

Aus der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
(Prof. Dr. med. Ch. Hermann-Lingen)
im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Darstellung der Ziele und Probleme
von Patienten mit Generalisierter Angststörung

Vergleich einer Patientengruppe in psychotherapeutischer Behandlung
mit einer Gruppe von Nicht-Patienten

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Verena A. Ch. Werling
aus
Leimen

Göttingen 2010

Dekan:	Prof. Dr. med. C. Frömmel
I. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. H. Staats
II. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. B. Bandelow
III. Berichterstatterin:	Prof. Dr. rer. nat. P. Virsik-Köpp
Tag der mündlichen Prüfung:	13.12.2010

1	Einleitung.....	1
2	Begriffe und theoretischer Hintergrund	3
2.1	Das Krankheitsbild der Generalisierten Angststörung	3
	2.1.1 Furcht, Angst, worry	3
	2.1.2 Diagnose und Differentialdiagnose	3
	2.1.3 Epidemiologie, Morbidität, Komorbidität	6
2.2	Ätiologie von Angststörungen	7
	2.2.1 Gelerntes Verhalten und Prädisposition	7
	2.2.2 Beziehung und Struktur	8
2.3	Behandlung Generalisierter Angst.....	8
	2.3.1 Medikamentöse Behandlung	8
	2.3.2 Psychotherapie.....	8
2.4	Messungen in der Psychotherapie.....	11
	2.4.1 Qualität und Messung.....	11
	2.4.2 Problemthemen, Therapieziele und Erfolgsmessung	13
	2.4.3 PATH (<i>problems and aims in therapy</i>)	15
3	Herleitung der Fragestellung.....	17
4	Material und Methoden.....	19
4.1	Stichproben	19
	4.1.1 Untersuchungsgruppe	19
	4.1.2 Vergleichsstichprobe	22
4.2	Messung mit PATH	23
	4.2.1 Kategorien zur Inhaltsanalyse	23
	4.2.2 Problemwahrnehmung.....	25
	4.2.3 Problembewältigung.....	26
	4.2.4 Selbsteinschätzungen.....	27
4.3	Datenerhebung und Auswertung	28
	4.3.1 Befragungszeitpunkte	28
	4.3.2 Rating	29
	4.3.3 Interrater-Reliabilität	29
	4.3.4 Statistische Methoden.....	30
5	Ergebnisse.....	31
5.1	Thematik bei Generalisierter Angst.....	31
	5.1.1 Probleme und Ziele von Patienten.....	32
	5.1.2 Patienten-Untergruppen.....	34
	5.1.3 Vergleich mit Nicht-Patienten.....	36
	5.1.4 Vergleich der Untergruppen	38
	5.1.5 Prüfung der Hypothese A	39
5.2	Selbsteinschätzung von Therapieerfolg bei Anfangsproblemen und -zielen.....	40
	5.2.1 Reduktion von Leidensdruck.....	41
	5.2.2 Entwicklung von Erfolg	44
	5.2.3 Prüfung der Hypothese C	46

5.3	Themenwandel.....	47
5.3.1	Zahl der Angaben.....	47
5.3.2	Probleme und Ziele von Patienten.....	49
5.3.3	Probleme im Therapieverlauf.....	51
5.3.4	Ziele im Therapieverlauf.....	52
5.3.5	Patienten-Untergruppen im Therapieverlauf.....	53
5.3.6	Prüfung der Hypothese B.....	55
5.4	Wandel der Selbsteinschätzung von Leidensdruck und Erfolg.....	56
5.4.1	Leidensdruck bei neuen Problemen.....	56
5.4.2	Erfolg bei neuen Zielen.....	59
5.4.3	Prüfung der Hypothese C.....	62
5.5	Problemanalyse.....	63
5.5.1	Wahrnehmungs- und Bewältigungsfähigkeit bei Anfangsproblemen.....	64
5.5.2	Wahrnehmungs- und Bewältigungsfähigkeit im Therapieverlauf.....	65
5.5.3	Prüfung der Hypothese B.....	69
6	Diskussion.....	70
6.1	PATH in Therapie und Therapieforchung.....	70
6.2	Kritische Betrachtung der Methoden und drop-out-Problematik.....	73
6.2.1	Stichproben.....	73
6.2.2	Datenerhebung.....	74
6.2.3	Auswertung der Daten.....	76
6.3	Darstellung der Therapiethemen mit PATH.....	79
6.3.1	Anfangsproblematik.....	79
6.3.2	Zusammenhänge zwischen Problemen und Zielsetzung.....	80
6.3.3	Themenwandel als Indikator für Veränderung.....	81
6.3.4	Themenwandel bei Patienten-Untergruppen.....	90
6.4	Darstellung von Leiden, Therapie, Erfolg mit PATH.....	92
6.4.1	Leiden unter Anfangsproblemen.....	92
6.4.2	Leiden unter neuen Problemen.....	94
6.4.3	Ziele und Zielerreichung.....	95
6.4.4	Drop-out-Problematik: Entwicklung, Besserung oder Verschlechterung?.....	97
6.5	Zusammenschau der Indikatoren für Entwicklung.....	98
6.5.1	Zusammenschau bei Inhaltskategorien.....	101
6.5.2	Zusammenschau bei Patienten-Untergruppen.....	107
6.6	Ausblick.....	109
7	Zusammenfassung.....	112
8	Literaturverzeichnis.....	114
9	Anhang.....	120

Abkürzungen

aw	<i>awareness</i> /Problemwahrnehmung
CBT	Kognitiv-behaviorale Therapie
DSM	Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen
Erf.	Erfolgswahrnehmung
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Kat., PKat., ZKat.	Inhaltskategorie von PATH, Problem-, Zielkategorie
Ld.	Leidensdruck/Problembelastungsdruck
M	Median
ma	<i>mastery</i> /Bewältigungs- und Bemeisterungsfähigkeit
MW	Mittelwert
SD	Standardabweichung
n	Anzahl der Probleme/Ziele
N	Anzahl der Patienten/Probanden
o. A.	ohne Angabe; fehlende Bewertungen durch Patienten/Probanden
Pat.	Patient(en)
PATH	<i>problems and aims in therapy</i>
Probl.	Problem(e)
PUG.	Patienten-Untergruppe, Subgruppe
SET	Supportiv-expressive Therapie
Stud.	Studenten (Vergleichsgruppe)
SubPKat., SubZKat.	Problem-Subkategorie, Ziel-Subkategorie

Verzeichnisse

Abbildungen

1.	Problemmuster bei Therapiebeginn.....	32	34.	<i>awareness/mastery</i> -M, MW (n/t1)	64
2.	Zielmuster bei Therapiebeginn.....	33	35.	<i>awareness/mastery</i> -M, MW (N/t1)	65
3.	Problemmuster von PUG.....	34	36.	<i>awareness/mastery</i> (n/t1 bis t5).....	66
4.	Zielmuster von PUG.....	35	37.	<i>awareness/mastery</i> -MW (n/t1 bis t5) .	67
5.	Anfangsprobleme (n/t1).....	36	38.	<i>awareness/mastery</i> (N/t1 bis t5).....	68
6.	Anfangsziele (n/t1)	37	39.	<i>awareness/mastery</i> -MW (N/t1 bis t5) 69	
7.	Anfangsprobleme (n/t1), PUG.....	38	40.	Zusammenschau von M, MW	78
8.	Anfangsziele (n/t1), PUG	39	41.	Problem-/Zielmuster bei Stud./Pat.	81
9.	Wertung Anfangsprobl./-ziele (n/t1)...	40	42.	Körperliche Beschwerden	82
10.	Leidensdruck (n/t1).....	41	43.	Depressive Beschwerden.....	83
11.	Leidensdruck-MW (n/t1).....	42	44.	Angst	84
12.	Leidensdruck (N/t1).....	43	45.	Selbstwertgefühl.....	85
13.	Leidensdruck-MW (N/t1-t5).....	43	46.	Äußere Probleme und Konflikte.....	86
14.	Erfolg (n/t1)	44	47.	Selbstbezogene Probl./Ruhe	87
15.	Erfolg-MW (n/t1) II.....	44	48.	Interpersonelle Probleme.....	88
16.	Erfolg (N/t1)	45	49.	Existentielle Probl./Fähigkeiten	89
17.	Erfolg-MW (N/t1)	45	50.	Angst bei PUG	90
18.	Anzahl der Probl./Ziele (n/t1 bis t5) ...	47	51.	andere Probleme bei PUG	91
19.	Anzahl der Probl./Ziele von PUG.....	48	52.	Ziele bei PUG.....	92
20.	PKat.1,3,6-8 (N/t1 bis t5)	49	53.	Verlauf der Ld.-MW.....	93
21.	ZKat.1-3, 5-9 (N/t1 bis t5).....	50	54.	Alle Ld.-MW	94
22.	Probl. im Verlauf (n/t1 bis t5)	51	55.	Verlauf der Erfolg-MW	96
23.	Ziele im Verlauf (n/t1 bis t5).....	52	56.	Alle Erfolg-MW, PUG	96
24.	Probl. von PUG (n/t1 bis t5).....	54	57.	Zusammenschau	98
25.	Ziele im Verlauf (n/t1 bis t5), PUG....	55	58.	Zusammenschau Probl.-Position	101
26.	Leidensdruck (n/t1 bis t5).....	56	59.	Zusammenschau PKat.1	102
27.	Leidensdruck-MW (n/t1 bis t5)	57	60.	Zusammenschau PKat.2	103
28.	Leidensdruck (N/t1 bis t5).....	58	61.	Zusammenschau PKat.3	103
29.	Leidensdruck-MW (N/t1 bis t5)	58	62.	Zusammenschau PKat.6	105
30.	Erfolg (n/t2 bis t5)	59	63.	Zusammenschau PKat.7	105
31.	Erfolg-MW (n/t1 bis t4).....	60	64.	Zusammenschau PKat.8	106
32.	Erfolg (N/t2 bis t5)	61	65.	Zusammenschau PKat.10	107
33.	Erfolg-MW (N/t2 bis t5).....	61	66.	Zusammenschau PUG	108

Tabellen

1.	Diagnostische Kriterien für Generalisierte Angststörung.....	5
2.	Verteilung von Patienten auf zwei Behandlungsgruppen	21
3.	Patientenstichprobe.....	22
4.	Vergleichsstichprobe	22
5.	Datenerhebung bei den untersuchten Patienten/Probanden	28
6.	Datenerhebung bei der Vergleichsstichprobe	28
7.	Interrater-Reliabilität	30
8.	Von (N) Patienten genannte Probl./Ziel-Kategorie.	127
9.	Anzahl, drop-out.....	128
10.	Themen von Probl./Zielen	128
11.	Analysewerte	129

Anhang

1.	PATH	120
2.	Fragebogen für die Vergleichsgruppe	124
3.	Kodiersystem zu Inhalten	125
4.	mastery-awareness-scale	126
5.	Daten	127

1 Einleitung

Psychische Störungen sind weltweit verbreitet, Untersuchungen der Weltgesundheitsbehörde WHO haben dokumentiert, dass jeder dritte Arztbesucher an einer manifesten psychischen Störung leidet (Wittchen 1998). In Deutschland leben etwa 8 Millionen Menschen mit einer psychischen Erkrankung und der Anteil psychischer Störungen als Konsultationsgrund in allgemeinmedizinischen Praxen wird immer größer (Fink und Haidinger 2007).

Eine Diagnosestellung – bei psychischen wie bei körperlichen Krankheiten – muss Objektivität und eine einheitliche Klassifizierung der Krankheit gewährleisten und darüber hinaus das individuelle und subjektive Erleben von Leid mit einbeziehen. Der diagnostische Prozess ist nicht mit der Anfangsdiagnostik abgeschlossen, sondern soll während der ganzen Therapiedauer und in Nachbefragungen fortgeführt werden (Becker und Hoyer 2005). Bei körperlichen Erkrankungen ist eine ständige Kontrolle des Therapieverlaufes und des Genesungsprozesses anhand von objektiven Daten wie Laborwerten, Röntgenbildern usw. üblich. Valide Messergebnisse zu gewinnen und ein effektives Therapiekonzept zu erarbeiten, ist bei Psychotherapie nicht in gleichem Maße möglich. Die Therapieerfolge bei psychischen Erkrankungen können sich in subjektiven wie in objektiven Veränderungen des Allgemeinzustandes des Patienten darstellen. Im Vordergrund stehen Konfliktlösung, Symptom- und Beschwerdeabbau sowie Reduktion von subjektiv empfundenem Leidensdruck.

Sowohl bei ambulanter Psychotherapie wie im stationären Bereich und in Reha-Behandlungen wächst die Bedeutung von Qualitätssicherung im Hinblick auf Prozess- und Ergebnisqualität (Mans 1994). Systematische Erhebung von Behandlungszielen und/oder zielorientierte Evaluation des Behandlungsergebnisses geschieht bislang nur in begrenztem Umfang (Heuft und Senf 1998). Um Zielsetzung und Selbsteinschätzung objektivierbar und anhand von Maßskalen vergleichbar zu machen, wurden standardisierte Fragebogen und Bewertungssysteme entwickelt. Gegenwärtig eingesetzte Fragebogeninstrumente bieten den Patienten wenig Raum, in eigenen Worten Probleme oder Ziele zu beschreiben. Sie beinhalten nur die Möglichkeit, sich in vorgegebenen Antworten und Skalierungen einzuordnen. In ihrer Ausführlichkeit und im Umfang sind diese Instrumente mit Rücksicht auf Praktikabilität beschränkt und nicht ohne weiteres untereinander vergleichbar. Aus der Überlegung, dass derartige standardisierte Fragebogen den Erlebensbereich nicht vollständig abbilden und damit letztlich den Therapieeffekt nicht richtig einschätzen können, wurde ein neues Instrument zur Erfassung von Veränderungen entwickelt: PATH (*problems and aims in therapy*; Staats et al. 1996) ist eine Form der Datenerhebung, die für den Behandelnden wie für den Patienten die jeweils im Vordergrund stehende Problematik und den dazu gehörenden Leidensdruck greifbar und messbar zu machen versucht. Durch Orientie-

rung an Zielen und Problemen der Patienten lassen sich sowohl notwendige Teilprozesse des Behandlungsverlaufs integrieren, als auch Behandlungsgruppen bestimmen, die durch ihre jeweils individuellen Problemlagen definiert sind (Gerdes et al. 2000). Nach Mans (1994) kann die Prozessqualität verbessert und der Therapieerfolg gesteigert werden, wenn gelingt – je nach differentieller Indikation – zu entscheiden, welches Psychotherapieverfahren (z.B. Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) anzuwenden ist und wie lange die Therapie zu dauern hat. Für eine differentielle Indikation genügt die Diagnose nicht als Zuweisungskriterium. Vielmehr wird angenommen, dass individuelle Zielsetzungen und Ressourcen des Patienten für die Behandlungsplanung und den Therapiefortschritt eine wesentliche Rolle spielen.

Mit Hilfe von Daten einer Göttinger Studie zum Vergleich der Wirksamkeit zweier Therapieformen (Leichsenring et al. 2009) soll diese Dissertation Aspekte zur Verlaufsdiagnostik bei der Psychotherapie der Generalisierten Angststörung untersuchen. Es konnten 51 ausgelesene und streng diagnostizierte Patienten mit einer Generalisierten Angststörung gefunden, mit einer Vergleichsgruppe von Studenten aus Potsdam verglichen und dabei die von Staats et al. (1996) entwickelten Instrumente erprobt werden. Dabei kann deutlich gemacht werden, dass herkömmliche Diagnostik mit ihrer Konzentration auf Komorbiditäten und Symptombeschreibungen die individuellen Ausprägungen und Therapieverläufe eines Krankheitsbildes nicht abbildet. Durch die Verwendung von PATH wird hier gezeigt, wie wichtig Erhebung, Analyse und Bearbeitung der persönlichen Probleme und Ziele eines Patienten sind. Während der Datenauswertung erschien es interessant, die ausgelesene Patientengruppe in Subgruppen zu unterteilen und deren unterschiedliches Problem- und Zielspektrum darzustellen sowie Unterschiede im Therapieverlauf herauszuarbeiten.

Die verschiedenartigen Themen von Patienten können mit den Skalen von PATH (Inhaltskategorien, *mastery-awareness-scale*, Selbsteinschätzungsskalen) in ihrer Unterschiedlichkeit dargestellt werden. Daraus lassen sich Hinweise für die Gestaltung der Therapie einerseits, für die Anwendung und Weiterentwicklung des Kategoriensystems von PATH andererseits ableiten.

2 Begriffe und theoretischer Hintergrund

2.1 Das Krankheitsbild der Generalisierten Angststörung

2.1.1 Furcht, Angst, worry

Als Alarm-System mobilisiert Angst in wenigen Sekunden Kräfte, die es Menschen ermöglichen, durch Kampf oder Flucht Gefahren abzuwehren bzw. zu vermeiden. Die zur Angst gehörende physiologische Reaktion ist evolutionsgeschichtlich erklärbar, tritt beim modernen Menschen aber in vielen Situationen auf, in denen sie hinderlich ist und nicht zu einer Steigerung der Leistung führt, wie beispielsweise Schwitzen oder Herzklopfen in Prüfungssituationen. Dennoch werden etwa Prüfungsangst und Lampenfieber als normal empfunden. Ebenso wie eine realitätsgerechte Furcht vor Krankheit und Verletzung können solche Ängste dazu führen, dass Menschen Vorsorge treffen und sich auf eine befürchtete Situation vorbereiten oder versuchen, Gefahren ganz zu vermeiden.

Von einer Angststörung spricht man erst, wenn Angst entweder in einem deutlich erhöhten Ausmaß oder in Situationen auftritt, in denen Angst nicht angemessen erscheint. Dabei verselbständigt sich die Angst und verliert ihre Zweckmäßigkeit und Relation. Hier ist häufig ein Teufelskreis zu beobachten, wenn das Bemerkten der körperlichen Angstsymptome dazu führt, dass die Angst verstärkt wird und sich immer weiter steigert (Volz und Stieglitz 2010). Hinzu kommt bei der Generalisierten Angststörung ein im Vergleich zu Gesunden gesteigertes ‚Sich-Sorgen‘, ein exzessives und unkontrolliertes Kreisen um alltägliche oder existentiell bedrohliche Themen bis hin zu einem ‚Sich-Sorgen‘ über die Sorgen (*meta-worries*; Wells 1999; Becker und Hoyer 2005).

2.1.2 Diagnose und Differentialdiagnose

Begrifflichkeit und Diagnosekriterien des Störungsbildes der Generalisierten Angst waren lange Zeit nicht eindeutig und befinden sich derzeit noch in der Entwicklung. Sigmund Freud sprach von einer ängstlichen Erwartung seiner Patienten, dem Kernsymptom der Angstneurose, welche sich aus der ängstlichen Erwartung und anderen Symptomen (z.B. Reizbarkeit, Angstanfällen und/oder in Kombination mit den Angstanfällen auftretende körperliche Symptome) zusammensetze. Die mit wechselnder Intensität auftretende, anhaltende, diffuse Angst könne sich bis zu manifesten Angstanfällen aufsummieren und eine Tendenz zur Somatisierung haben (Freud 1895/1982).

Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM) führte in der früheren Ausgabe die Generalisierte Angststörung nur als Residual-Kategorie auf. Die Diagnose konnte gestellt werden, wenn keine andere Störung vorlag. Dies änderte sich mit der Ausgabe DSM-III-R (APA 1987), seitdem ist die Generalisierte Angststörung als eigenständige Störung definiert.

Mit dem DSM-IV (APA 1994) stehen die pathologischen ‚Sorgen‘ im Mittelpunkt des Störungsbildes. Betroffene Patienten leiden über einen langen Zeitraum an exzessiven Sorgen sowie darunter, die Sorgen nicht kontrollieren zu können (Saß et al. 2000; Borkovec 1994). Die Sorgen können einen großen Teil der Tageszeit bestimmen, die Anzahl der Themen und die Begleiterscheinungen durch körperliche Symptome können vielfältig sein. Im Gegensatz zu beispielsweise phobischen Ängsten sind die Sorgen und Ängste der Patienten mit Generalisierter Angststörung nicht an spezifische Situationen oder Objekte gebunden (Dilling et al. 2000; Saß et al. 2000; Leichsenring et al. 2002).

Neben den exzessiven Sorgen sind laut DSM-IV-TR (APA 2000) zur Diagnostizierung der Generalisierten Angststörung drei von sechs möglichen körperlichen Symptomen erforderlich. Die Symptome (Ruhelosigkeit, Muskelverspannungen, Nervosität, Reizbarkeit, leichte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen) können durch ein stark aktiviertes vegetatives Nervensystem entstehen. Sie sind von körperlichen Symptomen anderer Angststörungen leicht abzugrenzen (Becker und Margraf 2007). Störungen, die auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Drogen und Medikamente) oder auf andere medizinische oder definierte psychische Krankheits- und Störungsbilder zurückzuführen sind, müssen davon abgegrenzt werden. Angst und Sorgen können zu subjektivem Leiden oder klinisch relevanter Beeinträchtigung in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen, schließlich zu Rückzug und Vermeidungsverhalten führen – auch diese gehören zu den Diagnosekriterien.

Die Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ICD-10 spricht bei der Generalisierten Angststörung von ‚frei flottierender Angst‘ oder von ‚Ängstlichkeit‘. Im ICD-10 wird als wesentliches Symptom eine anhaltende Angst gesehen, die nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt ist. Die Angstsymptomatik muss über einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen, mindestens vier von 22 beschriebenen Begleitsymptomen müssen auftreten (*siehe Tabelle 1*). Die Diagnose kann nicht gestellt werden, wenn eine phobische Störung, Panikstörung, Hypochondrische Störung oder Zwangsstörung vorliegt. Ein Unterschied zwischen ICD-10 und DSM-IV wird in der bei DSM-IV präzisierten Zeitangabe deutlich, außerdem in der eingegrenzten Anzahl der körperlichen Symptome. Bei Diagnosestellung nach ICD-10 werden bei Überwiegen von phobischen, panischen, hypochondrischen oder zwanghaften Symptomen andere Diagnosen vergeben und damit eine Generalisierte Angststörung häufiger übersehen (Becker und Margraf 2007).

Laut ICD-10 Kriterien darf sich die Generalisierte Angststörung nicht auf dem Boden einer organischen Ursache entwickeln und muss differentialdiagnostisch von der Gruppe „anderer Angststörungen“ (F41) abgegrenzt werden. Die Gruppe der Angststörungen beinhaltet zum

einen die „Phobische Störung“ (F40) mit ihren Untergruppen („Agoraphobie mit oder ohne Angabe einer Panikstörung“ F40.0; „soziale Phobien“ F40.1; „spezifische (isolierte) Phobien“ F40.2; „sonstige phobische Störungen“ F40.8; „nicht näher bezeichnete phobische Störungen“ F40.9).

Des Weiteren sind „Panikstörung“ (F41.0), „Angst- und depressive Störung, gemischt“ (F41.2), „andere gemischte Angststörungen“ (F41.3), „sonstige spezifische Angststörungen“ (F41.8) und „nicht näher bezeichnete Angststörung“ (F41.9), „Zwangsstörung“ (F42) oder eine „depressive Episode“ (F32) von der „Generalisierten Angststörung“ (F41.1) abzugrenzen.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Generalisierte Angststörung

	DSM-IV, 300.02 (Saß et al. 2000)	ICD-10, F41.1 (Dilling et al. 2000)
Angst	Übermäßige Angst und Sorgen (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die mindestens über 6 Monate hinweg an der Mehrzahl der Tage auftreten. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.	Vorherrschende Anspannung, Besorgnis und Befürchtung in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme. Generalisierte, anhaltende, frei flottierende Angst.
Dauer	In den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage.	In einem Zeitraum von mindestens 6 Monaten herrscht eine Anspannung, Besorgnis und Befürchtung
Begleitsymptome	Angst und Sorgen sind mit mindestens drei der folgenden sechs Symptome verbunden, wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftreten: <ul style="list-style-type: none"> – Ruhelosigkeit – leichte Ermüdbarkeit – Konzentrationsschwierigkeiten – Reizbarkeit – Muskelspannung – Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen, unruhiger, nicht erholsamer Schlaf) 	Mindestens vier Symptome der unteren angegebenen Liste, eines von den Symptomen 1. bis 4. müssen vorliegen: Vegetative Symptome: 1. Herzklopfen, erhöhte Herzfrequenz, Palpitationen (Missempfindungen) 2. Schweißausbrüche 3. fein- oder grobschlägiger Tremor (Zittern der Hände) 4. Mundtrockenheit, nicht durch Medikamente verursacht Symptome an Brust oder Bauchraum: 5. Atembeschwerden 6. Beklemmungsgefühl in der Brust 7. Schmerzen in der Brust und Missempfindungen 8. Magenmissempfindungen, Übelkeit Psychische Symptome: 9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit 10. Gefühl der Unwirklichkeit (Derealisation) und Entfremdung (Depersonalisation) 11. Angst vor Kontrollverlust oder verrückt zu werden 12. Angst zu sterben Allgemeine Symptome: 13. Hitzegefühl oder Kälteschauer 14. Kribbelmissempfindungen, Gefühlsstörungen Anspannungssymptome: 15. Muskelverspannungen, akute und chronische Schmerzen 16. Unfähigkeit zur Entspannung, Ruhelosigkeit 17. Nervosität und innere Anspannung, ständig "unter Strom" 18. Kloßgefühl im Hals, Schluckbeschwerden Unspezifische Symptome: 19. Übertriebene Reaktionen auf Überraschungen, Schreckhaftigkeit 20. Konzentrationsprobleme, Leere im Kopf 21. Anhaltende Reizbarkeit 22. Einschlafstörungen wegen ständiger Sorgen
Beeinträchtigung	Die Angst, Sorge oder körperlichen Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen.	
Ausschlusskriterien	Angst und Sorgen sind nicht auf Merkmale einer anderen Achse-I-Störung beschränkt, z.B. die Angst und Sorge bezieht sich nicht darauf, eine Panikattacke zu erleiden (wie bei der Panikstörung), sich in der Öffentlichkeit zu blamieren (wie bei der sozialen Phobie), verunreinigt zu werden (wie bei der Zwangsstörung), eine ernsthafte Krankheit zu haben (wie bei der Hypochondrie) etc. und die Angst/Sorgen treten nicht ausschließlich im Verlauf einer post-traumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (wie z. B. Schilddrüsenüberfunktion zurück) und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Affektiven Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.	Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2). Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F00-F09) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F10-F19), z.B. auf einen exzessiven Genuss von amphetamin-ähnlichen Substanzen oder auf einen Benzodiazepin-Entzug.

2.1.3 Epidemiologie, Morbidität, Komorbidität

In einer US-amerikanischen Studie (US National Comorbidity Survey Replication; Kessler et al. 2005) wurden die Lebenszeit-Prävalenzen verschiedener psychischer Störungen in der aktuellen Version des amerikanischen, nosologischen Klassifikationssystems DSM-IV der American Psychiatric Association (APA 2000) mit einer Stichprobe von 9.282 Probanden bestimmt. Die Untersuchung ergab eine geschätzte Lebenszeit-Prävalenz für alle Angststörungen von 28,8%, für die Generalisierte Angststörung liegt sie zwischen 5,2% und 5,7%. In deutschen Untersuchungen (Hoyer et al. 2003) wurden ähnliche Zahlen gefunden.

Etwas häufiger scheint die Störung bei Frauen aufzutreten, womöglich aber nur, weil Frauen mehr komorbide Erkrankungen oder Störungen aufweisen als Männer (Wittchen et al. 1994). Betrachtet man Patienten mit Generalisierter Angststörung als einziger Diagnose, also ohne komorbide Erkrankungen, sind die Geschlechtsunterschiede nicht mehr deutlich (Becker und Hoyer 2005).

Die Erkrankung beginnt in der Regel in jungen Jahren, im Alter zwischen 20 und 30 Jahren liegt der erste Häufigkeitsgipfel. In der mittleren und höheren Altersgruppe (zwischen 55. und 60. Lebensjahr) zeigt sich der zweite Häufigkeitsgipfel. Die Generalisierte Angststörung erweist sich als diejenige Angststörung, die bei älteren Menschen am häufigsten auftritt (Hoyer et al. 2003). Neuere Untersuchungen zeigen, dass junge Menschen im Vergleich zu früher häufiger unter einer Generalisierten Angststörung leiden als ihre Eltern und dass die Angststörung insgesamt vermehrt auftritt (Hoyer et al. 2002).

Wegen der „Schwankungen der Symptomschwere“ (Becker und Hoyer 2005, Seite 6) bleibt die Generalisierte Angststörung oft Jahre bis jahrzehntelang unerkannt (Margraf und Schneider 2009). Patienten mit Generalisierter Angststörung handeln erst spät, sie begeben sich im Schnitt 5-10 Jahre nach Beginn der Störung in psychologische Behandlung (Ballenger et al. 2001). Da der Beginn in jungem Alter liegt und es bei der Erkrankung leicht zu einer Chronifizierung kommen kann, ist ein frühzeitiges Erkennen des Krankheitsbildes in besonderem Maße wichtig.

Häufig treten zeitgleich weitere Störungen auf (Brown und Barlow 1992): Am schwierigsten von ängstlichen Sorgen abzugrenzen ist ‚depressives Grübeln‘; komorbid können Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis vorkommen („Depressive Episoden“ ICD-10: F32), des Weiteren sind die oben aufgeführten „anderen Angststörungen“ (ICD-10: F41) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60-69) zu nennen (Becker und Margraf 2007).

Bei vielen Betroffenen tritt zudem ein paralleler Alkohol- und/oder Medikamenten-Abusus (ICD-10: F10-F19) auf. Wenn phobische Störungen vorliegen, dann tendenziell zeitlich vor der Entwicklung einer Generalisierten Angststörung. Depressionen hingegen kommen eher in der

Folge dazu (Wittchen et al. 2001). Es ist von Bedeutung, die zusätzlich bestehenden psychischen Störungen oder Erkrankungen zu erkennen und in die Planung einer Therapie mit einzubeziehen. Begeben sich beispielsweise Patienten aufgrund von Panikstörung in Behandlung, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine eventuell parallel bestehende Generalisierte Angststörung durch die Therapie der Panikstörung erkannt und mit behandelt wird. Im umgekehrten Fall ist es jedoch möglich, dass die Therapie der Generalisierten Angststörung parallel bestehende Störungen der Patienten reduzieren kann (Brown und Barlow 1992).

2.2 Ätiologie von Angststörungen

2.2.1 Gelerntes Verhalten und Prädisposition

In der Psychologie lieferten die Theorien zur klassischen und operanten Konditionierung traditionell die wichtigsten Modelle zur Entstehung von Angststörungen. So erklärt etwa die Zweifaktoretheorie von Mowrer (1960) die Entstehung von Phobien. Traumatische Ereignisse werden mit einer Angstreaktion assoziiert (Faktor 1: Klassische Konditionierung). Darauf folgt eine Vermeidungsreaktion, die wiederum durch den Abbau des Angstzustands negativ verstärkt wird (Faktor 2: Operante Konditionierung). Inzwischen berücksichtigt auch die Verhaltenstherapie bei ihren Erklärungsmodellen zur Entstehung von Angst eine Vielzahl dispositionaler und biografischer Faktoren (z.B. Erziehungsstil der Eltern) und nimmt außerdem eine genetisch gesteuerte Prägung an (*preparedness*; Öhman und Mineka 2001). Bei Generalisierter Angststörung findet man hingegen weniger Anhaltspunkte, dass Konditionierungsprozesse in der Ätiologie eine Rolle spielen. Untersuchungsergebnisse lassen auf Dysfunktionen der Neurotransmittersysteme im serotonergen und im noradrenergen System schließen, diese neurobiologischen Veränderungen sind jedoch bisher wenig erforscht (Nutt und Bailey 2002).

Zentrale Bedeutung für die Erklärung von Angststörungen hat in jüngerer Zeit der kognitive Erklärungsansatz nach Beck et al. (1985). Aufgrund früherer negativer Erfahrungen sollen ungünstige kognitive Schemata (unrealistische Bewertung von Bedrohungsreizen) entstanden sein, die in der weiteren Entwicklung durch Belastungsfaktoren (Lebensereignisse) aktualisiert werden können. Aufgrund von Vermeidungsverhalten und verzerrenden Verarbeitungsprozessen verhindert der Patient eine Korrektur seiner dysfunktionalen Kognitionen (Clark 1989). Nach Barlow (1980) wird der Teufelskreislauf von Einengung der Aufmerksamkeit auf das Selbst, auf Sorgen und auf Vermeidung von negative Emotionen auslösenden Situationen systematisch verstärkt. Wells (1999) deutet das ‚Sich-Sorgen‘ als Sicherheitsverhalten, das unvorbereitete Konfrontation mit Katastrophen verhindern soll. Auf der Meta-Ebene nimmt der Patient aber gerade das ‚Sich-Sorgen‘ als zunehmend unkontrollierbar und bedrohlich wahr und versucht, dieses Verhalten inadäquat zu bewältigen (Stangier und Leichsenring 2008). Die inadäquate

Bewältigung, das ‚Sich-Sorgen‘, stellt den Versuch dar, sich von anderen anstehenden Konflikten abzulenken und sich dadurch eine relative Angstfreiheit zu verschaffen.

2.2.2 Beziehung und Struktur

Für Sigmund Freud stellte Angst das zentrale Konzept dar. Zunächst führte für ihn Verdrängung zu Angst, seine spätere Theorie formulierte es umgekehrt: Angst führt zu Verdrängung. Bei bestimmten Angstformen wie Phobien wird eine ich-strukturelle Schwäche angenommen. Es bestünde die Angst, eigene Willkür-Impulse nicht ausreichend steuern zu können (König 1986).

Bei Generalisierter Angststörung wie auch bei anderen psychischen Störungen geht die psychoanalytische Theorie von einem Beziehungs-Konflikt aus. Nach Crits-Christoph et al. (1995) sind häufig unsichere und konflikthafte Bindungen und traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit zu finden. Dabei entsteht ein zentraler Beziehungskonflikt (Luborsky 1995), der drei Komponenten umfasst: einen Wunsch, eine Reaktion der Objekte auf den Wunsch und die Reaktion des Subjekts auf die Reaktion der Objekte. Auslösende traumatische Erlebnisse können in jeder Phase des Lebens auftreten. So entstehen grundlegende Annahmen über sich selbst und andere, die etwa bei Generalisierter Angststörung Angst auslösen und nur abgewehrt werden können, wenn die Person sich um weniger ängstigende Alltagsdinge und konkrete Gefahren sorgt. Inzwischen leben die primär gefürchteten Inhalte bewusst oder unbewusst weiter und führen zu repetitiven maladaptiven Beziehungsmustern, die wiederum am Ende gerade die Umstände schaffen, die eigentlich befürchtet worden waren (z.B. eine geliebte Person zu verlieren).

2.3 Behandlung Generalisierter Angst

2.3.1 Medikamentöse Behandlung

Fast 50% der Patienten mit Generalisierter Angststörung werden medikamentös behandelt (Wittchen et al. 1994). So können Benzodiazepine aus der Gruppe der Tranquilizer als schnelle kurzfristige Krisenintervention gesehen werden. Dem positiven Effekt steht die Gefahr einer Medikamentenabhängigkeit und eines Rebound-Effekts gegenüber. Häufig wird Buspiron eingesetzt, welches jedoch Nebenwirkungen wie Schwindel oder Übelkeit hervorrufen kann. Langfristige Behandlung mit Tranquilizern ist generell nicht zu empfehlen. Weiter kommen Antidepressiva und Beta-Blocker in Frage, jedoch mangelt es derzeit an Studien, wie es nach Absetzen der Medikation für den Patienten weiter geht. Zudem fehlen spezifische Untersuchungen zur Effektivität einer langfristigen medikamentösen Behandlung (Becker und Margraf 2007).

2.3.2 Psychotherapie

Im Vergleich zu anderen Angststörungen liegen für die Generalisierte Angststörung weniger kontrollierte Therapiestudien vor: Allein schon die Frage, ob Patienten mit oder ohne komorbi-

de Störungen berücksichtigt werden oder nicht, unterscheidet Aufbau und Herangehensweise der Studien und schränkt ihre Vergleichbarkeit ein (Becker und Margraf 2007). Metaanalysen untersuchen mit neuen Berechnungen und statistischen Verfahren zusammenfassend die Ergebnisse mehrerer Studien, im Idealfall aller vorliegenden Studien. Durch Berechnung der Effektstärken können Aussagen getroffen werden, inwiefern es zu einer Verbesserung bei einer bestimmten Behandlungsmethode kam. Die Studien zur Generalisierten Angststörung sind in ihrer Aktualität und hinsichtlich der Auswahlkriterien stark unterschiedlich und daher nicht ohne weiteres vergleichbar (Margraf und Schneider 2009). Eine kontrollierte Wirkungsuntersuchung manualisierter psychodynamischer Therapien fehlt noch (Leichsenring et al. 2004). Von der American Psychological Association (APA 2000) wird bisher nur die kognitive Verhaltenstherapie als empirisch validierte Therapie anerkannt (Chambless und Ollendick 2001). Sie kann durchschnittliche bis gute Erfolge zeigen (Ruhmland und Margarf 2001) und führt bei den meisten Patienten zu einer deutlichen Besserung (Becker und Margraf 2007).

Neben den im Folgenden dargestellten Manualen existieren noch weitere Ansätze für die Behandlung einer Generalisierten Angststörung, jedoch soll in dieser Arbeit nur auf die manualisierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT; Leibing et al. 2003) und die manualisierte psychodynamische Therapie (SET; Leichsenring et al. 2005) eingegangen werden.

CBT

Das von Leibing et al. (2003) zusammengestellte Manual zur kognitiv-behavioralen Therapie der Generalisierten Angststörung orientiert sich in Technik und Vorgehen an den verhaltenstherapeutischen Richtlinien und ergänzt sie durch Behandlung der Meta-Sorgen. Aus dem verhaltenstherapeutischen Störungsmodell der Generalisierten Angststörung lassen sich folgende Therapieziele ableiten:

- Sammlung und Vermittlung von Informationen
- Erarbeitung eines plausiblen Störungsmodells
- Beginn des Aufbaus einer tragfähigen Therapeut-Patient-Beziehung
- Erlernen des Entspannungsverfahrens
- Reduktion von Sorgen
- Abbau kognitiver Verzerrungen und dysfunktionaler Kognitionen
- Abbau von Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten (Sorgenverhalten)
- Aufbau von Bewältigungsstrategien und Förderung von angstinkompatiblen Aktivitäten
- Rückfallprophylaxe

Die Interventionstechniken sind in der Abfolge und Kombination aufeinander abgestimmt und können bei Bedarf im Einzelfall auf die Bedürfnisse eines Patienten zugeschnitten werden. Der

Stundenumfang der Behandlung (25+5) ist so konzipiert, dass sie in der psychotherapeutischen Versorgung als Kurzzeittherapie eingesetzt werden kann (Leibing et al. 2003).

SET

Luborsky (1995) entwickelte eine spezifische Form der psychodynamischen Therapie, die er als Supportiv-Expressive Therapie (SET) bezeichnete. Die Supportiv (stützend, Entwicklung fördernd) - Expressive (deutend) - Therapie geht von dem Störungsmodell aus, dass den Symptomen eines Patienten intrapsychische und interpersonelle Konflikte (zentrale Beziehungskonflikte) zugrunde liegen. Der zentrale Beziehungskonflikt soll im Laufe der Therapie als zentrales Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) formuliert werden. Darauf aufbauend soll ein ZBKT-Muster des Patienten in gegenwärtigen und vergangenen Beziehungen (z.B. zu Lebenspartnern oder Eltern) sowie in der Beziehung zum Therapeuten herausgearbeitet und gemeinsam untersucht werden. Das ZBKT ist ein nicht bewusstes, inneres Arbeitsmodell, das neue Erfahrungen und Wahrnehmungen strukturiert. Es setzt sich aus drei Hauptkomponenten zusammen (Leichsenring et al. 2005):

- einem Wunsch
Beispiel: „Ich wünsche mir jemanden, der mir Sicherheit gibt.“
- der Reaktion der Objekte auf diesen Wunsch
Beispiel: „Die anderen sind unzuverlässig.“
- der Reaktion des Selbst auf die Reaktion der Objekte
Beispiel: „Ich habe immer Angst, dass etwas Schreckliches passiert.“

Ziel der SET ist es, die zugrundeliegenden Konflikte durchzuarbeiten und bessere Möglichkeiten für den Patienten zu entwickeln, mit den eigenen Wünschen und den Reaktionen der Anderen umzugehen. Eine Fokalisierung auf das ZBKT-Muster unterscheidet die SET von anderen Formen psychodynamischer Therapie und macht eine Operationalisierung psychodynamischer Therapien möglich. Die Supportiv-Expressive Therapie kann als Kurzzeitpsychotherapie wie als Langzeitpsychotherapie durchgeführt werden.

Zentral für die supportiven Interventionsprinzipien soll die Herstellung einer hilfreichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient sein. Luborsky (1995) unterscheidet zwei Beziehungstypen: In der ersten Beziehungsform sieht der Patient den Therapeuten als Unterstützer und nimmt Hilfe von ihm an. In der zweiten bilden Patient und Therapeut ein Team und suchen gemeinsam nach Verbesserungsmöglichkeiten. Therapieziele werden mit Rücksicht auf das ZBKT formuliert, Therapeut und Patient erarbeiten die Zusammenhänge zwischen der Angst und dem ZBKT. Die Therapieziele dienen der Orientierung, zeigen den Therapiefortschritt an und sollen „maligne Regression“ verhindern (Leichsenring et al. 2005, Seite 263).

Um ein Verständnis für das zentrale Beziehungskonflikt-Thema eines Patienten zu erhalten, ist es wichtig, den Zirkel aus Zuhören, Verstehen, expressiver Intervention und erneutem Zuhören immer wieder zu durchlaufen. Der Patient soll im Therapiezeitrahmen lernen, Symptome zu verstehen, und vom Therapeuten darin unterstützt werden, seine Beziehungskonflikte zu lösen. Dabei ist zu untersuchen, wie sich die Anteile des Patienten und die Anteile seiner Bezugspersonen bei Entstehung des ZBKT zusammensetzen. Die Übertragungsbeziehung zwischen Therapeut und Patient dient dazu, das Beziehungsmuster herauszuarbeiten. Ein aus der Symptomatik resultierender Krankheitsgewinn soll offengelegt werden (Leichsenring et al. 2005).

Crits-Christoph et al. (1996) haben für die Behandlung der Generalisierten Angststörung eine spezifische Form entwickelt, Behandlungsprinzipien in einem Manual zusammengestellt und in einer unkontrollierten Interventionsstudie auf Wirksamkeit überprüft. Von Leichsenring et al. (2005) wurde das Manual ins Deutsche übersetzt, überarbeitet und Veränderungen vorgenommen: Die Anzahl der Therapiestunden wurde von 12 auf 25 Stunden erhöht, außerdem Aufbau und Gestaltung der einzelnen Sitzungen sowie die Vorgehensweise bei der Erstellung individueller Therapieziele modifiziert.

2.4 Messungen in der Psychotherapie

2.4.1 Qualität und Messung

Seit 1989 sind Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung für das bundesdeutsche Gesundheitswesen im Fünften Sozialgesetzbuch (§137ff.) vorgeschrieben. Die Bundesärztekammer hat die Aufgaben der Qualitätssicherung festgelegt mit dem Ziel einer „Verbesserung der Patientenversorgung im Sinne einer ergebnisorientierten, unaufwendigen Qualitätssicherung“ (Stobrawa 1997, Seite 2102). Das gilt für alle Bereiche der Medizin, folglich auch für die Psychotherapie in der Krankenversorgung: „Keine medizinische Behandlungsmaßnahme darf ohne Erfolgskontrolle angewendet werden, und auch die psychotherapeutischen Verfahren stehen zu Recht auf dem öffentlichen Prüfstand“ (Senf und Broda 2000, Seite 5). Die Autoren beschreiben drei Ebenen der Qualitätssicherung: Strukturqualität (Qualifikation der Behandler, Setting), Prozessqualität und Ergebnisqualität. Zur Erfassung und Beurteilung der Qualität von Behandlung wurde von einer Arbeitsgruppe des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) ein einheitliches Basisdokumentationssystem vorgeschlagen, das sowohl in tiefenpsychologisch als auch in verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Institutionen benutzt werden soll (Broda et al. 1993).

Psychotherapie als Krankenbehandlung bei seelisch bedingten Krankheiten hatte es schwer, innerhalb der etablierten Medizin und als Teil der Gesundheitsversorgung Anerkennung zu finden. Seit 1998 (zuvor im Beauftragungsverfahren) ist es neben dafür weitergebildeten Fachärzten

auch psychologischen Psychotherapeuten möglich mit der Krankenkasse abzurechnen. Daneben gibt es einen „Psychomarkt“ mit Modetherapien, die schnelle Lösungen bei seelischen Störungen versprechen. Um sich gegen solche oft unwirksame oder gar schädliche Verfahren abzugrenzen und um den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens zu genügen, musste die Wirksamkeit der Psychotherapie überprüft und nachgewiesen werden (Senf und Broda 2000).

Aufgrund explodierender Gesundheitskosten verlangen ökonomische Überlegungen zudem, dass eine effektive Behandlung in einem möglichst begrenzten Zeitrahmen durchzuführen ist. Die Ergebnisse aus Untersuchungen über Kurzzeitpsychotherapien werden als Beleg für einen im Lauf der Behandlungszeit kontinuierlich abnehmenden Nutzen der einzelnen Sitzungen aufgefasst (Mattke und Tschuschke 1997).

Anhand der Untersuchungen von Dührssen und Jorstick (1965), die als erste im deutschen Sprachraum eine entsprechende Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie vorgelegt hatten, wurde für längere Psychotherapien eine lang anhaltende Wirkung gezeigt. Die Studie war seinerzeit die Grundlage dafür, dass Psychotherapie Kassenleistung wurde (Lecher 2006). Auch in neuerer Zeit zeigen Untersuchungen, dass Behandlungen mit einer höheren Frequenz und längerer Zeitdauer deutlich stabilere Ergebnisse erzielen als kürzere Psychotherapien (Sandel et al. 2000). Was genau sich in fortgeschrittenen Phasen längerer Behandlungen verändert, ist jedoch empirisch und statistisch bisher wenig untersucht (Leichsenring et al. 2005).

Die tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien hatten traditionell gegenüber Messungen Vorbehalte, in der Folge von Freud stand die Psychoanalyse einer starren Diagnostik skeptisch gegenüber (Herpertz et al. 2008). Die kategoriale Diagnostik nach DSM und ICD wird, wenn auch nicht ohne Kritik (Schneider und Freyberger 1994), inzwischen akzeptiert. Ein die Systeme ICD und DSM erweiterndes multiaxiales System zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Arbeitskreis OPD 1996) wurde zunächst zur Diagnosestellung, dann aber auch zur Verlaufsabbildung und Kontrolle eingeführt (Arbeitskreis OPD 2006). Aus der Erfassung verschiedener Bereiche sollen Therapieschwerpunkte abgeleitet werden, wobei die Achsen ‚Beziehung‘, ‚Konflikt‘ und ‚Struktur‘ von besonderer Bedeutung sind. Die Anwendung des OPD setzt allerdings ein umfassendes Therapeuten-Training voraus und ist sehr zeitaufwendig.

