- und Panikanfällen	0	1	2	3	4
73.	Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74.	der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
75.	Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76.	mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77.	Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78.	so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79.	dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80.	dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81.	dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82.	der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83.	dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84.	sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85.	dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
86.	schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87.	dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88.	dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89.	Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90.	dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

FPTM

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf Beschwerden, Probleme, Erwartungen, Einstellungen, Psychotherapie, Arbeit/Beruf und die Zukunft beziehen. Beurteilen Sie bitte jede einzelne Aussage danach, ob sie für Sie persönlich "stimmt", "eher stimmt", "eher nicht stimmt" oder "nicht stimmt". Bitte markieren Sie jeweils den für Sie zutreffenden Grad der Zustimmung.

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
	--	-	+	++
1. Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin mir unsicher, ob einem hier geholfen werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trotz meiner Beschwerden bin ich alles in allem mit meinem Leben zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich glaube kaum, daß man hier etwas für einen tun kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurechtzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn ich meine Beschwerden habe, erlauben mir andere (Partner, Kollegen etc.) eher als sonst, daß ich mich schone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es gäbe sicherlich weit weniger seelische Krankheiten, wenn sich die Menschen mehr unter Kontrolle hätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe wenig Zuversicht, daß sich an meinen Beschwerden etwas verändert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fühle mich oft niedergeschlagen und bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, daß sich jemand um mich kümmert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es war nicht meine eigene Entscheidung, hierher zu kommen: andere (z.B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich habe keine seelischen Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Es gibt zu viele Dinge, die mir Sorgen bereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FPTM

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
	--	-	+	++
21. Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Daß ich hier bin, ist auf mein eigenes Bestreben zurückzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen (Angehörige, Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe das Gefühl, daß man einem hier nicht helfen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Wenn ich krank bin, habe ich eher jemanden, der für mich da ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Es bereitet mir oft Kopfzerbrechen, wie es mit mir weitergehen soll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Meine Angehörigen verhalten sich, wenn ich meine Beschwerden / Krankheit habe, mir gegenüber verständnisvoller als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich habe das deutliche Gefühl, daß einem hier geholfen werden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Man sollte sich nicht durch das Besprechen seiner Probleme mit anderen eine Blöße geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich leide stark unter seelischen Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich weiß wenig über Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. In bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich habe Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich habe Angst vor der Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mag. Slavica Mladen

Lebenslauf

geboren 16. November 1959 in Podujevo/YU
Familienstand verheiratet, 2 Kinder (20 und 16 Jahre)
Staatsbürgerschaft Österreich

Ausbildung

1966-1974 Volksschule Zvornik
1974-1978 Gymnasium Zvornik
1978-1983 Studium der Psychologie und Pädagogik, Magister der Philosophie
2003-2004 Ausbildung für klinische und Gesundheitspsychologie
2006 Trainerausbildung für das Projekt „Eigenständig werden“
2006- 2007 Psychotherapeutisches Propädeutikum
2008- dato Ausbildung für Systemische Familientherapie

Berufstätigkeit

1984-1985 Studienforschungszentrum Sarajevo

Projektleitung, soziodemographische Studien

- Erstellung von Fragebögen und Tests
- Organisation und Durchführung der Datenerhebung
- Aufbereitung und Präsentation der Daten

1985-1991 Skenderia- Zentrum für Wirtschaft , Sport und Kultur

Projektleitung, Kultur und Ausbildungsprogramme

- Konzepterstellung
- Veranstaltungsmanagement
- Teamleitung

1992-1994 Verband Wiener Volksbildung

Betreuerin, interkulturelle Integration

- Betreuung von Kindern und Familien unterschiedlicher Kulturen
- Lernhilfe, Erziehungshilfe und aktive Freizeitgestaltung

1994- 2006 Stadtschulrat für Wien

- Betreuung von Kindern mit Migrationshintergrund
- Migrationsthemen
- Muttersprachlicher Unterricht
- Soziales Lernen und einzelne Projekte (z.B. Schülerzeitung)
- Umsetzung des Projektes „Eigenständig werden“ (primäre Suchtprävention)

1997-2002 Ludwig Boltzmann Institut

Forschungsprojekt „Sprachentwicklung „

- Organisation und Durchführung der Datenerhebung
- Übersetzung
- Datenaufbereitung und Präsentation

2003-2004 SMZ-Ost: Psychiatrie, Aufnahme Station

- Psychologische Beratung und Behandlung

2004-2005 Mitarbeit in einer Psychologischen Praxis

- Schwerpunkt Diagnostik

2005- 2007 Institut für Suchtprävention

- Projekt- primäre Prävention im VS-Bereich

2005- 2007 Eigene Praxis

- psychologische Beratung
- psychologische Behandlung
- Gesundheitstraining
- Entspannungs- und Stressabbau- Seminare
- Kommunikationstraining
- Vorbeugung von Depressionen

2007- dato Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie

Weiterbildung

Oktober 1996 NLP Seminar: Einführungsseminar und Intensivseminar

Oktober 1997 Gordon Training Seminar: Konflikt Management

Mai 1998 Anti-Stress Programm

2007- 2008 Ausbildung für Traumatherapie

2007- dato Doktorarbeit an der Medizinischen Universität Graz

2007-2008 Psychotherapeutisches Propädeutikum

Sonstige Kenntnisse

PC Windows 98/XP/2000, MS Office (Word, Excel, Outlook), Internet

Sprachen Serbokroatisch, Muttersprache

Deutsch, fließend in Wort und Schrift

Englisch, Grundkenntnisse

Russisch, Grundkenntnisse