Auch in der Verhaltenstherapie bestand lange Zeit Skepsis gegenüber der störungsorientierten kategorialen Diagnostik (Kanfer und Saslow 1969). Verhaltenstherapie erfordert traditionell eine Verhaltensanalyse. Als Informationsquellen hierfür dienen Beobachtungen, Tagebücher, Rollenspiele, psychophysiologische Verfahren sowie Fragebögen. Kernstück der Verhaltenstherapie ist eine Problemanalyse (Herpertz et al. 2008), mit der auch die Analyse des zu erreichenden Therapieziels zusammenhängt.

2.4.2 Problemthemen, Therapieziele und Erfolgsmessung

Patienten sind sich zu Therapiebeginn in den seltensten Fällen klar darüber, welche Faktoren ihre Probleme verursachen und aufrechterhalten. Wenn sich Symptome gebessert haben, können begleitende Probleme deutlicher werden, die eine Erweiterung oder Revision der Therapieziele notwendig machen. So wird beispielsweise bei Patienten mit Agoraphobie oder sozialen Ängsten nach Besserung der Symptomatik mit dem Gewinnen einer neuen Bewegungsfreiheit erst klar, dass sie in den lange vermiedenen Situationen sich nicht adäquat verhalten können, und es müsste ein Kompetenztraining einsetzen, um auch diese Probleme zu beheben.

Bereits Grawe (1987) fordert für den Therapeuten eine fortlaufende Weiterentwicklung der Zielperspektive. Behandlungsziele gelten für Finke et al. (1995) als Bindeglieder zwischen diagnostischen Befunden und therapeutischen Maßnahmen. Nach Grosse Holtforth (2001) sind Therapieziele auf Veränderungen des Verhaltens und Erlebens gerichtet, werden am Therapiebeginn zwischen Patient und Therapeut vereinbart und sollen mit Hilfe der Therapie erreicht werden. Kanfer et al. (2000) charakterisieren Ziele als einfache bis hochkomplexe Antizipationen zukünftiger Endzustände, die positiv bewertet werden. Im Analogschluss lassen sich Probleme als einfache bis hochkomplexe Wahrnehmungen derzeitig aktueller Zustände sehen, die negativ bewertet werden. Probleme in Ziele zu übersetzen kann als ein übergeordnetes Ziel von therapeutischen Bemühungen gesehen werden.

Motivationale Zielsetzungen und Lebensziele (Grosse Holtforth und Grawe 2000) oder persönliche Ziele (Brunstein 2001) lassen sich von Therapiezielen (operationalisierte, klar definierte realistische Formulierungen, die mittelfristig erreichbar erscheinen) unterscheiden. Persönliche Ziele (Examensvorbereitung, Karriereplanung) können in ihrer Bedeutsamkeit schwanken. Die im Rahmen einer Therapie gesetzten Ziele müssen sowohl für den Patienten wie auch für den Therapeuten bedeutsam sein, um den Therapievertrag aufrechterhalten zu können.

Nach Faller (2000) müssen die Ziele der Patienten mit einbezogen werden, wenn es um Entscheidungen bezüglich therapeutischer Maßnahmen (Therapieform, -dauer, -setting) geht. Konventionelle Diagnostik allein sieht er nicht als ausreichend für die Indikationsentscheidung. Mehr und mehr wird in diesem Zusammenhang der Einbezug von Zielen als Indikatoren für Kosten und Verlauf gefordert (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2008; Bergelt et al. 2000). Therapieziele sind sowohl für die Prozess- als auch für die Ergebnisqualität wichtig (Protz et al. 1998).

Hasler und Schnyder (2002) bestätigen die Wichtigkeit von Vereinbarungen über Therapieziele zwischen Therapeut und Patient für eine konstruktive therapeutische Beziehung und einen erfolgreichen Therapieprozess. Besonders wichtig erscheinen ihnen der Zeitpunkt von Zielsetzungen, die Erreichbarkeit von Zielen und der Umgang mit nicht erreichten Zielen.

Nicht nur das Erreichen von Zielen, auch ihre Veränderung im Therapieverlauf kann als Behandlungserfolg gesehen werden (Driessen et al. 2001). Anfangs unspezifische Ziele können im Therapieverlauf prägnanter werden (Faller 2000). Nach dem Phasenmodell von Howard et al. (1993) sind Veränderungen in einem Bereich (z.B. Wohlbefinden, Reduktion der Symptomatik, Verbesserung der Funktionalität) die Voraussetzung für Erfolge im nächsten. Grande et al. (2001) schlagen vor, den therapeutischen Fortschritt an Veränderungen der inneren Haltung und den Aktivitäten bei Problembereichen, die für den Patienten wichtig sind, abzulesen.

„Probleme“, „Therapie“ und „*outcome*“ sollten in engem Zusammenhang gesehen werden. Die Überprüfung des Therapieerfolgs spielt hierbei eine zentrale Rolle (insbesondere Fragen der Veränderungsmessung): „Ist-Zustände“ werden mit „Soll-Zuständen“, die in der Regel vor oder am Beginn der Behandlung definiert wurden, verglichen. Stieglitz und Baumann (2001) beschreiben direkte und indirekte Veränderungsmessung, Beurteilung des Status nach Therapieende und Beurteilung der Therapieziel-Erreichung. Bei der Differenz zwischen den am Beginn und am Ende der Therapie gewonnenen Werten handelt es sich um indirekte Veränderungsmessung. Bei an einem Messzeitpunkt erhobener, subjektiv erlebter Einschätzung („gebessert“, „verschlechtert“) handelt es sich um direkte Veränderungsmessung.

Instrumente, die das *outcome* von Psychotherapien messen wollen, sind oft nicht hinreichend sensitiv um Veränderungen eines Patienten, die klinisch beobachtbar sind, abzubilden. Das klinische Aussehen korreliert nicht immer mit den Antworten in einem Fragebogen. Außerdem müssen sich Fragebögen mit Listencharakter auf wenige Bereiche konzentrieren, um praktikabel zu bleiben. Dabei werden unter Umständen Bereiche vernachlässigt, die für einen Patienten relevant sind, und gleichzeitig irrelevante Bereiche gemessen (Gerdes 1996).

Seit 1979 existiert das von Kiresuk und Lund entwickelte Instrument zur Datenerhebung und Bewertung des Verlaufs bzw. des Erfolgs einer Kurzzeittherapie, das *Goal Attainment Scaling*. Längerfristige Veränderungen von Zielen lassen sich jedoch damit nur quantitativ erfassen. Die Beschränkung auf eine Evaluation mit standardisierten Fragebögen und zu Behandlungsbeginn festgelegten Zielen kann dazu führen, dass Effekte längerer Behandlungen systematisch unterschätzt und die Entwicklungen in fortgeschrittenen Phasen von Therapien nur unvollständig abgebildet werden (Howard et al. 1986).

In längeren analytischen Psychotherapien werden in der Regel im Behandlungsverlauf neu auftretende Probleme und Ziele bearbeitet, was als ein Grund dafür angesehen wird, dass strukturorientierte Therapien längere Zeit dauern können als stärker symptomorientierte Behandlungen. Da psychoanalytische Behandlungen sich nicht auf vor der Therapie definierte Probleme und Ziele beschränken, kann ihre Effektivität nur erfasst werden, wenn eine Evaluation über die Veränderung vorab definierter Probleme hinausgeht. Die Suche nach einem Instrument zur Er-

fassung von Veränderungen hat zur Entwicklung von Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten geführt. Diese erfordern häufig einen großen Erhebungs- und/oder Auswertungsaufwand (Staats et al. 2006).

2.4.3 PATH (*problems and aims in therapy*)

Die Herangehensweise von PATH (Staats et al. 1996; Staats et al. 2002; Frölich et al. 2003) ist mit der Vorstellung verbunden, Parameter für Veränderungen jenseits der Symptomatik zu finden, die verlässlichere und für Interventionen relevantere Aussagen ermöglichen als etwa individuelle Aspekte nicht erfassende Diagnosen nach ICD und DSM.

PATH kann sowohl in der Praxis als auch in der Forschung, z.B. bei wissenschaftlichen Untersuchungen zum Therapieverlauf, leicht eingesetzt und ausgewertet werden. Mittels eines Anonymisierungsverfahrens wird den Patienten die Möglichkeit geboten, ihre Formulierungen wiederzugeben, ohne sie dem Therapeuten offen legen zu müssen. Das Untersuchungsdesign sieht vor, dass die Patienten zu jedem Erhebungszeitpunkt drei Probleme/Ziele äußern. Diese können inhaltlich den zu Anfang der Erhebung beschriebenen ähnliche oder völlig andere sein. „Alte“ Probleme/Ziele werden anschließend zur Neubewertung vorgelegt und der Patient zur Reflexion von Veränderungen angeregt.

PATH ermöglicht es, innerhalb der Therapieperiode und über den Zeitrahmen einer abgeschlossenen Therapie hinaus, individuelle Probleme und Ziele in den Worten des Patienten zu erfassen. Zudem ermöglicht das Instrument die quantitative Messung seines Leidens unter diesen Problemen und der von ihm selbst wahrgenommenen Zielerreichung. Darüber hinaus werden im Verlauf einer Therapie neu auftretende Probleme und Ziele erfasst und in die Evaluation mit einbezogen. Durch die Einordnung der Problem- und Zielinhalte in verschiedene Kategorien kann eine direkte und indirekte Veränderung abgebildet werden. Staats et al. (1996) entwickelten PATH auf der Grundlage von Daten, die im Rahmen der Göttinger Studie zur Effektivität psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Leichsenring et al. 1996) erhoben wurden. Das Kategoriensystem von PATH wurde um zwei Messskalen ergänzt, mit denen die Qualität der Wahrnehmung genannter Probleme (*awareness*) und vom Patienten gesehene Möglichkeit von Bewältigung (*mastery*) abgebildet werden kann (Staats 2009). Frölich erprobte in ihrer Untersuchung 2009 eine dreistufige Form der *mastery-awareness-scale*. In der vorliegenden Arbeit soll eine erweiterte Version erstmals erprobt werden. Durch PATH wird eine mehrdimensionale Problembetrachtung möglich. Neben der Inhaltsanalyse ermöglicht die Textanalyse, eine Information zu gewinnen über die Art, wie der Patient seine Probleme betrachtet bzw. über die Lösungsansätze, die er in seiner Beschreibung bereits andeutet. Es stellt sich die Frage, ob die *mastery-awareness-scale* zusätzlich zur Leidensdruck-Messung Hinweise darauf gibt, welche Probleme für einen Patienten wichtig erscheinen und bei welchen er sich

hilflos fühlt. Staats (2009) nimmt an, dass ‚*awareness*‘ und ‚*mastery*‘ einander nicht unbedingt voraussetzen bzw. nicht in jedem Fall kovariieren.

Der Therapieverlauf wird quantitativ und qualitativ abbildbar. Quantitative und qualitative Maße sind die Selbsteinschätzungen der Patienten (Leidensdruck, Zielerreichung), die Art von Problemen und Zielen (Inhaltskategorien) sowie die Art der Darstellung von Problemen (*awareness* und *mastery*). Mit der Erfassung dieser Parameter ist es möglich, ein differenziertes Bild des Behandlungserfolgs und der strukturellen Veränderung anzuzeigen. PATH ermöglicht es, insbesondere längere, zunächst zieloffene oder wenig an konkret operationalisierbaren Zielen orientierte Therapie- und Entwicklungsprozesse angemessen abzubilden. Da das System vorsieht, an verschiedenen Messzeitpunkten die Probleme und Ziele eines Patienten zu erfassen, wird es möglich, die Entwicklung und das Auftreten einer Belastungssituation, das Erreichen oder die Neuformulierung eines Zieles mit einzubeziehen und zu messen.

Je nach Planung der Therapie werden neue Probleme/Ziele und erreichter Erfolg/noch vorhandener Leidensdruck zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben (Staats et al. 1996). In der Göttinger Studie zur Effektivität psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (Leichsenring et al. 1996) wurden bei Patienten aus Langzeitpsychotherapie sechs mal Daten durch Befragung gewonnen: zu Therapiebeginn, nach 50, 160, 300 Stunden und ein Jahr bzw. drei Jahre nach Therapieabschluss. Zur Erhebung der für die hier vorliegende Arbeit untersuchten Daten von Patienten aus Kurzzeitpsychotherapie wurden kürzere Befragungsabstände gewählt.

Das vorläufige Kategorienregister zur Auswertung schriftlicher Aussagen der Patienten wurde in Anlehnung an die Untersuchungen von Faller und Goßler (1998) erstellt. So wurden je zehn inhaltlich unterschiedliche Problem- und Zielkategorien festgelegt, in die sich die individuellen Aussagen der Patienten einordnen lassen. Belastende Probleme und Schwierigkeiten können einer Problemkategorie zugeordnet werden. Wenn es Ziele gibt, die entweder den Wunsch des Patienten formulieren, ein solches Problem zu bewältigen, oder eine neue Thematik beinhalten, können diese einer analog bezifferten Zielkategorie zugeordnet werden (Frölich 2009). In ihrer Dissertation hat Frölich (2009) eine erste Form von PATH bei 30 Patienten in Langzeitpsychotherapie erprobt und die Verteilung von Problem- und Zielnennungen diskutiert. Nach Analyse der Patientenaussagen war die Weiterentwicklung des Kategoriensystems möglich, dabei benutzte Frölich die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1995).

3 Herleitung der Fragestellung

Die Erfassung von Veränderungen in Langzeittherapien erfordert andere Instrumente und Vorgehensweisen, als diejenigen, die sich in Untersuchungen von Kurzzeitpsychotherapien bewährt haben. Deshalb entwickelten Staats et al. (1996) das Messinstrument PATH (*problems and aims in therapy*), das die Methode des *Goal Attainment Scaling* (Kiresuk und Lund 1979) aufgreift und erweitert, indem Probleme und Ziele in Psychotherapien, auch in fortgeschrittenen Phasen, wiederholt erfasst werden. Analysiert werden nicht nur die Veränderung der Symptomatik und der Ziele, die anfangs vereinbart wurden. Vielmehr soll auch neu auftauchenden Problemen und Zielen Raum gegeben werden und ihre Entwicklung abbildbar und bearbeitbar sein. Frölich (2009) erprobte PATH in einer Studie mit Patienten aus analytischer Langzeitpsychotherapie (N=30). In der vorliegenden Arbeit sollen Aussagen von Patienten aus Kurzzeitpsychotherapie (N=51) analysiert werden. Hierbei soll eine weiterentwickelte Skala von PATH (*mastery-awareness-scale*; Staats 2009) verwendet und die Ergebnisse denen einer Vergleichsstichprobe gegenübergestellt werden. Mit Hilfe der Daten einer Göttinger Studie zum Vergleich der Wirksamkeit zweier Therapieformen (Leichsenring et al. 2009) kann diese Dissertation Aspekte zur Verlaufsdagnostik bei der Psychotherapie des Krankheitsbildes der Generalisierten Angststörung untersuchen.

Aufgrund der ersten Erhebungsdaten erschien es sinnvoll, die Patientengruppe in drei Subgruppen zu unterteilen und deren Therapieverlauf zu analysieren. Die erste Untergruppe enthält Patienten, die zu Beginn der Therapie in ihren Problemen mindestens zweimal Angst beschreiben (PUG.A, N=12). Patienten der zweiten Untergruppe nennen einmal Angst und zwei weitere Problemthemen (PUG.B, N=20). Von der dritten Untergruppe wird Angst zu Therapiebeginn nicht explizit als aktuelles Problem formuliert (PUG.C, N=19).

Die genau diagnostizierte Patientengruppe bietet die Möglichkeit zu untersuchen, ob es „typische“ Probleme oder Ziele bei Patienten mit einer Generalisierten Angststörung gibt und ob sich diese messen lassen.

Hypothese A: Patienten mit Generalisierter Angststörung unterscheiden sich von einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe in einer psychosozialen Belastungssituation in den inhaltlichen Aussagen zu ihren Problemen sowie in den Inhalten ihrer Zielsetzungen.

HA. 1 Patienten äußern häufiger Probleme und Ziele, die sich auf Angst beziehen.

HA. 2 Patienten äußern häufiger Probleme und Ziele, die sich auf depressive Beschwerden beziehen.

HA. 3 Patienten äußern häufiger Probleme und Ziele, die sich auf körperliche Beschwerden beziehen.

Hypothese B: Patienten mit Generalisierter Angststörung äußern im Therapieverlauf inhaltlich andere Probleme und Ziele als zu Beginn der Therapie und stellen diese differenzierter und mit einem aktiveren Bewältigungsansatz dar.

- HB. 1 Im Therapieverlauf treten inhaltlich von den Anfangsproblemen verschiedene Probleme in den Vordergrund.
- HB. 2 Im Therapieverlauf werden Probleme von den Patienten differenzierter wahrgenommen (*awareness*).
- HB. 3 Im Therapieverlauf werden Probleme von den Patienten aktiver bewältigt (*mastery*).
- HB. 4 Im Therapieverlauf äußern Patienten inhaltlich von den Anfangszielen verschiedene Ziele.

Hypothese C: Patienten mit Generalisierter Angststörung verbinden mit Problemen einen hohen Leidensdruck, der sich im Therapieverlauf verringert, und nehmen Erfolge hinsichtlich ihrer Ziele wahr.

- HC. 1 Patienten schätzen den mit ihren Problemen verbundenen Leidensdruck höher ein als Probanden einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe in einer psychosozialen Belastungssituation.
- HC. 2 Im Therapieverlauf schätzen Patienten den mit ihren Problemen verbundenen Leidensdruck niedriger ein.
- HC. 3 Im Therapieverlauf erreichen Patienten ihre selbstgesetzten Ziele.

4 Material und Methoden

4.1 Stichproben

4.1.1 Untersuchungsgruppe

Am Zentrum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen wurde unter der Leitung von den Professoren Dres. F. Leichsenring und E. Leibing eine Studie durchgeführt, deren Ziel es war, die Wirkfaktoren von kognitiver Verhaltenstherapie (CBT) und psychodynamischer Psychotherapie (SET) insbesondere bei der Therapie von Generalisierter Angststörung zu untersuchen und zu vergleichen. Gefördert wurde die Studie von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG LE 1250/1-1/1-2; Leichsenring et al. 2009). Dazu wurden zwischen Mai 2001 und Juni 2007 Patienten mit Generalisierter Angststörung rekrutiert, randomisiert und behandelt. Alle Patienten wurden über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme und die Verwendung ihrer Aussagen zu Forschungszwecken aufgeklärt und ihre Einverständniserklärung schriftlich eingeholt. Um die Richtlinien des Datenschutzes sicherzustellen, wurden alle Daten vor Auswertung anonymisiert. Erste Ergebnisse der Studie veröffentlichten Leichsenring et al. (2009).

Ausschlusskriterien

Die Patienten sollten nicht jünger als 18 und nicht älter als 65 Jahre sein. In die Studie aufgenommen wurden Patienten mit einer Generalisierten Angststörung, wenn diese als Hauptdiagnose galt, d.h. gemäß den Kriterien des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS) gegenwärtig mit der schwersten Beeinträchtigung verbunden war. Ausschlusskriterien waren akute, instabile oder schwere körperliche Erkrankungen (DSM-IV, Achse III), da diese Durchführung und Interpretation der Studie beeinträchtigt hätten. Nicht in die Studie aufgenommen wurden Patienten mit einer aktuellen oder zurückliegenden Schizophrenie, einer bipolaren Erkrankung, einer schizoiden, schizotypen, paranoiden (Cluster A, DSM-IV, Achse II) oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (Cluster B, DSM-IV, Achse II). Ebenfalls ausgeschlossen wurden Patienten mit einer gegenwärtig vorliegenden oder in der Vergangenheit diagnostizierten neurologischen Störung. Ausgeschlossen war eine Teilnahme, wenn in den vorangegangenen 12 Monaten eine Major Depression aufgetreten war, wenn es Anzeichen für Alkohol- oder Substanzmissbrauch/-abhängigkeit gab oder gleichzeitig eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung stattfand (Leichsenring et al. 2009).

Auswahl

Die Grundpopulation setzte sich aus Patienten zusammen, die über Inserate und Informationen der örtlichen Medien aufmerksam gemacht oder bei Ärzten und Psychotherapeuten vorstellig waren und überwiesen wurden. Zur Diagnosestellung und Auswahl der in die Studie aufzu-

nehmenden Patienten führten erfahrene klinische Diplom-Psychologen das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I und SKID-II) durch.

Auf diese Weise wurden 231 Patienten mit Generalisierter Angst (DSM-IV 300.02) gefunden, davon erfüllten 57 Patienten die festgelegten Kriterien. Anschließend wurde die Diagnose nochmals und unabhängig voneinander von zwei erfahrenen klinischen Diplom-Psychologen überprüft. Um Verzerrungen entgegen zu wirken, wurden sowohl zur Diagnosestellung als auch zur Überprüfung der Diagnosen jeweils Therapeuten mit Ausbildung in Psychodynamischer Therapie als auch Therapeuten mit Ausbildung in kognitiv-behavioristischer Verhaltenstherapie herangezogen. Wenn die Patienten mit der Durchführung einer Therapie und der Befragung einverstanden waren, wurden sie randomisiert der kognitiv-behavioristischen Verhaltenstherapie oder der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie zugeteilt (Leichsenring et al. 2009).

Therapie

Die manualisierte kognitiv-behavioristische Verhaltenstherapie (CBT; Leibing et al. 2003) beinhaltet neben den generell gebräuchlichen Strategien Entspannungstechniken, Strategien zur Problembewältigung, Planung von Freizeitaktivitäten und Vergabe von speziellen Hausaufgaben. Der Fokus der Behandlung wird auf Veränderung und Beherrschung von Grübelattacken und von Katastrophisierungstendenzen gelegt. Bei der von Crits-Christoph et al. (1995) für die Behandlung von Patienten mit Generalisiertem Angstsyndrom vorgeschlagenen Psychodynamische Kurzzeittherapie (SET) steht das mit den Symptomen der Generalisierten Angststörung assoziierte Beziehungskonfliktthema im Fokus der Behandlung.

Die Behandlungen wurden von ausgebildeten Psychotherapeuten durchgeführt (drei weibliche, sechs männliche Psychotherapeuten). Zu Beginn der Studie ließ sich das Durchschnittsalter der Therapeuten auf 47,9 Jahre (zwischen 41 und 53 Jahre) beziffern. Die durchschnittliche berufliche Erfahrung der Therapeuten betrug 18,7 Jahre (zwischen 12 und 30 Jahren) bei den kognitiven Verhaltenstherapeuten und 16,3 Jahre (zwischen 4 und 26 Jahren) bei den psychodynamisch orientierten Therapeuten. Alle Therapeuten hatten in der Anwendung der ausgewählten Behandlungsleitfäden bereits Erfahrung und wurden zu Beginn der Studie nochmals speziell geschult. Eine monatliche Supervision stellte die Umsetzung der Behandlungsleitfäden und die Einhaltung von Leitlinien sicher. Beide Therapeutengruppen konnten sich über problematische Therapiesituationen und die Entwicklung der Patienten austauschen. Die Patienten sollten in 30 Therapiesitzungen zu je 50 Minuten behandelt werden. Nach durchschnittlich 28,8 Verhaltenstherapie- (SD=3,4) bzw. 29,1 Psychodynamischen Therapiesitzungen (SD=3,1) waren die Behandlungen abgeschlossen (Leichsenring et al. 2009). Die Gegenüberstellung der Therapieerfolge der beiden Behandlungsgruppen ist Gegenstand einer zeitgleich entstehenden Dissertation und wird in dieser Arbeit nicht weiter untersucht.

Stichprobenbeschreibung

Sechs Patienten der ausgewählten Stichprobe beendeten ihre Behandlung vorzeitig (je drei aus der Verhaltenstherapiegruppe und der psychoanalytischen Therapiegruppe). Einer der sechs Patienten beendete die Therapie aufgrund von Problemen in der therapeutischen Beziehung, bei den anderen konnte die Behandlung wegen eines Umzugs in eine andere Stadt nicht fortgeführt werden. Weitere drei Patienten (einer aus der Verhaltenstherapiegruppe, zwei aus der psychoanalytischen Therapiegruppe) schieden zu einem späteren Zeitpunkt aus und konnten nicht in die Katamnesen 6 und 12 Monate nach der Therapie mit einbezogen werden. Grund war bei zwei Patienten, dass sie eine weiterführende Psychotherapie benötigten; der dritte Patient (aus der psychodynamischen Therapiegruppe) war an Krebs erkrankt, eine weitere Befragung wurde deshalb bei ihm nicht durchgeführt.

Tabelle 2: Verteilung von Patienten auf zwei Behandlungsgruppen

	Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)	Supportiv Expressive Therapie (SET)	Gesamtzahl der Patienten
ausgewählt für die Therapie	29	28	57
vor Ende der Therapie ausgefallen	3	3	6
Daten aus den Befragungszeitpunkten während der Therapie	26	25	51
nach der Therapie ausgefallen	1	2	3
Daten aus den Befragungszeitpunkten nach der Therapie	25	23	48

In die Studie konnten die Daten von 51 Patienten einbezogen werden, die einerseits die Diagnosekriterien erfüllten, andererseits die Behandlung regulär abschließen konnten. Aus den Nachbefragungen stehen Daten von 48 Patienten zur Verfügung. Das Durchschnittsalter betrug zu Beginn der Studie 46,95 Jahre (SD=11,8). Die Hälfte der Patienten war jünger als 47 Jahre (M=47), der jüngste war 23 Jahre alt, der älteste 65. Für 16 Patienten (31%) war die Generalisierte Angststörung die einzige psychische Störung, bei 35 Patienten (69%) lagen eine oder mehrere komorbide Störungen vor, vor allem spezielle Angststörungen (F41.8: 33%) und/oder eine depressive Störung (F33: 24%), außerdem Zwangsstörung (F42: 12%) bzw. somatoforme Störung (F45: 8%). 41 Patienten (80%) waren Frauen. 43 Patienten (84%) befanden sich zum Zeitpunkt des Therapiebeginns in fester Partnerschaft. Den Hauptschulabschluss haben sieben (14%), Mittlere Reife 21 (41%) und das Abitur 23 Patienten (45%). Die meisten haben eine abgeschlossene Lehre (33; 65%), 13 haben einen universitären Abschluss (25%), fünf sind ohne abgeschlossene Berufsausbildung (10%). Zum Zeitpunkt der Behandlung waren 31 als Angestellte tätig (61%), selbstständig waren drei (6%), noch in Ausbildung zwei (4%), im Studium vier Patienten (8%). Weitere acht waren Hausmann/-frau (16%), ein Patient Arbeiter (2%), zwei berentet (4%). Voll erwerbstätig waren 23 (45%), in Teilzeit beschäftigt 15 (29,5%), nicht erwerbstätig 13 Patienten (25,5%).

Tabelle 3: Patientenstichprobe

Alter	Median	MW	SD
	47	46,95	11,8
	Range	23-65	
		N	%
weiblich		41	80
männlich		10	20
in Partnerschaft		43	84
nicht in Partnerschaft		8	16
Hauptschulabschluss		7	14
mittlere Reife		21	41
Abitur		23	45
ohne Berufsausbildung		5	10
Lehre		33	65
mit universitärer Ausbildung		13	25

	N	%
ohne weitere Diagnose	16	31
mit weiterer Diagnose	35	69
Arbeiter	1	2
Angestellter	31	61
Selbständiger	3	6
Azubi	2	4
Student	4	8
Hausmann	8	16
Rentner	2	4
voll erwerbstätig	23	45
in Teilzeit erwerbstätig	15	29,5
nicht erwerbstätig	13	25,5

4.1.2 Vergleichsstichprobe

Die im Therapieverlauf gewonnenen Ergebnisse sollen mit Befragungsergebnissen einer nicht-klinischen Stichprobe verglichen werden. Dazu standen Daten zur Verfügung, die an der Fachhochschule Potsdam gewonnen worden waren. Im Sommersemester 2006 wurden Studierende aus zwei unterschiedlichen Studiengängen (Diplom- und Bachelorstudiengang) befragt. Neben den Bedingungen zu Semesterbeginn und bei Semesterende wurden ihre körperlichen und psychischen Symptome, ihre Lebenszufriedenheit und ihre Probleme und Ziele erfragt. Diese Daten konnten mit den Patientendaten der Göttinger Studie verglichen werden.

Tabelle 4: Vergleichsstichprobe

Alter	Median	MW	SD
	24	24,95	4,3
	Range	19-43	
		N	%
weiblich		40	67
männlich		16	27
Fachabitur		2	3
Abitur		42	85
fehlende Angabe		7	12

	N	%
Arbeitsstelle neben Studium	30	50
keine Arbeitsstelle	30	50
Bachelorstudiengang	32	53
Diplomstudiengang	25	42
fehlende Angabe	3	5

Es waren insgesamt 60 Bachelor- und Diplomstudenten befragt worden. Das Durchschnittsalter der Studenten betrug zu Beginn der Studie 25 Jahre (SD=4,3), die Hälfte war jünger als 24, der jüngste 19, der älteste 43 Jahre alt. Weiblich sind 40 der befragten Studenten (78%). Fast alle haben Abitur (42; 82%), ein Student hat Fachabitur, sieben Studenten machten keine Angabe zu ihrem letzten Schulabschluss. 32 Studenten (53%) befanden sich im Bachelor-, 25 (42%) im Diplomstudiengang, bei drei Studenten (5%) fehlt die entsprechende Angabe. Die Hälfte der Studenten arbeitete neben dem Studium.

4.2 Messung mit PATH

Das vorläufige Kategorienregister zur Auswertung der schriftlichen Patienten-Aussagen wurde in Anlehnung an die Untersuchung der Arbeit von Faller und Goßler (1998) erstellt, so entstanden jeweils zehn inhaltlich unterschiedliche Problem- und Zielkategorien, in die sich von geschulten Ratern die einzelnen Aussagen der Patienten sinnvoll einordnen lassen (Frölich 2009). Die Problem- und Zielkategorien beziehen sich zum großen Teil aufeinander; während Probleme und Schwierigkeiten einer bestimmten Problemkategorie zugeordnet werden können, findet sich in den analog bezifferten Inhaltskategorien der Ziele eine Beschreibung, die auf den entsprechenden Wunsch des Patienten passt, der ein solches Problem bewältigen will.

4.2.1 Kategorien zur Inhaltsanalyse

Problemkategorien

In **Kategorie 1** werden körperliche Beschwerden eingeordnet. Dazu zählen Äußerungen zu somatischen Symptomen und Krankheitsdiagnosen, Schlafstörungen, Alpträume, auch sexuelle Probleme, sofern der interpersonelle Aspekt nicht im Vordergrund steht.

In **Kategorie 2** werden depressive Beschwerden und Stimmungen erfasst. Äußerungen, die Überlastung und Erschöpfung anzeigen, fehlender Antrieb oder innere Getriebenheit, Gefühl der Lähmung oder die Klage über fehlende Entspannung gehören ebenfalls dazu. Hier kann das „Gefühl von Gefühllosigkeit“ auftauchen oder dass „man sich selbst nichts gönnen kann“, im Extremfall Suizidalität (Frölich 2009). Wenn Suizidalität in Zusammenhang mit anderen Probleminhalten auftaucht, wird sie als vorrangig angesehen, das beschriebene Problem wird in diesem Fall als zu depressiven Beschwerden gehörig gewertet.

Kategorie 3 trifft bei allen Texten zu, in denen Angst explizit formuliert, jedoch nicht wenn Vermeidungsverhalten beschrieben wird.

Sucht oder Essstörung, auch Kaufsucht oder maßloser Umgang mit Geld gilt als Problem der **Kategorie 4**, niedriges Selbstwertgefühl und fehlendes Selbstvertrauen, sofern der Begriff deutlich genannt wird, als Problem der **Kategorie 5**.

In **Kategorie 6** fallen alle äußeren und konkreten Konflikte bzw. Probleme, die sich aus beruflichen oder alltäglichen Situationen ergeben, auch wenn sie mit körperlichen oder depressiven Beschwerden einhergehen.

Als selbstbezogene Probleme werden Äußerungen der **Kategorie 7** gewertet, wenn sie eigene Befindlichkeit zum Inhalt haben, zum Beispiel „ich bin unzufrieden“, „ich bin unglücklich“, „ich kann Gefühle nicht ausdrücken“.

Kategorie 8 erfasst interpersonelle Probleme, wenn andere Menschen explizit genannt, Probleme aus der Partnerschaft, mit Freunden oder anderen Personen des Umfelds beschrieben werden. Hier werden zusätzliche Subkategorien vorgeschlagen, die Erweiterung soll das Rating vereinfachen und der klinischen Realität anpassen (Frölich 2009). Die Subkategorien „Kontrolle vs.

Unterwerfung“ und „Distanz vs. Nähe“ können als zweidimensionale Achsen gesehen werden, die gegensätzliche Pole menschlichen Verhaltens aufzeigen, wie dies OPD (2006) vorsieht. **Subkategorie 8K** wird immer vergeben, wenn deutlich wird, dass der Patient andere kontrollieren will, Autorität schwer anerkennen kann, sich in Machtkämpfe begibt oder aber das genaue Gegenteil allzu ausgeprägt ist (*moving against others*). **Subkategorie 8D** stellt das Distanz-Nähe-Problem dar, das Patienten haben, die schwer Kontakt aufnehmen, sich nicht öffnen/nicht lösen und/oder Hilfe nicht annehmen können (*moving from others*). Wenn Angst vor Ablehnung oder der Wunsch nach Anerkennung geäußert werden, kann dies als ein Problem des gefürchteten Selbstverlusts (**Subkategorie 8S**) angesehen werden. Erwartungen anderer werden erfüllt, der Patient lässt sich ausnutzen, beschäftigt sich übermäßig mit dem Bild, das andere von ihm haben oder zu haben scheinen (*moving toward others*). **Subkategorie 8X** erfasst alle übrigen interpersonellen Probleme, die **Kategorie 8** zugehörig, aber schwer zu kodieren sind.

Existenzielle Probleme und Grundfragen nach Leben und Tod werden **Kategorie 9** zugeordnet. Beispiele dafür sind finanzielle Nöte, Krankheiten, Äußerungen zu Familiengründung, zum Älter werden und Sterben. Basis für die Kategorie ist die Definition nach Yalom (1998).

Kategorie 10 erfasst Zwänge im weiteren Sinn: Entscheidungsschwierigkeiten, ausgeprägte und lähmende Ambivalenzen, die sich etwa aus Perfektionismus oder übertriebenem Verantwortungsgefühl ergeben können – auch wenn die Ambivalenzen als Ängste dargestellt werden. Wenn hier jedoch depressive Äußerungen überwiegen, wird **Kategorie 2** gewählt.

Zielkategorien

Analog dazu können die Ziele in die entsprechend bezifferten Kategorien eingeordnet werden: In **Kategorie 1** wäre ein Ziel einzuordnen, das die Besserung körperlicher Beschwerden, in **Kategorie 2** ein Ziel, das die Besserung depressiver Beschwerden beinhaltet.

In **Kategorie 3** gehört das Ziel Angstbewältigung/Entwicklung von Mut, in **Kategorie 4** Bewältigung einer Sucht oder Essstörung.

Stärkung von Selbstvertrauen gehört in **Kategorie 5**, die Bewältigung der beruflichen, finanziellen oder alltäglichen äußeren Probleme in **Kategorie 6**.

Selbstbezogene Probleme zu bewältigen äußert sich in dem Wunsch, Ruhe und Gelassenheit zu finden (**Kategorie 7**).

Bewältigung interpersoneller Probleme betrifft **Kategorie 8**, hier können bei der Einordnung die **Subkategorien 8K, 8D** und **8S** (weniger Kontrolle/Unterwerfung, Überwindung von Distanz und Vermeidung von Selbstverlust) berücksichtigt werden.

Der Problem-**Kategorie 9** 'Existenzielle Probleme' entsprechend ist die Ziel-**Kategorie 9** gegenübergestellt; als einzige ist sie mit dem Wunsch, Freiheiten und Fähigkeiten zu erlangen von der Problem-Fassung abweichend.

Kategorie 10 erfasst Wünsche, die den Abbau von Ambivalenzen und Zwängen beinhalten.

Kodierregeln für die Inhaltskategorien

Kann ein Problemtext zwei verschiedenen Kategorien zugeteilt werden, so muss sich der Rater fragen, welches seiner Meinung nach das drängendere Problem für den Patienten ist. Hierbei kann folgende Fragestellung hilfreich sein: Welcher der beiden Punkte wurde zuerst genannt; welcher wurde ausführlicher beschrieben; liegt ein geschilderter Aspekt dem zweiten zugrunde? Wenn Zweifel bleiben, sollte der Rater sich für eine Kategorie entscheiden, die am betreffenden Erhebungszeitpunkt noch nicht geratet wurde, um die Bandbreite der Probleme darzustellen. Zusammenhänge zwischen Problemen und Zielen sind zu beachten, um in Zweifelsfällen eine weitere Entscheidungshilfe zu gewinnen.

Bei interpersonellen Problemen (**Kategorie 8**) gilt es zu beachten: Werden andere Probleme herausgehoben, wie sie sich in den **Kategorien 1-7** finden, so sind die entsprechenden Kategorien zu vergeben. Ein Beispiel: „Ich kann mich bei Freunden nicht durchsetzen, weil mir das Selbstvertrauen fehlt.“ Hier wird der Inhalt nicht mit **Kategorie 8** (interpersonelle Probleme), sondern mit **Kategorie 5** (mangelndes Selbstwertgefühl/-vertrauen) in Verbindung gebracht (Frölich 2009).

4.2.2 Problemwahrnehmung

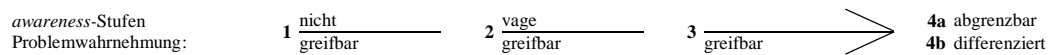
Staats (2009) entwickelte eine Auswertungsmethode, die es erlaubt, Patientenäußerungen mit der *mastery-awareness-scale* zu bewerten. Neben der inhaltlichen Einordnung seiner Problem- und Zielstellungen soll messbar gemacht werden, wie der Patient mit selbstgenannten Problemen und Zielen umgeht und wie sich diese Umgangsweise während der Therapie verändert. Ein sonst verborgener Therapiefortschritt bzw. -rückschritt soll auch dann sichtbar werden, wenn sich die Inhaltskategorie eines Problems über die Therapie nicht verändert, die Art über den Inhalt zu sprechen jedoch schon. Dabei wird angenommen, dass eine wiederholte Nennung desselben Problems nicht unbedingt Stagnation bedeuten muss. Um ein Problem bewältigen zu können, muss es vom Patienten möglichst differenziert wahrgenommen werden, dies gilt als essentieller Schritt zur späteren Lösung. „Der Gedanke war, dass das Verbleiben innerhalb einer Problem- oder Zielkategorie nicht unbedingt Stillstand in einer Therapie bzw. der Entwicklung des Patienten bedeuten müsse. Ziel war es, eine Skala der Wahrnehmung und Bewältigung der Probleme zu entwickeln“ (Frölich 2009, Seite 12).

Als nicht greifbare Probleme werden solche eingestuft, bei denen der Zusammenhang zwischen Problem und Beschwerden vom Patienten nicht wahrgenommen wird. Wenn der Rater in Patientenaussagen eine „tiefe Traurigkeit“ oder Schuldgefühle erkennt, wenn eine Äußerung wie „ich muss weg“ auftritt oder wenn Beschwerden nur beschrieben werden, stellt sich das Problem als nicht greifbar dar und ist mit *Stufe 1* zu bewerten.

Die nächste Bewertung mit *Stufe 2* lässt eine vage Problemwahrnehmung beim Patienten vermuten: Eine Aussage wie „ich muss weg, wenn Angst kommt“ würde als vage Problem-

beschreibung eingestuft. Hier wird neben der Angst der Fluchtgedanke wahrgenommen, Angst ist nicht mehr das alles beherrschende Gefühl.

Noch differenzierter sind Aussagen wie „ich muss meine Frau vor den Kopf stoßen, so bin ich halt“ zu sehen. Hier scheint ein Problem greifbar formuliert und wird mit *Stufe 3* gewertet. Das Verständnis des Patienten für einen Zusammenhang zwischen seinen Verhaltensweisen, seiner Einstellung und seinen Problemen ist größer als bei den vorherigen Problemformulierungen.



Abgrenzbar wahrnehmen kann ein Patient sein Problem dann, wenn er das eigentliche Problem beschreiben und Beschwerden als daraus resultierend erkennen kann. Wie gut die Patienten Zusammenhänge zwischen Problem und Beschwerden sehen und welcher Art ihre Beschwerden sind, spiegelt sich in der Ausführlichkeit, Komplexität und Konkretheit der Schilderungen wieder. Ein Beispiel für ein derart differenziertes Wahrnehmen würde in der Formulierung „Ich muss meine Schallplattensammlung sortieren, um mich abzureagieren“ gesehen. Die Bewertung wäre mit *Stufe 4* die höchst mögliche.

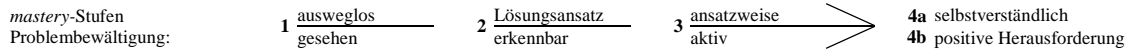
4.2.3 Problembewältigung

Schon in der Problemformulierung wird der Ansatz einer Bewältigungsstrategie (*mastery*) sichtbar. Wie der Patient seine Rolle hinsichtlich der Bewältigung seines Problems sieht, macht er indirekt in seiner Formulierung deutlich. Je nach Inhalt des Problems bzw. nach Stand der Therapie können verschiedene Stufen von anvisierten Bewältigungsstrategien sichtbar und bewertbar werden.

Wenn eine geschilderte Situation als ausweglos erlebt und dargestellt wird, wird der Grad der Bewältigung mit *Stufe 1* als gering eingestuft. Der Patient erlebt sich passiv und hilflos, fühlt sich verloren in einem Sog, aus dem er nicht herauskommt. Das kann bis hin zu Selbstmordgedanken gehen.

Wenn der Patient sich zwar noch nicht hinreichend in der Lage sieht, ein Problem aktiv anzugehen und zu bewältigen, aber einen Lösungsansatz erkennt, zeigt seine Problemschilderung einen höheren Grad an Bewältigung und wird dann mit *Stufe 2* gewertet. Der Patient äußert im Zusammenhang mit seinem Problem etwa „ich müsste aktiver sein“.

Erst wenn deutlich wird, dass der Patient schon ansatzweise aktiv geworden ist oder eine realistische Möglichkeit für sich sieht, aktiv zu werden, kann sein Bewältigungsansatz mit *Stufe 3* gewertet werden. So könnte etwa die Umschreibung, er mache sich seine Probleme bewusst, aber könne „nur schwer davon abrücken“, lasse sich „immer wieder herunterziehen“ als ein Ansatz zur Bewältigung eingestuft werden.

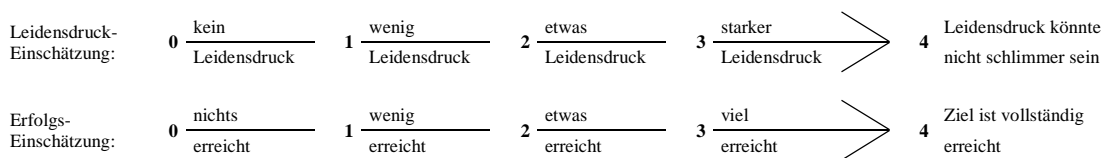


Die höchste Wertung mit der *Stufe 4* wäre zu vergeben, wenn sich der Patient seiner Einflussmöglichkeiten voll bewusst ist und einen selbstverständlichen Umgang mit Problemen pflegt, wenn er gar die Bewältigung von Problemen als für ihn positive Herausforderung sehen kann.

4.2.4 Selbsteinschätzungen

Selbsteinschätzungen erlauben es, problem- und zielbezogene Verlaufskurven für jeden Patienten zu erstellen und daran den Stand der Therapie abzulesen. Weiterhin ist es möglich, aufgrund der durchschnittlichen Verlaufskurven den vom Patienten wahrgenommenen Erfolg verschiedener Therapieformen zu vergleichen.

Die beschriebenen Probleme können vom Patienten selbst hinsichtlich des von ihnen verursachten Leidensdrucks beurteilt werden, zunächst bei der ersten Beschreibung, dann an weiteren Zeitpunkten während und nach der Therapie. Bei der Wiedervorlage werden dem Patienten nur seine früheren Problemformulierungen, nicht jedoch die bereits von ihm selbst vorgenommenen Leidensdruck-Wertungen vorgelegt. Der Patient kann das Problem auf einer fünfstufigen Likert-Skala beurteilen: „Das Problem könnte nicht schlimmer sein“ würde den Leidensdruck als sehr hoch ansetzen. Weniger Druck wird von einem Problem erzeugt, das als „stark“, „etwas“ oder „wenig“ belastend beurteilt wird. Die dazu gehörigen Werte liegen zwischen *Wert 4* für „könnte nicht schlimmer sein“ bis *Wert 1* für „wenig Leidensdruck“. Der *Wert 0* wird für „kein Leidensdruck“ vergeben.



Die Einschätzung, ob und in welchem Maß ein Patient seinem Ziel näher gekommen ist oder es erreicht hat, trifft er bei der Wiedervorlage seines Ziels am nächsten Befragungszeitpunkt. Hat er sein Ziel „vollständig“ erreicht, wird er den höchsten *Wert 4* vergeben. Wenn das Ziel „überhaupt nicht“ erreicht wurde, trifft der niedrigste *Wert 0* zu. Dazwischen liegen die *Werte 1 bis 3* für „wenig“, „etwas“ und „viel erreicht“.

4.3 Datenerhebung und Auswertung

4.3.1 Befragungszeitpunkte

Bei den 51 in die Untersuchung einbezogenen Patienten wurden mit Fragebögen (*siehe Seite 120-124*) an fünf Zeitpunkten Aussagen erhoben. Die erste Befragung fand nach der dritten Therapiestunde, die zweite nach der 12. Therapiesitzung statt. Zum Therapieabschluss nach 30 Sitzungen wurde ein drittes Mal befragt, weitere Erhebungen (Katamnesen) folgten 6 und 12 Monate später. Bei allen fünf Befragungen sollten die Patienten ihre drei aktuell wichtigsten Probleme/Ziele in eigenen Worten formulieren. Des Weiteren sollten sie selbst einschätzen, wie stark sie unter den beschriebenen Problemen leiden. Alle zu einem vorangegangenen Zeitpunkt beschriebenen Probleme wurden bei den folgenden Erhebungen erneut vorgelegt. Die Patienten wurden um eine Einschätzung des Leidensdrucks gebeten, jedoch ohne ihnen ihre frühere Bewertung offenzulegen. Gleiches galt für die im Laufe der Untersuchung genannten Ziele. Ob und wie weit ein gesetztes Ziel erreicht worden war, konnte der Patient bei der darauffolgenden Befragung beurteilen. Erneute Urteile wurden an allen folgenden Zeitpunkten getroffen, wieder ohne Darstellung der vom Patienten früher vorgenommenen Einstufungen. Entsprechend PATH (*siehe Seite 23*) kategorisierten zwei Rater die Problem- und Zielbeschreibungen hinsichtlich der Inhalte und stufen die bei den Problembeschreibungen erkennbare Wahrnehmungs- (*awareness*) und Bewältigungsfähigkeit (*mastery*) ein. Zur Sicherung von Qualität und Vergleichbarkeit der Auswertung (Interrater-Reliabilität) wurden Cohens Kappa-Werte berechnet (*siehe Seite 30*).

Tabelle 5: Datenerhebung bei den untersuchten Patienten/Probanden

Erhebungszeitpunkt			Patienten mit Generalisierter Angststörung – Beschreiben von 3 Problemen – Beschreiben von 3 Zielen – Einschätzen des Leidensdrucks bezüglich aktuell und früher geschilderter Probleme – Einschätzen (ab Zeitpunkt t2), inwieweit bisher geschilderte Ziele erreicht wurden Rater – Kategorisierung der Inhalte von Problemen und Zielen – Einschätzen von <i>awareness</i> und <i>mastery</i> der Probleme
t1	Beginn der Therapie	3. Therapiesitzung	
t2	im Therapieverlauf	12. Therapiesitzung	
t3	Therapieabschluss	ca. 30. Therapiesitzung	
t4	Erste Katamnese	6 Monate nach Abschluss der Therapie	
t5	Zweite Katamnese	12 Monate nach Abschluss der Therapie	

Tabelle 6: Datenerhebung bei der Vergleichsstichprobe

Erhebungszeitpunkt		Vergleichsstichprobe (Stud.)	Rater
t1	Beginn des Semesters	– Beschreiben von 3 Problemen – Beschreiben von 3 Zielen	– Kategorisierung der Inhalte von Problemen und Zielen
t2	Ende des Semesters	– Einschätzen des Leidensdrucks bezüglich geschilderter Probleme – Einschätzen (am Zeitpunkt t2), inwieweit geschilderte Ziele bisher erreicht wurden	

Bei einer ersten Befragung zu Beginn und einer zweiten am Ende des Semesters sollten auch die Studenten je drei aktuell wichtige Probleme und Ziele in eigenen Worten formulieren und einschätzen wie stark sie unter den beschriebenen Problemen leiden. Alle bei der ersten Befragung beschriebenen Probleme und Ziele wurden zum zweiten Zeitpunkt erneut vorgelegt um einzuschätzen, wie viel Leidensdruck mit den Problemen jetzt verbunden ist und wieviel der Ziele inzwischen erreicht erscheint. Fünf Arbeitsgruppen koordinierten die Datenerhebung. Die Fragebögen wurden anonymisiert und von zwei Arbeitsgruppen unabhängig voneinander ausgewer-

tet. Das Rating der beiden Gruppen wurde verglichen und Cohens Kappa-Werte zur Prüfung der Interrater-Reliabilität berechnet.

4.3.2 Rating

Die Auswertung verlief in mehreren Schritten. Den mit Kategorisierung und Einstufung der Ergebnisse betrauten Ratern wurden durch Prof. Dr. med. H. Staats (Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentrum Psychosoziale Medizin der Universitätsmedizin Göttingen) Hinweise zum Datenschutz gegeben, eine Schweigepflichtserklärung wurde unterschrieben. Die Rater wurden im exakten Umgang mit den vorhandenen Texten und deren präzisen Einordnung in die oben beschriebenen Kategorien geschult. Die Rater kodierten unabhängig voneinander alle Patientenaussagen der Studie anhand des von Staats et al. (1996) entwickelten Kategoriensystems und der *mastery-awareness-scale* (Staats 2009). Entsprechend der Kodier-Richtlinien wurden die Patiententexte im Original und nicht auf Grundlage von Zusammenfassungen beurteilt. Zwei- oder mehrfache Kodierung der Aussagen waren nicht möglich, bei Unklarheiten konnte die alternative Kategorie in Klammern angegeben und zu einem späteren Zeitpunkt mit der Auswertungsgruppe diskutiert werden. Eine weitere Hilfe bei der Zuordnung zu Inhaltskategorien sollte der Vergleich zwischen den Problem- und Zielnennungen eines Patienten sein. Aus der Zielbeschreibung geht oft ein Hinweis auf einen eventuell schwer einzuordnenden Probleminhalt hervor und umgekehrt. Bei Vorliegen zweier Kategorien sollten die Rater zunächst den Gesamttext auf sich wirken lassen, sie sollten den ersten Satz als Hauptaussage ansehen, schließlich die dann folgenden Sätze als Erläuterungen begreifen. Wenn zwischen zwei Inhaltsaspekten eine Entscheidung dennoch schwer fiel, sollte ein bisher nicht genannter Inhalt codiert werden. Bei divergenten Beurteilungen fand ein Konsensus-Rating statt, die entsprechenden Textstellen wurden gemeinsam erörtert und die Kategorie gemeinsam bestimmt. Die so gefundenen Daten stellen die Grundlage dieser Arbeit dar.

4.3.3 Interrater-Reliabilität

In regelmäßigen Abständen wurden die Werte der beiden Rater verglichen und die Interrater-Reliabilität bestimmt. Dies erfolgte anhand der prozentualen Übereinstimmung und der Berechnung der Cohens Kappa-Werte (Bortz 2005). Cohens Kappa (κ) ist ein statistisches Maß für die Messung der Übereinstimmung zwischen Ratern. Für die Interpretation der Werte sind folgende Grenzen gesetzt: Wenn $\kappa > .60$ erzielt wird, entspricht das einer sehr guten Interrater-Übereinstimmung, Werte zwischen $\kappa = .40$ und $\kappa = .59$ entsprechen einer befriedigenden Übereinstimmung, ein Wert von $\kappa = .39$ und weniger ist mit Skepsis zu betrachten.

Für die Interpretation der Werte kann auch die Definition von Wirtz und Caspar (2002) herangezogen werden. Damit können Werte von $\kappa > .75$ als Indikator für sehr gute, ein Wert zwischen

$\kappa=.60$ und $\kappa=.75$ kann als Indikator für gute Übereinstimmung und ein Wert zwischen $\kappa=.40$ und $\kappa=.60$ als akzeptabel angesehen werden. Werte unter $\kappa=.40$ sollten mit Skepsis betrachtet werden, empfohlen wird neben dem Kappa-Wert die prozentuale Übereinstimmung zu referieren.

Tabelle 7: Interrater-Reliabilität

Kategorisierung	Vergleichsstichprobe (Stud.)		Patienten		bei Problemen:	
	Probl.	Ziele	Probl.	Ziele	<i>awareness</i>	<i>mastery</i>
Übereinstimmung	70%	78%	83%	79%	63%	67%
Kappa-Werte	.64	.73	.79	.75	.43	.47

In der Zuordnung von Problem-Kategorien stimmten die Rater zu 83% ($\kappa=.79$), bei Ziel-Kategorien zu 79% ($\kappa=.75$) überein. Die errechneten Kappa-Werte liegen im sehr guten Bereich (Bortz 2005). Nach Wirtz und Caspar (2002) liegen die Übereinstimmungen bei den Inhaltskategorien im sehr guten bis guten Bereich. Danach stuften die Rater ein, in welchem Ausmaß differenzierte Wahrnehmung (*awareness*) und Bewältigung (*mastery*) erkennbar wird. Bei der Einschätzung mit Hilfe der *mastery-awareness-scale* stimmten die Rater zu 63% ($\kappa=.43$) bei *awareness* und zu 67% ($\kappa=.47$) bei *mastery* überein. Damit liegt die errechnete Übereinstimmung im befriedigenden Bereich.

Um eine unabhängige Auswertung zu gewährleisten, hatte sich auch die Forschergruppe aus Potsdam in Untergruppen aufgeteilt, die unabhängig voneinander Studenten-Aussagen kategorisierten. Die Resultate wurden ebenfalls mit Cohens Kappa-Berechnung auf Reliabilität geprüft. Die Problembeschreibungen wurden zu 70% gleich kategorisiert, die Zielbeschreibungen zu 78%. Die Werte liegen mit $\kappa=.64$ bei den Problemen und $\kappa=.73$ bei den Zielen im sehr guten Bereich (Bortz 2005).

4.3.4 Statistische Methoden

Nach Abschluss der Kategorisierung wurden die Daten mit Hilfe des Computerprogramms SPSS (Version 16.0, SPSS Inc.) ausgewertet und analysiert. Für die Analyse der gewonnenen Daten der Vergleichsstichprobe wurde ebenfalls die Statistik-Software SPSS herangezogen. Die Unterschiede zwischen der Patientengruppe und der Vergleichsstichprobe wurden mit Fisher's exaktem Test auf Signifikanz geprüft. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha=5\%$ festgelegt. Aufgrund der Abhängigkeitsstruktur der Messungen konnten die Effektgrößen der Unterschiede zwischen den verschiedenen Messzeitpunkten nur als deskriptive Größen gesehen werden.

Adäquate statistische Tests zur Signifikanzbestimmung der speziellen Datensituation gibt es nur für metrische Daten. Die mit der *mastery-awareness-scale* und über die Selbsteinschätzungen gewonnenen Daten sind ordinal skaliert. Zur weiteren Erprobung von PATH wurden für die Daten statistische Kennwerte (Häufigkeit, Median, Mittelwert, Range und Standardabweichung) mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Excel (Version 2009, Microsoft) berechnet und dargestellt.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in fünf Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt zeigt Probleme und Ziele von Patienten mit Generalisierter Angststörung am Beginn einer Kurzzeitpsychotherapie (Thematik bei Generalisierter Angst; *Seite 31-34*). Aufgrund einer unterschiedlichen Ausprägung der gefundenen Problemmuster wird die Untersuchungsgruppe in drei Subgruppen (PUG.A-C) aufgeteilt (*Seite 34-35*). Mit den Problemen und Zielen der gesamten Patientengruppe sowie mit den Angaben der drei Subgruppen werden Angaben einer Studentengruppe verglichen (*Seite 36-39*).

Selbsteinschätzung von Therapieerfolg bei Anfangsproblemen und -zielen wird im zweiten Abschnitt dargestellt, indem die Leidensdruck-Reduktion und die Erfolgsentwicklung herausgearbeitet werden (*Seite 40-46*). Beides lässt sich über die Gesamtzahl der pro Termin gewonnenen Bewertungen wie auch für die einzelnen Problem-/Ziel-Inhaltskategorien getrennt darstellen. Die für jeden Patienten gewonnenen Werte können mit Angaben der Studenten verglichen werden.

Der dritte Abschnitt geht mit einer Darstellung des Themenwandels (*Seite 47-55*) über die Darstellung der Anfangsthematik hinaus. Mit der Erhebung neuer Probleme und Ziele kann sowohl die Entwicklung der gesamten Patientengruppe als auch die der Subgruppen verfolgt werden.

Es folgen im vierten Abschnitt die Darstellung der mit neuen Problemen/Zielen verbundenen Selbsteinschätzung (*Seite 56-62*) und im fünften Abschnitt eine Problemanalyse mit Hilfe der *mastery-awareness-scale* (*Seite 63-69*).

Die gewonnenen Kennwerte beziehen sich entweder auf Probleme/Ziele oder auf Patienten. Sie sind in den Diagrammen unterschiedlich dargestellt: Relative Häufigkeiten der Probleme/Ziele werden mit *grünen, horizontalen Balkendiagrammen* abgebildet; relative Häufigkeiten von Patienten, die Probleme/Ziele nennen, sind mit *blauen, vertikal ausgerichteten Balkendiagrammen* abgebildet; die Farbe der Vergleichsgruppe ist jeweils *grau*. Die Verlaufskurven der aus Selbsteinschätzungen und Problemanalyse errechneten Mediane/Mittelwerte sind ebenfalls *grün*, wenn sie sich auf die Probleme/Ziele (**n**), oder *blau*, wenn sie sich auf Patienten (**N**) beziehen.

5.1 Thematik bei Generalisierter Angst

In *Hypothese A* wird angenommen, dass sich Patienten mit Generalisierter Angststörung von einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe in den inhaltlichen Aussagen zu ihren Problemen sowie in ihren Zielsetzungen unterscheiden lassen. Insbesondere wird erwartet, dass Patienten häufig Probleme/Ziele auf Angst oder körperliche und depressive Beschwerden beziehen. Dazu werden die Aussagen von 51 Patienten und einer Stichprobe von 60 Studenten verglichen. Jeder Teilnehmer sollte drei zum Erhebungszeitpunkt aktuelle Probleme und Ziele in eigenen Worten beschreiben. Alle Patienten machten zumindest eine oder zwei, die meisten drei Angaben. So kamen bei 153 möglichen schließlich 147 Problem- und 148 Zielbeschreibungen zusammen. In der Vergleichsgruppe wurden 153 Probleme und 150 Ziele genannt.

Die gewonnenen Texte wurden entsprechend dem oben dargestellten Kategoriensystem PATH (Staats et al. 1996) einer von zehn Inhaltskategorien zugeordnet. Die absoluten Häufigkeiten der vertretenen Kategorien sind zunächst in Bezug zur Anzahl der Patienten, die Probleme/Ziele nannten (Kapitel 5.1.1), dann in Bezug zu in der Patienten-/Studentengruppe zum Zeitpunkt insgesamt genannten Problemen/Zielen gesetzt (Kapitel 5.1.3). Bei der Problemdarstellung wurden Patienten-Untergruppen (PUG) gefunden, deren Problemmuster ebenfalls dargestellt (Kapitel 5.1.2) und mit dem Problemmuster der Studenten verglichen wird (Kapitel 5.1.4). Die so errechneten relativen Häufigkeiten der zehn Inhaltskategorien sind in Balkendiagrammen veranschaulicht, absolute Häufigkeiten sind ebenfalls angegeben oder den Tabellen im Anhang (Seite 127f.) zu entnehmen. Unterschiede zwischen den relativen Häufigkeiten der Probleme/Ziele beider untersuchten Gruppen wurden mit Fisher's exaktem Test auf Signifikanz geprüft.

5.1.1 Probleme und Ziele von Patienten

Abbildung 1 zeigt die von Patienten beschriebenen Problemarten. Die Reihenfolge von PKat.1 bis PKat.10 wird durch das Kategoriensystem vorgegeben. Die jeweils ersten Stufen der dreistufigen Balken zeigen (in %) wie viele Patienten der Untersuchungsgruppe mindestens ein Problem der entsprechenden Kategorie formulieren. In absoluten Zahlen ist angegeben, wie viele Patienten ein, zwei oder drei Probleme der gleichen Kategorie nennen.

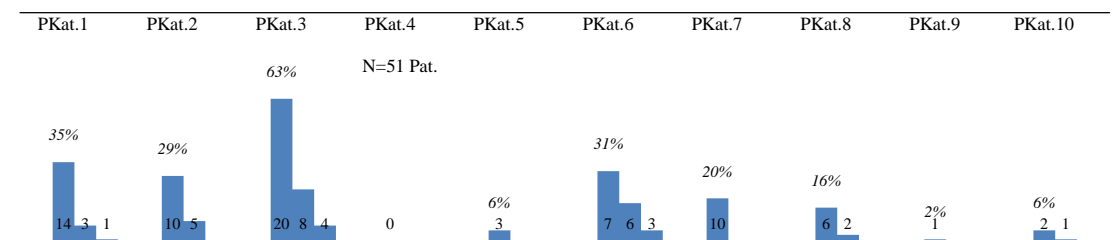


Abbildung 1: Problemmuster bei Therapiebeginn

In % ist angegeben, wie viele der 51 Pat. mind. 1x ein Probl. der PKat.1 bis PKat.10 nennen. In absoluten Zahlen ist von links nach rechts angegeben, wie viele Pat. jeweils ein, zwei bzw. drei Probl. der Kat. nennen. Bsp.: Aus PKat.3 nennen 20 Pat. ein Probl., 8 nennen zwei, 4 nennen drei Probl., zusammen nennen 32 Pat. mind. 1x PKat.3 (63% von N=51 Pat.).

Häufig werden körperliche Beschwerden beschrieben (18 Pat. PKat.1), bei einigen Patienten gehören von den aktuellen Problemen zwei in diese Kategorie. Patient Nr.231 nennt sogar drei körperliche Probleme („Durchfall“, „Übelkeit“ und „Schlafstörung“).

Depressive Beschwerden werden ebenfalls von vielen Patienten genannt (15 Pat. PKat.2), mehrere Patienten geben zwei Probleme mit depressivem Inhalt an.

Fast zwei Drittel der Patienten beschreiben zu Therapiebeginn explizit Angst, wenn sie nach aktuell wichtigen Problemen gefragt werden (32 Pat. PKat.3). Von diesen Patienten bleiben 12 in der Thematik, nennen weitere Angstprobleme und kommen zu höchstens einem oder keinem anderen Thema. Ein Beispiel hierfür ist Patient Nr.6 mit Angst, „dass den Kindern etwas passiert“, „vor Einsamkeit im Alter“ und „vor Krebserkrankung“.

Bei anderen Patienten kommen viele äußere Probleme und Konflikte zur Sprache (16 Pat. PKat.6). 3 Patienten beschreiben sogar ausnahmslos äußere Probleme. Dazu gehört Patientin Nr.125, sie beklagt „Desinteresse meines Sohnes“, die „unfreundliche Atmosphäre bei der Arbeit“ und die „Depressionen meines Mannes“.

Mehrere Patienten haben ein selbstbezogenes Problem (10 Pat. PKat.7), Patient Nr.73 etwa ist „unzufrieden mit mir selbst!“.

Interpersonelle Themen nehmen einen geringeren Raum ein (8 Pat. PKat.8), Patient Nr.72 möchte einen „Freundeskreis aufbauen“, Patient Nr.74 ist mit der Beziehung zu seiner Frau „nicht zufrieden“, Patientin Nr.102 fürchtet, den „Partner zu sehr zu kontrollieren“. 2 Patienten nennen zwei interpersonelle Probleme.

Einzelne Patienten nennen Selbstunsicherheit (3 Pat. PKat.5), ein existentielles Problem (1 Pat. PKat.9) oder Zwänge (3 Pat. PKat.10). Suchtprobleme (PKat.4) treten nicht auf.

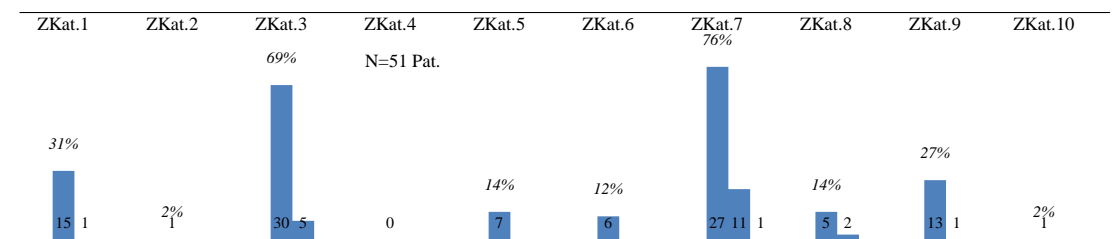


Abbildung 2: Zielmuster bei Therapiebeginn

In % ist angegeben, wie viele der 51 Pat. mind. 1x ein Ziel der ZKat.1 bis ZKat.10 nennen. In absoluten Zahlen ist von links nach rechts angegeben, wie viele Pat. jeweils ein, zwei bzw. drei Ziele der Kat. nennen. Bsp.: Aus ZKat.3 nennen 30 Pat. ein Ziel, 5 nennen zwei Ziele, zusammen nennen 35 Pat. mind. 1x ZKat.3 (69% von N=51 Pat).

In *Abbildung 2* sind von den Patienten selbst gesetzte Ziele in der durch das Kategoriensystem vorgegebenen Reihenfolge von ZKat.1 bis ZKat.10 dargestellt. Die dreistufigen Balken zeigen (in %) wie viele Patienten mindestens ein Ziel bzw. (in absoluten Zahlen) wie viele Patienten ein, zwei oder drei Ziele der jeweiligen Inhaltskategorie schildern.

Besserung körperlicher Beschwerden (ZKat.1) ist für 16 Patienten und damit fast jedem Dritten ein aktuelles Anliegen, ein Patient nennt dazu zwei Ziele.

Dagegen wird die Bewältigung depressiver Beschwerden, obwohl von 15 Patienten als Problem genannt, nur von einem Patienten als Ziel formuliert (ZKat.2).

Mehr als zwei Drittel der Patienten wollen bei Therapiebeginn Angst bewältigen (35 Pat. ZKat.3), 5 Patienten formulieren das in zwei Zielen. Als Beispiel kann hier Patient Nr.6 herangezogen werden, der sich „Heilung oder zumindest Besserung der Angst“ und „besser mit der Angst umgehen zu können“ wünscht.

Drei Viertel der Patienten wollen Ruhe und Gelassenheit finden (39 Pat. PKat.7), 1 Patient nennt ein solches Ziel dreimal, 11 Patienten zweimal. Exemplarisch ist die Aussage von Patient Nr.2, der sich „gelassener werden“ und „Zeit zum Genießen haben“ wünscht.

Jeder vierte Patient strebt neue Freiheiten und Fähigkeiten an (14 Pat. **ZKat.9**), häufig beziehen sich solche Ziele inhaltlich auf Angst oder Unsicherheit, ohne sie direkt zu nennen. So etwa bei Patient Nr.216, der „ohne Hemmungen vor Publikum sprechen können“ möchte.

Gewinnen von Selbstsicherheit (**ZKat.5**) und Bewältigung interpersoneller Probleme (**ZKat.8**) ist für je 7 Patienten ein Ziel, Bewältigung äußerer Probleme (**ZKat.6**) für 6 Patienten, Bewältigung eines Zwangs (**ZKat.10**) für einen Patienten. Suchtbewältigung (**PKat.4**) wird von keinem Patienten als Ziel genannt – da Sucht zu den Ausschlusskriterien bei der Teilnehmerauswahl gehörte, entspricht dies der Erwartung.

5.1.2 Patienten-Untergruppen

Da es sich bei der Untersuchungsgruppe um Patienten mit Generalisierter Angststörung handelt, wäre zu vermuten, dass jeder Patient Angst als eines seiner zu Therapiebeginn aktuellen Probleme schildert. Überraschenderweise ist genau das nicht der Fall. Die Patienten unterscheiden sich bei der Anfangsbefragung deutlich voneinander und können in drei Patienten-Untergruppen (**PUG**) eingeteilt werden (*siehe Abbildung 3*).

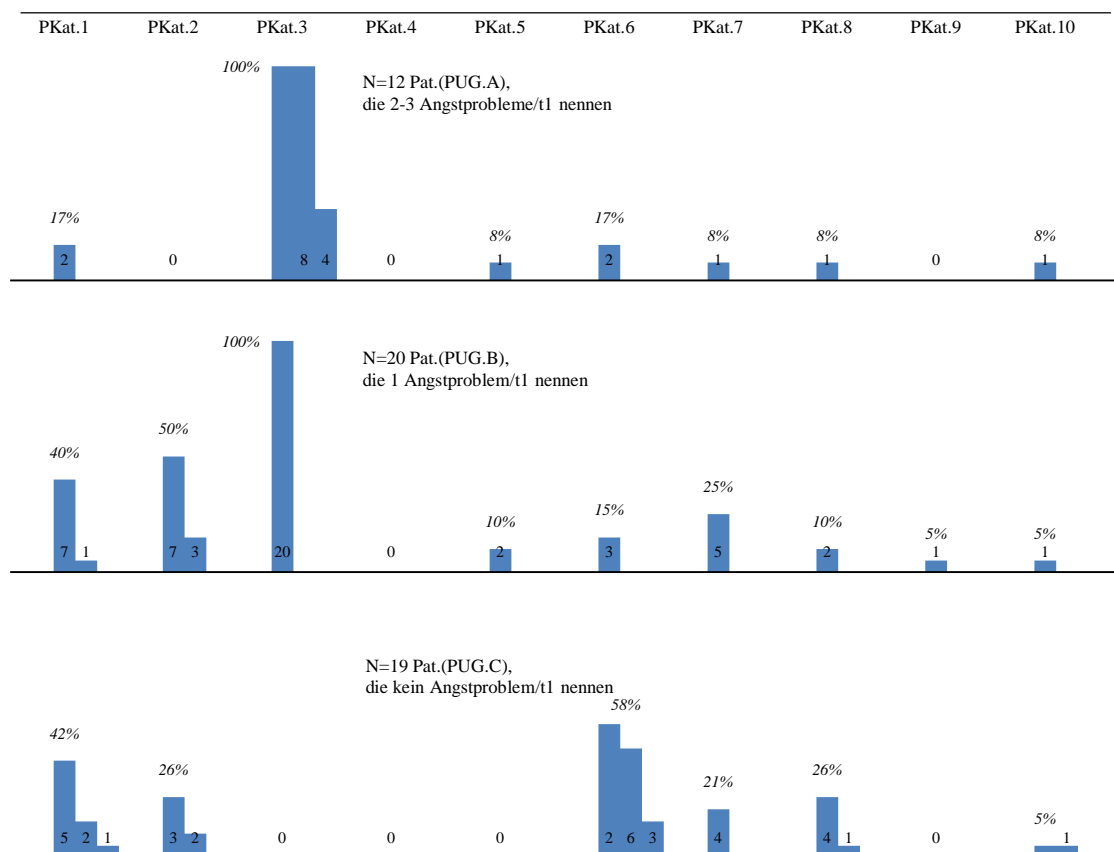


Abbildung 3: Problemmuster von PUG

In % ist angegeben, wie viele Pat. aus den PUG mind. 1x ein Probl. der PKat.1 bis PKat.10 nennen. In absoluten Zahlen ist von links nach rechts angegeben, wie viele Pat. jeweils ein, zwei bzw. drei Probl. der Kat. nennen. Bsp.: In PUG.A nennen 8 Pat. zwei Probl., 4 nennen drei Probl. aus PKat.3, zusammen nennen alle Pat. aus PUG.A mind. 1x PKat.3 (100% von N=12 Pat).

12 Patienten beschreiben nur oder fast nur Angst (**PUG.A**). Weitere 19 Patienten benennen Angst in keinem ihrer Probleme explizit, dafür nehmen bei ihnen körperliche und/oder depressive Beschwerden sowie äußere Probleme und Konflikte großen Raum ein (**PUG.C**). Die übrigen 20 Patienten beschreiben einmal Angst, daneben körperliche und depressive Beschwerden und wenig andere Themen (**PUG.B**).

Im Zielmuster zeigen die aufgrund des Problemmusters unterschiedenen Subgruppen keine Differenzen, wohl aber in der relativen Häufigkeit von Zielthemen (*siehe Abbildung 4*). So haben die 12 Patienten, in deren Problemen Angst oft vorkommt (**PUG.A**), viele Ziele, die sich darauf beziehen (**ZKat.3**). Bei der mittleren Teilgruppe (**PUG.B**) wird ebenfalls häufig Angstbewältigung gewünscht, noch häufiger aber „Ruhe und Gelassenheit“ (**ZKat.7**) – ein indirekter Wunsch nach Angstfreiheit. Bei den 19 Patienten mit vielen äußeren Problemen (**PUG.C**) entsteht ein breiteres Zielspektrum mit neun verschiedenen Zielkategorien, während bei den anderen Subgruppen nur sieben Zielkategorien zu finden sind. Angst wird von Patienten aus **PUG.C** zwar nicht explizit als Problem beschrieben, bestimmt aber wie bei den übrigen Patienten die Ziele – teils direkt als Wunsch nach Angstbewältigung, teils indirekt als Wunsch nach Gelassenheit. In der weiteren Darstellung wird die Entwicklung der drei Subgruppen beobachtet.

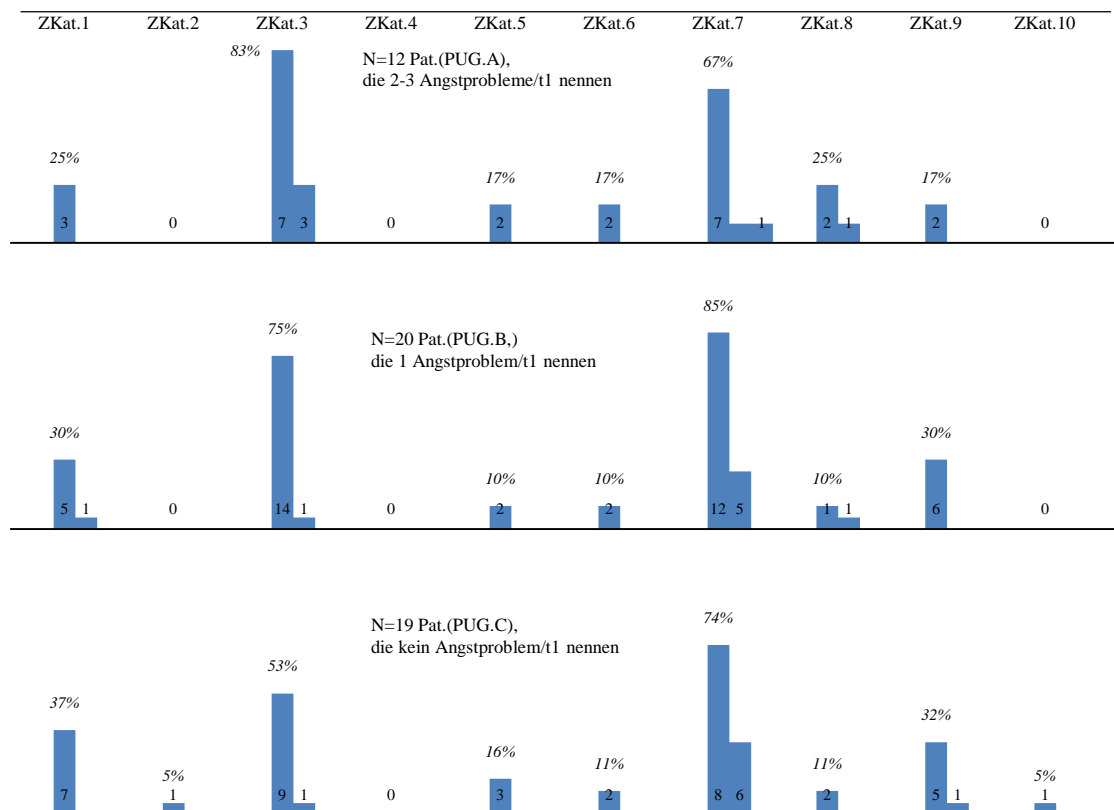


Abbildung 4: Zielmuster von PUG

In % ist angegeben, wie viele Pat. aus den PUG mind. 1x ein Ziel der ZKat.1 bis ZKat.10 nennen. In absoluten Zahlen ist von links nach rechts angegeben, wie viele Pat. jeweils ein, zwei bzw. drei Ziele der Kat. nennen. Bsp.: In PUG.A nennen 7 Pat. ein Ziel, 3 nennen zwei Ziele aus ZKat.3, zusammen nennen 10 Pat. aus PUG.A mind. 1x ZKat.3 (83% von N=12 Pat).

5.1.3 Vergleich mit Nicht-Patienten

Um den Vergleich mit der Studentengruppe ziehen zu können, werden von Patienten genannte Probleme je nach Kategorie summiert, zur Gesamtzahl in Beziehung gesetzt und mit der relativen Häufigkeit der entsprechenden Problemart bei den Studenten verglichen. In den Abbildungen sind die relativen Häufigkeiten für Patienten in *grünen* und für Studenten in *grauen horizontalen Balkendiagrammen* gezeigt. Mit der Darstellung soll darauf hingewiesen werden, dass es sich nicht (wie oben) um personenbezogene Häufigkeiten handelt, sondern dass die Gesamtzahl der Probleme (147 bei Patienten, 153 bei Studenten) als Bezugsgröße gesetzt ist.

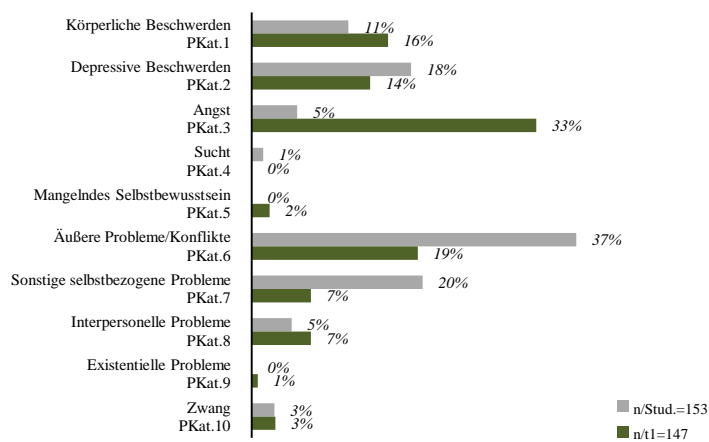


Abbildung 5: Anfangsprobleme (n/t1) von Pat. im Vergleich mit den Probl. von Studenten

Körperliche Beschwerden (**PKat.1**) beschreiben Patienten 23mal, Studenten 17mal, das macht 16% der von Patienten bzw. 11% der von Studenten insgesamt genannten Probleme aus. Es zeigt sich entgegen *Hypothese A.3* kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen.

20 Problembeschreibungen von Patienten (14%) und 28 Problembeschreibungen von Studenten (18%) gelten als depressive Beschwerden (**PKat.2**). Entgegen *Hypothese A.2* ist kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festzustellen.

Zu Therapiebeginn wird von Patienten 48mal Angst beschrieben (**PKat.3**), in der Vergleichsstichprobe 8mal. Das entspricht einem Anteil von 33% der von Patienten genannten 147 Probleme bzw. einem Anteil von nur 5% der von Studenten genannten 153 Probleme. Der in *Hypothese A.1* vorhergesagte Unterschied ist signifikant, in der Patientengruppe wird bei Therapiebeginn häufiger als bei Nicht-Patienten Angst als aktuell wichtiges Problem genannt ($p < .01$).

Auf äußere ungelöste Probleme und Konflikte (**PKat.6**) verweisen bei den Patienten 28 Angaben (19%). Mit 57 (37%) sind es in der Vergleichsgruppe doppelt so viele. Studenten schildern äußere Probleme und Konflikte signifikant häufiger ($p < .01$).

10 Angaben von Patienten betreffen selbstbezogene (nicht Angst) Gefühle und Probleme (**PKat.7**), bei der Vergleichsstichprobe sind es dreimal so viele. Das sind 7% der von Patienten gegenüber

20% der von Studenten genannten Probleme, demnach kommen in der Vergleichsgruppe signifikant häufiger selbstbezogene Probleme vor ($p < .01$).

Interpersonelle Probleme (**PKat.8**) werden von den Patienten 10mal (7%), von den Studenten 7mal (5%) genannt. Andere Inhaltskategorien sind noch seltener: sie machen bei Patienten zusammen 5%, bei Studenten 4% der Anfangsprobleme aus (siehe Tabelle 10, Seite 128).

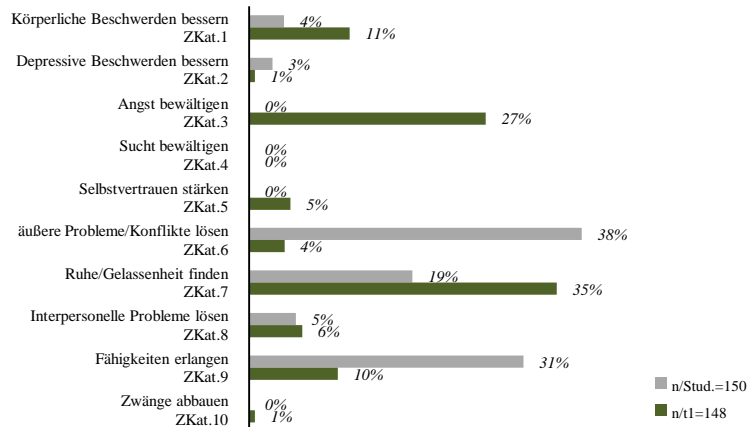


Abbildung 6: Anfangsziele (n/t1) von Pat. im Vergleich mit den Zielen von Studenten

Die Summe verschiedener Zielarten wird zur Gesamtzahl aller Ziele (148 bei Patienten, 150 bei Studenten) in Beziehung gesetzt und die relativen Häufigkeiten verglichen. In den Abbildungen zeigen *grüne Querbalken* die von Patienten genannten Zielarten und *graue* die von Studenten genannten.

In 11% aller ihrer anfangs gesetzten Ziele wollen Patienten „körperliche Beschwerden bessern“ (17 Probl. **ZKat.1**). In der Vergleichsgruppe sind es mit 6 Zielen nur 4%. Die Auswertung zeigt für *Hypothese A.3* den erwarteten signifikanten Unterschied ($p < .01$).

Besserung depressiver Beschwerden (**ZKat.2**) wird in der Untersuchungsgruppe (1 Probl. 1%) wie in der Vergleichsgruppe (4 Probl. 3%) selten als Ziel formuliert, entgegen *Hypothese A.2* unterscheiden sich Patienten und Studenten hierin nicht.

Angst bewältigen (**ZKat.3**) ist am Therapiebeginn 40mal Ziel, das sind 27% der 148 Ziele. Bei den Studenten kommt das Thema nicht zur Sprache. Es zeigt sich ein mit *Hypothese A.1* konformer signifikanter Unterschied ($p < .01$).

Nur 6 der Patientenziele beziehen sich auf Bewältigung äußerer, ungelöster Probleme und Konflikte (4% **ZKat.6**). Solche Ziele nennen die Studenten 57mal, bei ihnen ist der Anteil an allen Zielen 38% und damit signifikant größer als bei den Patienten ($p < .01$).

Bei den Patienten wird hingegen in 35% der Ziele die Suche nach Ruhe und Gelassenheit deutlich (52 Ziele **ZKat.7**), bei der Vergleichsgruppe mit 19% der Ziele (28 Ziele) etwa halb so oft. Im Wunsch der Patienten nach Ruhe und Gelassenheit zeigt sich ein nicht vorhergesagter signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ($p < .01$).

Das Streben nach Freiheiten und Fähigkeiten (zKat.9) kommt in der Vergleichsgruppe 47mal (31%) zum Ausdruck, in der Patientengruppe 15mal (10%). Wieder lässt sich ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen konstatieren, Studenten streben häufiger nach dem Erwerb von Freiheiten und Fähigkeiten ($p < .01$).

Weitere Inhaltskategorien machen bei Patienten 11%, bei den Studenten 5% der Ziele aus (siehe Tabelle 10, Seite 128).

5.1.4 Vergleich der Untergruppen

Die gefundenen Subgruppen zeigen eine sehr unterschiedliche Verteilung der Problemarten. Von Patienten (PUG.A), die zu Therapiebeginn Angst besonders oft thematisieren, werden zusammen 36 problematische Themen beschrieben, davon 28mal Angst. Damit beherrscht Angst 78% der Probleme. Depressive Beschwerden kommen nicht vor, nur 2mal körperliche Beschwerden, 2mal ein äußeres, je 1mal ein selbstbezogenes, ein interpersonelles und ein Zwangsproblem.

Für andere Patienten (PUG.B) scheint nicht Angst allein wichtig. Insgesamt nennen sie 57 Probleme, jeder beschreibt zwar einmal Angst, daneben aber zwei weitere Themen. So kommen viele körperliche (9 Probl.) und depressive (13 Probl.) Beschwerden vor, 5 Probleme sind selbstbezogen, je 3 sind äußere oder interpersonelle Probleme. 1mal wird Zwang, 1mal ein existentielles Problem, 2mal Selbstunsicherheit beschrieben. Damit machen Angst im engeren Sinn (20 Probl.) und die in den Hypothesen angenommenen Begleitsymptome (körperliche und depressive Beschwerden) 74% der von dieser Teilgruppe genannten Probleme aus.

Die übrigen Patienten (PUG.C) sprechen von Angst nicht explizit, nennen dafür viele äußere Probleme – gemessen an der Gesamtzahl ihrer 54 Probleme sogar häufiger als die Vergleichsgruppe. Zudem zeigen sich bei ihnen körperliche (12 Probl.) und depressive Beschwerden (7 Probl.). Andere Inhalte – selbstbezogene (4 Probl.), interpersonelle (6 Probl.) und Zwangsprobleme (2 Probl.) – kommen in 22% der Probleme zur Sprache. Würden nur diese Patienten zum Vergleich mit den Studenten herangezogen, so gäbe es weder einen Unterschied in der Angstproblematik noch in der Zahl äußerer Probleme. Stattdessen wäre als einziger Unterschied festzustellen, dass hier körperliche Probleme deutlich häufiger genannt werden als bei den Studenten ($p < .05$).

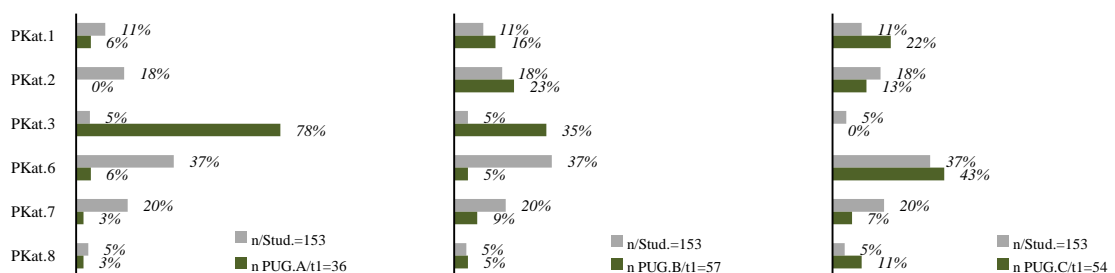


Abbildung 7: Anfangsprobleme (n/t1), PUG im Vergleich mit den Probl. von Studenten. PKat.4, 5, 9, 10 sind nicht dargestellt.

Wenn häufig Angst in Problemen genannt wird, formulieren Patienten auch deren Bewältigung häufiger in einem Ziel (36% PUG.A; 28% PUG.B; 20% PUG.C). Dafür sind die anderen Zielarten entsprechend seltener vertreten, zum Beispiel der Wunsch nach Besserung körperlicher Beschwerden (8% PUG.A; 12% PUG.B; 13% PUG.C), nach Ruhe und Gelassenheit (28% PUG.A; 38% PUG.B; 37% PUG.C) oder danach, Fähigkeiten und Freiheiten zu erlangen (6% PUG.A; 10% PUG.B; 13% PUG.C).

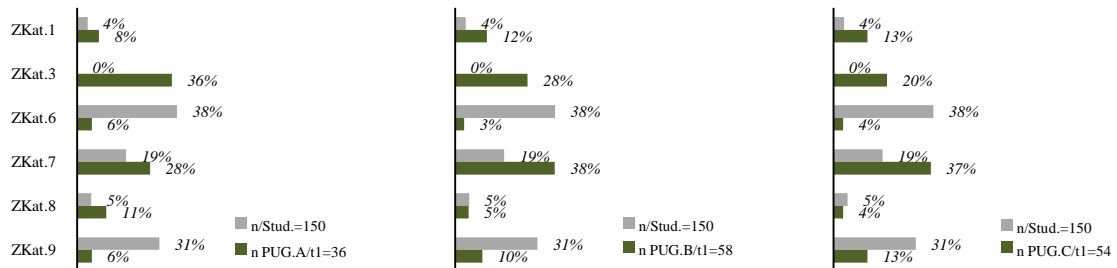


Abbildung 8: Anfangsziele (n/t1), PUG im Vergleich mit den Zielen von Studenten. ZKat.2, 4, 5, 10 sind nicht dargestellt.

5.1.5 Prüfung der Hypothese A

Patienten mit Generalisierter Angststörung äußern häufiger Angstprobleme als Probanden einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe und sie haben häufiger das Ziel, Angst zu bewältigen. Entweder formulieren sie das direkt oder indirekt – als Ziel, Ruhe und Gelassenheit zu finden. Depressive Beschwerden und deren Bewältigung werden von den Angstpatienten entgegen der Erwartung nicht häufiger genannt als in der Vergleichsgruppe. Körperliche Beschwerden kommen in beiden Gruppen häufig vor. Hier lässt sich der erwartete Unterschied nur zeigen, wenn Patienten, die Angst explizit zum Thema machen, aussortiert werden. Jedoch wird von Patienten häufiger das Ziel gesetzt, körperliche Beschwerden bessern zu wollen. Die Gesamtgruppe lässt sich anhand der in den Hypothesen genannten Hauptsymptome aufteilen in Patienten, die vorwiegend Angst beschreiben (PUG.A), und in Patienten, für die neben Angst auch depressive und/oder körperliche Beschwerden belastend erscheinen (PUG.B). Außerdem gibt es eine große Untergruppe von Patienten, die zwar depressive und/oder körperliche Probleme schildern, von denen jedoch Angst nur in den Zielen thematisiert wird (PUG.C). In dieser Untergruppe spielen (wie in der Vergleichsgruppe) äußere Probleme eine große Rolle.

5.2 Selbsteinschätzung von Therapieerfolg bei Anfangsproblemen und -zielen

Wenn der Patient seinen Problemdruck bei Therapiebeginn einschätzt, ist ein Vergleichswert gesetzt, an dem die Belastungsreduktion im Therapieverlauf gemessen werden kann. Ebenso kann das schrittweise Erreichen von gesetzten Zielen dargestellt werden. In *Hypothese C* wird angenommen, dass die Therapie einen in dieser Weise positiven Verlauf nimmt und dass Patienten einen höheren Belastungsdruck mitbringen als die Probanden der Vergleichsgruppe.

Die Teilnehmer beider Untersuchungsgruppen schätzten unmittelbar nach dem Formulieren der Probleme die damit verbundene Belastung ein. Die Patienten wiederholten die Einschätzung an den vier weiteren Befragungszeitpunkten. Die Problemformulierungen wurden im Wortlaut vorgelegt, die früheren Bewertungen jedoch nicht, um eine unbefangene Einschätzung des noch empfundenen Leidensdrucks zu erhalten. Dieser sollte entlang einer fünfstufigen Likert-Skala zwischen Wert 0 „(leide) überhaupt nicht“ und Wert 4 „(Problem) könnte nicht schlimmer sein“ einordnet werden. In analoger Weise wurde abgefragt, inwieweit die Teilnehmer ihre anfangs gesetzten Ziele für erreicht halten. Das an einem früheren Termin gesetzte Ziel konnte von „überhaupt nicht“ (Wert 0) bis „vollständig“ erreicht (Wert 4) bewertet werden. Idealerweise hätten nach fünf Befragungen fünf auf die Probleme und vier auf die Ziele bezogene Werte vorliegen können. Das Untersuchungsdesign mit den gewonnenen Datenmengen ist auf Seite 47 im Überblick dargestellt.

Bereits bei der Formulierung der Anfangsprobleme (t1) wird der Problemdruck nicht in jedem Fall bewertet. 48 von 51 Patienten werten ihn, die anderen nicht, obwohl auch sie Probleme beschreiben. Bei der zweiten Befragung (t2) werten 43 Patienten die erneut vorgelegten Anfangsprobleme, 39 bei Therapieabschluss (t3), 42 ein halbes Jahr später (t4) und 33 bei der letzten Vorlage (t5). Vergleichbares gilt für die Erfolgseinschätzung der anfangs genannten Ziele. Eine erste Wertung zur Therapiemitte (t2) wird von 44 Patienten getroffen, bei der nächsten Gelegenheit am Therapieabschluss (t3) von 39 Patienten, bei den Nachbefragungen (t4/t5) von 41 bzw. 33 Patienten. Die Anzahl der gewonnenen Leidensdruck- und Erfolgseinschätzungen (n) in Bezug auf Anfangsprobleme/-ziele zeigt *Abbildung 9*.

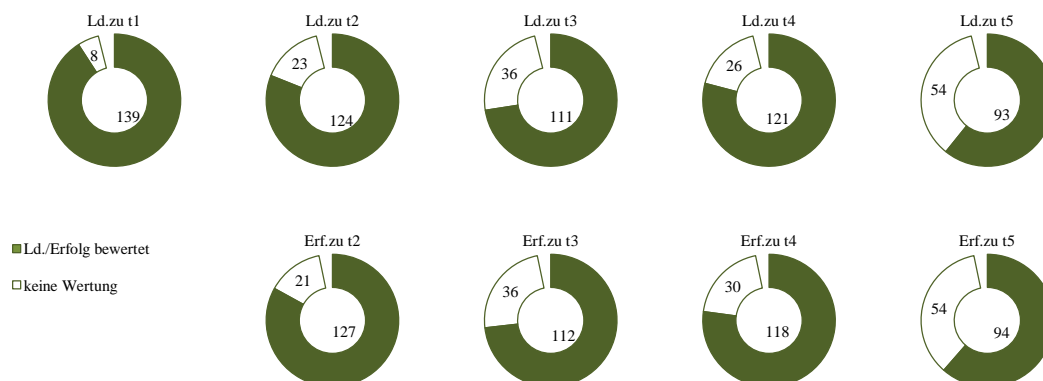


Abbildung 9: Wertung Anfangsprobl./-ziele (n/t1) im Therapieverlauf (n/t1-t5) bei 147 Probl./t1 und 148 Zielen/t1

Die einsetzende Leidensdruck-Verminderung und die Erfolgsentwicklung können abgebildet werden, wenn alle Wertungen pro Termin ausgezählt und relative *Häufigkeiten (n) der Werte* sowie Median, Mittelwert und Standardabweichung für jeden Befragungstermin, auch separat für die einzelnen Problem-/Zielarten (*Vergleich der Themen*) berechnet werden.

Die Einschätzungen können zudem auf den Patienten bezogen und als Abbild seines momentanen Zustands gesehen werden. Für die Studenten lagen Summenwerte der drei für Probleme/Ziele abgegebenen Bewertungen vor, deshalb wurden auch für die Patienten die Summenwerte (N) bestimmt und der Vergleich mit den Studenten sowie zwischen den verschiedenen Befragungszeitpunkten gezogen. Die Ergebnisse sind als „*Leidensdruck/Erfolg von Patienten (N)*“ dargestellt.

Versuchsweise wurden fehlende Bewertungen in einer zweiten Berechnung durch die letzten verfügbaren ergänzt (*last-observation-carried-forward; LOCF*) und mit der Datenmenge erneut die Kennwerte bestimmt.

5.2.1 Reduktion von Leidensdruck

Häufigkeiten (n) der Werte

Zu Beginn (t1) liegt der Anteil „sehr stark“ belastender Probleme hoch (34 Probl. 23% Wert 4). Die meisten werden als „stark“ belastend angesehen (85 Probl. 58% Wert 3). Zusammen machen die hohen Wertungen über 80% aller Werte aus. 18 Probleme sind „etwas“ (12% Wert 2), 2 sind „wenig“ (1% Wert 1); keines ist „nicht“ belastend (Wert 0).

Abbildung 10 zeigt über den Zeitverlauf (t1-t5) eine Veränderung der Werteverteilung, Mittelwerte sind in Abbildung 11 dargestellt. Bei Therapiemitte (t2) sind 3%, am Therapieabschluss (t3) 8% der Probleme als belastungsfrei anzusehen. Viele belasten bei t2 noch „stark/sehr stark“ (26%), jedoch verringert sich der Anteil hoher Wertungen bis t3 auf 10%. Im gleichen Maß steigt der Anteil niedriger Werte: Bei t2 sind 57%, bei t3 66% der Anfangsprobleme mit „etwas“, „wenig“ oder „keinem“ Leidensdruck verbunden.

Nach der Therapie (t4) hat die Häufigkeitsverteilung wieder einen anderen Schwerpunkt. Dies wird am Median deutlich, er sinkt bis zum Therapieabschluss (t1:M=3; t2:M=2; t3:M=1), danach steigt er zunächst wieder an (t4:M=2). Bei der letzten Vorlage wird ein Drittel der Probleme nicht bewertet, die meisten übrigen belasten „nicht“ oder „wenig“ (40%), jedes vierte ist noch mindestens „etwas“ belastend (24%) und der Median ist wieder niedrig (t5:M=1).

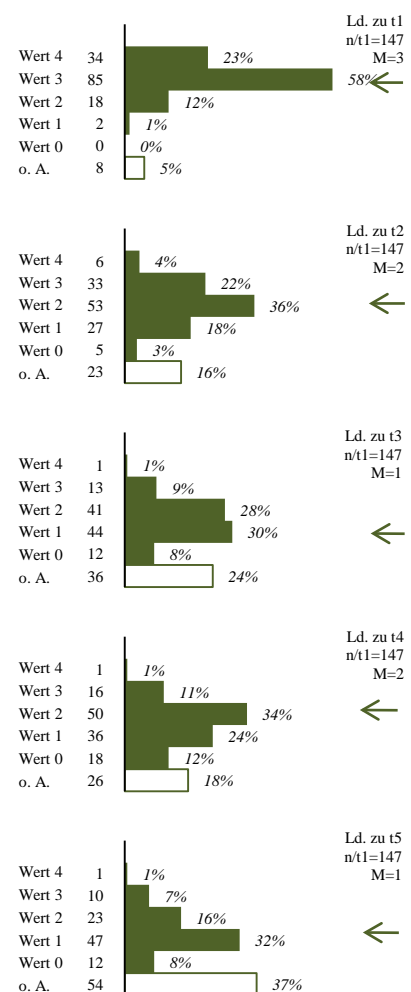


Abbildung 10: Leidensdruck (n/t1)
In absoluten Zahlen und in % ist angegeben, wie häufig die 147 Anfangsprobl. bei der ersten Formulierung (t1) und bei Wiedervorlagen (t2-t5) mit 0 bis 4 bewertet werden.

Vergleich der Themen

Am Therapiebeginn geschilderte Angst (PKat.3) und depressive Beschwerden (PKat.2) werden für belastender gehalten als körperliche (PKat.1) oder äußere Probleme (PKat.6). Im Zeitverlauf reduziert sich die Belastung, nach der Therapie geht der Prozess weiter bei depressiven Beschwerden einerseits (PKat.2) und äußeren Problemen andererseits (PKat.6). Hingegen steigt der Problemdruck nach der Therapie für selbstbezogene (PKat.7) und Zwangsprobleme (PKat.10), kurzzeitig auch bei interpersonellen Problemen (PKat.8), wieder an. Die anfangs genannten Angstprobleme zeigen auch nach der Therapie noch den bei Therapieabschluss erreichten Stand (PKat.3).

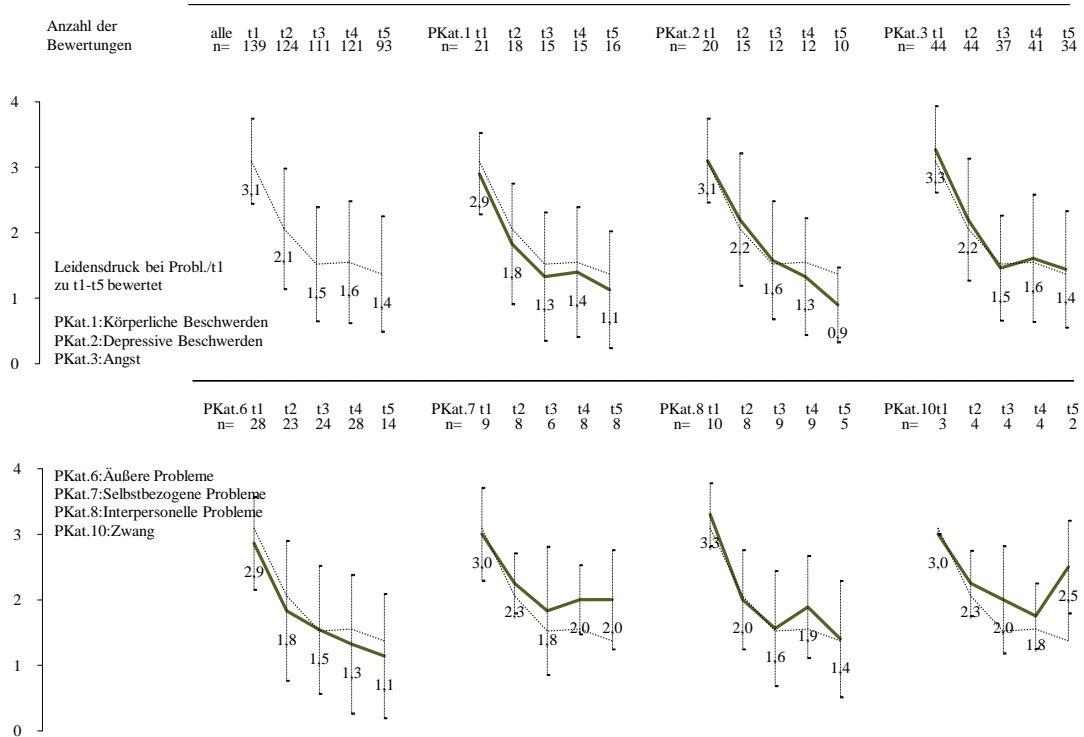


Abbildung 11: Leidensdruck-MW (n/t1)
 Erste Bewertung (t1) und Bewertung bei Wiedervorlagen (t2-t5) der 147 Anfangsprobl. (gepunktet).
 Werte der Kat. (grüne Linien). PKat.4, 5, 9 sind nicht dargestellt.

Leidensdruck von Patienten (N)

Die drei Belastungseinschätzungen der Studenten lagen summiert vor und konnten mit denen der Patienten verglichen werden. In *Abbildung 12* sind die Häufigkeitsverteilungen für Studenten als *graue* und für die Patienten als *blaue Balkendiagramme* dargestellt, *Abbildung 13* zeigt den Verlauf der daraus berechneten Mittelwerte. Es wird deutlich, dass sich die Patienten von den Studenten im Ausmaß des Problemdrucks und dessen Veränderung unterscheiden.

Anfangs haben viele Patienten einen hohen Leidensdruck (t1:M=9, Range=4-12, MW=8.9). Bei der Vergleichsgruppe ist der Schwerpunkt niedriger (t1:M=8, Range=3-10, MW=7.2). Zu einer Messung am Semesterende konnte die Hälfte der Studenten nochmals herangezogen werden; sie geben an, jetzt weniger an den früher genannten Problemen zu leiden (t2:M=6, MW=5.7).

Für die Patienten ist zu Therapiemitte und zum Therapieabschluss die Belastung deutlich verringert. Bei den meisten ergeben sich niedrigere Summenwerte (t2:M=6; t3:M=4), zwei Patienten zeigen keinen Leidensdruck mehr.

Nach der Therapie bleibt er bei vielen niedrig, bei manchen steigt er hingegen wieder an (t4:M=5).

Zuletzt schätzen Patienten die Belastung durch anfangs genannte Probleme niedrig ein oder sie bewerten sie nicht mehr (t5:M=4).

Bei der Subgruppe, die kein Angstproblem nennt (PUG.C), ist die Belastung am Therapiebeginn höher als bei den Studenten und ähnlich hoch wie bei der mittleren Subgruppe (PUG.B). Patienten, die anfangs fast nur Angst beschreiben (PUG.A), liegen in ihren Einschätzungen hingegen besonders hoch. Alle Subgruppen zeigen im Therapieverlauf verringerten Problemdruck. Ein Jahr nach der Therapie ist der Mittelwert bei PUG.A wieder erhöht, bei den anderen Subgruppen auf einen niedrigen Wert gesunken. Dies gilt auch, wenn fehlende Angaben durch früher abgegebene ersetzt werden (LOCF; siehe *Tabelle 11, Seite 129*).

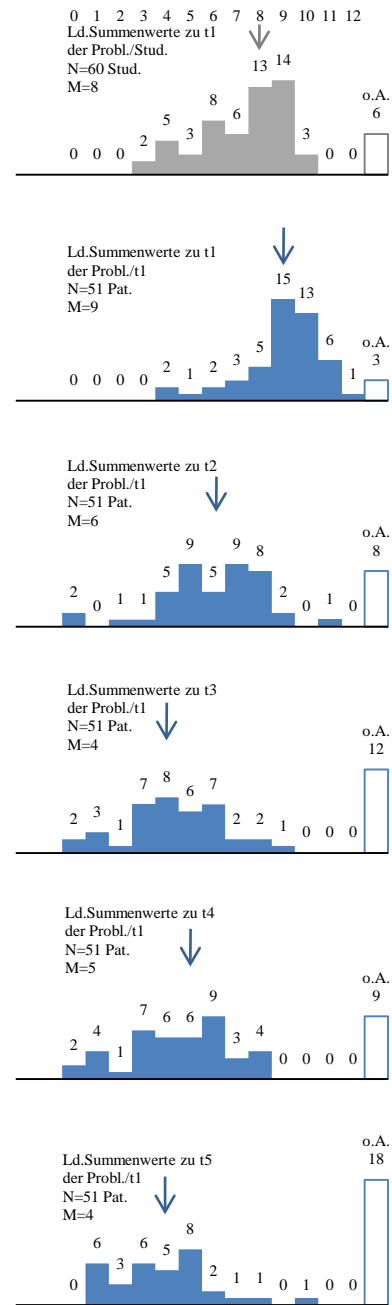


Abbildung 12: Leidensdruck (N/t1)
In absoluten Zahlen ist angegeben, wie viele Stud./Pat. einen Ld.Summenwert von 0 bis 12 erreichen. Grundlage sind die summierten Bewertungen der 3 Anfangsprobl. zu t1-t5.

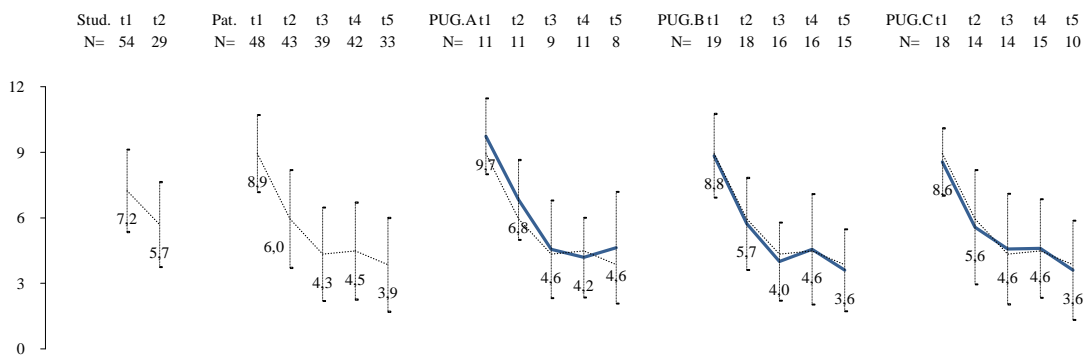


Abbildung 13: Leidensdruck-MW (N/t1-t5)
aus Ld.Summenwerten der 3 Anfangsprobl. an 5 Befragungszeitpunkten (gepunktet). Werte der PUG (blaue Linien).

5.2.2 Entwicklung von Erfolg

Häufigkeiten (n) der Werte

In *Abbildung 14* ist dargestellt, wie häufig Werte 0-4 bei der Erfolgseinschätzung vorkommen. Wenn erstmals (t2; M=2) einzuschätzen ist, inwieweit Anfangsziele erreicht sind, wird meist eine mittlere Bewertung gegeben (65mal 44% Wert 2). Bei 2 Zielen wird festgestellt, sie seien „vollständig“ erreicht (1% Wert 4); bei 34 es sei „viel“ (23% Wert 3), bei 21 „wenig“ (14% Wert 1), bei 5 Zielen „nichts“ erreicht (3% Wert 0). An t3 und t4 ist oft schon „viel“ (ca. 40%), bei einigen Zielen „alles“ erreicht (3%). „Etwas“ ist bei ca. 25% der Ziele, „wenig“ oder „nichts“ bei ca. 10% erreicht. Zuletzt ist der Anteil fast/ganz erreichter Ziele hoch (ca. 44%), viele sind aber nicht mehr bewertet (36%). Ab Therapieende (t5) ist der Median der Erfolgseinschätzung hoch und bleibt danach gleich. Der Mittelwert zeigt die Entwicklung anders: die Erfolgseinschätzung wird langsam besser (siehe *Abbildung 15*).

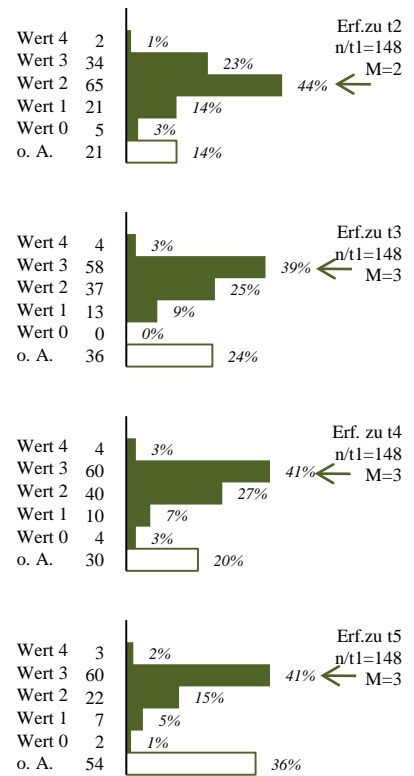


Abbildung 14: Erfolg (n/t1)
In absoluten Zahlen und in % ist angegeben, wie häufig die 148 Anfangsziele bei der ersten Erfolgseinschätzung (t2) und weiteren Vorlagen (t3-t5) mit 0 bis 4 bewertet werden.

Vergleich der Themen

Wenn Mittelwerte für Themen getrennt berechnet werden, zeigen die anfangs seltener genannten Themen kleine Abweichungen vom allgemeinen Trend: Die Besserung körperlicher Beschwerden (ZKat.1) wird ab Therapieabschluss höher, Bewältigung äußerer (ZKat.6) und interpersoneller Ziele (ZKat.8) generell kritischer bewertet als der Erfolg in den besonders häufigen, den Gesamtmw bestimmenden Themen „Angstbewältigung“ (ZKat.3) und „Ruhe/Gelassenheit“ (ZKat.7).

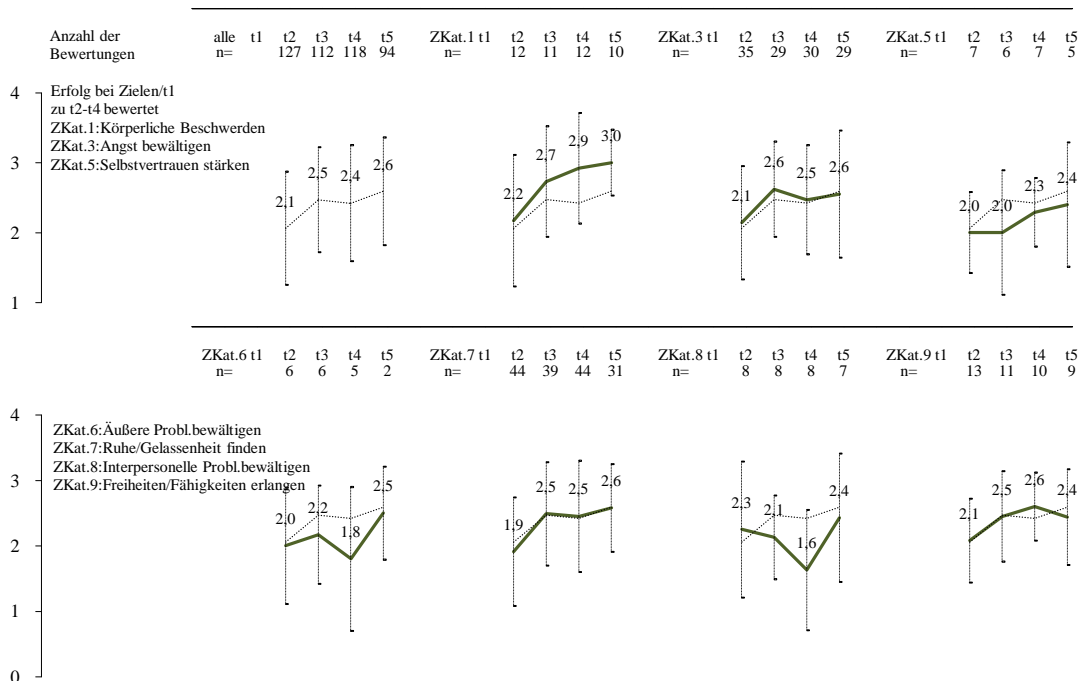


Abbildung 15: Erfolg-MW (n/t1) II
Erste (t2) und weitere Bewertung (t3-t5) der 148 Anfangsziele (gepunktet). Werte der Kat. (grüne Linien). ZKat.2, 4, 10 sind nicht dargestellt.

Erfolgseinschätzung von Patienten (N)

Als Summenwerte können die drei Erfolgseinschätzungen jedes Patienten mit den von 28 Studenten abgegebenen Erfolgseinschätzungen verglichen werden. *Abbildung 16* zeigt die Summenwertverteilungen *grau* für Studenten und *blau* für Patienten, die Mittelwerte sind in *Abbildung 17* dargestellt.

Schon bei der ersten Wertung (t2) schätzen viele Patienten ihren Erfolg als mittelgroß ein, ihre Werte sind höher (M=6; MW=5.9) als die der Studenten (M=5.5; MW=5.8).

Weiter in die positive Richtung verschieben sich Verteilung und damit Median und Mittelwert der Summenwerte bei t3 (M=7; MW=7.1) und t4 (M=7; MW=7.0). Einige Patienten bleiben in ihren Einschätzungen jedoch verhalten, ein Patient gibt zu t4 sogar an, keinen Erfolg zu haben (Summenwert 0). Auch bei t5 (M=8; MW=7.4) gibt es Patienten, die ihre Anfangsziele als kaum erreicht ansehen. Die Verteilung der Summenwerte hat jetzt zwei Gipfel: 14 ehemalige Patienten schätzen den Erfolg hoch ein (Summenwert 8), 18 Patienten bewerten ihn nicht mehr (o. A.).

Bei Unterteilung in Subgruppen zeigen Patienten der PUG.B am Therapieende (t5) eine etwas höhere Wertung. Patienten „ohne“ Angst (PUG.C) scheinen zur gleichen Zeit weniger zufrieden mit ihrem Erfolg, Patienten „mit viel“ Angst (PUG.A) erst nach der Therapie bei t4.

Zur letzten Befragung (t5) gleichen sich die Bewertungen der Subgruppen wieder an. Wenn fehlende durch zuletzt abgegebene Angaben ersetzt werden, bleibt der auf Anfangsziele bezogene Erfolg von PUG.A nicht erhalten, ihre Erfolgsbewertung bleibt hinter der anderer Subgruppen zurück (LOCF; siehe Tabelle 11, Seite 129).

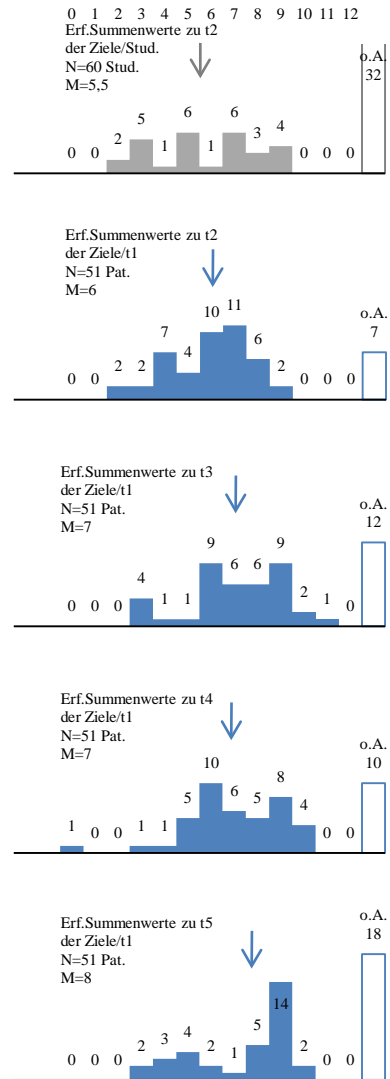


Abbildung 16: Erfolg (N/t1) In absoluten Zahlen ist angegeben, wie viele Stud./Pat. einen Erf.Summenwert von 0 bis 12 erreichen. Grundlage sind die summierten Bewertungen der 3 Anfangsziele zu t2-t5.

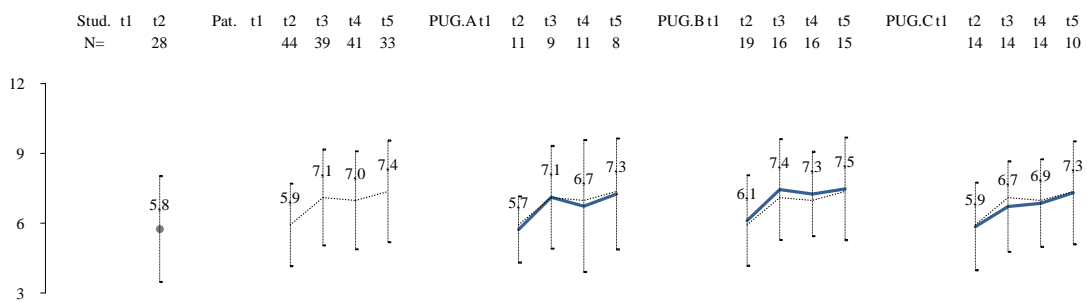


Abbildung 17: Erfolg-MW (N/t1) aus Erf.Summenwerten der 3 Anfangsziele an 4 Befragungszeitpunkten (gepunktet). Werte der Stud. (grauer Punkt). Werte der PUG (blaue Linien).

5.2.3 Prüfung der Hypothese C

Die Selbsteinschätzung von Leidensdruck ist bei Patienten höher als bei Studenten. Im Therapieverlauf ist bei den Patienten wie in *Hypothese C* angenommen eine Leidensdruckreduktion zu beobachten. Parallel dazu schätzen die Patienten ein, dass sie anfangs gesetzte Ziele zumindest teilweise erreicht haben. Bereits am zweiten Messzeitpunkt zur Therapiemitte unterscheiden sich Patienten in ihrer Belastungs- und Erfolgswertung kaum mehr von den Studenten. Das Ende der Therapie bewirkt bei manchen Patienten ein erneutes Ansteigen des Leidensdrucks in Bezug auf ihre Anfangsprobleme, wenn diese vorwiegend von Angst handeln (PUG.A, PUG.B), bei anderen sinkt die Belastung auch nach der Therapie weiter ab (PUG.C). Die Verläufe in der post-Therapiezeit sind unterschiedlich, wenn der Problemdruck und die Erfolgsentwicklung getrennt für jede Problem- oder Zielkategorie analysiert werden. Bei einigen Problemarten ist ein deutlicher und anhaltender Erfolg erzielt, bei anderen zeigen sich Schwankungen.

5.3 Themenwandel

Wenn *Hypothese B* zutrifft, ist zu erwarten, dass Patienten mit Generalisierter Angststörung im Therapieverlauf inhaltlich andere Probleme und Ziele äußern als zu Anfang. Es wurden an fünf Zeitpunkten Aussagen erhoben, jeweils zu Beginn (t1), in der Mitte (t2) und am Ende (t3) sowie 6 und 12 Monate nach der Therapie (t4, t5), dabei sollten jedes Mal die drei aktuell wichtigsten Probleme und Ziele formuliert werden.

Die gewonnenen Texte sind entsprechend PATH (Staats et al. 1996) einer von 10 Inhaltskategorien zuzuordnen. Zunächst wird beschrieben, von wie vielen Patienten Probleme/Ziele jeder einzelnen Inhaltskategorie genannt werden. Die Häufigkeiten der vorkommenden Inhaltskategorien werden in Bezug zur Anzahl der am jeweiligen Befragungszeitpunkt insgesamt genannten Probleme/Ziele gesetzt und die so errechneten Häufigkeiten mit Diagrammen veranschaulicht. Signifikanztests sind wegen der Gruppenabhängigkeit nicht berechnet. Unterschiede zwischen den Patienten-Untergruppen (PUG) werden beschrieben.

5.3.1 Zahl der Angaben

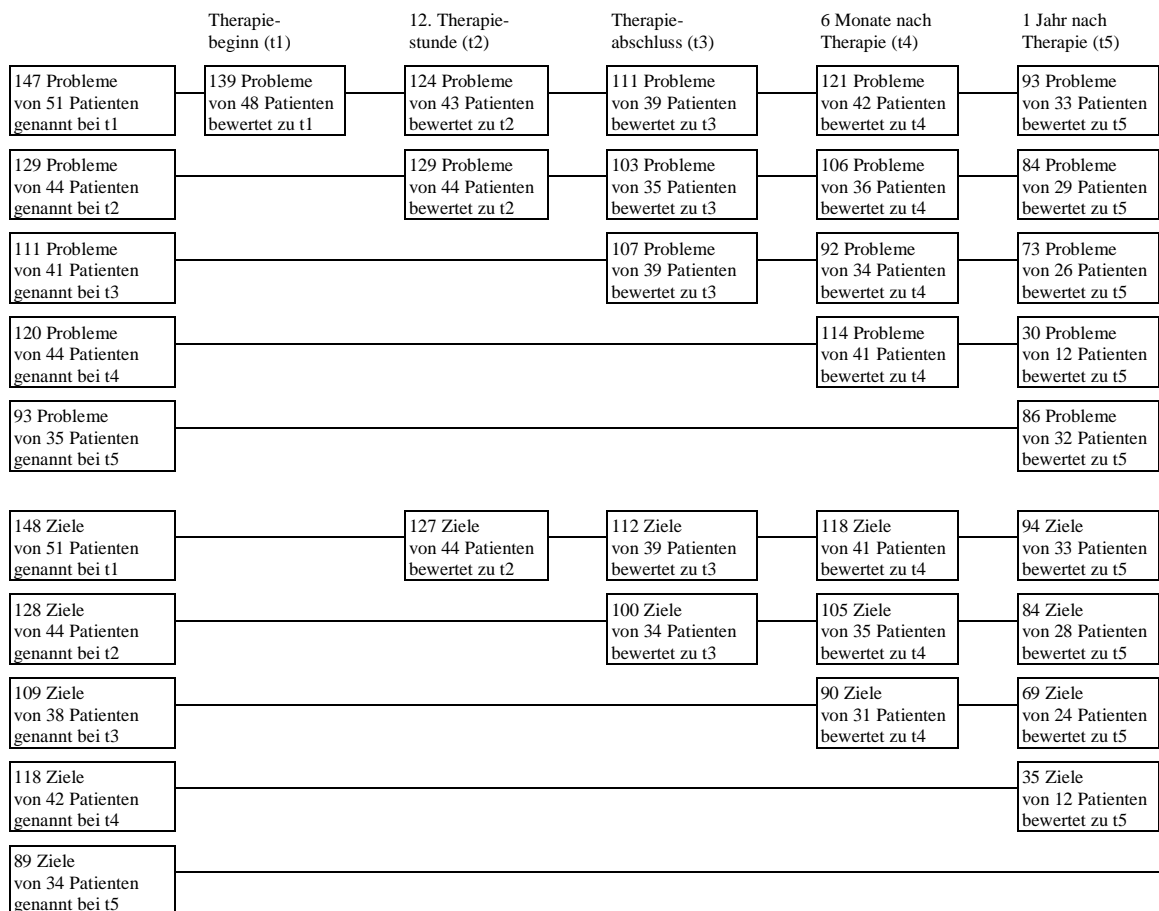


Abbildung 18: Anzahl der Probl./Ziele (n/t1 bis t5) und der Bewertungen bei Formulierung bzw. Wiedervorlage.

Bereits bei Therapiebeginn halten sich nicht alle Patienten an die Anleitung. Es gibt von Mal zu Mal mehr leere Stellen auf den Fragebögen. Einige Patienten geben weniger Ziele an als Proble-

me, andere Patienten geben weniger Probleme an als Ziele. Ab der dritten Befragung kommt es häufiger vor, dass die Fragebögen ohne Problembeschreibungen oder ohne Zielbeschreibungen zurückgegeben oder überhaupt keine Angaben gemacht werden. Vereinzelt vermerken Patienten, sie hätten „keine Probleme“ und/oder „keine Ziele“. Wegen der fehlenden Angaben wird zu keinem Zeitpunkt die mögliche Anzahl von 153 Problembeschreibungen und 153 Zielen erreicht.

Bei t_1 nennen alle Patienten mindestens ein Problem, es kommen 147 Probleme mit 139 Belastungseinschätzungen zusammen. Bei t_2 ist die Problemmenge mit 129 nicht mehr ganz so hoch, 111 Probleme sind es bei t_3 , 120 bei t_4 . Alle genannten Probleme werden bis zuletzt immer wieder zur Belastungseinschätzung vorgelegt. Bei t_5 ist die Problemmenge auf 93 reduziert und die bei t_4 genannten Probleme werden zum großen Teil nicht bewertet.

Von den anfangs (t_1) genannten 148 Zielen wird am folgenden Befragungszeitpunkt (t_2) bei 127 der erreichte Erfolg bewertet und es werden 128 neue Ziele formuliert. Von diesen werden bei t_3 100 bewertet und 109 neue Ziele genannt. Bei t_4 werden davon 90 bewertet und 118 neue formuliert. Nur 35 davon werden bei t_5 bewertet, jedoch 89 weitere Ziele erstellt (siehe Abbildung 18, Seite 47).

Die Einschätzungen von Leidensdruck/Erfolg in Bezug auf die Anfangsthemen wurden bereits in Kapitel 5.2 dargestellt, die jeweils ersten Einschätzungen in Bezug auf neue Probleme/Ziele im Kapitel 5.4 (ab Seite 56). Aufschluss über die Anzahl der fehlenden Bewertungen gibt Tabelle 11, Seite 129.

Bei der Unterteilung in Subgruppen wird deutlich, dass sich die Anzahl der genannten Probleme und Ziele im Therapieverlauf bei allen verringert (siehe Abbildung 19). Von den Patienten, die anfangs keine Angstprobleme nannten (PUG.C) kommen bereits ab der zweiten Befragung 20% weniger Formulierungen, bei der letzten Befragung sind es sogar 45% weniger. Bei den übrigen Patienten (PUG.A, PUG.B) verringert sich die Problem-/Zielmenge erst zum Therapieabschluss, vergrößert sich wieder bei der ersten Katamnese, zuletzt werden auch bei ihnen weniger Probleme und Ziele genannt als zu Therapiebeginn (siehe Tabelle 9, Seite 128).

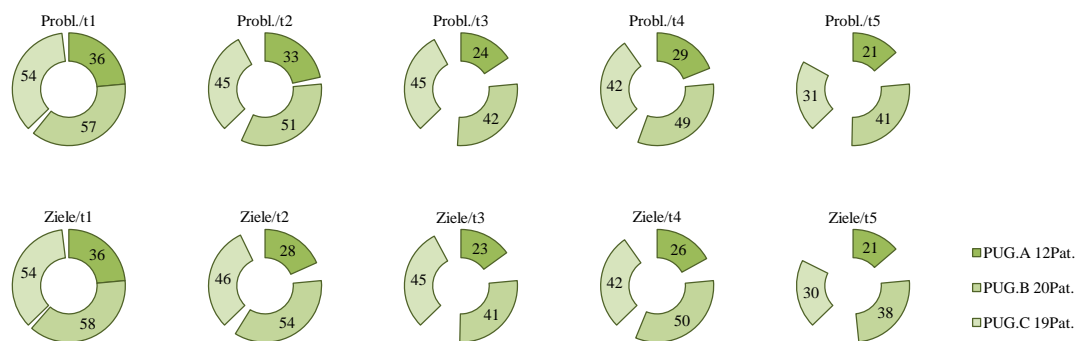


Abbildung 19: Anzahl der Probl./Ziele von PUG und drop-out im Zeitverlauf (n/t1 bis t5)

5.3.2 Probleme und Ziele von Patienten

Abbildung 20 zeigt (in %) wie viele Patienten an den Befragungszeitpunkten t_1 bis t_5 mindestens ein Problem einer Inhaltskategorie nennen und (in absoluten Zahlen), wie viele Patienten *ein*, *zwei* oder *drei* Probleme dieser Inhaltskategorie nennen.

Bei Therapiebeginn haben 18 Patienten körperliche Beschwerden (PKat.1), in Therapiemitte nur 4, bei Therapieabschluss wieder 12 und bei den Katamnesen 10 bzw. 8 Patienten. Depressive Beschwerden (PKat.2) nennen 15 Patienten am Beginn, 12 im Verlauf und schließlich nur 5 Patienten am Abschluss der Therapie, bei den Katamnesen 9 bzw. 7 Patienten. Zu Therapiebeginn geben 32 Patienten Angst an (PKat.3), später weniger (t_2 :23, t_3 :13, t_4 :18 Pat.), zuletzt noch immer 9 Patienten, mehrere beschreiben Angst zwei- oder dreimal. Äußere Probleme (PKat.6) sind anfangs für 16 Patienten aktuell, im weiteren Verlauf für eine noch größere Zahl (t_2 : 19, t_3 : 23, t_4 :22, t_5 : 24 Pat.), viele nennen zwei oder drei äußere Probleme. Anfangs zeigen 10 Patienten selbstbezogene (PKat.7) und 8 Patienten interpersonelle Probleme (PKat.8), später sind es etwas mehr, ein Jahr nach der Therapie wieder weniger Patienten. In der gesamten Untersuchungszeit werden Sucht (PKat.4), mangelndes Selbstwertgefühl (PKat.5), existentielle Probleme (PKat.9) und Zwänge (PKat.10) nur von wenigen Patienten genannt.

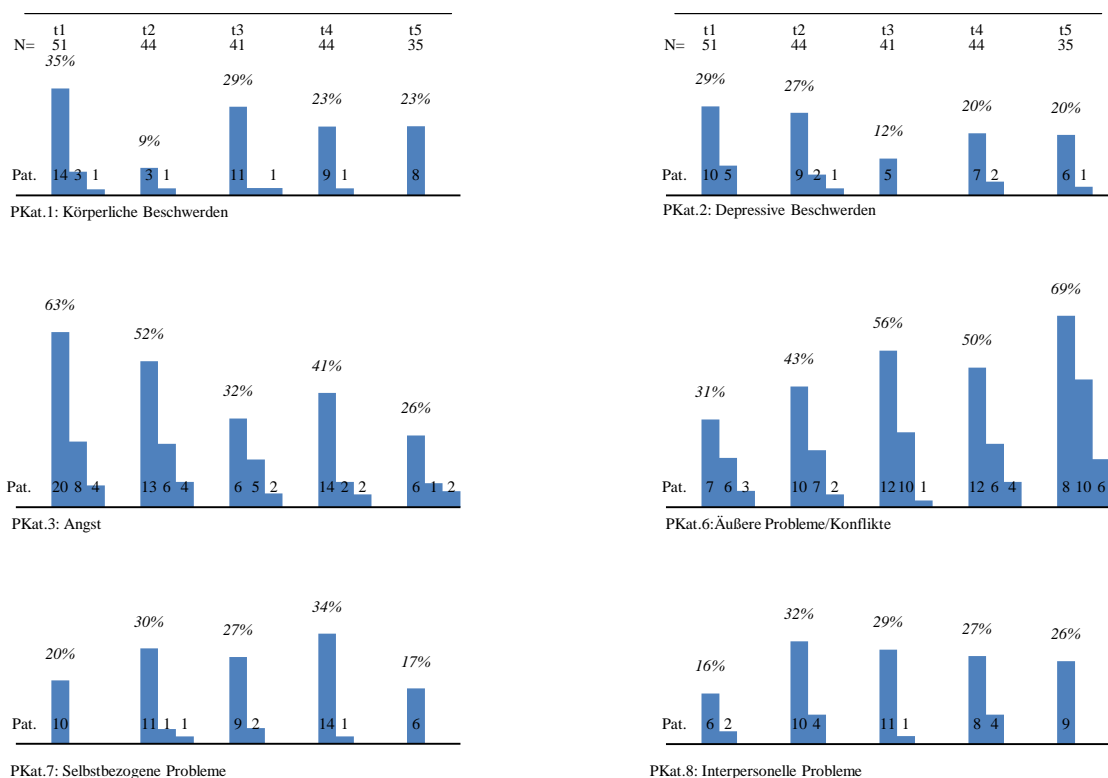


Abbildung 20: PKat.1,3,6-8 (N/t1 bis t5)

In % ist angegeben, wie viele Pat. an 5 Befragungsterminen mind. 1x ein Probl. der Kat. nennen. In absoluten Zahlen ist von links nach rechts angegeben, wie viele Pat. jeweils ein, zwei bzw. drei Probl. der Kat. nennen. Bsp.: An t2 nennen 13 Pat. ein Probl., 6 nennen zwei, 4 nennen drei Probl. aus PKat.3, zusammen nennen 23 Pat. mind. 1x PKat.3 (52% von N=44 Pat.).

Abbildung 21 zeigt, wie viele der Patienten an fünf Zeitpunkten *ein*, *zwei* oder *drei* Ziele einer Inhaltskategorie nennen. Bei Therapiebeginn wollen 16 Patienten eine Besserung körperlicher Be-

schwerden (ZKat.1), bei den späteren Befragungen 2 bis 7. Nur einzelne Patienten wollen depressive Beschwerden bessern (ZKat.2). Angstbewältigung (ZKat.3) streben zu Therapiebeginn (35 Pat.) und in der Therapiemitte viele an (24 Pat.), einige in zwei Zielen. Ab Therapieende bleibt Angstbewältigung noch für 9 bis 10 Patienten wichtig. Einige (4-8 Pat.) wollen an den verschiedenen Zeitpunkten ihr Selbstbewusstsein stärken (ZKat.5). Bewältigung äußerer Probleme (ZKat.6) spielt während der Therapie bei wenigen (5-6 Pat.), nach der Therapie bei mehr Patienten (9-16 Pat.) eine Rolle, häufig werden dann zwei oder drei Ziele auf Bewältigung äußerer Probleme gerichtet. Der Anteil der Patienten, die sich (oft in zwei oder drei Zielen) Ruhe und Gelassenheit (ZKat.7) wünschen, bleibt über die gesamte Untersuchungszeit hinweg hoch, zunächst wünschen sich das 39, in Therapiemitte und am Therapieende 28 bzw. 26 und bei den Katamnesen 24 bzw. 19 Patienten. Interpersonelle Probleme bewältigen (ZKat.8) wollen anfangs 7, nach und nach mehr, bei der ersten Katamnese 17 Patienten. Fähigkeiten und Freiheiten erlangen (ZKat.9) wollen bei Therapiebeginn 14, zur Therapiemitte 24, danach wieder weniger Patienten (11-15), einige in zwei oder drei Zielen.

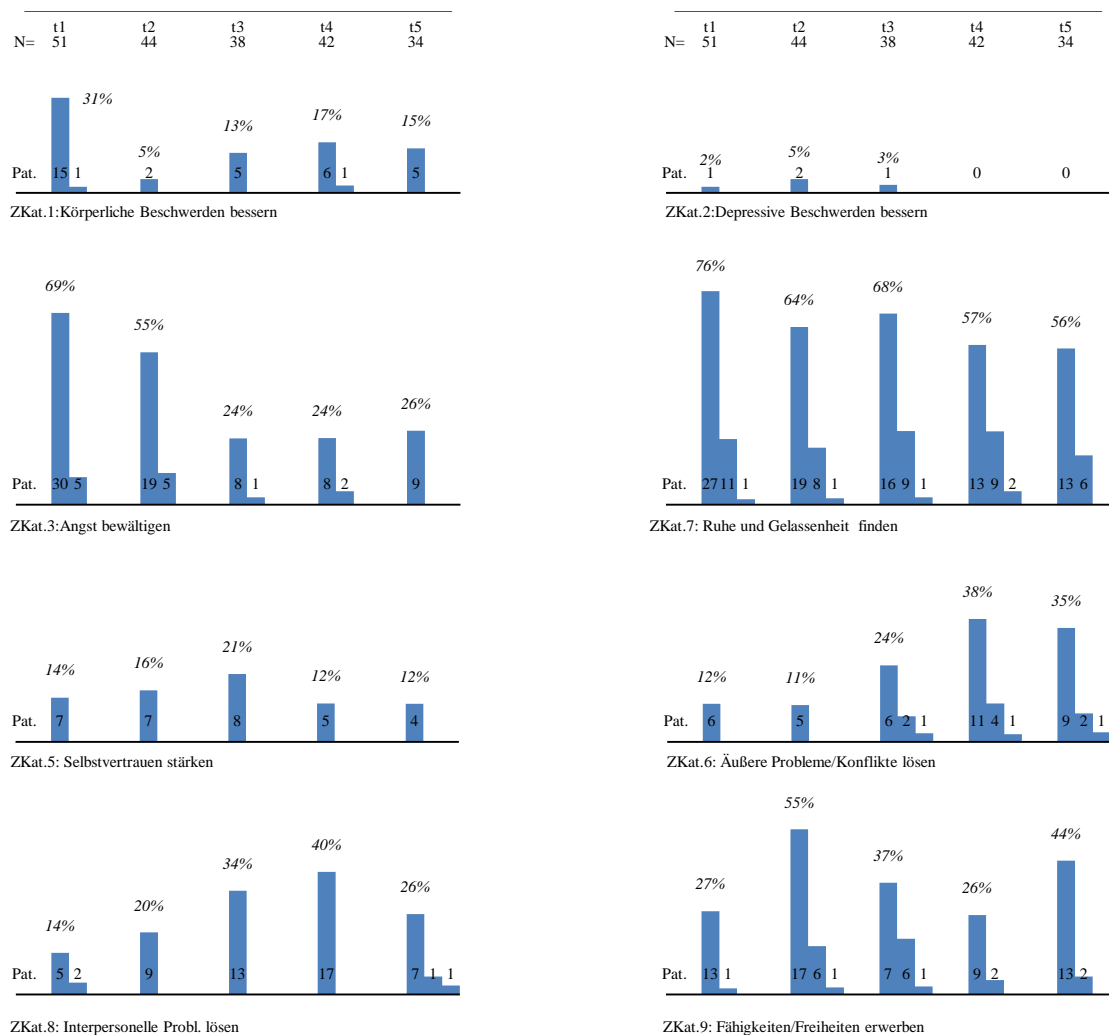


Abbildung 21: ZKat.1-3, 5-9 (N/t1 bis t5)

In % ist angegeben, wie viele Pat. an fünf Befragungsterminen mind. 1x ein Ziel der Kat. nennen. In absoluten Zahlen ist von links nach rechts angegeben, wie viele Pat. jeweils ein, zwei bzw. drei Ziele der Kat. nennen. Bsp.: An t2 nennen 19 Pat. ein Ziel, 5 nennen zwei Ziele aus ZKat.3, zusammen nennen 24 Pat. mind. 1x ZKat.3 (55% von N=44 Pat.).

5.3.3 Probleme im Therapieverlauf

Abbildung 22 zeigt die relativen Anteile der an fünf Befragungszeitpunkten häufig genannten Themen mit untereinander angeordneten grünen Balkendiagrammen und als Vergleichsmaßstab die relative Anzahl der von Studenten genannten Themen (grauer Balken).

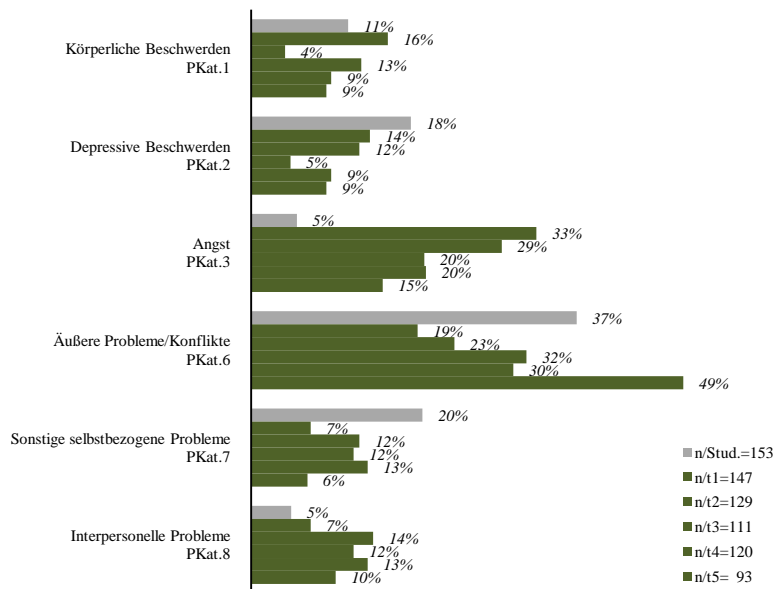


Abbildung 22: Probl. im Verlauf (n/t1 bis t5)
Pat. im Vergleich mit Stud. Wegen der geringen Anzahl werden PKat.4, 5, 9, 10 nicht dargestellt.

Wie bereits in Kapitel 5.1.3 dargestellt, werden am Therapiebeginn 23 der 147 Patientenaussagen als körperliche Beschwerden gesehen (PKat.1), mit 16% stehen sie für Patienten mit Generalisierter Angststörung an dritter Stelle aller Problemnennungen. Ihr Anteil sinkt in der ersten Therapiehälfte, bei der Befragung zu t2 ist er nur noch 4% (5 Probl.). Zum Therapieende steigt der Anteil wieder auf 13% (14 Probl.) und ist bei den Katamnesen 9% (11 bzw. 8 Probl.).

Am Therapiebeginn sind 14% der Probleme depressive Beschwerden (20 Probl. PKat.2). Erst bei der dritten Befragung zum Therapieabschluss sinkt der Anteil auf 5% (5 Probl.), bei der zweiten Befragung sind es noch 12% (16 Probl.). Bei den Nachbefragungen sind 9% der zum Zeitpunkt genannten Probleme dieser Kategorie zuzuordnen (11 bzw. 8 Probl.).

Angst (PKat.3) steht mit 48 von 147 der Problembeschreibungen an erster Stelle, sie macht zu Beginn der Therapie in 33% der Probleme den Inhalt aus. Der Anteil von Angst an der Gesamtproblematik sinkt zunächst wenig auf 29% bei der zweiten Messung (37 von 129 Problemen) und auf 20% bei Therapieabschluss (22 von 111 Probl.). Auf dem gleichen Niveau ist ihr Anteil ein halbes Jahr später (24 von 120 Probl.), sinkt zuletzt auf 15% (14 von 93 Probl.) und ist dann immer noch dreimal größer als bei der Vergleichsstichprobe.

28mal (19%) werden bei der ersten Erhebung äußere ungelöste Probleme und Konflikte (PKat.6) gesehen. Der Anteil steigt während der Therapie auf 23% (30 von 129 Probl.), zum Therapieende auf 32% (35 von 111 Probl.), bleibt bei der ersten Katamnese bei 30% (36 von 120 Probl.), steigt

noch einmal bei der zweiten auf 49% (46 von 93 Probl.). Der Anteil macht zuletzt knapp die Hälfte der genannten Probleme aus und liegt dann höher als bei der Vergleichsgruppe.

Anfangs werden nur 7% selbstbezogene Probleme gefunden (10 Probl. PKat.7). Der Anteil dieser Problemkategorie erhöht sich während der Therapie (16 Probl. 12%) und bleibt so hoch bis t4, dann reduziert er sich wieder auf das Ausgangsniveau (6 Probl. 6%).

10 Anfangsprobleme haben eine interpersonelle Thematik (7% PKat.8). Der Anteil erhöht sich zunächst auf 14% (18 Probl.), geht bei der letzten Befragung auf 10% (9 Probl.) zurück. Häufig wird „Selbstaufgabe“ befürchtet (SubPKat.8S), 9mal bei Therapiemitte, bei anderen Befragungen je 5mal. Eine geringe Rolle spielen die Subkategorien „Kontrolle/Unterwerfung“, „Distanz/Nähe“ und „sonstige“ interpersonelle Probleme (SubPKat.8K, 8D, 8X).

Eine Sucht oder Essstörung wird bei der ersten Katamnese zweimal genannt (2% PKat.4). Mangelndes Selbstwertgefühl ist zu Therapiebeginn 3mal, danach noch seltener Thema (1-3% PKat.5). 1mal am Beginn und 2mal am Ende der Therapie gibt es ein existentielles Problem (1-2% PKat.9). An jedem Termin kommen einige als Zwang empfundene Probleme zur Sprache (ca. 5% PKat.10).

5.3.4 Ziele im Therapieverlauf

Abbildung 23 zeigt die Anteile der verschiedenen Zielkategorien an allen genannten Zielen (grüne Balken) und als Vergleichsmaßstab die Anteile an den Zielen der Studenten (grauer Balken).

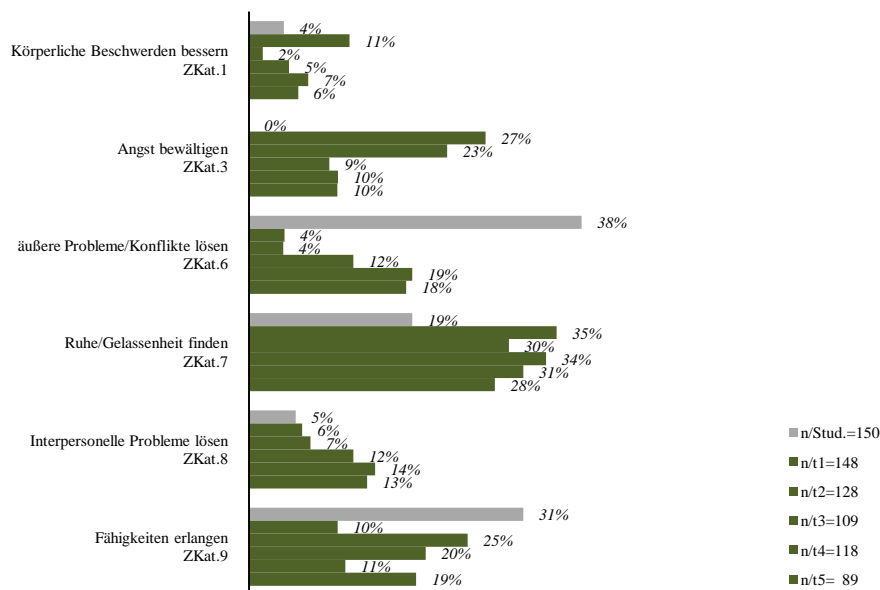


Abbildung 23: Ziele im Verlauf (n/t1 bis t5) Pat. im Vergleich mit Stud. Wegen der geringen Anzahl werden ZKat.2, 4, 5, 10 nicht dargestellt.

Bei Therapiebeginn wünschen sich die Patienten in 17 der 148 genannten Ziele eine Besserung körperlicher Beschwerden (ZKat.1), mit 11% steht dieses Ziel an dritter Stelle aller anfänglichen Zielnennungen. Bei der zweiten Befragung wird Besserung körperlicher Beschwerden noch 2mal, am Therapieabschluss 5mal, ein halbes Jahr später 8mal, ein Jahr nach der Therapie 5mal Thema (2-7%).

„Angst bewältigen“ (ZKat.3) ist 40mal zu Beginn der Therapie ein erklärtes Ziel, das sind 27% der 148 Ziele. Nach der 12. Therapiestunde wird es 29mal formuliert, das sind 23% der 128 am zweiten Befragungszeitpunkt gesetzten Ziele. Ab dem Therapieende wird Angstbewältigung seltener zum Ziel: 10mal bei Therapieabschluss, 12mal bei der ersten Katamnese, 9mal ein Jahr nach der Therapie (9-10%).

Pläne, die sich auf äußere Probleme und Konflikte beziehen (ZKat.6), werden zu Therapiebeginn und zu Therapiemitte selten formuliert (6 bzw. 5 Ziele, je 4%), am Therapieende und danach ist der Anteil deutlich höher (13-22 Ziele, 12-19%), erreicht aber zu keinem Zeitpunkt die Menge der von der Vergleichsgruppe genannten Ziele aus dieser Inhaltskategorie.

Mehr als ein Drittel der Ziele wird zu Therapiebeginn (35%) mit dem Wunsch „Ruhe und Gelassenheit finden“ in Verbindung gebracht (ZKat.7). Das Interesse an Ruhe und Gelassenheit bleibt hoch: 38mal wird bei der zweiten Befragung, 37mal am Therapieabschluss, 37mal ein halbes Jahr nach der Therapie, 25mal ein Jahr nach der Therapie (28-34%) dieses Ziel genannt.

Auf Lösung interpersoneller Probleme bezogene Ziele (ZKat.8) können verschiedenen Subkategorien zugeordnet werden. Am häufigsten geht es um Vermeiden von „Selbstverlust“ (SubZKat.8S). Bei den ersten beiden Befragungen haben je 9 Ziele (6-7%) mit interpersonellen Themen zu tun, ab Therapieabschluss ist der Anteil mit 12-14% größer (12-17 Ziele).

Zu Beginn der Therapie wird in wenigen Zielen ein Streben nach Freiheiten und Fähigkeiten (ZKat.9) deutlich (10%). Der Anteil hat sich nach der 12. Therapiestunde auf 25% mehr als verdoppelt (32 Ziele). Er schwankt danach zwischen 20% am Therapieabschluss (22 von 109 Zielen), 11% bei der ersten (13 von 118 Zielen) und 19% bei der zweiten Katamnese (17 von 89 Zielen).

Seltener werden Ziele aus den übrigen Inhaltskategorien genannt: Depressive Beschwerden bessern (ZKat.2) ist bei den Befragungen im Therapieverlauf nur vereinzelt (1-2%), nach der Therapie überhaupt nicht mehr Zielthema. Auf Suchtbewältigung (ZKat.4) sind nur bei der ersten Nachbefragung drei Ziele ausgerichtet (3%). Der Wunsch, das eigene Selbstvertrauen zu stärken (ZKat.5), wird zu Beginn und am zweiten Befragungszeitpunkt 7mal, am Therapieende 8mal, bei den Nachbefragungen 5mal und 4mal genannt. Anteilig sind das jeweils 4-7% der Ziele. Der Abbau von Zwängen (ZKat.10) kommt als Ziel ebenfalls selten vor (0-3% der Ziele).

5.3.5 Patienten-Untergruppen im Therapieverlauf

Patienten, die zu Beginn vielfach Angst (PKat.3) beschreiben (PUG.A), tun das auch im Therapieverlauf noch in großem Ausmaß (58%). Bei der „mittleren“ Patientengruppe (PUG.B) halbiert sich der Anteil in der gleichen Zeit auf 18%. Dafür handeln in Therapiemitte bei Patienten, die zunächst kein einziges Angstproblem zeigten (PUG.C), 20% der neu genannten Probleme von Angst. Nach Therapieabschluss wird Angst bei allen Subgruppen seltener genannt, die relative Häufigkeit ist aber wie zuvor am höchsten bei PUG.A, am niedrigsten bei PUG.C.

Äußere Probleme (PKat.6) werden von Patienten aus PUG.C zu Beginn der Therapie in großer Zahl (43%), im Therapieverlauf weniger oft genannt (ca.30%). Bei den anderen Patienten ist zu Therapiebeginn der Anteil äußerer Probleme unbedeutend. Das ändert sich während der Therapie bei PUG.B (27%), und ab Therapieende bei PUG.A (42%). Bei der letzten Befragung zeigen alle Subgruppen in etwa 50% äußere Probleme.

Bei PUG.A ist der Anteil körperlicher Probleme (PKat.1) durchweg niedrig (0-7%), bei den anderen Untergruppen ist er zu Beginn und erneut ab dem Therapieende höher. Er macht etwa bei PUG.C am Therapieende 16% der Probleme aus. Auch depressive Beschwerden (PKat.2) kommen bei PUG.A kaum vor. Bei PUG.B ist die Problematik zunächst mit 23% sehr ausgeprägt, zum Therapieabschluss jedoch auf 7% reduziert.

Im Therapieverlauf werden selbstbezogene Probleme (PKat.7) in allen Subgruppen etwas häufiger dargestellt, bei PUG.C setzt sich das nach der Therapie zunächst fort. Die Bedeutung interpersoneller Probleme (PKat.8) scheint ebenfalls zu wachsen, aber nicht in jeder Subgruppe gleich stark. Eine Steigerung ist vor allem bei den Subgruppen PUG.A und PUG.C zu sehen.

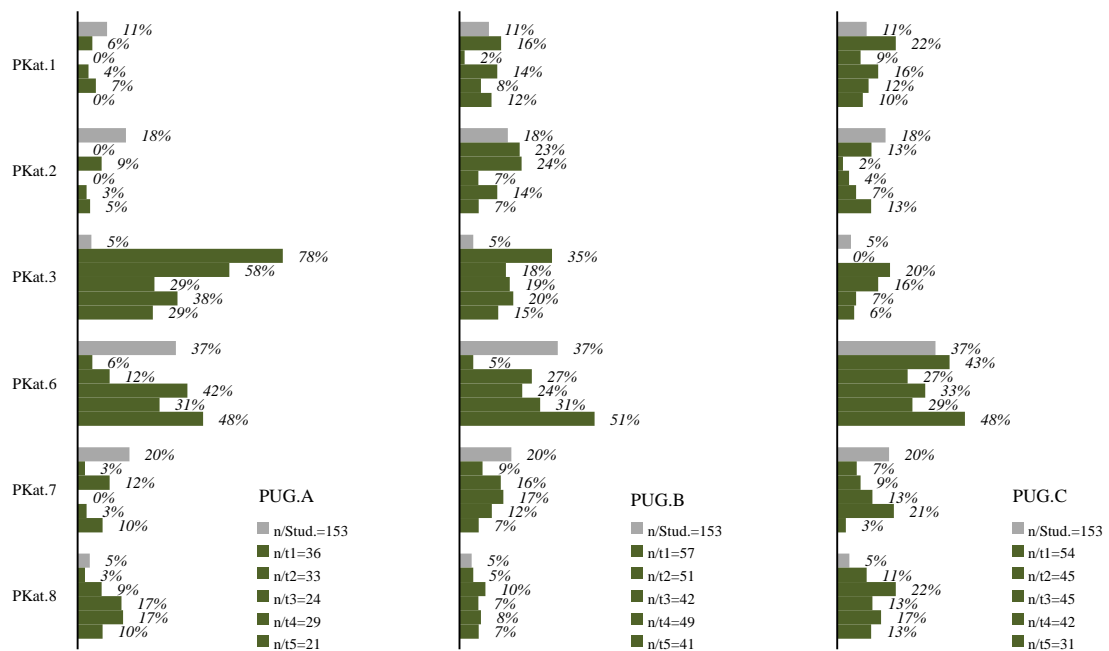


Abbildung 24: Probl. von PUG (n/t1 bis t5)
Vergleich mit Probl. von Stud. PKat.4, 5, 9, 10 sind nicht dargestellt.

Dem sehr hohen Anteil der zu Beginn geäußerten Angstprobleme (78%) entspricht in der PUG.A eine große Anzahl von Zielen, einerseits Angst (ZKat.3 36%) zu bewältigen, andererseits Ruhe und Gelassenheit zu finden (ZKat.7 28%). Der direkte Wunsch, Angst zu bewältigen, wird zu Therapiemitte weniger oft geäußert. Ruhe und Gelassenheit zu finden bleibt hingegen weiterhin wichtig und wird konstant in etwa 20% der Ziele ausgesprochen, bei der ersten Katamnese sogar wieder in über 30%.

Von Beginn an wird bei PUG.B häufiger als Angstbewältigung (28%) Ruhe und Gelassenheit angestrebt (38%), daran ändert sich im Untersuchungsverlauf wenig, der Anteil dieser Zielkategorie bleibt während der ganzen Therapiezeit hoch (31-39%).

Patienten der PUG.C nennen Angst zwar nicht in ihren Anfangsproblemen, wohl aber in den Zielen, sowohl zu Beginn (20%) wie auch während der Therapie (28%). Später wird Angst seltener in einem Ziel genannt (2-10%). Aber auch in dieser Teilgruppe werden beständig und über die Therapie hinaus Ziele formuliert, die Ruhe und Gelassenheit thematisieren (30-37%).

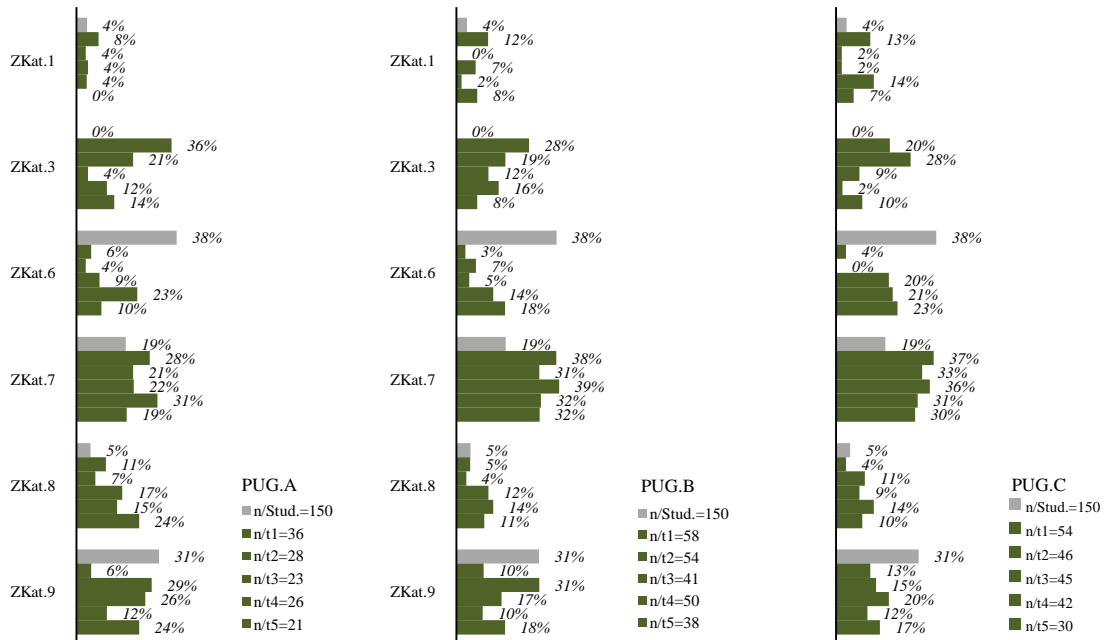


Abbildung 25: Ziele im Verlauf (n/t1 bis t5), PUG
Vergleich mit Zielen von Stud. ZKat.2, 4, 5, 10 sind nicht dargestellt.

Bei allen Untergruppen wird während der Therapie immer häufiger geplant, Freiheiten und Fähigkeiten zu erwerben (ZKat.9). Nach der Therapie gewinnt zudem die Bewältigung äußerer Probleme (ZKat.6) in den Zielen an Bedeutung, besonders bei der Untergruppe (PUG.C), die bereits von Beginn an in entsprechenden Problembeschreibungen solche Themen fokussiert hatte.

5.3.6 Prüfung der Hypothese B

Patienten mit Generalisierter Angststörung äußern zu Therapiebeginn viele Angstprobleme und haben entsprechend häufig das Ziel, Angst zu bewältigen. Schon zu Beginn wird der Wunsch nach Angstbewältigung zusätzlich in dem Ziel, Ruhe und Gelassenheit zu entwickeln, bestimmend. Der Anteil dieser Zielart bleibt über die ganze Therapie hinweg und auch nach der Therapie hoch. Ziele, die Angstbewältigung direkter ansprechen, werden hingegen durch Ziele ersetzt, die den Erwerb von Fähigkeiten oder die Bewältigung äußerer Probleme zum Thema haben. Auch bei den Problemen rücken Themen in den Vordergrund, die äußere Probleme und Konflikte betreffen. Depressive sowie körperliche Beschwerden werden bei Patienten mit Generalisierter Angststörung häufig genannt, jedoch nicht häufiger als in einer Vergleichsstichprobe. Während der Therapie machen körperliche Beschwerden anderen Themen Platz, depressive Beschwerden werden erst am Therapieende weniger. Während der Therapie spielen interpersonelle und selbstbezogene Probleme eine größere Rolle. Der in Hypothese B vorhergesagte Themenwandel ist eingetreten.

5.4 Wandel der Selbsteinschätzung von Leidensdruck und Erfolg

Belastung, die mit Anfangsproblemen verbunden war, kann mit der Belastung durch später genannte Probleme verglichen werden. Analog kann deutlich werden, ob der Patient später gesetzte Ziele schneller oder weniger schnell für erreicht hält als Anfangsziele. In *Hypothese C* wird als Effekt von Therapie erwartet, dass der Patient nach und nach bei neuen Problemen weniger Belastungsdruck verspürt und besser in der Lage ist, selbstgesetzte Ziele erfolgreich umzusetzen. Die Entwicklung wird abgebildet, indem pro Termin die Kennwerte für neue Probleme und für die zuletzt genannten Ziele berechnet werden. Dabei sind die fehlenden Angaben zu berücksichtigen: Eine unmittelbare Einschätzung des Leidensdrucks, das ein neues Problem verursacht, wird selten versäumt. Dagegen fehlen oft die erst am folgenden Befragungstermin fälligen Erfolgseinschätzungen bei Zielen. Sie werden wie die früher formulierten Probleme bei deren (Wieder-)Vorlage nur zu 65-85% bewertet. Gravierend ist der Ausfall von Angaben bei der letzten Befragung (t5): Obwohl Probleme/Ziele aus früheren Befragungen (t1 bis t3) im wie bis dahin üblichen Ausmaß bewertet werden, ist Leidensdruck/Erfolg bei in der vorhergegangenen Befragung (t4) genannten Problemen/Zielen nur zu 30% beurteilt.

5.4.1 Leidensdruck bei neuen Problemen

Für jedes Problem sollte bei der ersten Formulierung der Problemdruck entlang der Skala von Wert 0 „(leide) überhaupt nicht“ bis Wert 4 „könnte nicht schlimmer sein“ eingeschätzt werden.

Häufigkeiten (n) der Werte

In *Abbildung 26* zeigt das erste Diagramm die schon beschriebene erste Einschätzung der Anfangsprobleme (*siehe Seite 41*). Über 80% werden mindestens als stark belastend (Werte 3&4) erlebt. Unter den bei Therapiemitte (t2) genannten sind weniger Probleme mit „sehr hohem“ (Wert 4) und mehr mit „hohem“ Leidensdruck (Wert 3) beschrieben, zusammen genommen sind es immer noch 65% der neuen Probleme, die als mindestens stark belastend erlebt werden. Der Anteil so stark belastender Probleme unter den neu genannten variiert, bleibt jedoch hoch – nur bei Therapieabschluss (t3) liegt er unter 50% und der Median ist dann niedrig (M=2). Bei den Katamnesen wächst der Anteil wieder auf über 50% und der Median ist so hoch wie zu Beginn (M=3). Zugleich gibt es jetzt mehr Probleme mit geringer eingeschätztem Leidensdruck. Deshalb bleibt der errechnete Mittelwert relativ niedrig (*siehe Abbildung 27*).

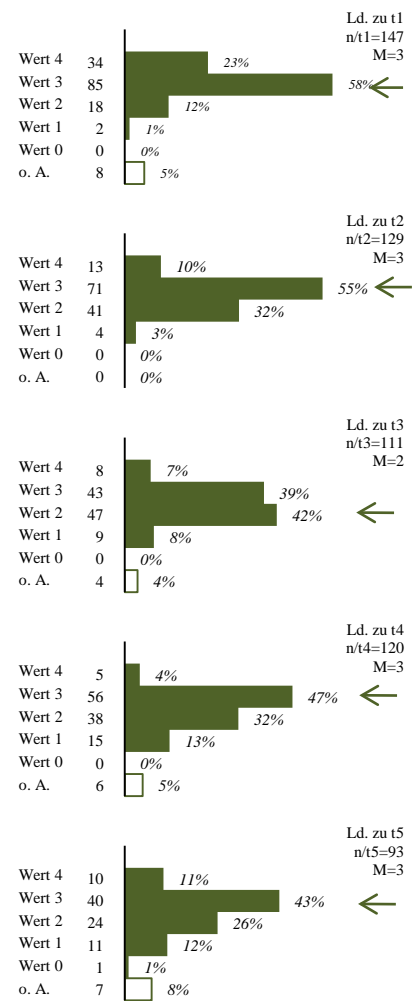


Abbildung 26: Leidensdruck (n/t1 bis t5) In absoluten Zahlen und in % ist angegeben, wie häufig die im Verlauf t1 bis t5 genannten Probl. bei der ersten Formulierung mit 0 bis 4 bewertet werden.

Vergleich der Themen

Mittelwerte der zum jeweiligen Befragungszeitpunkt neu genannten Probleme sind in *Abbildung 27* als erste Verlaufskurve dargestellt und zum Vergleich bei der Darstellung jeder Inhaltskategorie hinterlegt. Höchster Problemdruck ist anfangs bei depressiven Beschwerden (**PKat.2**), Angst (**PKat.3**), selbstbezogenen (**PKat.7**) und interpersonellen Problemen (**PKat.8**) zu finden. Später genannte Probleme werden, gleich welcher Kategorien sie zuzuordnen sind, als weniger belastend gesehen. Es gibt nach dem Therapieende Schwankungen und graduelle Unterschiede. Bei **t4** neu genannte Angstprobleme (**PKat.3**) sind weniger bedrückend als die zu Beginn genannten. Im Gegensatz dazu bringen die zur gleichen Zeit aufgetauchten depressiven Beschwerden (**PKat.2**) wieder hohen Druck mit sich. Bei **t5** werden einige neue, nun sehr belastende Angst- (**PKat.3**) und Zwangsprobleme (**PKat.10**) genannt.

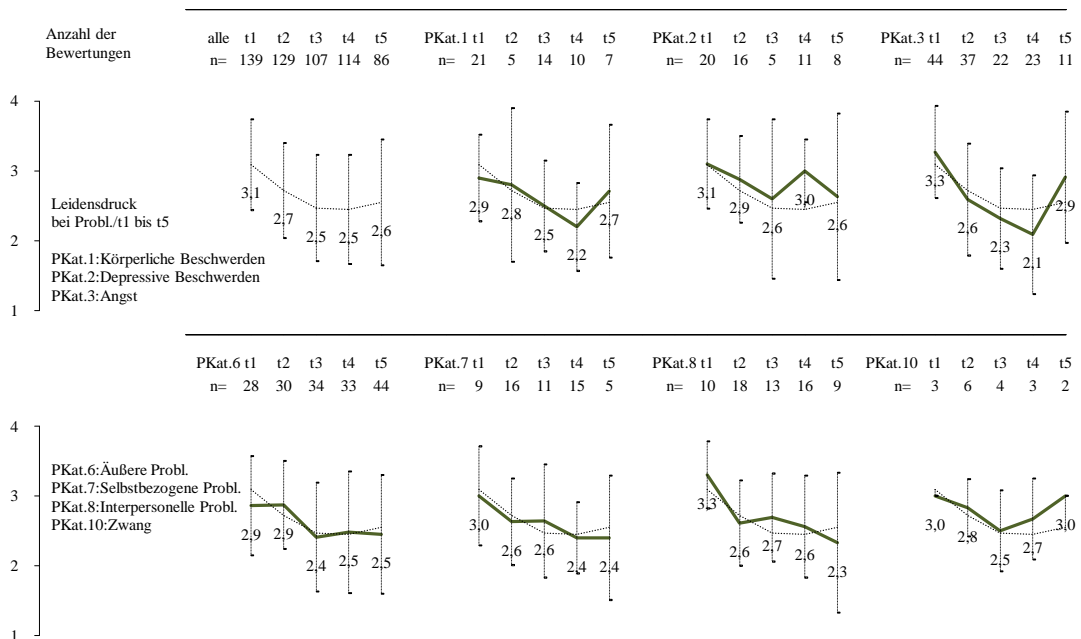


Abbildung 27: Leidensdruck-MW (n/t1 bis t5)
 Erste Bewertung der an fünf Zeitpunkten genannten Probl. (gepunktet).
 Werte der Kat. (grüne Linien). PKat.4, 5, 9 sind nicht dargestellt.

Leidensdruck von Patienten (N)

Die Häufigkeiten von Leidensdruck-Summenwerten bei den Studenten (*graue Balken*) und den Patienten (*blaue Balken*) werden in *Abbildung 28* verglichen.

Zu Beginn der Therapie sind die Leidensdruck-Summenwerte der Patienten noch sehr hoch ($t1:M=9, MW=8,9$), in Therapiemitte kommt mit neuen Problemen ein niedrigerer Leidensdruck zustande ($t2:M=8, MW=8,0$). Bei Therapieabschluss und bei späteren Befragungen sind Median und Durchschnitt der Leidensdruck-Summenwerte neuer Probleme ($t3-t5:M=7, MW=6,8$) ähnlich niedrig wie bei den Studenten ($M=8, MW=7,2$). Die Summenwertverteilung zeigt das veränderte Bild. Allerdings gibt es zuletzt eine große Zahl von Patienten, die keine Probleme bzw. keine Bewertungen mehr angeben.

Abbildung 29 zeigt: Patienten, die zu Beginn fast nur Angst schildern (PUG.A), schätzen den Leidensdruck anfangs besonders hoch ein. Als weniger bedrückend nehmen sie Probleme wahr, die sie an $t2$ und schließlich an $t3$ und $t4$ nennen, erst die Probleme aus der letzten Befragung ($t5$) sind wieder belastender.

Patienten, die auch Probleme mit anderem Inhalt als Angst schilderten (PUG.B), haben etwas weniger Leidensdruck, die spätere Problemlage ist bei ihnen noch weniger belastend. Allerdings steigen ihre Summenwerte nach der Therapie wieder an.

Patienten (PUG.C), die Angst zunächst nicht thematisieren, erscheinen neue Probleme kontinuierlich weniger belastend als die anfänglichen. Die positive Entwicklung setzt sich über die Therapie hinaus fort.

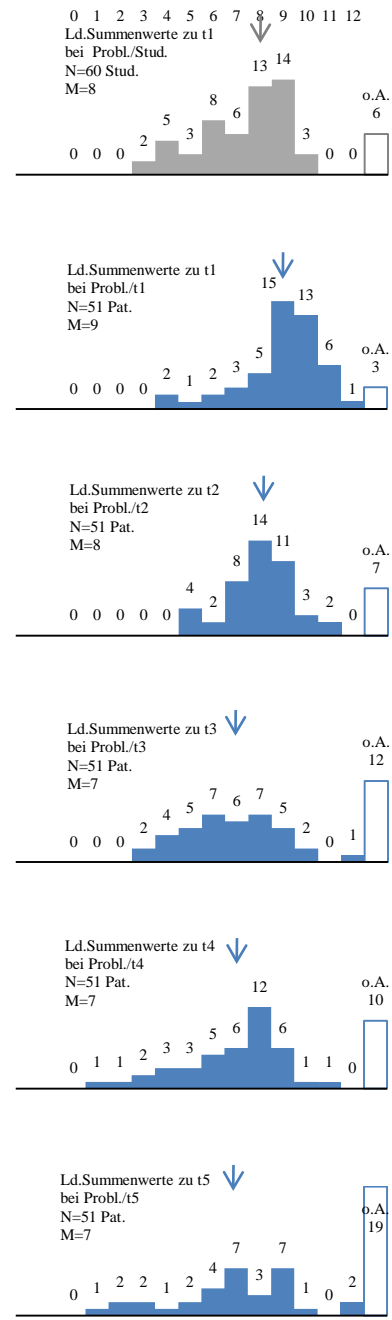


Abbildung 28: Leidensdruck (N/t1 bis t5) In absoluten Zahlen ist angegeben, wie viele Stud./Pat. einen Ld.Summenwert von 0 bis 12 erreichen. Grundlage sind die summierten ersten Bewertungen der 3 Probl.

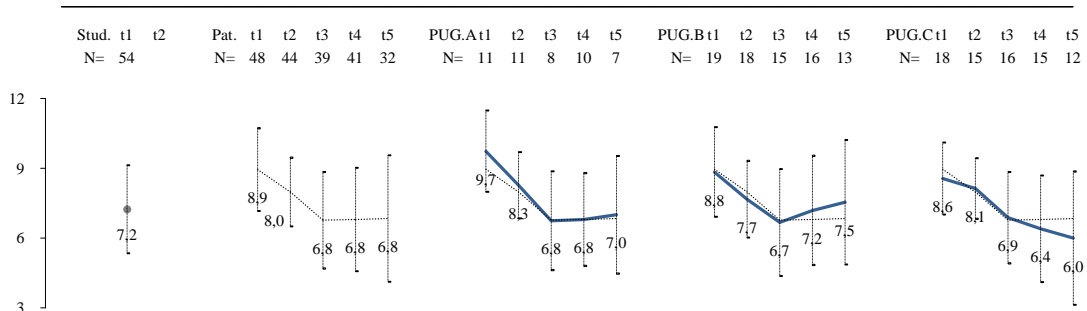


Abbildung 29: Leidensdruck-MW (N/t1 bis t5) aus Ld.Summenwerten der drei Probl.Bewertungen (gepunktet). Werte der Stud. (grauer Punkt). Werte der PUG (blaue Linien).

5.4.2 Erfolg bei neuen Zielen

Den Erfolg bei Zielen schätzten die Patienten erstmals am zweiten Befragungszeitpunkt ein. Dieser Vorgang wiederholte sich bei den jeweils neu gesetzten Zielen, so konnte jeweils deren erster Erfolg verglichen werden. Der Erfolgsgrad sollte entlang einer Skala zwischen *Wert 0* „Ziel überhaupt nicht erreicht“ und *Wert 4* „Ziel vollständig erreicht“ eingeordnet werden.

Häufigkeiten (n) der Werte

Wenn in Therapiemitte (zu t_2) bewertet wird, wie gut die Anfangsziele (aus t_1) umgesetzt wurden, scheint bei fast jedem vierten Ziel „viel/alles“ erreicht (Werte 3&4 zusammen 24%).

Der Anteil mittlerer Erfolgseinschätzungen überwiegt: Bei 44% der Ziele ist „etwas“ (Wert 3) erreicht. Nur bei 17% ist „wenig“ oder „nichts“ (Werte 1&0) erreicht.

Abbildung 30 zeigt die Umverteilung der Werte: Bei jeweils etwa 40% der in t_2 oder t_3 gesetzten Ziele erscheint bei ihrer ersten Bewertung „viel/alles“ erreicht, bei ca. 25% „etwas“ und bei ca. 14% „wenig“ oder „nichts“. Am Befragungstermin t_5 fehlen die Bewertungen von 70% der zu t_4 genannten Ziele, bei den anderen Zielen ist entweder mindestens „viel“ erreicht (14%) oder nur „etwas“, „wenig“ oder „nichts“ (16%).

Erster Erfolg ist demnach bei im Therapieverlauf genannten Zielen höher ($t_3/t_4: M=3$) als bei Anfangszielen ($t_2: M=2$), aber auch höher als bei nach der Therapie genannten ($t_5: M=2$). Die Mittelwerte zeigen die Entwicklung weniger dramatisch als die Mediane (siehe Abbildung 31).

Vergleich der Themen

Ziele, die sich mit Zwang (ZKat.10) oder Sucht (ZKat.4) auseinandersetzen, kommen so vereinzelt vor, dass sie in der Abbildung nicht dargestellt sind. Bei geringen Häufigkeiten können Mittelwerte extrem ausfallen. Ein Beispiel dafür ist das Ziel, körperliche Beschwerden zu bessern (ZKat.1): die Verlaufskurve wird verzerrt, weil es an t_3 nur eine einzige, sehr hohe Bewertung gibt.

Generell sind bei t_5 festgestellte Werte kritisch zu sehen, wenn sie auf niedrigen Zahlen beruhen. An den vorherigen Befragungszeitpunkten sind zu den meisten Zielarten mehr Bewertungen gemacht worden, so dass ein Vergleich möglich erscheint. So fällt auf, dass Angstbewältigung (ZKat.3) früh (t_2), das Erreichen von Ruhe und Gelassenheit (ZKat.7) später (t_3) als erfolgreich ein-

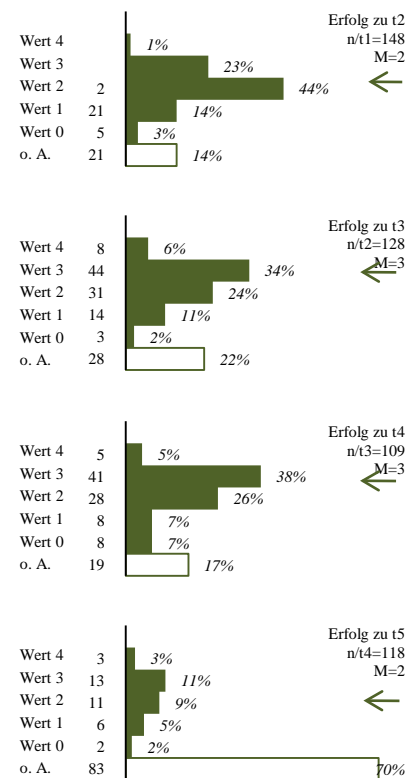


Abbildung 30: Erfolg (n/t2 bis t5)
In absoluten Zahlen und in % ist angegeben, wie häufig die im Verlauf t_1 bis t_5 genannten Ziele bei der ersten Erfolgseinschätzung mit 0 bis 4 bewertet werden.

geschätzt wird. Äußere Probleme bewältigen (ZKat.6) und interpersonelle Probleme lösen (ZKat.8) gelingt den Patienten während der Therapie (t2, t3) besser, Erwerb von Freiheiten und Fähigkeiten (ZKat.9) erst nach der Therapie (t4, t5). Der Gewinn an Selbstvertrauen (ZKat.5) bleibt indessen nach Einschätzung der Patienten durchweg niedriger als der Erfolg bei anderen Zielkategorien.

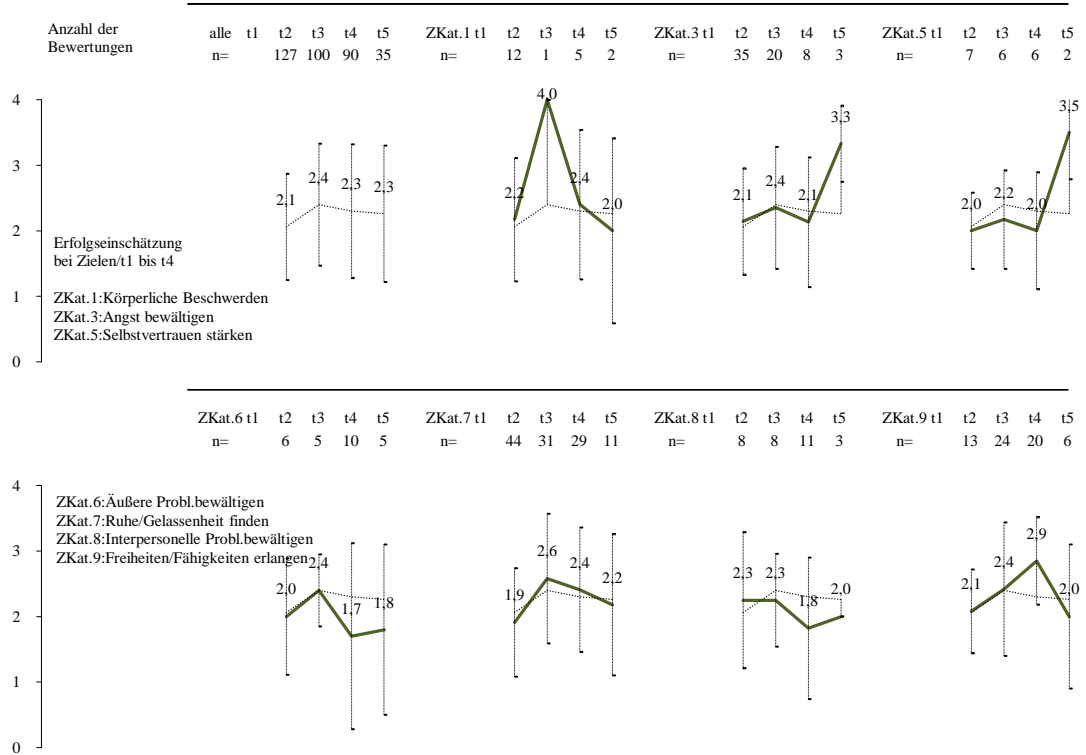


Abbildung 31: Erfolg-MW (n/t1 bis t4)
 Erste Bewertung der jeweils am vorangegangenen Zeitpunkt genannten Ziele (gepunktet).
 Werte der Kat. (grüne Linien). ZKat.2, 4, 10 sind nicht dargestellt.

Erfolgseinschätzung von Patienten (N)

Abbildung 32 zeigt Unterschiede zwischen den Studenten (graue Balken) und den Patienten (blaue Balken) in der Verteilung ihrer Erfolgssummenwerte.

Die Patienten schätzen den Erfolg bei t2 höher ein (M=6; MW=5,9) als Studenten, die dazu am Semesterende befragt wurden (M=5,5; MW=5,8). In Therapiemitte gesetzte Ziele werden bei ihrer ersten Bewertung (t3) von vielen Patienten als in deutlich größerem Ausmaß erreicht gesehen (M=8; MW=7,1). Der Erfolg von dann gesetzten Zielen wird in t4 erfragt, dabei erreichen die Selbsteinschätzungen wieder weniger hohe Werte (M=7; MW=6,7). Ähnlich fällt die Erfolgsbilanz der Patienten bei der Bewertung (zu t5) der in t4 gesetzten Ziele aus (M=7; MW=6,6). Allerdings werden von 39 Patienten keine Bewertungen mehr abgegeben.

Abbildung 33 zeigt: Patienten, die anfangs mit nur einem Angstproblem gestartet waren (PUG.B), sehen sich im Erreichen der an verschiedenen Zeitpunkten gesetzten Ziele nach und nach als erfolgreicher an. Bei den anderen Patienten (PUG.A, PUG.C) ist der Anstieg des Erfolgsbetrags steiler, sie sehen den ersten Erfolg bei Zielen aus der Therapiemitte deutlich höher an als bei den Anfangszielen. Nach der Therapie (t4) wirken ihre Einschätzungen von zu t3 gesetzten Zielen im Vergleich dazu wieder kritischer. Die bei der vorletzten Befragung (t4) gesetzten Ziele bleiben an t5 zum großen Teil unbewertet: In Teilgruppe PUG.A werten zuletzt 2 Patienten, die zufrieden zu sein scheinen. Das gilt für die 5 Patienten aus PUG.C weniger.

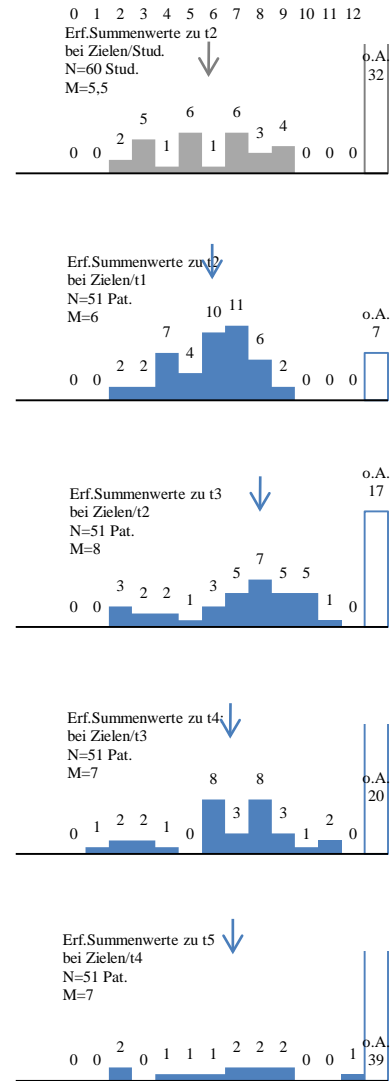


Abbildung 32: Erfolg (N/t2 bis t5)
In absoluten Zahlen ist angegeben, wie viele Stud./Pat. einen Erf. Summenwert von 0 bis 12 erreichen. Grundlage sind die summierten ersten Bewertungen der am vorangegangenen Zeitpunkt genannten 3 Ziele.

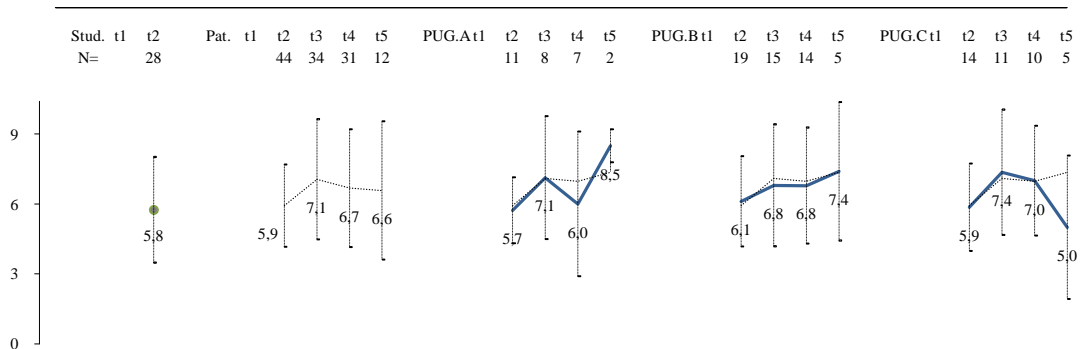


Abbildung 33: Erfolg-MW (N/t2 bis t5)
aus Summen der je drei Bewertungen von am jeweils vorangegangenen Befragungszeitpunkt genannten Zielen (gepunktet).
Werte der Stud. (grauer Punkt). Werte der PUG (blaue Linien).

5.4.3 Prüfung der Hypothese C

Im Therapieverlauf war nicht nur, wie in *Hypothese C* vorhergesagt, eine Verminderung des Leidensdrucks bei Anfangsproblemen und parallel dazu eine Erfolgsentwicklung der Anfangsziele zu beobachten. Hinzu kommt, dass neu formulierte Probleme bereits zu Beginn mit weniger Leidensdruck verbunden werden, der dann in ähnlicher Weise wie bei den Anfangsproblemen im Lauf der Therapie abnimmt. Der Erfolg von in Therapiemitte neu gesetzten Zielen wird – im Vergleich zum ersten Erfolg bei den Anfangszielen – größer eingeschätzt. Leidensdruckreduktion und Erfolgseinschätzung fallen jeweils deutlicher aus, wenn sie sich auf Probleme/Ziele beziehen, die noch während der Therapie geäußert wurden. Leidensdruck und Erfolg nehmen eine unterschiedliche Entwicklung, wenn sie in den einzelnen Inhaltskategorien oder getrennt nach Patienten-Subgruppen betrachtet werden.

5.5 Problemanalyse

Die Anfangsprobleme wurden daraufhin untersucht, ob und in welchem Ausmaß eine differenzierte Wahrnehmung und aktive Bewältigung erkennbar ist. Die Beschreibungen sind entsprechend der *mastery-awareness-scale* (siehe Seite 25) bewertet. *Hypothese B* sagt für die während und nach der Therapie neu beschriebenen Probleme eine Entwicklung hin zu mehr *awareness* und *mastery* voraus.

Als „nicht greifbar“ (*awareness-Stufe 1*) wird eine Formulierung wie „ich empfinde große Angst“ eingeordnet. Als wenig konkrete, „vage“ Formulierung gilt: „ich muss weg, wenn die Angst kommt“ (*Stufe 2*). Dagegen sei „greifbar“ ausgedrückt: „ich muss weglaufen, so habe ich das immer gemacht, so bin ich halt“ (*Stufe 3*). Ein „abgrenzbares“ Problem ist „ich muss laufen, um mich abzureagieren und nicht auszurasen“; hier wird in der Formulierung klar, dass „Zusammenhänge gesehen“ werden (*Stufe 4a*). Probleme aus der Interaktion mit Anderen, aus Beruf und Alltag werden für „abgrenzbar“ (*Stufe 4b*) gehalten, wenn innere Aspekte berücksichtigt sind.

„Hilf- und Ausweglosigkeit“ ist am unteren Ende der Bewältigungsskala angesiedelt (*mastery-Stufe 1*). Beispielhaft für Hilflosigkeit wären die Formulierung „das ist ein Sog, aus dem ich nicht herauskomme“ oder konkrete Selbstmordgedanken. Wenn problematisches Verhalten „weiterhin häufig“ auftritt oder der Patient bekennt, er „müsste mehr“ erreichen, dann sieht er noch keine Bewältigungsstrategie (*Stufe 2*). Dagegen werden die Formulierungen „muss mir meine Möglichkeiten immer wieder bewusst machen“ oder „kann nur schwer von alter Verhaltensweise abrücken“ als Fortschritt in der Meisterung eines Problems gesehen (*Stufe 3*). Beschreibung aktiver und bewusster Einflussnahme (*Stufe 4a*) und selbstverständlicher Umgang mit Problemen (*Stufe 4b*) stellen die höchsten Bewältigungsstufen dar.

Zunächst werden die relativen Häufigkeiten der vier *awareness-/mastery*-Einstufungen bezogen auf die zu einem Termin genannten Probleme (**n**) festgestellt. Außerdem wird beschrieben, inwieweit sich die verschiedenen Problemkategorien in *awareness/mastery* unterscheiden. Dazu werden neben der relativen Häufigkeit als Kennwerte der Median, der Mittelwert und die Standardabweichung der Einstufungen berechnet. Als Patienten-bezogener Wert kann der Median der Einstufungen seiner drei Probleme gesehen werden. Es kann ausgezählt werden, bei wie vielen Patienten (**N**) dieser Median niedriger bzw. höher ist. Die absoluten Zahlen können zur Gesamtzahl der Patienten in Bezug gesetzt werden, um so die Entwicklung der Patientengruppe und der oben beschriebenen Subgruppen zu verfolgen.

5.5.1 Wahrnehmungs- und Bewältigungsfähigkeit bei Anfangsproblemen

Häufigkeiten (n) der awareness-und mastery-Stufen

Anfangsprobleme werden selten „in Zusammenhängen“ beschrieben (3 Probl. 2% *awareness*-Stufe 4a/b), die Hälfte von ihnen ist jedoch „greifbar“ (74 Probl. 50% Stufe 3). Fast ebenso viele Probleme sind „vage“ (34 Probl. 23% Stufe 2) oder „nicht greifbar“ formuliert (36 Probl. 24% Stufe 1), so kommt bei den Anfangsproblemen ein hoher Median und ein im Vergleich dazu niedriger Mittelwert in *awareness* zustande (M=3; MW=2,3) zustande.

Trotz der differenzierten Schilderung erscheinen die meisten Probleme „ausweglos“ (62 Probl. 42% *mastery*-Stufe 1). Fast ebenso viele werden nicht ganz so niedrig eingestuft (59 Probl. 40% Stufe 2). Bewältigungsmöglichkeiten werden nur bei 23 (16% Stufe 3) und „aktive Einflussnahme“ nur bei 3 Problemen (2% Stufe 4a/b) gesehen. Entsprechend niedrig sind die *mastery*-Kennwerte (M=2; MW=1,8).

Vergleich der Themen

Zwischen den Problemarten zeigen sich Unterschiede. Da die Kategorie Angst (PKat.3) zahlreich vertreten ist, bestimmt sie den hohen Gesamt-Mittelwert von *awareness* und den niedrigen Gesamt-Mittelwert von *mastery*.

Im Vergleich dazu wenig differenziert werden körperliche Beschwerden gesehen (PKat.1). Depressive Beschwerden (PKat.2) fallen dadurch auf, dass sie im Durchschnitt noch differenzierter und hilfloser beschrieben werden als die Angstprobleme. Äußere Probleme werden undifferenziert beschrieben, können aber anscheinend besser gemeistert werden (PKat.6). Selbstbezogene (PKat.7) und interpersonelle (PKat.8) Probleme zeigen sich, wenn sie zu Therapiebeginn genannt sind, differenzierter und mit etwas besseren Bewältigungsansätzen. Die Art wie Zwangsprobleme (PKat.10) dargestellt sind, ähnelt der Angstdarstellung.

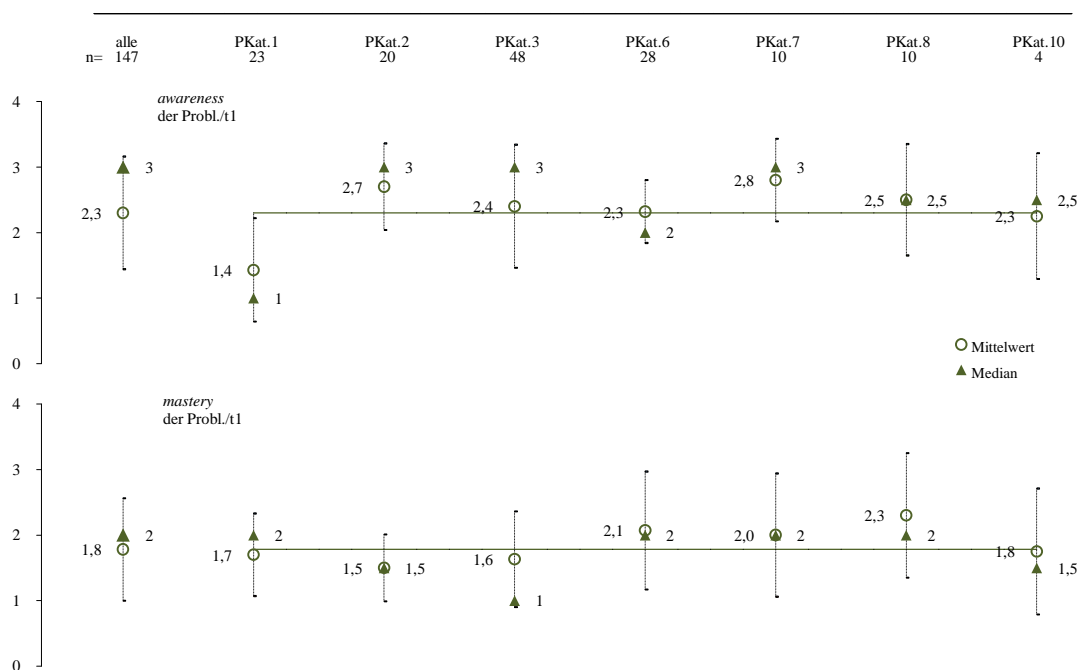


Abbildung 34: awareness/mastery-M, MW (n/t1)
Einstufung der 147 Anfangsprobl. und Werte der Kat. PKat.4, 5, 9 sind nicht dargestellt.

Awareness und mastery von Patienten (N)

Für jeden Patienten kann aus den Ratings seiner drei Probleme ein Median gebildet werden. Den folgenden Ergebnissen liegen diese Patienten-Mediane zugrunde, aus ihnen werden für Untersuchungsgruppe bzw. Subgruppen Kennwerte berechnet. Die Kennwerte können für die am jeweiligen Zeitpunkt vorhandene Fähigkeit der Patienten stehen, ihre Probleme differenziert zu schildern und zu meistern. Zu Therapiebeginn ist die *awareness*-Bewertung der gesamten Patientengruppe als hoch anzusehen ($M=3$; $MW=2,4$), die *mastery*-Bewertung erscheint dagegen niedrig ($M=2$; $MW=1,7$). Dies zeigt auch die Verteilung der Patienten-Mediane (siehe Abbildung 38, Seite 68).

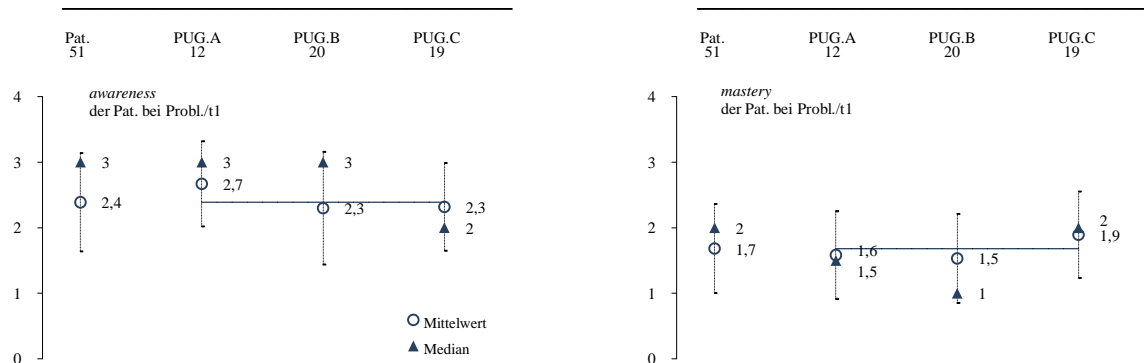


Abbildung 35: awareness/mastery-M, MW (N/t1) aus den Medianen der je drei Einstufungen bei t1 genannten Probl. im Vergleich mit den Untergruppen.

Patienten mit zwei oder drei Angstproblemen (PUG.A) schildern diese in der Regel hilflos, aber differenziert, haben deshalb niedrige *mastery*- und hohe *awareness*-Mediane. Im Kontrast dazu erscheinen Patienten, die Angst zu Therapiebeginn nicht erwähnen (PUG.C), als weniger differenziert, gleichzeitig mit besserem Bewältigungsvermögen ausgestattet. Hier zeigt sich die Überschneidung der beiden Analyseansätze: Angstprobleme (PKat.3) sind wenig differenziert beschrieben – wer über Angst schreibt (PUG.A), zeigt hohe *awareness*. Äußere Probleme (PKat.6) sind meist knapper, aber mit Bewältigungsansätzen dargestellt – deren Autoren (PUG.C) erreichen einen eher hohen *mastery*-Grad.

5.5.2 Wahrnehmungs- und Bewältigungsfähigkeit im Therapieverlauf

Für alle Befragungszeitpunkte wird analysiert, ob in neuen Problemformulierungen eine differenzierte Wahrnehmung (*awareness*) und aktive Bewältigung (*mastery*) erkennbar ist und wie sich diese Aspekte im Therapieverlauf verändern.

Häufigkeiten (n) der awareness-und mastery-Stufen

Die *awareness*-Einstufungen für die Probleme sind den Diagrammen in Abbildung 36 zu entnehmen. War bei Therapiebeginn noch nahezu jedes vierte „nicht greifbar“ formuliert (24% Stufe 1), so werden an späteren Zeitpunkten genannte Probleme von den Ratern jeweils nur zu 15% derart niedrig eingestuft. „Vage“ formuliert ist am Therapiebeginn ebenfalls jedes vierte Problem (23% Stufe 2), bei den später genannten wächst der Anteil auf fast die Hälfte (49%). Umgekehrt ist bei Therapiebeginn noch die Hälfte „greifbar“ (50% Stufe 3), dieser große Anteil reduziert sich auf ein Drittel bei den zuletzt geschilderten Problemen (33%). „Zusammenhänge und Abgrenzung“

werden am Therapiebeginn nur bei wenigen (2% *Stufe 4a/b*) gesehen, eine hohe Einstufung ist auch später selten (1-5%).

In *Abbildung 36* ist rechts die (Um-)Verteilung der *mastery*-Einstufungen dargestellt. Zu Beginn sind viele Probleme von „Ausweglosigkeit“ geprägt (42% *mastery-Stufe 1*). Die Rate der niedrigsten Einstufung wird deutlich geringer, steigt aber bei den zuletzt genannten Problemen wieder an (16-28%). Auf etwas höherer Bewältigungsstufe zeigt sich ein großer Teil der ersten (40% *Stufe 2*) wie auch der später genannten Probleme (46-53%). „Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten“ (16% *Stufe 3*) oder eine „aktive Einflussnahme“ (2% *Stufe 4a*) werden zu Therapiebeginn selten deutlich. Im Therapieverlauf zeigen zunächst mehr Probleme höhere *mastery*-Grade (bis 26% bzw. 9% *Stufe 3&4a*), bei der zweiten Katamnese wieder weniger (19% bzw. 6% *Stufe 3&4a*). „Selbstverständlicher Umgang“ mit Problemen (*Stufe 4b*) wird zu keinem Zeitpunkt gesehen.

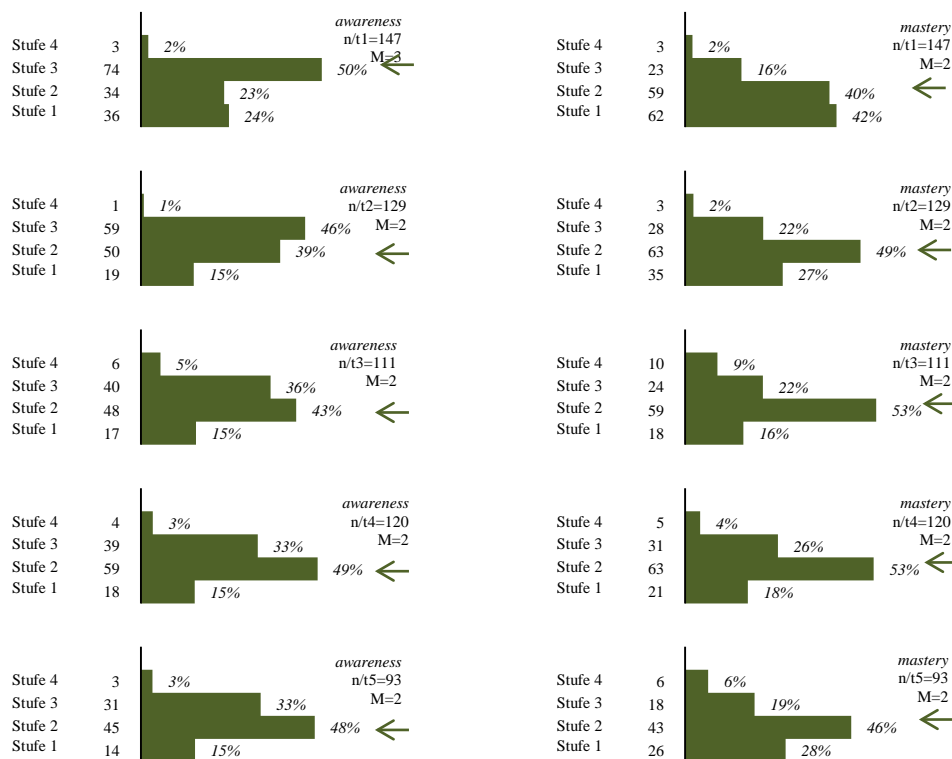


Abbildung 36: awareness/mastery (n/t1 bis t5)
In absoluten Zahlen und in % ist angegeben, wie häufig die im Verlauf t1 bis t5 genannten Probl. mit 1 bis 4 eingestuft werden.

Trotz der beschriebenen Verschiebungen bleibt der Anteil niedriger *mastery*-Einstufungen einerseits (*Stufen 1&2*) und höherer andererseits (*Stufen 3&4*) über die ganze Untersuchung hinweg genau gleich (t_1 bis t_5 : $M=2$). Nur über die Mittelwertberechnung wird deutlich, dass die in der Therapiezeit genannten Probleme etwas bessere *mastery* erkennen lassen als die Anfangsprobleme (t_1 : $MW=1,8$; danach $MW=2,0-2,2$; siehe *Abbildung 37*).

Anders bei *awareness*: Die meisten Probleme werden zu Therapiebeginn mindestens „greifbar“ geschildert (t_1 : $M=3$). Von den später genannten Problemen ist ein geringerer Teil greifbar, der Median der *awareness*-Grade stellt dies dar (t_2 - t_5 : $M=2$). Weil aber bereits am Therapiebeginn neben den „greifbaren“ auch viele Probleme „vage/nicht greifbar“ beschrieben sind, wird im Ver-

gleich zum Median ein niedrigerer Mittelwert berechnet ($t1:MW=2,3$), der sich danach wenig verändert ($t2-t5:M=2,2-2,3$), weil sich trotz aller Verschiebungen im Therapieverlauf die Anteile der höheren *Stufen 3&4* einerseits und der niedrigen *Stufen 1&2* andererseits die Waage halten.

Vergleich der Themen

Körperliche Beschwerden (PKat.1) sind oft knapp dargestellt, gleich zu welchem Zeitpunkt sie genannt werden. Ein Beispiel ist die Bemerkung von Patient Nr.73 zu $t3$ („mein Gewicht!“). Durchschnittlich würde die *awareness* körperlicher Beschwerden noch niedriger ausfallen, wenn es nicht auch einige ausführliche und deshalb höher eingestufte Beschreibungen gäbe. Ein Beispiel hierfür zeigt Patient Nr.150, der bei $t1$ mehrzeilig über Verspannungen, Kopfschmerzen, Gelenkentzündungen sowie die Situation, in denen sie auftreten, berichtet. Auch *mastery* ist bei körperlichen Problemen niedrig, erst bei $t4$ werden neue Beschwerden leichter gemeistert.

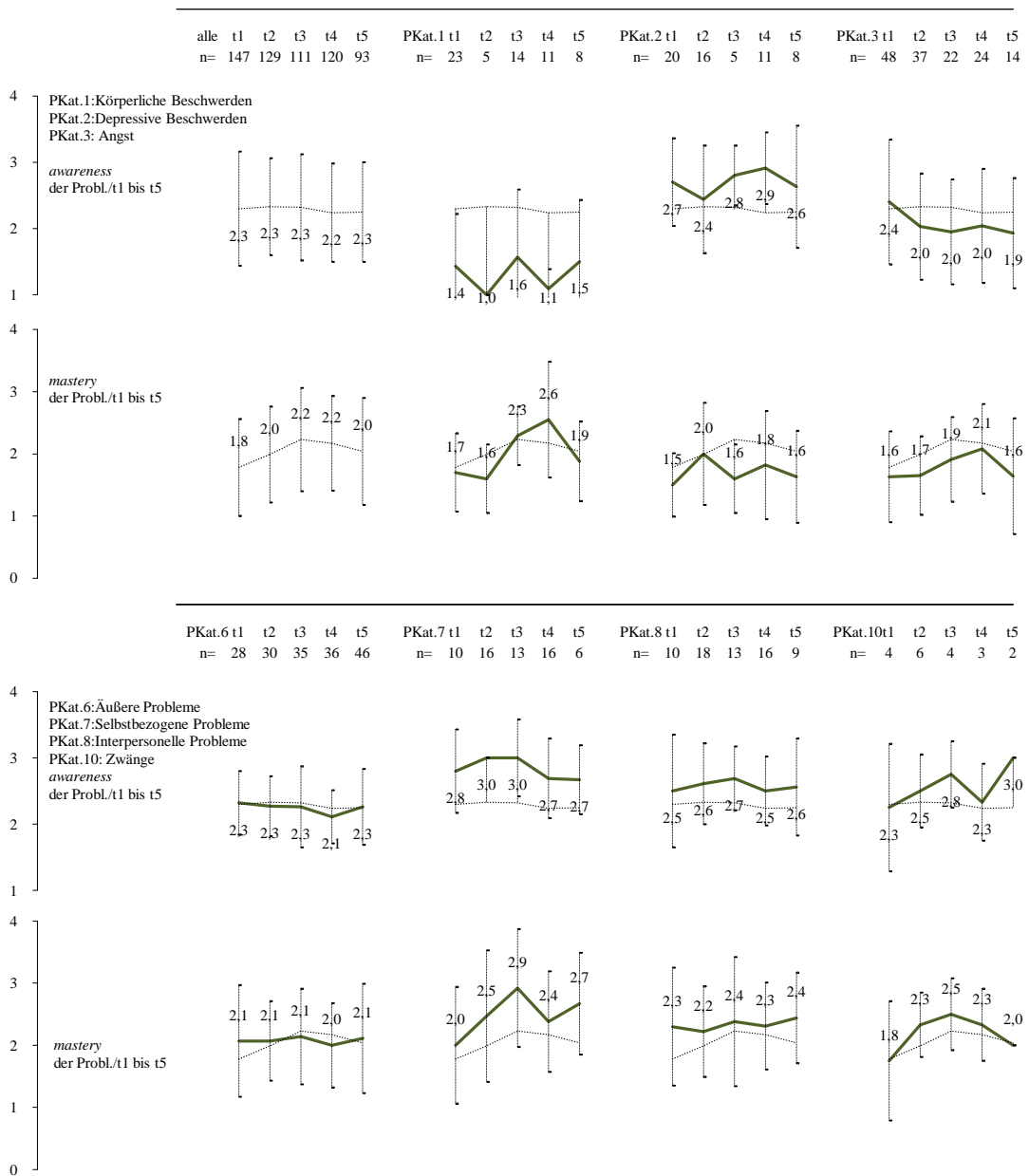


Abbildung 37: awareness/mastery-MW (n/t1 bis t5)
Einstufung der an fünf Zeitpunkten genannten Probl. (gepunktet). Werte der Kat. (grüne Linien). PKat.4, 5, 9 sind nicht dargestellt.

Depressive Beschwerden (PKat.2) werden an jedem Zeitpunkt greifbar geschildert, ihr *awareness*-Mittelwert liegt nahe *Stufe 3*. Ihr *mastery*-Mittelwert ist dagegen nie höher als *Stufe 2*. Angst (PKat.3) wird anfangs greifbar beschrieben. Mit Therapiebeginn sinkt der *awareness*-Grad neuer Probleme und ist in der Folge, wie der *mastery*-Grad, schlechter als bei anderen Themen. Äußere Probleme und Konflikte (PKat.6) zeigen ein mittleres *awareness*-Niveau. Die Art solche Probleme zu beschreiben bleibt fast unverändert. Auch *mastery* liegt meist im mittleren Bereich. Selbstbezogene Probleme (PKat.7) werden bereits anfangs differenziert beschrieben, die im Therapieverlauf hinzukommenden haben einen noch höheren *awareness*-Grad. Auch der anfangs noch niedrige *mastery*-Grad erreicht im Therapieverlauf fast *Stufe 3*. Interpersonelle Probleme (PKat.8) zeigen generell eher hohe *awareness* und mittlere *mastery*. Zwangsprobleme (PKat.10) werden in ihrer *awareness* sehr unterschiedlich eingestuft, wegen der geringen Anzahl lassen sich daraus keine Schlüsse ableiten.

Awareness und mastery von Patienten (N)

Zu t_1 kommen von den meisten Patienten differenzierte Problembeschreibungen (28 Pat. *Stufe 3*), der Median der Patienten-Werte ist hoch (t_1 :M=3). Später sinken die Werte (t_2 - t_5 : M=2), die meisten Patienten beschreiben ihre neuen Probleme in mittlerer *awareness* (18-25 Pat. *Stufe 2*). Daneben gibt es viele Patienten mit hohen Werten (14-18 Pat. *Stufe 3*), nur wenige haben niedrige Einstufungen (2-3 Pat. *Stufe 1*).

Bei *mastery* verschiebt sich die Verteilung der Patienten-Mediane in die gegenteilige Richtung, einige Patienten verbessern sich erkennbar. Zu t_1 lassen noch 22 Patienten in ihren Problemen viel Hilflosigkeit erkennen (*Stufe 1*). In der Folge sind die Probleme bei 21-29 Patienten in mittlerem *mastery*-Grad beschrieben (*Stufe 2*). Nur 4-8 Patienten zeigen sich noch hilflos (*Stufe 1*). Bei 8-13 Patienten ist zu sehen, dass sie ihre Probleme besser meistern (*Stufe 3&4*).

Der pro Befragungszeitpunkt berechnete Median der Patienten-Mediane zeigt diese Verschiebung nicht, er bleibt konstant in der Mitte (t_1 - t_5 :M=2).

Deutliche Unterschiede zeigen sich nur, wenn Subgruppen gebildet werden: Patienten, die anfangs häufig und mit hoher *awareness* Angst zeigen (PUG.A), schildern neue Probleme weniger differenziert.

Patienten, die anfangs neben Angst andere Themen haben (PUG.B), zeigen größere *awareness* bei neuen Problemen (außer bei der letzten Befragung).

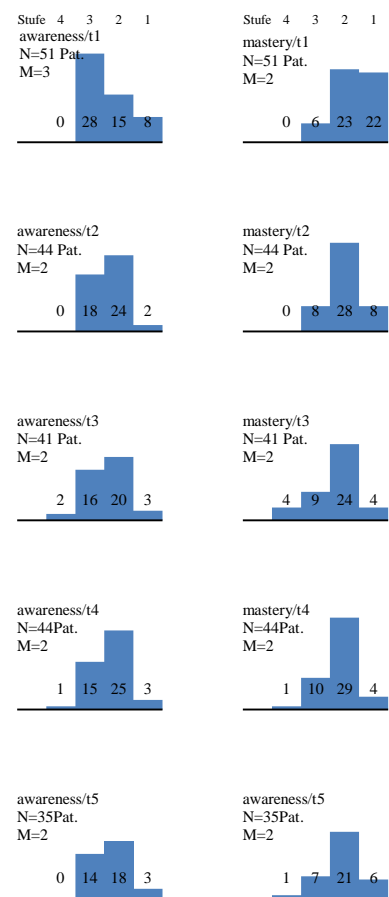


Abbildung 38: awareness/mastery (N/t1 bis t5)
In absoluten Zahlen ist angegeben, wie viele Pat.
Stufen 1 bis 4 erreichen. Grundlage ist der Median von
aw/ma-Einstufungen der 3 Probl.

Anders Patienten, die zunächst Angst nicht explizit benennen (PUG.C): Bei ihnen verändert sich die Art, neue Probleme wahrzunehmen und zu beschreiben, während der Therapiezeit nicht.

Die *mastery*-Werte steigen dagegen in allen drei Subgruppen über den Therapieverlauf hinweg an – bei PUG.A nicht so hoch wie bei den anderen Patienten – und sinken bei den nach der Therapie neu erhobenen Problemen wieder ab – besonders deutlich wiederum bei PUG.A. Gerade bei dieser Teilgruppe erscheint die Bewältigungsfähigkeit zuletzt wieder höher.

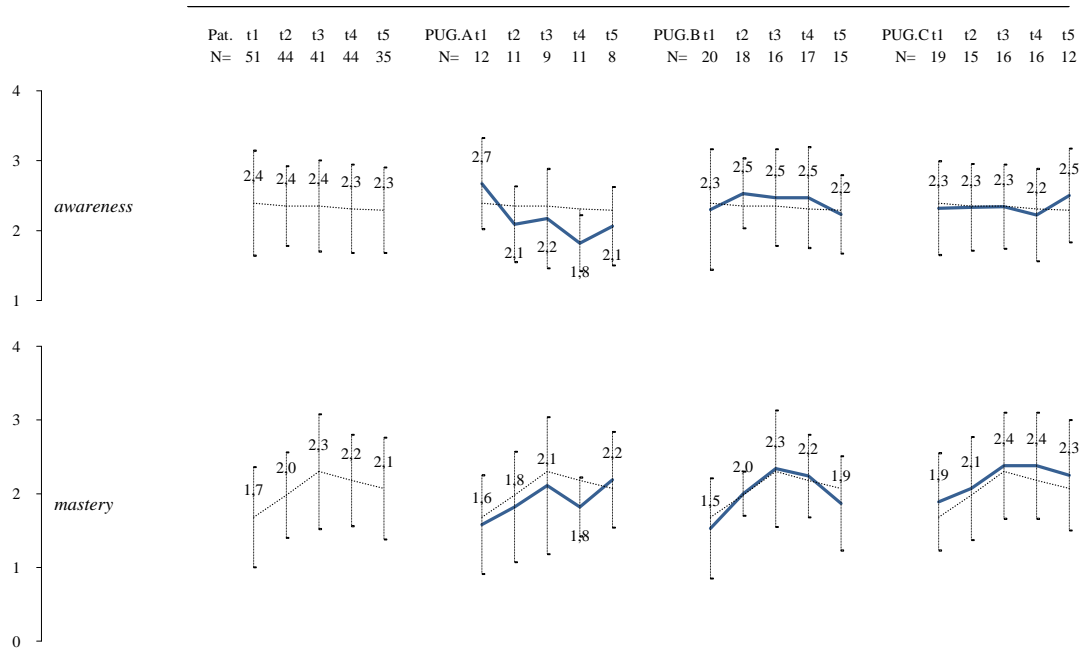


Abbildung 39: awareness/mastery-MW (N/t1 bis t5) aus den Medianen der 3 Einstufungen von an 5 Zeitpunkten genannten Probl. (gepunktet) im Vergleich mit den PUG (blaue Linien).

5.5.3 Prüfung der Hypothese B

Im Therapieverlauf treten inhaltlich von der Anfangsthematik verschiedene Themen in den Vordergrund. Die angenommene Differenzierung der Problemschilderung (*awareness*) tritt jedoch nicht ein, vielmehr werden die Probleme mit fortgeschrittener Therapie weniger differenziert dargestellt als am Therapieende und danach. Aus der Schilderung wird außerdem erkennbar, dass die Patienten die Möglichkeit, neue Probleme zu meistern (*mastery*), im Therapieverlauf und danach auf gleichbleibendem Niveau sehen. Die Detailbetrachtung zeigt allerdings, dass sich die Patienten in der Fähigkeit, ihre Probleme differenziert wahrzunehmen, und in der Fähigkeit, sie kompetent anzugehen, voneinander unterscheiden und in diesen Aspekten in unterschiedlicher Weise Fortschritte bzw. Rückschritte zeigen. *Awareness* und *mastery* sind bei den verschiedenen Problemkategorien graduell unterschiedlich zu sehen, häufig verläuft die Entwicklung nicht gleichsinnig.

6 Diskussion

In der vorliegenden hypothesengeleitet-explorativen Studie wurden hergeleitete Annahmen über Unterschiede in Problem- und Ziel-Nennungen zwischen einer Patientengruppe mit Generalisierter Angststörung und einer Vergleichsstichprobe in psychosozialer Belastungssituation näher untersucht. Mit PATH (Staats et al. 1996) wurden die persönlichen Probleme und Ziele gewonnen, kodiert und zusammen mit den Selbsteinschätzungen der Patienten zu Leidensdruck und Zielerreichung dargestellt. Des Weiteren wurden Veränderungen der Patientenaussagen im Therapieverlauf herausgearbeitet und eine neu eingeführte Mess-Skala (*mastery-awareness-scale*; Staats 2009) erprobt.

6.1 PATH in Therapie und Therapieforschung

Eine eindeutige Diagnose zu stellen oder eine Einteilung in Gesunde und Kranke zu treffen, ist durch keinen normierbaren Fragebogen möglich. Kein Fragebogen vermag das klinische Interview und das therapeutische Gespräch zu ersetzen. Dasselbe gilt für den Fragebogeneinsatz als Entscheidungshilfe über Nutzen, Fortgang und Ende der Therapie. Es ist jedoch möglich, Angaben über den Inhalt von Sorgen der Patienten oder ihren Umgang damit zu erhalten und dadurch die Symptomatik einzugrenzen, sowie Veränderungen vor, während und nach einer Therapie darzustellen (Margraf und Schneider 2009). Eine ausschließlich deskriptive, auf Symptomdarstellung reduzierte Diagnostik gibt dem Kliniker nur wenig Handlungsanweisungen für die Indikationsstellung und die Durchführung einer patientenbezogenen Therapie. Mit PATH (Staats et al. 1996) liegt ein Instrument zur Erfassung von Prozess- und Ergebnismerkmalen der Therapie vor, das über Erfassung von Diagnosekriterien hinausgeht und nicht nur das Sinken von Leidensdruck im Hinblick auf die Ausgangsproblematik darstellt. PATH ergänzt die phänomenologische Diagnostik und bildet in der Folge den Therapieverlauf patientennah ab. Die für PATH zentrale Frage nach im Zeitverlauf aktuell werdenden Problemen und Zielen steht im Einklang mit dem Konzept von Thomä und Kächele, die analytische Therapie als „Fokalthherapie mit wechselndem Fokus“ definieren (Thomä und Kächele 1996, Seite 440).

Patientenorientierung

Für den Patienten ist es wichtig, dass er inhaltliche Bezüge zwischen seiner Krankheitssymptomatik und ursächlichen oder aufrechterhaltenden Problemen erkennt. Er wird mehr und mehr Probleme in Ziele umformulieren und den Akzent stärker auf seine Ressourcen als auf Fehler legen. Nach der Therapie wird er mit alltäglichen und mit außerordentlichen Problemen anders umgehen. Voraussetzung dafür ist, dass er Probleme differenziert sehen und selbst Lösungsansätze entwickeln kann. In der ganzen Konzeption weist PATH auf diese grundlegenden, für Therapie charakteristischen und notwendigen Entwicklungen hin und hilft damit dem Patienten, therapeutische Erfahrungen einzuordnen.

Aufgrund der freien Formulierung von Problemen/Zielen gelingt es weit mehr als mit gebundenen Formulierungen, dem kulturellen und persönlichen Hintergrund jedes Patienten gerecht zu werden. Die Überlegungen des Patienten werden als wertvoller Beitrag zu Diagnostik und Zielstellung gewürdigt. Auf der Basis seiner Anregungen und Wünsche, aber auch aufgrund fehlender Aspekte und ausbleibender Angaben können Fortgang oder Krise der Therapie dokumentiert und zwischen Patient und Therapeut diskutiert werden. Negative Entwicklungen und Stagnation können erkannt und therapeutisch angegangen, auffällige Themenwechsel und allzu enthusiastische Selbsteinschätzungen aufgedeckt und kritisch hinterfragt werden.

Problemorientierung

Der kontinuierliche Rückbezug auf seine aktuelle Problemsicht ist für den Patienten motivierend und lässt im Dialog mit ihm Anpassungen zu, ist damit einer feststehenden Diagnose-Überschrift vorzuziehen. Wegen der wiederholten Erhebung können neue Themen freigelegt werden, aus denen sich die Symptomatik ebenso speist wie aus den zu Therapiebeginn präsentierten. Solche neuen Themen können als zum Kern der Problematik gehörend oder aber als Rand- oder Folgeproblem klassifiziert werden. Keinesfalls sollte man sie übersehen, da solche Probleme selbst mit Leid verbunden sind oder einen Rückfall in die alte Symptomatik einleiten können, wenn sie unbearbeitet bleiben. Reine Orientierung an dem unter Therapiebedingungen sich abschwächenden Hauptproblem birgt die Gefahr, später auftretende oder später sichtbar werdende Probleme zu vernachlässigen.

Zielorientierung

Zu Therapiebeginn stehen Aussagen über Probleme im Fokus. Die Forderung an den Patienten, jetzt (Behandlungs-)Ziele einmalig und endgültig festzulegen, kann ihn zu diesem Zeitpunkt überfordern. Im weiteren Verlauf können die Ziele für ihn an Bedeutung gewinnen – orientiert an neuen Problemen, beeinflusst von neuer Zuversicht, neuen Kenntnissen, neuer Differenzierungsfähigkeit und Befähigung zur Problembewältigung. Die wiederholte Zielerfassung kann inhaltlich und strukturell sehr unterschiedliche Ziele offenlegen. Zunächst werden Therapieziele im engeren Sinne wichtig sein, am Ende der Therapie alltägliche und existentielle Ziele.

Die von PATH intendierte laufende Bewertung von Erfolg – nicht erst zum Therapieende – hat die Auswirkung, dass eine selbst-verstärkende Haltung eingenommen und eingeübt wird. Die erreichten Ziele werden nicht nur abgehakt, sondern in ihrer Tragweite gewürdigt. Zeitweilige Stagnation oder Misserfolg wird bewältigt, nicht erreichbare oder zu allgemein gehaltene Ziele werden in realistische umgewandelt.

Therapie als Lern- und Entwicklungsprozess

Je ausführlicher/differenzierter (*awareness*) und je kompetenter/bemeisternder (*mastery*) ein Patient seine Problematik darzustellen vermag, umso näher ist er einem grundsätzlichen Therapie-

ziel. Er muss eine angemessene Fähigkeit entwickeln, sich auf wiederholt oder neu auftauchende, alltägliche oder außergewöhnliche Probleme/Ziele einzulassen. Diesen Anspruch muss Therapie einerseits unabhängig von der jeweiligen Symptomatik, andererseits individuell angepasst erfüllen. Im Moment des Ausformulierens von Problemen/Zielen wird es dem Patienten möglich, sich über Zusammenhänge klarer zu werden und ein Bewusstsein für seine eigene Lösungsfähigkeit zu entwickeln. Der Therapeut kann dies bei der Auswertung mit der *mastery-awareness-scale* registrieren und das therapeutische Vorgehen daran ausrichten.

Auswahl der Therapieform, Festlegung der Therapiedauer

Von der Forschung wäre zu erwarten, dass sie mit Hilfe von PATH die praxis- und kostenrelevanten Fragen klären kann, welche Patientengruppe in kürzerer oder längerer Therapiezeit lernt, Probleme differenziert wahrzunehmen und zu bewältigen, und welche Therapieform bei welchem Störungsbild einen umfassenden und anhaltenden Erfolg verspricht. Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Beobachtung, dass auch kurze Therapie Leidensdruck vermindert. Sie geben jedoch Hinweise darauf, dass bei bestimmten Problemarten eine Besserung – gerade, wenn sie sich zunächst als besonders deutlich darstellte – gefährdet ist oder nicht lange anhält (PKat.7, PKat.10; siehe *Abbildung 11, Seite 42*). Bei einigen der von Patienten gesetzten Ziele scheint nach Therapieabschluss der Erfolg wieder ins Wanken zu geraten (ZKat.6, ZKat.8), bei anderen festigt er sich (ZKat.1, ZKat.7; siehe *Abbildung 15, Seite 44*).

Bei den typischen Symptomen einer Generalisierten Angststörung ist zu sehen, dass Anzahl und Belastung bei einigen Patienten nach der Therapie zurückkehren. Das gilt besonders für Patienten, die zu Beginn häufig Angst schildern und mit ihr hohen Leidensdruck verbinden (PUG.A; siehe *Abbildung 13, Seite 43 und Abbildung 14, Seite 54*). Patienten, die zu Beginn kein Angstproblem, dafür aber viele äußere Probleme nennen, scheinen konstanter während und nach der Therapie ihren Leidensdruck zu reduzieren (PUG.C; siehe *Abbildung 13, Seite 43 und Abbildung 29, Seite 58*). Gerade bei dieser Subgruppe wird deutlich, dass eine symptomatische Anfangsdiagnostik zwar Angst als Indexproblem feststellt, dass die Patienten selbst ihre Probleme jedoch anders beschreiben und in anderen Themen verankern. Eine Begrenzung auf die Angst würde Themen vernachlässigen, die Patienten zur therapeutischen Auseinandersetzung motivieren.

Wenn trotz gleichen Krankheitsbildes unterschiedliche Problemthemen und Verarbeitungsweisen vorliegen, können daraus Entscheidungskriterien für die Wahl der jeweils richtigen Therapieform abgeleitet werden. Schließlich können Kriterien dafür erstellt werden, wann die Therapie zu beenden ist. Als Indikatoren für Therapieerfolg sind vorzuschlagen: deutlich gesunkener Leidensdruck, erreichte Ziele, Themenwechsel hin zu „normaler“ Problematik, differenzierte Problemsicht (*awareness*) und angemessene Ansätze zur Meisterung der Probleme (*mastery*).

6.2 Kritische Betrachtung der Methoden und drop-out-Problematik

6.2.1 Stichproben

Untersuchungstichprobe

Von Frölich (2009) wurde das Kategoriensystem PATH (Staats et al. 1996) erstmalig an Patienten aus Langzeitpsychotherapie erprobt. Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Daten stammen aus einer Studie, für die Patienten während und nach einer Kurzzeitpsychotherapie befragt worden waren. Die Studie hatte zum Ziel, die Wirkung von Verhaltenstherapie (CBT) und von psychodynamischer Psychotherapie (SET) bei Patienten mit Generalisierter Angststörung zu untersuchen (Leichsenring et al. 2009).

Im klinischen Forschungsbereich besteht der Anspruch, ausgelesene Gruppen zu untersuchen. Eine Patientengruppe sollte sich in möglichst vielen Merkmalen normal verteilt und für die in Frage stehende Krankheit typisch zusammensetzen. Gerade bei der Generalisierten Angststörung gibt es häufig weitere psychische Störungen; die hier untersuchte Patientengruppe wurde jedoch mit größter Sorgfalt auf möglichst wenig Komorbidität hin ausgewählt.

Auffällig war die unterschiedliche Häufigkeit, mit der zu Therapiebeginn Angst als aktuelles Problem angegeben wurde. Bei einem großen Teil der Patienten kam Angst als Thema nur in einem der drei aktuellen Probleme zur Sprache (PUG.B), bei einem ebenso großen Teil überhaupt nicht (PUG.C), fast jeder vierte Patient thematisierte Angst jedoch zwei oder dreimal (PUG.A). Da die Stichprobe relativ groß ist und die drei Subgruppen jeweils eine annehmbare Größe haben, können deren Unterschiede und Verläufe diskutiert werden.

Vergleichsstichprobe

Zum Vergleich mit den für Patienten gewonnenen Daten wurden Daten herangezogen, die im Rahmen eines Seminars an der Fachhochschule Potsdam erhoben worden waren. Dabei ist anzumerken:

- Therapie-Effekte sollten idealerweise vor dem Hintergrund einer nicht behandelten Gruppe von Patienten im Wartestand dargestellt werden. Das wäre jedoch aus ethischen Gründen fragwürdig und ist in der Praxis nicht realisierbar (Seligmann 1995).
- Zeitliche und situative Erhebungsbedingungen sowie Auswertungsbedingungen bei der Vergleichsgruppe unterscheiden sich von denen der Patientengruppe.
- Es ist zu bedenken, dass sich die Studenten keiner psychiatrischen Diagnostik unterzogen haben, daher ist nicht auszuschließen, dass sich unter ihnen psychisch auffällige, behandlungsbedürftige Probanden finden, deren Angaben die erzielten Ergebnisse verzerrt haben könnten.
- Bei der gewählten Vergleichsstichprobe handelt es sich nicht um eine Normalstichprobe aus dem Querschnitt der Bevölkerung. Zunächst fällt die unterschiedliche Altersverteilung auf. Die meisten Studenten sind zwischen 20 und 28 Jahren alt, die Patienten dagegen zwischen 38 und 60 Jahren. Altersentsprechend sind eine andere Lebenserfahrung und andere Einstellun-

gen zum Leben zu erwarten. Außerdem unterscheiden sich Studenten von den untersuchten Patienten in verschiedenen Faktoren (Familienstand, Kinderzahl, familiäres Setting, Erwerbstätigkeit), die zu anderen Grundproblemen führen. Studenten stehen noch nicht im Berufsleben und sind nicht unter Druck, eine Familie ernähren zu müssen, andererseits können anstehende Prüfungen und fällige Entscheidungen psychosozialen Stress verursachen. Aus Unterschieden zwischen den Befragungsergebnissen der Untersuchungs- und Vergleichsgruppe kann deshalb nur eingeschränkt auf Unterschiede zwischen Patienten mit Generalisierten Angststörung und Nicht-Patienten geschlossen werden.

6.2.2 Datenerhebung

Befragungszeitpunkte

Der Zustand vor der Therapie konnte im strengen Sinn nicht festgehalten und in die Vergleiche einbezogen werden. Der erste Befragungszeitpunkt war in der dritten Therapiesitzung. Möglich ist, dass allein die Entscheidung für eine Therapie Einfluss hat, einerseits auf den Leidensdruck, den Patienten empfinden, andererseits auf die Art der präsentierten Probleme. Die Anzahl körperlicher Beschwerden könnte sich anders darstellen, wenn Angstpatienten im Wartezimmer des Hausarztes angetroffen und befragt würden. Der aktive und aktivierende Schritt in eine Therapie könnte eine vorhandene depressive Symptomatik mit Therapiebeginn zum Abklingen gebracht haben. Dazu kommen erste Veränderungen, die sich aufgrund der Screening-Gespräche ereignet haben könnten. Die Entwicklung in der Zu-/Abnahme von Problemarten und das Sinken von Leidensdruck in der ersten Therapiehälfte zeigen große Veränderungen. Diese können schon zuvor eingesetzt haben, sind jedoch nicht erfassbar. Hier sei die zeitgleich entstehende Dissertation (Wiegand 2010) erwähnt, die einige schulenkongforme Unterschiede (CBT vs. SET) zwischen den Therapiegruppen bereits zu Beginn sowie den suggestiven Einfluss des Interesses der Therapeuten für bestimmte Probleme herausarbeiten will.

Angaben zu Problemen und Zielen

An fünf Erhebungszeitpunkten sollten die drei wichtigsten Probleme und Ziele formuliert werden. Möglich wären jeweils 153 Problem- und 153 Zielnennungen gewesen. Im Verlauf der Untersuchung wurden jedoch nicht von jedem Patienten drei Probleme/Ziele genannt. Schon bei der zweiten Befragung in Therapiemitte macht jeder zehnte Patient keine Angaben. Zweifelhaft ist, ob es sich um eine Besserung handelt in dem Sinn, dass der Patient keine Probleme sieht und deshalb auch keine Ziele beschreiben kann. Am Therapieende gibt es noch mehr Patienten, die keine Angaben machen. Erneut ist unklar, ob sich keine drängenden Probleme mehr stellen oder ob die Patienten nicht mehr motiviert sind, an der Befragung mitzuwirken. Gegen Letzteres spricht, dass bei der folgenden vierten Befragung wieder weniger Ausfälle zu beobachten sind. Bei der fünften Befragung machen nur noch 35 der 51 Patienten Angaben, die Problem-/Ziel-

menge reduziert sich auf zwei Drittel der Ausgangsmenge. Das hat Folgen für die Verlässlichkeit der Schlüsse, die aus den Daten der letzten Befragung gezogen werden können.

Ausdrückliche Bekundungen einzelner Patienten, „keine Probleme“ bzw. „keine Ziele“ zu haben, sind schwer zu interpretieren. Eine solche Bekundung könnte Besserung oder nachlassende Motivation anzeigen. Es wäre zu überlegen, ob der Erhebungsbogen so angelegt werden kann, dass der Grund für fehlende Angaben eindeutiger einzuordnen ist. Patienten, die keine oder wenige Probleme haben, sollten durch einen Antwortvorschlag zum Ankreuzen ermutigt werden, in jedem Fall Stellung zu nehmen („ich habe keine Probleme“, „ich habe keine weiteren Probleme“). Hierdurch würden positive Angaben nicht verloren gehen und der Therapieeffekt unterstrichen werden. Sofern fehlende Angaben auf sinkende Motivation zurückzuführen sind, kann das verschiedene Ursachen haben. Vordergründige oder vorläufige Besserung kann die Problemthemen vorübergehend uninteressant erscheinen lassen. Nach Frijda (1996) beachtet man nur negative Veränderungen, an positive gewöhnt man sich schnell und nimmt Fortschritte als selbstverständlich hin. Umgekehrt könnte das Interesse schwinden, wenn Fortschritte gerade nicht eingetreten sind oder momentan enttäuschend klein ausfallen. Eine intensive Aufklärung und Schulung der Patienten zum Forschungszweck und zum therapeutischen Nutzen der Befragung könnte die *drop-out*-Problematik verringern.

Die vorgegebene Begrenzung auf drei Probleme/Ziele erscheint für manche Patienten willkürlich. Wie es von Anfang an einige Patienten gibt, die statt drei nur ein oder zwei Probleme äußern, so wird es vermutlich Patienten geben, die noch ein viertes oder fünftes wichtiges Problem sehen und es mangels Platz nicht schildern können. Das könnte erklären, warum die formulierten Ziele oft nicht auf die Probleme zu passen scheinen und in den Zielen zusätzliche Problemthemen zur Sprache gebracht werden. In zukünftigen Erprobungen könnte anstatt von drei eine Mindest- und eine Höchstanzahl von Problemangaben vorgeschlagen werden.

Angaben zur Selbsteinschätzung

Manche Patienten unterlassen bei der ersten Formulierung eines Problems die erforderliche Leidensdruck-Einschätzung, sie beginnen damit bei der ersten Wiedervorlage. Andere bewerten bei den Wiedervorlagen ihre Probleme nicht. So fehlen während der Therapie 15-20% der Einschätzungen. Im Untersuchungsdesign war vorgesehen, dass Ziele erst einen Termin später hinsichtlich des ersten Erfolgs beurteilt werden, es fehlen dann 15-20% der Einschätzungen. Auffällig sind die Zahlen ein Jahr nach der Therapie (t5): die „älteren“ Probleme/Ziele werden noch am Ehesten bewertet (es fehlen 35% der Einschätzungen), gleichzeitig finden die bei t4 „neu“ genannten Probleme/Ziele weniger Aufmerksamkeit (es fehlen 70% der Einschätzungen).

Fehlende Angaben können auch bei den Selbsteinschätzungen für eine positive Entwicklung stehen:

- wenn kein Problem genannt worden war. Für das nicht (mehr) vorhandene Problem findet keine Wertung statt. Prinzipiell wäre hier *Wert 0* angebracht.
- wenn Patienten explizit angeben, „keine Probleme“ (mehr) zu haben. Auch hier wäre *Wert 0* zu verbuchen.
- wenn Patienten ein früher genanntes Problem nicht mehr bedeutsam finden, es bei der Wiedervorlage aber nicht mit *Wert 0* (=kein Leidensdruck) einordnen, sondern die Angabe ausfallen lassen.

Analog kann das Fehlen von Zielangaben positiv gemeint sein, umgangssprachlich hieße das „wunschlos zufrieden“ oder „alles erledigt“. Wenn kein Ziel gesetzt ist, fehlt aber der dazu gehörende Erfolg. Solche verdeckten positiven Entwicklungen schlagen sich nicht im Ergebnis der Befragung nieder. In der letzten Konsequenz bleibt ein Teil des Therapieerfolgs unsichtbar.

Selbsteinschätzungen können andererseits unterblieben sein, wenn die stattgefundenene Entwicklung nicht positiv anzusehen ist. Wenn etwa bei einer besonders schwierigen Ausgangslage eine spürbare Erleichterung eintritt, könnte dies dazu führen, dass Patienten die noch vorhandene Problematik bagatellisieren. Frei nach Frijda (1996): Wenn starke Zahnschmerzen nachlassen, ist man erst einmal erleichtert und spürt schwächere Schmerzen nicht. Zudem könnten Patienten, deren Entwicklung aufgrund der Problemschwere stagniert, versucht sein, aus Enttäuschung über ausbleibende Erfolge keine Einschätzung abzugeben.

Die mittlere Patientengruppe (PUG.B) ist in ihren Angaben am kontinuierlichsten. Die Subgruppe, die zu Therapiebeginn viele belastende Angstprobleme schilderte (PUG.A), wie auch die Gruppe, die andere Themen in den Vordergrund stellte (PUG.C), geben in der post-Therapiezeit weniger Selbsteinschätzungen ab. Man könnte vermuten, dass bei den *drop-outs* der PUG.A eher negative Entwicklungen mitspielen, bei PUG.C eher positive Entwicklungen.

Die Lücken bei den Selbsteinschätzungen konnten durch die letzten verfügbaren Angaben ergänzt und mit der Datenmenge noch einmal die Kennwerte bestimmt werden (*last-observation-carried-forward; LOCF*). Berechnungen mit der Methode zeigten, dass damit Schwankungen geglättet werden, die großen Tendenzen jedoch unverändert bleiben. Das Endergebnis fällt eher konservativ aus, weil an den früheren Zeitpunkten noch viel Leidensdruck und wenig Therapieerfolg angegeben war und dies durch LOCF fortgeschrieben wird (*siehe Tabelle 11, Seite 129*).

6.2.3 Auswertung der Daten

Kodierung der Inhalte

Bei der Auswertung der Daten waren zur Klärung der Kategorienzugehörigkeit nur wenige Konsensus-Ratings nötig. Das spricht für die von Frölich (2009) für PATH postulierte und von Grosse Holtforth und Grawe (2002) für Kategoriensysteme geforderte Praktikabilität und Relia-

bilität. Die Validität des Instruments ist von der genauen und trennscharfen Definition der Kategorien abhängig. Für Frölich (2009) stellte sich das Problem der Exklusivität vor allem bei interpersonellen Problemen/Zielen (Kat.8), sie löste das Problem durch Definition von Subkategorien. Bei der hier untersuchten Patientenstichprobe war die Anzahl der interpersonellen Probleme/Ziele jedoch sehr klein und die Aufteilung in Subkategorien erwies sich als nicht beeindruckend. Es stellt sich die Frage, ob interpersonelle Probleme bei Angstpatienten homogener sind und sich nicht in die von Maling et al. (1995) gefundenen unterschiedlichen Kategorien einteilen lassen. Denkbar wäre, dass interpersonelle Probleme im Verlauf einer länger andauernden Therapie auch bei Angstpatienten an Bedeutung gewinnen. Für letzteres spricht die leicht gestiegene Anzahl im hier untersuchten Therapieverlauf (siehe Abbildung 48, Seite 88).

Aus dem geringen Diskussionsbedarf der Rater lässt sich schließen, dass die meisten Kategorien als definiert und exklusiv empfunden wurden. Weiterer Präzisierung bedürfen die Kodierungshinweise bei „interpersonellen Problemen/Zielen“ (Kat.8) und „sonstigen selbstbezogenen Problemen“ (PKat.7). Neben der „Angstbewältigung“ ist der Erwerb von „Ruhe und Gelassenheit“ das zweite wichtige Therapieziel der Patienten. Vor diesem Ergebnis könnte man vermuten, dass es eine inhaltliche Überschneidung von zKat.3 und zKat.7 gibt. Wenn hohes Aufkommen von Problemen/Zielen einer Kategorie als Anlass gesehen wird, sie in Subkategorien zu unterteilen, so wären die Kategorien „Ruhe und Gelassenheit finden“ (zKat.7) sowie „Angstprobleme“ (PKat.3) und deren Bewältigung (zKat.3) inhaltlich mehr zu differenzieren. Für andere Krankheitsbilder könnten sich wiederum andere Kategorien als überbelegt und nicht trennscharf erweisen.

Die Rater waren im Gebrauch der Kodierregeln geschult und keiner der beiden Therapierichtungen verpflichtet. Bei den Ratings zeigten sich sehr gute bis befriedigende Kappa-Werte und ein hoher prozentualer Übereinstimmungsgrad (siehe Tabelle 7, Seite 30). Aufgrund der offenen Formulierungen bleibt allerdings viel Raum für die Beurteilung und Interpretation. Die Kodierregeln sollten für den Gebrauch in der Praxis mit mehr Ankerbeispielen ausgestattet werden, um relevante und irrelevante Patientenaussagen besser einordnen zu können.

Berechnung der Ergebnisse zu Hypothese A und B

Nach Kodierung der Textinhalte wurden für jeden Befragungszeitpunkt und für die Vergleichsgruppe die absoluten und die relativen Häufigkeiten der einzelnen Inhaltskategorien bestimmt. Eine Darstellung des Problem- und Zielusters für die verschiedenen Zeitpunkte und für die Subgruppen sowie ein Vergleich mit der Studentenstichprobe werden über die relativen Häufigkeiten möglich und ab Seite 79 als „Darstellung der Therapiethemen mit PATH“ diskutiert.

Berechnung der Ergebnisse zu Hypothese B und C

Selbsteinschätzungen und *awareness/mastery* werden ab Seite 101 als „Zusammenschau bei Inhaltskategorien“ und ab Seite 107 als „Zusammenschau bei Patienten-Untergruppen“ aufeinander bezogen betrachtet. Die relative Häufigkeit der *awareness/mastery*-Einstufungen sowie die Häu-

figkeit der Selbsteinschätzungen wurden für jeden Termin festgestellt. Als Kennwerte und Grundlage zur Darstellung des Therapieverlaufs wurden Median, Mittelwert und Standardabweichung bestimmt. Effektgrößen wurden nicht berechnet, weil diese metrische Daten (Intervallskalierung) voraussetzen. In der Psychologie hat sich die Konvention etabliert, für Fragebogeninstrumente Intervallskalen-Niveau anzunehmen, auch wenn im strengen Sinn von einer Ordinalskalierung ausgegangen werden sollte. Bei der *mastery-awareness-scale* und den beiden Skalen zur Selbsteinschätzung spräche eine Ordinalskalierung zunächst für eine Berechnung des Median als Kennwert und eine darauf gründende Betrachtung der Unterschiede.

Bestimmung des Median als Kennwert

Es können zwei verschiedene Mediane berechnet werden:

Berechnungsart 1: Es werden alle zu einem Zeitpunkt geäußerten Probleme/Ziele zusammen genommen und der auf die Menge (n) bezogene Median der Bewertungen bestimmt. Ein *awareness*-Median von 3 am Zeitpunkt t1 bedeutet, dass bei der ersten Befragung mindestens die Hälfte der Probleme „greifbar“ (Stufe 3) geschildert ist.

Berechnungsart 2: Der Vergleich verschiedener Messzeitpunkte und die Darstellung von Therapiefortschritt/Entwicklung sind auch Patienten-bezogen möglich. Dazu wird für jeden Patienten ein Median der Einstufungen seiner Probleme bestimmt, dann wird ein Median aus diesen Patienten-Medianen (N) berechnet. Hier könnte ein *awareness*-Median von 3 bedeuten, dass die Hälfte der Patienten am ersten Befragungszeitpunkt von ihren drei Problemen zwei „greifbar“ (Stufe 3) schildern. Der Median von *awareness* seiner drei Probleme stellt einen den Patienten charakterisierenden Wert dar. Der Median aller Patienten-Mediane beschreibt die gesamte Patientengruppe zum entsprechenden Zeitpunkt.

Bestimmung des Mittelwerts als Kennwert

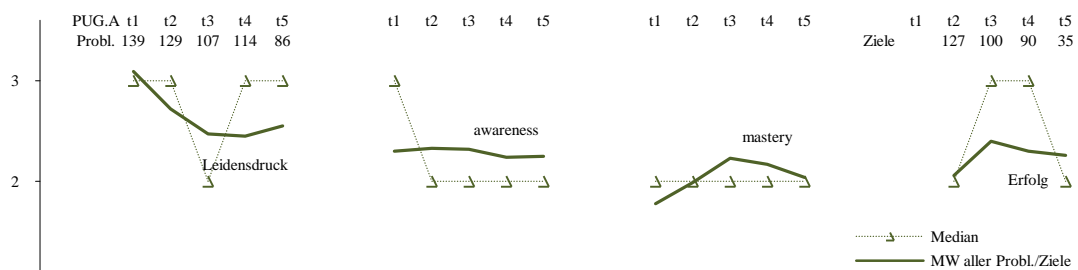


Abbildung 40: Zusammenschau von M, MW

Den Therapieverlauf mit Hilfe des Median zu zeichnen war letztlich unergiebig, zum Teil blieben die Mediane auf gleichem Niveau, obwohl bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen klar eine Veränderung zu beobachten war (siehe Abbildung 36, Seite 66). Mittelwerte können hier die unterschiedlichen Tendenzen sensitiver verdeutlichen. Trotz der fraglichen Skalierung der Werte wurde deshalb der Therapieverlauf über Mittelwerte dargestellt. Abbildung 40 demonstriert die differierenden Verläufe der Kennwerte Median und Mittelwert. Der für jeden Mess-Zeitpunkt berechnete Median zeigt nicht an, dass *mastery* steigt und wieder sinkt, er bleibt über alle Zeit-

punkte hinweg gleich. Dagegen zeigen die Mediane für Leidensdruck, Erfolg und *awareness* eine stark übertriebene Entwicklung.

Bezugsgröße für Kennwerte: Patientenzahl oder Problemzahl?

Die Mittelwerte wurden zunächst sowohl auf der Basis der Probleme (*Berechnungsart 1*) als auch auf der Basis der Patienten-bezogenen Werte (*Berechnungsart 2*) berechnet. Gegen *Berechnungsart 2* spricht, dass Patienten-bezogene Werte so behandelt werden, als ob sie eine in sich homogene Eigenschaft des Patienten darstellen. Unterschiede der Patienten in der Art und Weise ihre Probleme zu schildern oder in der Einschätzung ihrer Problemschwere bzw. des Erfolgs sind aber nicht als Persönlichkeitsmerkmal zu vermuten. Sie ergeben sich aufgrund der vom Patienten jeweils bevorzugten Themen. Es gibt Hinweise, dass etwa äußere Probleme oder körperliche Beschwerden generell weniger differenziert geschildert werden als depressive Beschwerden (*siehe Abbildung 37, Seite 67*).

Ein zweiter Einwand gegen *Berechnungsart 2* ist, dass damit fehlende Angaben aus den vorhandenen Angaben des betreffenden Patienten geschlossen werden. Ein Beispiel: Erreichen Probleme des Patienten ein Rating der *Stufen 3, 2 und 1*, so läge seine *awareness* zu diesem Zeitpunkt bei *Stufe 2*. Den gleichen Wert hat ein Patient, der nur ein einzelnes Problem nennt und es „vage greifbar“ (*Stufe 2*) schildert. Sowohl die genannten Beispiele wie auch weitere (Rating der *Stufen 3-2-2* oder *Stufen 2-2*) würden gleichwertig mit Median=2 zum Gesamtwert der Patientengruppe beitragen. Die abweichenderen Einstufungen (*Stufe 3 oder 1*) würden vernachlässigt. Bei *Berechnungsart 1* können hingegen die abweichenden Problem-Einstufungen in die gesamte Wertemenge eingehen und den Mittelwert mitbestimmen. In der Diskussion werden deshalb die aus allen Bewertungen (*n*) gewonnenen Mittelwerte zur Grundlage gemacht.

6.3 Darstellung der Therapiethemen mit PATH

6.3.1 Anfangsproblematik

Wie erwartet ist im Problemmuster von Patienten (*siehe Abbildung 5, Seite 36*) Angst vorherrschend – in jedem dritten Problem ist sie Thema (33%). Ganz anders bei Studenten: Wenn sie Gefühle und Gefühlsregulation zum Thema machen, dann als selbstbezogene Probleme, die bei ihnen dreimal so oft vorkommen wie bei den Patienten (20 vs. 7%). Am häufigsten beschreiben Studenten – ihrer Lebenssituation (finanzielle Situation, Klausuren, Zukunftsentscheidungen) entsprechend – äußere Probleme und Konflikte (37%). In der Patientengruppe kommen Alltagsprobleme halb so oft zur Sprache (19%), vermutlich weil das zur Therapie führende Problem emotional zu viel Raum einnimmt. Es ist zu erwarten, dass Probleme, die Patienten mit ihrer Umgebung und mit äußeren Gegebenheiten haben, im Therapieverlauf zum Vorschein kommen und dann einen größeren Anteil der Gesamtproblematik ausmachen. Eine solche Entwicklung hin zu alltäglichen, nicht krankheitswertigen Problemen wäre als Verbesserung der psychischen Situation von Patienten zu interpretieren.

Bei ärztlichen Konsultationen präsentieren Angstpatienten zunächst körperliche Stressprobleme, im Sinne einer Komorbidität sind depressive Störungen ebenfalls gehäuft zu erwarten (Hoyer und Becker 2001). Wird aufgrund der Häufigkeiten eine Rangfolge gebildet, kommt bei Patienten – nach Angst und äußeren Problemen – tatsächlich die Begleitsymptomatik zur Sprache. Umso überraschender war, dass in den Äußerungen der Studenten depressive Beschwerden (18%) und körperliche Beschwerden (11%) eine ebenso große Rolle spielen wie bei den Patienten (14% und 16%).

6.3.2 Zusammenhänge zwischen Problemen und Zielsetzung

Obwohl Studenten häufig körperliche Beschwerden nennen, münzen sie diese selten in entsprechende Ziele um (4%). Bei Patienten hingegen spiegeln die Ziele ihre Unzufriedenheit mit der körperlichen Symptomatik (11%). Gleichzeitig werden von beiden Gruppen trotz der vielen depressiven Beschwerden nur wenige auf Depression bezogene Ziele formuliert (3 bzw. 1%).

Den Patienten kommt es (siehe *Abbildung 6, Seite 37*) in erster Linie darauf an, Ruhe und Gelassenheit zu finden (35%) und Angst zu bewältigen (27%). Darüber hinaus lassen sich Ziele und Probleme bei ihnen nicht klar zur Deckung bringen. Auch wenn sie schon zu Therapiebeginn äußere Probleme und Konflikte in großer Zahl thematisierten (19%), machen sie zu der passenden Zielkategorie wenig Angaben (4%). Gerade in einer Operationalisierung liegt aber bei den äußeren Problemen ein Lösungsansatz.

Eine solche Operationalisierung scheint Studenten zu gelingen, sie haben zu ihren vielen äußeren Problemen passend (37%) viele Ziele (38%). Ihren selbstbezogenen Problemen (20%) entspricht ein ebenso häufiges Streben nach Ruhe und Gelassenheit (19%). Angstbewältigung ist für die Studenten kein Thema (0%), obwohl sie einige Angstprobleme (5%) schildern. Man könnte sich allerdings fragen, ob ein möglicherweise vorhandenes Angst-Thema (Prüfungs- oder Vortragsangst) zu Semesterbeginn nicht angesprochen wird, weil soziale Erwünschtheit beim Ausfüllen des Fragebogens mitgespielt hat.

Der Fokus liegt in beiden untersuchten Gruppen auf Themen, die mit der Gesamtsituation zusammenhängen: einerseits Angst und ihre „gelassene“ Bewältigung bei Patienten, andererseits äußere Probleme, deren Lösung und Fähigkeitserwerb bei den Studenten. *Abbildung 41* zeigt die am häufigsten genannten Problem- und Zielarten einander gegenübergestellt. In ihren Zielvorstellungen sind sich die drei Patienten-Subgruppen sehr ähnlich, jedoch nicht bei den Problemen. In einer Patienten-Untergruppe werden keine Angstprobleme (PUG.C), dafür viele äußere Probleme und Konflikte genannt. Darin ähneln diese Patienten den Studenten. Andererseits fallen bei ihnen die körperlichen Beschwerden stärker auf als bei der Gruppe, die Angst explizit als Problem formuliert (PUG.B). Körperliche Beschwerden kommen bei den Patienten, die fast nur Angstprobleme beschreiben (PUG.A), selten zur Sprache. Überraschenderweise haben sie jedoch einige Ziele, die interpersonelle Probleme thematisieren. Sonst werden interpersonelle Probleme und ihre Lösung am Therapie- bzw. Semesterbeginn selten angesprochen.



Abbildung 41: Problem-/Zielmuster bei Stud./Pat.

6.3.3 Themenwandel als Indikator für Veränderung

Im Folgenden ist die Entwicklung der einzelnen Inhaltskategorien diskutiert und zur Illustration in Diagrammen dargestellt, jeweils *links* zeigen *blaue Verlaufskurven* die relative Zahl von Patienten (N) mit mindestens einem Problem/Ziel der entsprechenden Kategorie, *rechts* davon in *grün* die Probleme/Ziele einer Kategorie bezogen auf alle zum Zeitpunkt genannten Probleme/Ziele (n) und die Probleme/Ziele der Vergleichsgruppe (*graue kurze Linien*).

Inhaltskategorie 1: Körperliche Beschwerden

Patienten mit Generalisierter Angststörung nennen in der Allgemeinarztpraxis häufig körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Schlafstörungen (Fink und Haidinger 2007). Ihre Angst kann dahinter maskiert, der somatische Aspekt von Angstzuständen kann verfestigt sein. Der Vergleich zeigt, dass körperliche Beschwerden, zumindest wenn sie im Psychotherapie-Setting erhoben werden, bei Angstpatienten nicht deutlich häufiger auftreten als bei einer Gruppe von Studenten. Körperliche Beschwerden sind dennoch im Krankheitsbild der Generalisierten Angststörung besonders bedeutsam (Hoyer und Becker 2001). Auch in der vorliegenden Studie nennt jeder dritte Patient mindestens ein körperliches Problem. In besonderem Ausmaß sind es diejenigen Patienten, die Angst im engeren Sinn nicht beschreiben (PUG.C). Das Gegenbild zeigen Patienten, die Angst direkt benennen, ausführlich und mehrfach beschreiben (PUG.A). Bei ihnen werden körperliche Beschwerden selten genannt. Ob bei solchen Patienten Angstprobleme (noch) nicht somatisiert sind oder ob sie unter dem Einfluss der Psychotherapie

ihre Probleme nicht (mehr) somatisch maskieren, ließe sich zukünftig eventuell durch einen Abgleich mit dem Therapeutenurteil klären.

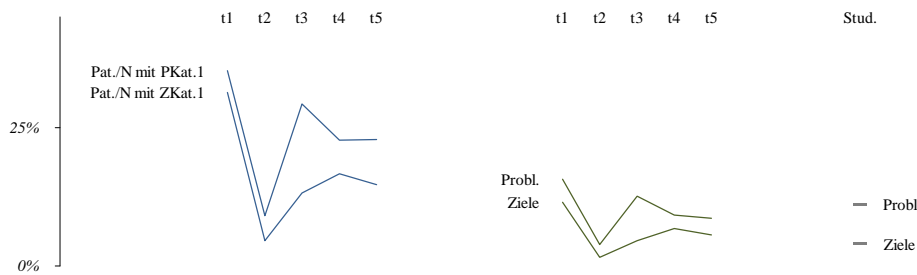


Abbildung 42: Körperliche Beschwerden und ihre Bewältigung

Aufgrund der kontinuierlichen Neu-Erhebung aktueller Probleme kann dargestellt werden, dass die Beschwerden während der Therapie fast völlig in den Hintergrund treten, am Therapieende aber von vielen Patienten erneut beschrieben werden. Wenn man nur zu Beginn und zum Abschluss der Therapie Daten erhoben hätte, wäre die Häufigkeitsveränderung nicht abbildbar gewesen. In der post-therapeutischen Zeit entspannt sich die Lage wieder, dennoch treten weiterhin körperliche Probleme auf, vor allem bei Patienten, die schon zu Therapiebeginn viele genannt hatten (PUG.B, PUG.C). Das spricht dafür, dass deren Modus, Angst in körperlichen Sensationen zu spüren und nicht explizit zu benennen, nicht nachhaltig verändert ist.

Analog zur Häufigkeit körperlicher Beschwerden wünschen sich manche Patienten anfangs Besserung. Derartige Ziele sind in der Therapiemitte nahezu bedeutungslos. Bei Therapieende und danach sind sie wieder wichtiger, die alte Häufigkeit wird aber nicht erreicht. Generell werden körperorientierte Ziele nicht so oft formuliert wie die entsprechenden Beschwerden, die Diskrepanz ist besonders groß am Therapieende. Möglicherweise sehen die Betroffenen die wiederkehrenden körperlichen Probleme als änderungsresistent an und setzen sich deren Veränderung nicht mehr als Ziel.

Inhaltskategorie 2: Depressive Beschwerden

Als weitere typische Symptome von Angstpatienten gelten depressive Beschwerden (Hoyer et al. 2002). Sie treten bei der Gruppe von Nicht-Patienten jedoch häufiger auf als bei den Angst-Patienten. Ein Erklärungsversuch könnte sein, dass sich – da psychische Störungen nicht kontrolliert wurden – psychisch auffällige Probanden in der Vergleichsstichprobe befunden haben. Eine andere Erklärung wäre, dass für Patienten Angst zu Beginn einer Therapie im Fokus steht und häufiger beschrieben wird als solche Begleitsymptome. Vorstellbar wäre auch, dass vor dem Behandlungsbeginn mehr depressive Symptome gefunden worden wären und dass der Entschluss für die Therapie eine Deprimiertheit bereits aufhellen konnte. Hier könnte ein Vergleich mit noch nicht in Behandlung befindlichen Patienten interessant sein.

Es scheint, als würden depressive Beschwerden in der ersten Therapiehälfte wenig, in der zweiten Hälfte deutlich vermindert. Ein depressiver Anteil von Angst scheint sich weniger schnell auflösen zu lassen wie ein körperliches Begleitsymptom (siehe Inhaltskategorie 1). Wie bei die-

sem kann auf Besserung ein Rückschritt folgen: Depressive Beschwerden stellen sich nach der Therapie wieder in größerer Zahl ein. Das Ende der Therapie scheint die Patienten bezüglich depressiver Symptomatik verwundbar zu machen. Hier bildet PATH (Staats et al. 1996) eine wiederkehrende depressive Tendenz ab. Weitere therapeutische Begleitung wäre im Sinne einer „sekundären Prävention späterer Depression“ (Hoyer und Becker 2001, Seite 22) möglicherweise angezeigt gewesen.

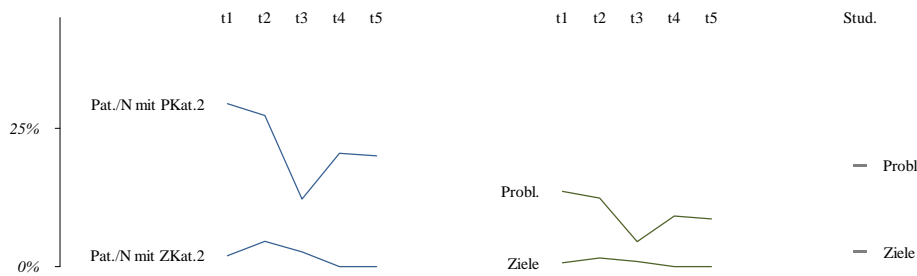


Abbildung 43: Depressive Beschwerden und ihre Bewältigung

Obwohl der depressive Aspekt eine Rolle spielt, wird eine Besserung depressiver Beschwerden selten als Ziel gesetzt. Möglicherweise stellen Patienten ins Zentrum ihrer Ziele eher Themen aus dem äußeren oder interpersonellen Bereich, in denen Grund und Lösungsansatz für Depressivität zu vermuten ist. Im therapeutischen Gespräch könnte eine direkte Gegenüberstellung von depressivem Problem und andersartigem Ziel die innere Verknüpfung aufklären.

Inhaltskategorie 3: Angst

Im Therapieverlauf und danach treten die anfangs massiven Angstprobleme bei vielen Patienten in den Hintergrund. Besonders deutlich wird die Veränderung in der zweiten Therapiehälfte bis zum Abschluss der Therapie. Zunächst macht Angst 1/3 der Problemschilderungen aus, bei Therapieende sind es noch 1/5. Nach der Therapie bleibt der Anteil zunächst gleich, sinkt dann erneut und ist zuletzt halb so groß wie zu Therapiebeginn. Bezogen auf die gesamte Gruppe hat die Angstproblematik sich nicht nur während, sondern auch nach der Therapie im Ausmaß verringert und hat anderen Themen Platz gemacht. Vergleicht man den Verlauf mit der oben beschriebenen Wiederkehr körperlicher und depressiver Beschwerden, kann das Stagnieren der Angstproblematik als Stabilisierung angesehen werden. Eine Detailuntersuchung könnte zeigen, ob es nur einzelne Patienten sind, bei denen die alte Angst zurückkehrt, oder ob sich spezielle Aspekte von Angst nicht auflösen. Bei nach der Therapie genannten Angstthemen könnte es sich um graduell und/oder inhaltlich veränderte Angst handeln, die jetzt besser kontrolliert, aber weiter genannt wird, um sie im Auge zu behalten.

Mit PATH werden für ein Krankheitsbild typische Ausprägungen und Entwicklungen dargestellt, die dem Therapeuten im individuellen Fall Entscheidungshilfen geben können. Dazu bieten sich die für ein Krankheitsbild charakteristischen Probleme/Ziele an. Angst kann aber von Fall zu Fall unterschiedlich stark ausgeprägt und mit anderen Themen gepaart sein. Es ist daher ratsam, ein unterschiedlich schnelles oder behutsames therapeutisches Vorgehen, einen unter-

schiedlichen therapeutischen Ansatz oder eine unterschiedliche Therapiedauer in Erwägung zu ziehen. Im Rahmen einer zeitgleich entstehenden Dissertation (Wiegand 2010) werden die Auswirkungen von zwei Therapieansätzen (CBT und SET) auf diese Fragestellung hin geprüft und verglichen. Eine Diskussion der Therapiedauer wäre über den Vergleich der mit PATH untersuchten Verläufe von Langzeit- und Kurzzeitpsychotherapie möglich. In Ansätzen zeigt sich bei der vorliegenden Untersuchung, dass die Therapie bei einer besonders ausgeprägten Angstproblematik eher länger andauern sollte. Eine Untergruppe der Patienten (PUG.A), bei denen Angst zu Beginn der Untersuchung im Zentrum der Problembeschreibungen stand, bleibt länger beim Angst-Thema. Am Ende der Therapie und bei den Katamnesen hat sich zwar bei dieser Untergruppe der Angstanteil in den aktuellen Problemen halbiert, ist aber immer noch wesentlich höher als bei den restlichen Patienten (PUG.B, PUG.C).

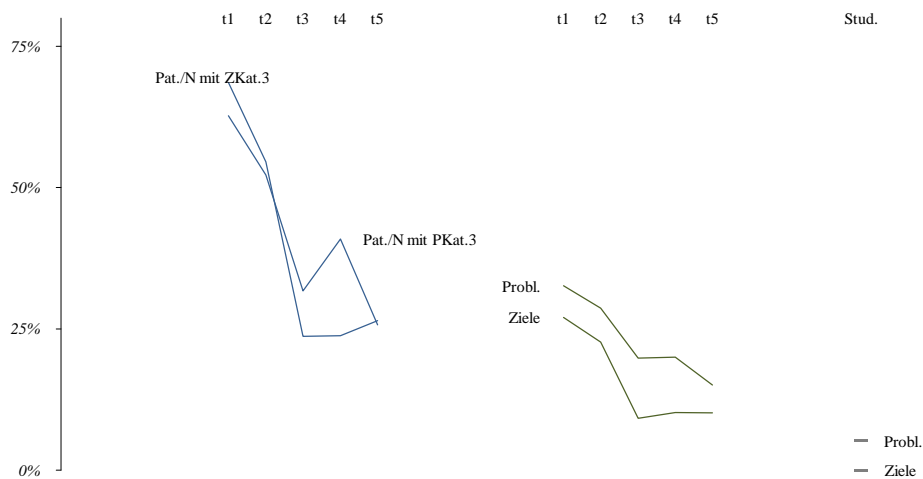


Abbildung 44: Angst und ihre Bewältigung

Für Patienten mit Generalisierter Angststörung ist es vordringliches Ziel, Angst zu bewältigen. Dem hohen Anteil von Angstproblemen entspricht ein hoher Anteil dieser Thematik bei den Zielsetzungen. In *Abbildung 44* wird sichtbar, dass sich die Häufigkeit der auf die Angstbewältigung bezogenen Ziele parallel zur Problemhäufigkeit reduziert. Daneben machen die Patienten von Anfang an Ruhe und Gelassenheit zum Ziel. Ein solcher Gefühlszustand wird im Kategoriensystem eigentlich als Pendant zu anderen (selbstbezogenen) Gefühlen aufgeführt. Ein Erreichen von Gelassenheit impliziert Angstbewältigung. Sie drückt eine Angstbewältigung im Positiv-Bild aus. Nach der Therapie thematisiert noch jede fünfte Problembeschreibung, aber nur noch jedes zehnte Ziel das Thema Angst, der Wunsch nach Ruhe und Gelassenheit (*siehe Seite 87*) bleibt in größerem Ausmaß bestehen. Nach Dirmaier et al. (2002) stellt die Formulierung von Zielen eine Suchraumeinschränkung dar, bedeutsame Teilaspekte der Situation werden in den Fokus gesetzt und Verhaltensmöglichkeiten werden eingegrenzt. Die „richtigen“ Ziele (Gelassenheit, interpersonelle Ziele, Fähigkeiten) setzen zu können ist selbst ein wichtiges Therapieziel. Wenn der Patient sich jedoch nur „Angstbewältigung“ als Ziel setzt, richtet er den Blick zurück.

Inhaltskategorie 4: Sucht

Suchtprobleme liegen nicht vor, obwohl sie als komorbide Störung bei Patienten mit Angstproblematik durchaus zu erwarten waren (DSM-IV 2003). Patienten mit stoffgebundener Abhängigkeit waren jedoch von vornherein ausgeschlossen. Bei der Nachbefragung zeigen zwei Patienten, dass sie ein Suchtproblem sehen und dieses therapeutisch angehen wollen.

Inhaltskategorie 5: Mangelndes Selbstwertgefühl

Obwohl Patienten selten ein mangelndes Selbstwertgefühl beklagen, kommen Ziele dieser Art („ich möchte selbstbewusster sein“) ein wenig häufiger zur Sprache. Die Problemformulierung („ich bin nicht selbstbewusst“) ist selten, vermutlich weil hier Abwehrstrategie und Vermeidungsverhalten nicht primär von einem niedrigen Selbstwertgefühl, sondern von Angst bestimmt werden. Mit dem Wunsch nach Selbstvertrauen, der am Ende der Therapie bei einigen Patienten aufkommt, wird möglicherweise die Anspannung deutlich, die eine Ablösung von der Therapie mit sich bringt.

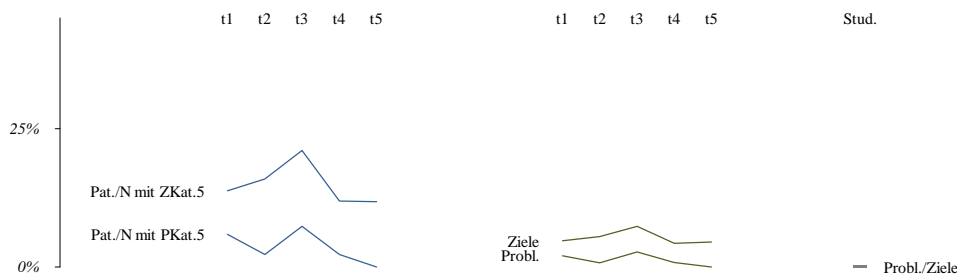


Abbildung 45: Selbstwertgefühl Probleme und Ziele

Inhaltskategorie 6: Äußere Probleme und Konflikte

Äußere Probleme und Konflikte betreffen oft persönliche, von der Krankheit unabhängige Gegebenheiten, werden anfangs nicht oft als Therapieziel im engeren Sinn gesehen. PATH ermöglicht eine gemeinsame, wie auch über die Einordnung in Kategorien getrennte Darstellung verschiedenartiger Zielsetzungen (Lebensziele, motivationale und Therapieziele; Grosse Holtforth 2001) und von Problemen, die als Ausgangspunkt für solche Ziele zu sehen sind. In der Vergleichsstichprobe stehen äußere Probleme und Konflikte und ihre Bewältigung an erster Stelle, bei den Patienten werden sie weitaus seltener genannt. Patienten können sich möglicherweise nicht im normalen Ausmaß mit ihren Alltagsproblemen und -zielen beschäftigen. Dennoch bezieht sich jedes fünfte zu Therapiebeginn genannte Problem auch bei Angstpatienten auf eine äußere Problematik.

Während der Therapie setzt eine Steigerung ein, die in der zweiten Therapiehälfte noch einmal drastischer wird. Nach Therapieabschluss bleibt der Anteil zunächst konstant. Ein weiteres Ansteigen wird im ersten halben Jahr nach Therapieende vermutlich dadurch verhindert, dass drängende alte Probleminhalte (Angst, körperliche und depressive Beschwerden) zunächst nicht kontrolliert werden können und wieder gesteigert auftreten. Wenn die Trennung vom Therapeuten verarbeitet ist und sich der ehemalige Patient, so ist anzunehmen, stärker dem Alltag und der

Umwelt zuwenden muss und kann, wächst der Anteil der äußeren Probleme wieder an. Es entsteht Raum, sich der Interaktion und Kommunikation mit anderen Menschen, dem Funktionieren in Beruf und Familie zu widmen. Ein solches Verhaltensbild kann als gesündere Problematik interpretiert werden (Brockmann et al. 2003).

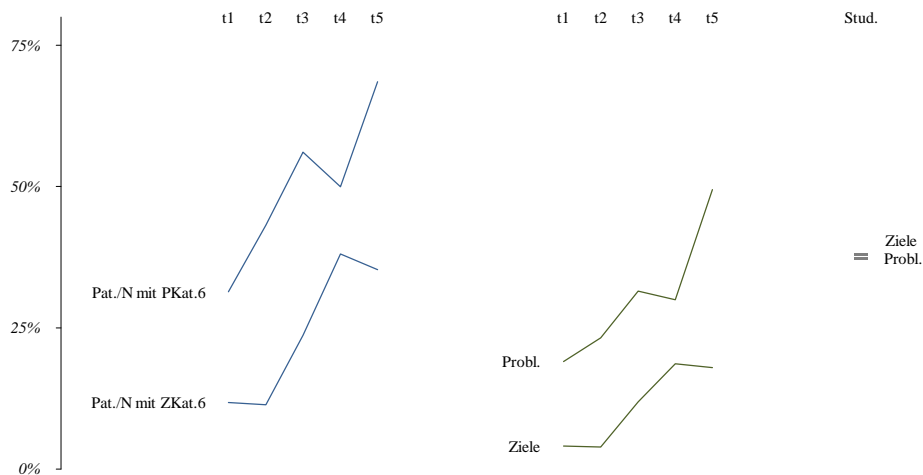


Abbildung 46: Äußere Probleme und Konflikte und ihre Bewältigung

In der Vergleichsgruppe entsprechen sich Problem- und Zielhäufigkeiten. Dagegen operationalisieren nur wenige Patienten mit Generalisierter Angststörung bei Therapiebeginn ihre äußeren Probleme und Konflikte in einem Ziel. Vor diesem Hintergrund ist der Anstieg von nach außen gerichteten Zielsetzungen ab Therapiemitte eindrucksvoll, jedoch kommt er ein halbes Jahr nach der Therapie wieder zum Stillstand.

Auswertungen von Frölich (2009) zeigen systematische Veränderungen im Verlauf längerer Psychotherapien, bei denen immer weniger Krankheitssymptome in den Schilderungen der als wichtig angesehenen Probleme auftauchten, dafür äußere Konflikte und existentielle Probleme in den Vordergrund getreten waren. Das lässt sich auch in der vorliegenden Untersuchung zeigen. Äußere Probleme geraten mit fortschreitender Therapie und unter Alltagsbedingungen nach der Therapie mehr und mehr in den Fokus. Die entsprechenden Ziele werden nicht in adäquat großer Zahl gefunden – möglicherweise weil eine Operationalisierung solcher Probleme noch mehr Zeit und therapeutische Hilfestellung braucht.

Inhaltskategorie 7: Selbstbezogene Probleme

Weitaus seltener als die Studenten scheinen sich Patienten mit selbstbezogenen Problemen und Gefühlen jenseits der Angst auseinanderzusetzen. In der ersten Therapiehälfte verdoppelt sich bei ihnen der Anteil solcher Themen, bleibt aber überschaubar. Angst könnte anderen Gefühlen den Raum genommen und eine Reflexion behindert haben, die bei der Gruppe der Nicht-Patienten in jedem fünften Problem zum Tragen gekommen war. Ein verstärktes Auftreten solcher intrapsychischer Probleme kann – ähnlich wie bei der oben konstatierten Hinwendung zu äußeren Gegebenheiten – als Zeichen für ein aufmerksames Beobachten der eigenen Innenwelt und

damit als gesündere Haltung gesehen werden. Therapie fordert und fördert ein solches Fokussieren eigener Gefühle. Das kann erklären, warum bei den hier untersuchten Patienten aus Kurzzeitpsychotherapie das Beschäftigen mit Gefühlen (außer Angst) zunächst angestiegen, ein Jahr nach Therapieende wieder auf den alten Stand gefallen ist. Zusätzlich könnten die nach der Therapie wichtigen äußeren Probleme eine weitere Selbstfokussierung behindern, weshalb Gefühle verdrängt werden oder sich in Angst umkehren.

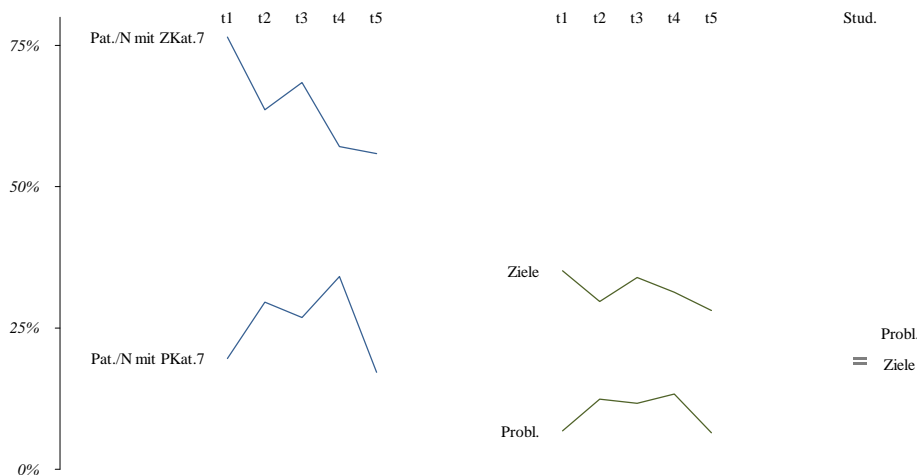


Abbildung 47: Selbstbezogene Probl./Ruhe und Gelassenheit

Die von PATH als Gegenbild zu selbstbezogenen Problemen/Gefühlen entworfene Zielkategorie wird von Beginn an häufig gebraucht: Patienten mit Generalisierter Angststörung wollen an erster Stelle „Ruhe und Gelassenheit“ erreichen. Im Therapieverlauf nimmt die Bedeutsamkeit dieser Vorstellung bei einigen Patienten ab. Für die anderen bleibt sie nach der Therapie aber so wichtig, dass sie immer wieder und mehrfach formuliert wird. Ob darin ein Ziel mit Alltagscharakter gesehen werden kann oder ob damit im Grunde weiterhin Angstbewältigung gemeint ist, bleibt offen. Wollte man den Wunsch nach Ruhe und Gelassenheit als positivere Formulierung des Ziels Angstbewältigung ansehen, so ist interessant, dass der Wunsch durchgehend gerade von denjenigen Patienten immer wieder geäußert wird, die Angst nicht ausgeprägt oder überhaupt nicht als Ausgangsproblem präsentiert hatten (PUG.B, PUG.C). Patienten, die Angst zu Beginn mehrfach thematisierten und entsprechend auch häufiger Angstbewältigung erreichen wollten (PUG.A), schließen zuletzt an die anderen Patienten an. Nach der Therapie überwiegen auch bei ihnen Zielformulierungen, die Ruhe und Gelassenheit akzentuieren. Ziele dieser Art können den Weg zu einem „normalen“ Gefühlsleben darstellen – weg von dem Negativbild „Angst“ hin zur positiven Vorstellung „Gelassenheit“. Das häufige Vorkommen könnte bedeuten, dass die Kategorie Übergangsziele enthält. Dem Patienten muss jetzt ermöglicht werden, sich von den diffusen, allgemeinen Wünschen (z.B. „Gelassenheit“ oder „Weltfrieden“) wieder zu lösen. Ein Schritt auf dem Weg zu konkreteren und realistischen Plänen ist, seine Texte inhaltlich und mit der *mastery-awareness-scale* zu analysieren, und mit ihm gemeinsam herauszufinden, wogegen und in welchen Situationen er sich mit Ruhe wappnen will.

Inhaltskategorie 8: Interpersonelle Probleme

Interpersonelle Probleme können während der Psychotherapie an Bedeutung gewinnen (Brockmann et al. 2003) und letztlich den Therapieerfolg bestimmen (Maling et al. 1995). Frölich hatte die hohe Anzahl interpersoneller Probleme bei einer Stichprobe von 30 Patienten aus analytischer Psychotherapie zum Anlass genommen, Subkategorien zu entwickeln, „um mehrere unterschiedliche und differenziertere Bereiche zwischenmenschlichen Handelns aufzugliedern“ (Frölich 2009, Seite 34). Bei der ersten Befragung spielen solche Themen jedoch weder bei den Angstpatienten noch bei der Vergleichsgruppe eine Rolle. Wie bei anderen Kategorien diskutiert nimmt die Beziehungsproblematik vermutlich wenig Raum ein, weil aktuell andere Themen im Vordergrund stehen (bei den Patienten die Angst, bei den Studenten äußere Probleme). Bei Patienten können interpersonelle Themen auch gerade dann verdrängt sein, wenn sie im Grunde mit der Angstproblematik zusammenhängen, Angst auslösen oder aufrechterhalten. Ein Fokussieren solcher Probleme würde zur Verarbeitung führen und so die Angstsymptomatik vermindern helfen, ist damit ein wichtiger Teil der Therapie. Mit Hilfe des Therapeuten werden interpersonelle Probleme sichtbar gemacht und durchgearbeitet. So ist es nicht überraschend, dass das Auftreten interpersoneller Probleme im Therapieverlauf „begünstigt“ wird. Aufgrund der Therapie-induzierten Hinwendung steigen die Nennungen in der ersten Therapiehälfte, reduzieren sich aber nach der Therapie wieder. Ob das bedeutet, dass die Interaktion mit Anderen dann weniger Probleme macht oder dass Angst erneut in den Vordergrund rückt, lässt sich nicht beantworten. Ein Vergleich mit Ergebnissen einer Studie zu Langzeitpsychotherapie (Frölich 2009) lässt vermuten, dass eine längere Therapiedauer interpersonelle Probleme weiter vermehrt und ihre therapeutische Bearbeitung ermöglicht hätte.

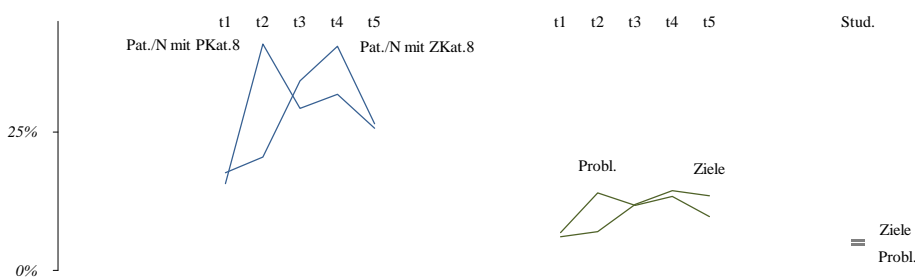


Abbildung 48: Interpersonelle Probleme und ihre Bewältigung

Während in der zweiten Therapiehälfte der Anteil interpersoneller Probleme sinkt, werden entsprechende Ziele von mehr Patienten formuliert. Dies könnte bedeuten, dass die Therapie bewirken konnte, dass Probleme als Ziele formuliert werden, wenn die Auseinandersetzung mit dem Umfeld an Bedeutung gewinnt. Von Angst wegzukommen und sich anderen Menschen zuwenden, schafft neue Problemstellungen, die sich aber anscheinend leichter in Zielvorstellungen ummünzen lassen als intrapsychische oder symptomatische Probleme. Der Wunsch das „Selbst“ (SubZKat.8S) dabei zu bewahren, sich abzugrenzen und behaupten zu können, bildet hier den Hauptanteil der betreffenden Zielinhalte.

Inhaltskategorie 9: Existentielle Probleme und Freiheiten/Fähigkeiten

Die Problemkategorie 9 („existentielle Probleme“) kam in der ganzen Zeit nahezu nicht vor oder wurde von den Patienten nicht wahrgenommen.

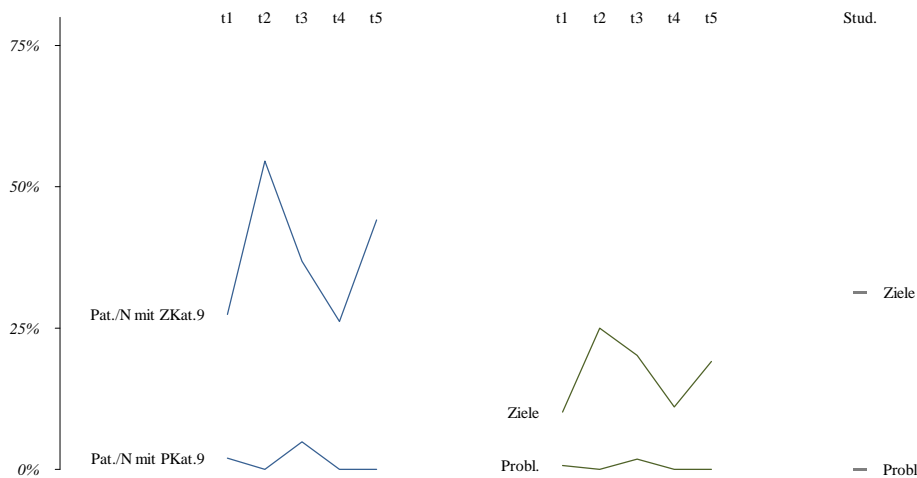


Abbildung 49: Existentielle Probl./Fähigkeiten und Freiheiten

Die zugeordnete Zielkategorie wurde von der Vergleichsgruppe häufig frequentiert. Aufgrund des Alters und der Lebenssituation von Studenten erscheint es plausibel, dass sich mehr als 30% ihrer Ziele auf den Erwerb von Freiheiten und Fähigkeiten richten. Bei den Patienten – obwohl in einer Situation, in der sie ihr Leben verändern wollen, – richten sich die Anfangsziele nur in 10% auf konkrete Fähigkeiten, indirekt haben diese oft mit Angstbewältigung zu tun. Im weiteren Verlauf nimmt die Bedeutung der Ziele, die sich auf das alltägliche Leben, auf Zukunft, Beruf, Familie und Freizeitgestaltung beziehen, deutlich zu. Wenn die Anregung durch die Therapie wegfällt, knickt die Entwicklung ein. Am Therapieende, vor allem aber danach, verfolgen weitaus weniger Patienten ein Ziel, das konkret auf Zugewinn an Fähigkeiten und Freiheiten ausgerichtet ist. Stattdessen kommen erneut mehr an der Angst orientierte Ziele zu Tage. Die Entwicklung könnte auf ein inneres Festhalten an der Therapiesituation deuten. Ein halbes Jahr später richten sich anteilmäßig mehr Ziele auf Fähigkeitserwerb, was im positiven Sinne heißen kann, dass sich das Augenmerk wieder nach vorne richtet und lebenspraktische, lernorientierte Ziele fokussiert werden. Eine andere Erklärung wäre, dass die Patienten, die nach der Therapie wieder in alte Schemata zurückfielen, bei der zweiten Katamnese nicht mehr antworten, so dass (bezogen auf die niedrige Gesamtzahl) nur scheinbar mehr Ziele dieser Kategorie vorkommen.

Inhaltskategorie 10: Zwang

Angstpatienten leiden unter Sorgen, die nicht kontrollierbar sind und zwanghafte Züge tragen können. Davon abzugrenzen sind Zwangsgedanken, die stereotyper sind und durch Handlungen (z.B. Waschzwang) neutralisiert werden können (Becker und Margraf 2007). Von den Patienten selbst werden Zwangsprobleme und Überlegungen zur Bewältigung kaum genannt.

6.3.4 Themenwandel bei Patienten-Untergruppen

Von der Patientengruppe heben sich deutlich die 12 Patienten ab, bei denen Angst in besonderer Ausprägung das Denken stark zu beherrschen scheint (PUG.A). Des Weiteren lässt sich eine Gruppe von 20 Patienten finden, die zu Therapiebeginn neben einem Angstproblem weitere Themen als Problem vorstellten (PUG.B), und eine Gruppe von 19 Patienten, die bei der ersten Schilderung Angst nicht explizit thematisierten (PUG.C).

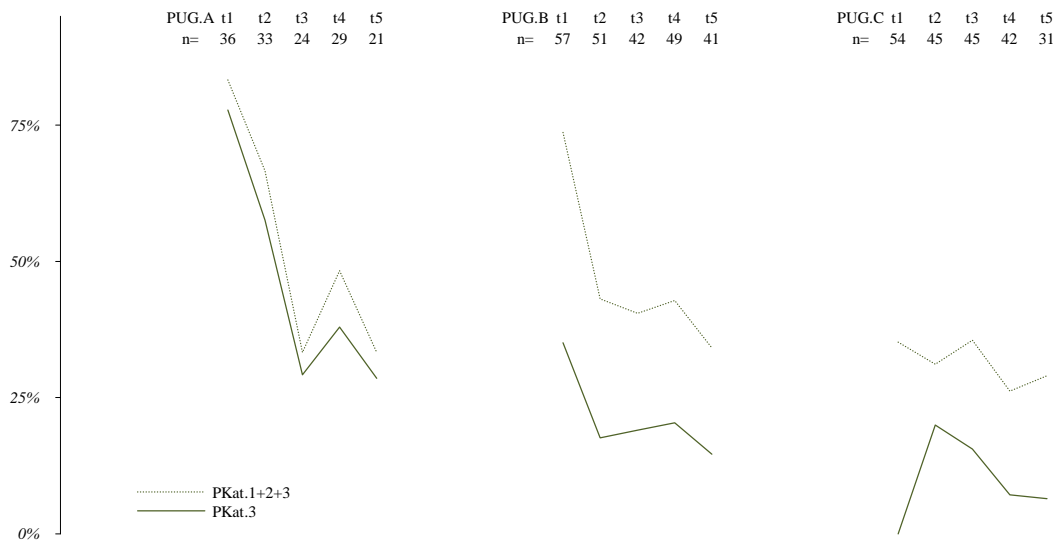


Abbildung 50: Angst bei PUG

Anteil der Angstprobl. (PKat.3) bzw. der Problematik von Generalisierter Angst (PKat.1+2+3) an allen von PUG zum Termin genannten Problemen (n).

Die erste Gruppe (PUG.A) wird auch in Therapiemitte noch von Angst beherrscht – mehr als jedes zweite Problem handelt davon. Der Anteil halbiert sich zwar zum Therapieabschluss, danach steigt er aber wieder an. Würde man die weiterhin hohe Ausprägung der Grundproblematik zum Entscheidungskriterium machen, wäre es angezeigt gewesen, die Therapie fortzuführen.

Natürlich darf eine solche Entscheidung nicht ausschließlich auf quantitativen Überlegungen beruhen, sonst wäre es unnötig erschienen, die Therapie mit der dritten Patientensubgruppe (PUG.C), die keine expliziten Angstprobleme angibt, überhaupt zu beginnen. Auch diese Patienten sind als Angstpatienten richtig diagnostiziert worden, lediglich ihre eigenen Problembeschreibungen handeln zu Therapiebeginn nicht von Angst. Zur Therapiemitte beschreiben auch sie in jedem fünften Problem Angst, dafür hat sich im gleichen Maß die zuvor wesentlich ausgeprägtere Begleitsymptomatik (körperliche und depressive Beschwerden) reduziert. Zum Therapieabschluss und danach verringert sich der Anteil der Angstprobleme wieder, zuletzt ähnelt diese Subgruppe wieder der Vergleichsstichprobe. Getrübt wird die positive Bilanz durch den erneut hohen Prozentsatz körperlicher und depressiver Beschwerden. Doch selbst wenn diese als Ausformungen der Angst begriffen werden, zeigt sich insgesamt gesehen ein geringerer An-

teil der drei erwarteten Problembeschreibungen (Angst, körperliche und depressive Beschwerden), der nicht so eindrucksvoll reduziert wird, wie bei den anderen Subgruppen.

Eine im Vergleich dazu nicht nur mittlere, sondern insgesamt positive Entwicklung zeigt PUG.B. Aus dieser Gruppe kamen zu Therapiebeginn viele Angstprobleme sowie körperliche und depressive Beschwerden, der Anteil solcher Problemarten reduziert sich während der Therapie und bleibt ab dem Therapieabschluss auf gleichbleibend niedrigem Niveau.

Nimmt man Angst, körperliche und depressive Beschwerden zusammen, so zeigen Patienten mit vielen Angstproblemen (PUG.A) zunächst einen imponierenden Therapieeffekt. Nach der Therapie steigt der Anteil der Angstproblematik wieder an, aber der „Rückfall“ kehrt sich scheinbar wieder in eine positive Entwicklung um. Dies könnte mit den fehlenden Angaben zusammenhängen. Wenn bei der letzten Befragung alle Patienten der PUG.A geantwortet hätten, wäre das erneute Wachsen des Angstanteils möglicherweise weitergegangen.

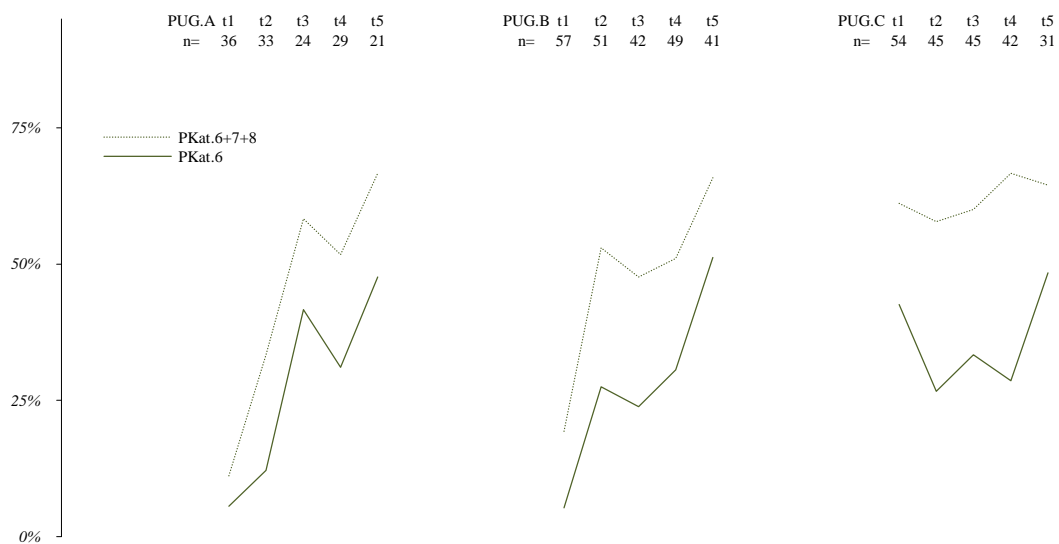


Abbildung 51: andere Probleme bei PUG
Anteil äußerer (PKat.6) bzw. anderer (PKat.6+7+8) an allen von PUG zum Termin genannten Problemen (n).

Die „Viel-Angst“-Subgruppe (PUG.A) zeigt andererseits eine deutliche Hinwendung zu äußeren Problemen in der zweiten Therapiehälfte, nach der Therapie wird dies wieder gestoppt, statt den äußeren Problemen werden nun mehr entsprechende Ziele formuliert (siehe Abbildung 25, Seite 55). Konstanter erscheint das Anwachsen äußerer Problematik bei der mittleren Patientengruppe (PUG.B). Die dritte Patientengruppe (PUG.C) macht eine völlig andere Entwicklung: Bereits zu Beginn enthalten viele Probleme äußere Themen (mehr noch als bei der Vergleichsgruppe). Während der Therapie sinkt der Anteil ab, die Entwicklung ist vermutlich der therapiebedingten Konzentration auf die Angstsymptomatik, auf interpersonelle und andere Probleme geschuldet. Ab Therapiemitte werden bei PUG.C zunächst in Zielen, später in Problemen, äußere Themen erneut häufiger, die Subgruppe ähnelt wieder der Vergleichsgruppe. Die beiden anderen Subgruppen erreichen mit dem Therapieabschluss ebenfalls einen hohen Anteil an äußeren Themen, dieser Stand lässt sich vermutlich bei PUG.A nicht halten.

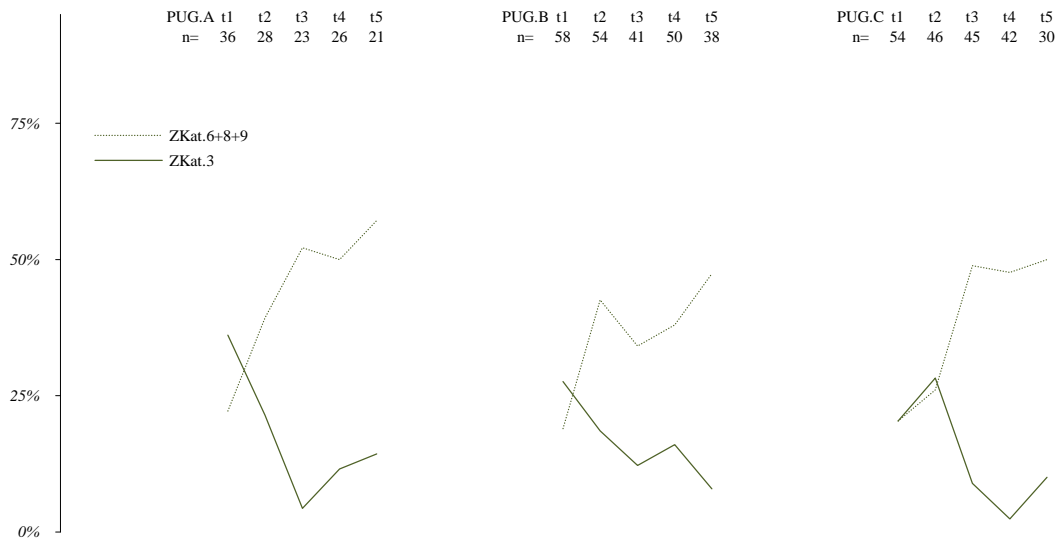


Abbildung 52: Ziele bei PUG
Anteil der Ziele, die auf Bewältigung von Angst bzw. anderen Probl.(ZKat.6+8+9) gerichtet sind, an allen von PUG zum Termin genannten Zielen (n).

Ziele, die Angstbewältigung zum Inhalt haben, werden bei allen Untergruppen im Therapieverlauf seltener genannt. Im Gegenzug setzen sich die Patienten mehr Ziele, die Bewältigung äußerer oder interpersoneller Probleme oder den Erwerb von Freiheiten und Fähigkeit beinhalten. Nach der Therapie kommt die Entwicklung zum Stillstand oder kehrt sich um.

6.4 Darstellung von Leiden, Therapie, Erfolg mit PATH

6.4.1 Leiden unter Anfangsproblemen

Bei den Patienten mit Generalisierter Angststörung ist der Leidensdruck, den sie bezogen auf ihre aktuellen Probleme angeben, am Therapiebeginn höher als bei den Probanden der Vergleichsgruppe. Deren Problemdruckwerte streuen breit (siehe Abbildung Seite 43), was die Vermutung zulässt, dass eine noch größere Differenz zustande gekommen wäre, wenn man hätte ausschließen können, dass auch Studenten mit besonderer psychischer Belastung oder klinischer Diagnose befragt worden waren.

Die zweite Leidensdruck-Einschätzung zeigt eine Angleichung der Werte. Nach 12 Stunden Therapie lässt sich für die Patienten nahezu der gleiche mittlere Belastungswert berechnen wie für die Studenten am Semesterende. Da diese in der Zwischenzeit nicht in therapeutischer Behandlung waren, kann man die durchlaufene Therapie für die Reduktion der hohen Leidensdruckwerte bei Patienten verantwortlich machen. In der Vergleichsstichprobe ist die Verteilung der Problemdruckwerte homogener geworden. Eine Erklärung könnte sein, dass einige Studenten sich am Semesteranfang stärker belastet fühlten, aber einen Weg aus dem Druckgefüge fanden und dazu keine Therapie brauchten. Über das, was in der Zeit tatsächlich abgelaufen ist, kann jedoch nur spekuliert werden.

Howard et al. (1986) beschreibt in seiner Studie eine scheinbar logarithmische Beziehung von Dosis und Wirkung in Psychotherapien. In der hier untersuchten Gruppe von Patienten ist der

auf die Anfangsproblematik bezogene Leidensdruck schnell gesunken, am deutlichsten in der ersten Therapiehälfte. Gerade wenn die ersten Erfolge überraschend sind und scheinbar als Geschenk zufallen, werden sie als besonders groß eingeschätzt. Danach wird ein noch besserer Fortgang geradezu vorausgesetzt. Die Reduktion der Belastungswerte ist in der zweiten Therapiehälfte bei einigen Patienten weniger dramatisch. Dies könnte sich als Kontrasteffekt aus den übersteigerten Erwartungen ergeben haben oder ein Gewöhnungseffekt sein. Auch in anderen Untersuchungen wird beobachtet, dass bei länger dauernder Behandlung therapeutische Effekte in späteren Phasen systematisch unterschätzt werden (Staats et al. 2006). Frei nach Nestroy: Ein jeder Erfolg ist nur halb so groß, wie er zunächst aussieht.

Nach Beendigung der Therapie tritt eine Stagnation ein, bei einigen Patienten steigt der Leidensdruck wieder an (siehe Abbildung 54, Seite 94). Hier fallen besonders jene Patienten auf (PUG.B), die zu Beginn der Therapie neben Angst die begleitenden depressiven und körperlichen Beschwerden angegeben hatten. Gerade von ihnen wird ab dem Therapieabschluss zunächst wieder über höheren Leidensdruck bezüglich der alten Probleme berichtet. Ein Jahr nach der Therapie scheint der „Rückfall“ bewältigt, die Leidensdruck-Wertungen, die sich auf Anfangsprobleme beziehen, sind wieder niedriger. Hingegen wächst er bei den Patienten, die fast nur Angst genannt und diese mit besonders hohem Leidensdruck verbunden hatten (PUG.A), zur gleichen Zeit an. Ein kontinuierliches Nachlassen des Leidensdrucks ist – auch als nach der Therapie fortgesetzter Effekt – nur bei Patienten mit vorwiegend äußeren Konflikten und/oder körperlichen Beschwerden (PUG.C) zu sehen. Der Verlauf bei den Subgruppen verweist auf die Problemebene: Mit der Thematik, die ein Patient zu Beginn der Therapie aufwirft, ist unterschiedlich hohe Belastung verbunden. Therapie vermindert diese Belastung je nach Thema in unterschiedlichem Ausmaß.

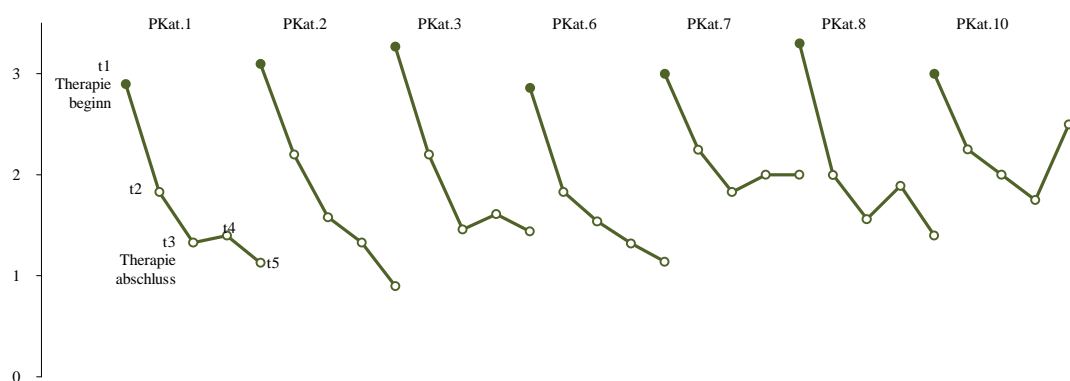


Abbildung 53: Verlauf der Ld.-MW nur bei Anfangsprobl., unterschieden nach Inhaltskategorien. PKat.4, 5, 9 sind nicht dargestellt.

Bei einigen Themen ist nach der Therapie eine weitere Belastungsreduktion zu beobachten, bei anderen Stagnation oder wieder höhere Belastung. Ein Jahr nach der Therapie setzt bei solchen Themen erneut Besserung ein. Da zu diesem Zeitpunkt weniger Patienten Auskunft gaben, ist nicht auszumachen, ob gerade die Angaben fehlen, die von anhaltender Irritation nach der The-

rapie zeugen oder ob die positive Entwicklung weiter geht. Wenn wegen der *drop-outs* die letzte Bewertung nicht mehr einbezogen wird, zeigen die anfangs geschilderten Angstprobleme (PKat.3) einen bedenklichen Wiederanstieg ihrer Belastungswerte. Die Detailbetrachtung der Inhaltskategorien zeigt: Bei selbstbezogenen Problemen (PKat.7), die konstant wiederbewertet wurden, steigt der Leidensdruck zuletzt an. Depressive Beschwerden (PKat.2), äußere Konflikte (PKat.6) und interpersonelle Probleme (PKat.8) wurden von mal zu mal seltener bewertet, bei der letzten Befragung nur noch zur Hälfte. Hier zeigen die restlichen Bewertungen einen sinkenden Mittelwert.

6.4.2 Leiden unter neuen Problemen

An jedem Befragungszeitpunkt konnten die Patienten neue Probleme beschreiben. Dabei konnte es sich um bereits genannte Themen handeln oder um Themen, die neu auftraten. Ihre Belastung sollte wie bei den Anfangsproblemen in der ersten Niederschrift bewertet werden. Auch neue Probleme werden als stark belastend eingeschätzt, das Leidensdruck-Niveau setzt jedoch niedriger an als bei den Anfangsproblemen. Dies gilt auch für Probleme, die ein halbes Jahr, aber nicht mehr für Probleme, die ein ganzes Jahr nach der Therapie formuliert werden. Wenn analysiert wird, wer welches Problem äußert, wird klar, dass es im Grunde die alten Themen sind, die wieder auftauchen. Durchgängig zeigt die post-Therapie-Entwicklung nur bei Patienten (PUG.C), die sich zu Therapiebeginn nicht zu Angst äußerten, sondern vor allem zu äußeren Problemen, dass diese in ihren nach der Therapie genannten Problemen weniger Belastung spüren. Alle anderen Patienten, die zu Therapiebeginn mindestens ein Angstproblem (PUG.A, PUG.B) angegeben hatten, schätzen die Belastung durch die neuen Probleme wieder höher ein (siehe *Abbildung 66, Seite 108*).

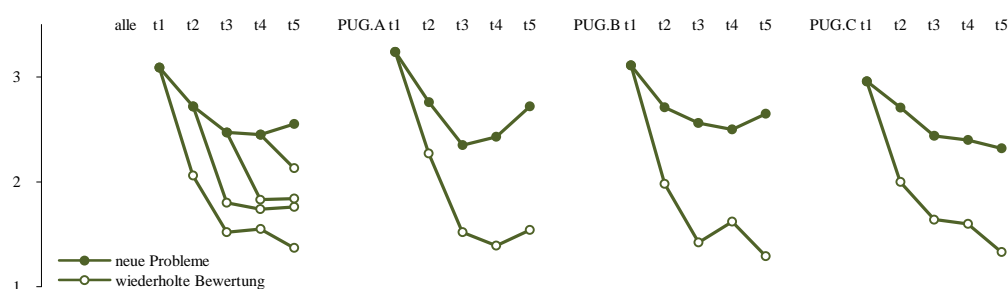


Abbildung 54: Alle Ld.-MW
Erste Bewertung von an 5 Terminen genannten Probl., die wiederholt bewertet werden.
Bei PUG wiederholte Bewertung nur bei Anfangsprobl.

Neue Probleme durchlaufen einen ähnlichen Prozess wie Anfangsprobleme. Bei der Wiederbewertung ist der mit ihnen verbundene Leidensdruck reduziert und sinkt in der Folge weiter ab. Dass sich die Reduktion des jeweiligen Leidensdrucks in Ansätzen auch in der post-Therapiezeit darstellen lässt (siehe *Abbildung 54, erste Kurve*), könnte auf therapieinduzierte Umstrukturierung oder Lerneffekte hinweisen. Die Reduktion der Werte verläuft jedoch nicht so eindrucksvoll wie bei den zu Therapiebeginn genannten Problemen. Bei den späteren Messungen sind

Probleme im Vorteil, die während der Therapiezeit geäußert und – so ist zu vermuten – therapeutisch angegangen wurden.

Mit der Niederschrift der laufend neu auftauchenden Probleme und der hohen Wertung ihrer Belastung wird deutlich: Eine Therapie muss mehr beinhalten als Behandlung der Ausgangssymptomatik. Hinter den anfangs diagnostizierten Problemen verbergen sich weitere, deren Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Angst zunächst nicht bekannt ist. Hinzu kommt, dass sich durch Veränderung der bisher eingeschliffenen Verhaltensweisen neue Belastungen auftun. Wenn Zurückhaltung und Angst wegfallen, sucht der Patient wieder mehr Kontakt, wodurch beispielsweise interpersonelle Probleme entstehen können. Wenn er keine körperlichen Beschwerden mehr hat, kann er sich beruflichen oder privaten Herausforderungen mit den entsprechenden Problemen und Zielen stellen. Ein Therapieabschluss, der sich nur an Ausgangssymptomen und deren Besserung orientiert, würde den Patienten mit neuen Problemen zu früh allein lassen.

6.4.3 Ziele und Zielerreichung

Im Gegensatz zur Beurteilung des Leidensdrucks sind die Patienten nicht schon bei der Zielformulierung zu einer Selbsteinschätzung aufgefordert, sondern sollten zeitversetzt bei der nächsten Befragung beurteilen, ob und wie weit sie ihre Ziele erreichen konnten. Schon bei der ersten Wiedervorlage bewerten bis 20% der Patienten ihre Ziele nicht, obwohl sie bereit sind, neue Ziele zu formulieren. Möglich wäre, dass sie sich in die früher gesetzten Zielvorstellungen nicht mehr einfühlen können. Ob das ein positives Zeichen ist, weil der Patient über die damit verbundene Problematik hinweg ist, oder ob es eher dafür spricht, dass er die früheren Ziele weder angehen noch erreichen konnte, erschließt sich aus der Detailbetrachtung nicht. Das Fragebogendesign sollte den Patienten zukünftig unmissverständlicher darstellen, dass sie Erfolg/Misserfolg einschätzen sollen. Zusätzlich könnten Zuversicht/Selbstwirksamkeit im Hinblick auf Zielerreichung schon bei der ersten Formulierung erfragt werden.

Bei jeder Neubefragung gibt es einen konstanten Anteil von Zielen, bei denen sich bis zum Therapieende nach Meinung der Patienten wenig erreichen lässt. Auf diese Tatsache weist die hohe Streuung der Erfolgswerte hin. Es gibt unterschiedliche Patienten und verschiedenartige Ziele, entsprechend unterschiedlich ist das persönliche bzw. therapeutische *outcome*. Die Anfangswünsche nach Angstreduktion (ZKat.3), Ruhe und Gelassenheit (ZKat.7) werden nach und nach erreicht und der Erfolg über die Therapie hinaus gehalten. Bei körperlichen Beschwerden zeigt sich eine Besserung (ZKat.1) schneller und deutlicher. Selbstvertrauen (ZKat.5) und andere Freiheiten oder Fähigkeiten (ZKat.9) werden langsamer entwickelt. Bei den wenigen äußeren Zielsetzungen (ZKat.6) wird der Erfolg zunächst positiv, nach der Therapie kritischer beurteilt. Gegen den Trend wird das Erreichen der Anfangsziele, die sich auf interpersonelle Themen bezogen hatten (ZKat.8), während und unmittelbar nach der Therapie eher niedrig bewertet.

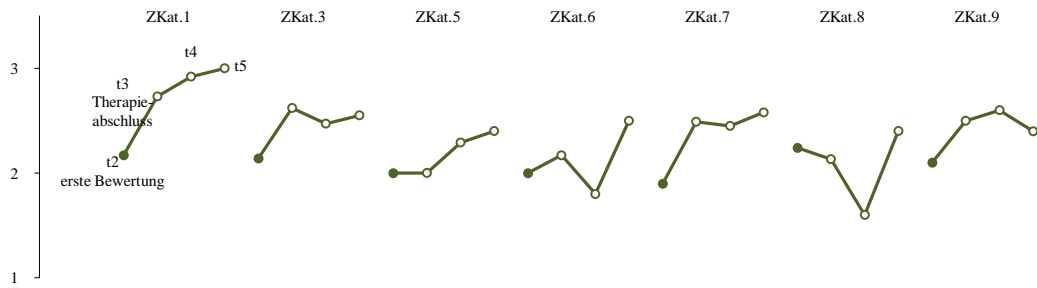


Abbildung 55: Verlauf der Erfolg-MW nur bei Anfangszielen, unterschieden nach Inhaltskategorien. ZKat.2, 4, 10 sind nicht dargestellt.

Ungeachtet fehlender Angaben und unterschiedlicher Entwicklung in einzelnen Zielthemen lässt sich aus Messwerten insgesamt eine Erfolgsentwicklung abbilden. Bei der ersten Vorlage der anfangs gesetzten Ziele zu t_2 ist die Wertung noch verhalten (siehe Abbildung 56). Die Einschätzung, ein Ziel erreicht zu haben, lässt sich im Gegensatz zur Problembewältigung weniger eindrucksvoll darstellen. Meist wird bei der ersten Bewertung angegeben, es sei „etwas“ erreicht (t_2), bei der zweiten Bewertung am Therapieende (t_3) erscheint bei den gleichen Zielen „viel“ erreicht. Gleichzeitig sehen die Patienten zu diesem Zeitpunkt den Erfolg in neu gesetzten Zielen schon bei der ersten Bewertung als hoch an. Ein halbes Jahr später erfährt der „Höhenflug“ einen Knick: Durchschnittlich erscheint in der post-Therapiezeit (t_4) der Erfolg in alten wie in neu gesetzten Zielen wieder geringer. Der Abwärtstrend setzt sich bei der letzten Befragung (t_5) nicht fort. Entweder ist das Therapieende verkraftet und deshalb die Sicht auf die alten Ziele wieder positiv oder aber die fehlenden Angaben gehen auf das Konto von Patienten, die beim letzten Mal den Durchschnitt mitbestimmt hatten und deren womöglich negative Bewertungen nun weggefallen sind.

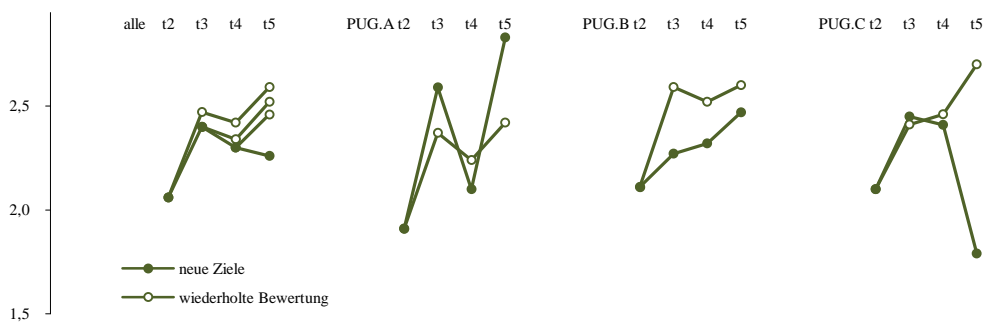


Abbildung 56: Alle Erfolg-MW, PUG
Erste Bewertung von an 4 Terminen genannten Zielen, die wiederholt bewertet werden.
Bei PUG wiederholte Bewertung nur bei Anfangszielen. (Maßstab zur besseren Darstellung stark vergrößert)

Eine Irritation in der Erfolgsbeurteilung wird besonders deutlich bei Patienten, die anfangs viele Angstprobleme mitbrachten (PUG.A). Ihre erste Erfolgsbewertung in Bezug auf anfangs gesetzte Ziele war zurückhaltend gewesen (MW=1,9), bei Abschluss der Therapie erscheinen sie vor allem in der Bewertung ihrer zuletzt neu gesetzten Ziele viel zuversichtlicher (MW=2,6) als andere Patienten. Nach der Therapie ist die Zuversicht wieder verschwunden (MW=2,1). Bei der letzten Be-

fragung bewerten viele die zurückliegenden Ziele nicht mehr – die anderen Patienten der PUG.A fällen ein umso positiveres Urteil (MW=2,8).

Gleichmäßiger stellt sich die Erfolgsbeurteilung bei den Patienten der PUG.B und PUG.C dar, die Anfangsziele erscheinen von Mal zu Mal besser erreicht, auch die jeweils neu gesetzten Ziele werden erfolgreich angegangen. Eine Ausnahme zeigt sich in PUG.C am Erhebungszeitpunkt t5: Hier wird von den letzten Zielen nur noch ein Drittel bewertet und gerade die wenigen Bewertungen fallen vergleichsweise schlecht aus (MW=1,8).

6.4.4 Drop-out-Problematik: Entwicklung, Besserung oder Verschlechterung?

Nicht nur für die Dokumentation im Rahmen von Therapie und Forschung wäre es wünschenswert, wenn es keine Lücken bei den Bewertungen gäbe. Auch als Feedback für den Therapeuten und den Patienten selbst ist eine kontinuierliche Messung des Leidensdrucks hilfreich. Zunächst stellt sich die Frage, warum bei den Wiedervorlagen manche der früher geschilderten Probleme nicht mehr gewertet werden, obwohl die Teilnahme des Patienten durch seine Neuformulierungen dokumentiert ist. Im Einzelfall kann ausgeschlossen werden, dass es sich um einen Mangel an Motivation handelt, etwa wenn nur die „alten“ Probleme nicht mehr bewertet werden, wohl aber die „neu“ geäußerten: Beim letzten Befragungstermin wird jedes dritte der „Alt-Probleme“ nicht gewertet. Es könnte sein, dass nicht mehr beachtet und nicht mehr bewertet wird, was nicht mehr weh tut. Es könnte andererseits sein, dass eine Bewertung des Problems wegen Stagnation, Rückschlag oder Misserfolg unterbleibt. Eine Klärung der Frage wäre im Rahmen einer therapeutischen Aufarbeitung möglich.

Für den klinischen Bereich stellt sich generell die Frage, wann im Therapieverlauf positive Entwicklungen herausgestellt, anerkannt und verstärkt werden und wann negativen Entwicklungen entgegengesteuert wird. Positiver wie negativer Verlauf wird mit PATH dokumentiert und offen gelegt, kann auch hinter lückenhaften Angaben vermutet und zum Gegenstand therapeutischer Arbeit gemacht werden. Auf dem Erhebungsbogen sollte mit Erläuterungen oder grafischen Darstellungen dazu animiert werden, Einschätzungen zu geben, selbst wenn der Problemdruck inzwischen auf Null reduziert oder aber wieder stark angestiegen ist.

Bei der Erfolgseinschätzung wirken die Patienten vorsichtiger als bei der Leidensdruckeinschätzung. Das Fokussieren von Zielen und die Selbstverstärkung sind übergeordnete Therapieziele. Mit PATH wird die Erfassung von Patientenzielen innerhalb des Therapierahmens zur Aufgabe gestellt, der Patient wird dadurch angehalten, eigenen Erfolg wahrzunehmen, zu beziffern und wird ermutigt, neue Ziele umzusetzen.

6.5 Zusammenschau der Indikatoren für Entwicklung

Der wechselnde Fokus, das Wichtiger-Werden von neuen Themen, kann als einer der essenziellen Indikatoren von Veränderung angesehen werden. Es ist zu analysieren, ob die neuen Themen den Kern der Angst mitbestimmen und in der Therapie zu bearbeiten sind. Die notwendige Konfrontation mit noch vorhandenen oder jetzt erst sichtbaren Anteilen der Problematik wird von PATH über die wiederholte Befragung unterstützt. Es wird implizit auf die Wichtigkeit von nur scheinbar nicht zur Krankheit gehörigen Themen und den Zusammenhang zwischen Symptomen und Alltagsproblemen hingewiesen. Der Themenwechsel und -wandel wurde genauer in *Kapitel 6.3.3* betrachtet. Weitere Indikatoren für Veränderungen in der Therapie sind Leidensdruckreduktion, Differenzierungsfähigkeit und das Entwickeln von Bewältigungsansätzen sowie die Erfolgseinschätzung.

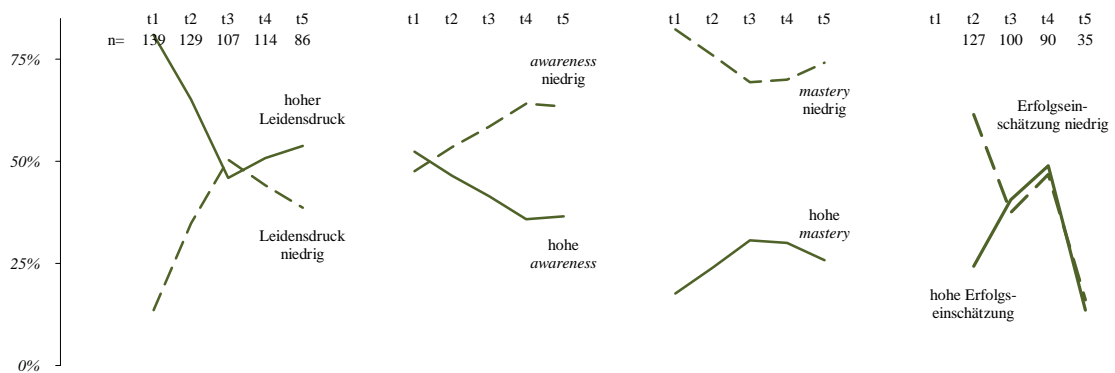


Abbildung 57: Zusammenschau Anteil von niedrigen vs. hohen Probl./Ziel-Bewertungen/Einstufungen

Abbildung 57 zeigt diese Entwicklungs-Indikatoren nebeneinander. Um ein prägnanteres Bild zu bekommen, sind jeweils die niedrigen und die höheren Bewertungen zusammengefasst. Die relative Häufigkeit der hohen und niedrigen Bewertungen bezieht sich auf die insgesamt am jeweiligen Zeitpunkt genannten Probleme.

Leidensdruckreduktion und Erfolgswahrnehmung

Patienten führt in der Regel ein hoher und zeitresistenter Leidensdruck in die Therapie. Für sie ist die Verringerung von Leid ein wichtiger Indikator für Veränderung. Es kann jedoch irreführend und gefährlich sein, rasches Verschwinden von Leidensdruck als einziges Therapieziel und als einzigen Indikator für Therapieerfolg anzusehen. Jede Weiterentwicklung beinhaltet Fort- wie Rückschritt oder Stagnation. Kontinuierliches Einschätzen von Problemdruck kann solche Schwankungen deutlich und der Reflexion zugänglich machen. Damit wird der Akzent auf Wahrnehmung und Regulation von Gefühlen gesetzt. Insofern ist die Anregung zur Selbsteinschätzung nicht nur von Interesse für eine wissenschaftliche Untersuchung und die Beurteilung von Therapieeffektivität, sondern kann einen therapeutisch gewollten Lerneffekt begünstigen.

Neue Probleme bringen neues Leiden mit sich. Es zeigt sich jedoch ein messbarer Unterschied zu den Anfangsproblemen: Die Patienten fühlen sich bei neuen Problemen immer weniger belastet. Die Tendenz wird mit dem Therapieabschluss umgekehrt, ab diesem Zeitpunkt genannte Probleme werden wieder belastender eingeschätzt.

Die Erfolgswahrnehmung stellt sich zunächst ähnlich dar. Bei der ersten Erfolgsbewertung von Anfangszielen werden noch skeptische, niedrige Wertungen abgegeben. Bei im Verlauf genannten Zielen liegen die Erfolgseinschätzungen höher. Es gibt jedoch weniger deutliche Veränderungen als bei der Einschätzung von Leidensdruck. Es könnte sich bei der Erfolgsbewertung um einen Vorgang handeln, der generell weniger leicht fällt. Leidensdruck festzustellen und einzuschätzen haben Patienten womöglich länger und fester in ihrem Verhaltensrepertoire als die positive Selbstverstärkung.

Differenzierung und Bewältigung von Problemen

Ein weiteres Anzeichen für Veränderung ist die Art, wie Patienten ihre Probleme darstellen, dies kann mit der *mastery-awareness-scale* (Staats 2009; Frölich 2009) erfasst werden. „Die Skala kann den komplexen innerpsychischen Prozessen, die den Patientenaussagen zum Teil zugrunde liegen, sicher nicht gerecht werden“ (Frölich 2009, Seite 35f.). Da es sich um eine Erprobung handelt, musste dieser kritische Punkt in Kauf genommen werden. Die Konzeption der *mastery-awareness-scale* stellt die Vorstellung in Frage, Wahrnehmung (*awareness*) könne eindimensional und linear als der Bewältigung (*mastery*) vorausgehender Schritt angesehen werden. Vielmehr wird angenommen, dass asynchron verlaufende Entwicklungen beobachtbar sind und dass sich beide Fähigkeiten wechselseitig beeinflussen oder abwechseln (Staats 2009).

Bei *awareness* tritt ein zunächst nicht erwarteter Effekt auf. Immer mehr Probleme sind immer undifferenzierter geschildert. Es ist in der Summe eine Verschlechterung wahrzunehmen. Der vergleichsweise hohe Differenzierungsgrad der Anfangsprobleme liegt wohl daran, dass sie alt bekannt sind. Sie sind lange beobachtet und erwogen, bevor sie letztendlich dazu führten, dass therapeutische Hilfe gesucht wurde. Wenn die Anfangsprobleme in der Therapie bearbeitet sind, können andere Probleme dazukommen. Mit den neuen, bisher aufgrund der Angstproblematik verdrängten, übersehenen oder tatsächlich nicht vorhandenen Problemen muss der Patient sich erst bekannt machen. Es setzt ein Umstrukturierungsprozess ein, der Zeit braucht. Der Patient nähert sich neuen Problemen emotional und motivational langsam. Die Therapie wird ihn darin bestärken, aber das kann bei der ersten selbstständigen Formulierung noch nicht geschehen sein. Erst in der Reformulierung, bei wiederholtem Fokussieren kann das Problem einen Differenzierungsprozess durchlaufen. Die in der Therapiemitte und am Therapieabschluss genannten Probleme mit ihrem niedrigeren *awareness*-Grad könnten solche neu zu differenzierenden Themen darstellen. Sie könnten mit Hilfe des Therapeuten und aufgrund der bisherigen Therapieerfahrungen an *awareness* gewinnen, wenn die Therapie lange genug fortgeführt wird.

Gleichzeitig könnte ein anderer Prozess stattfinden: Themen, die in der zurückliegenden Therapiephase bereits eine positive Entwicklung durchlaufen haben, werden bei den nächsten Befragungen weniger als Problem empfunden und vom Patienten deshalb nicht erneut formuliert. So wird ihr womöglich inzwischen verbesserter *awareness*-Grad nicht festgestellt. Hier schließt sich die Überlegung an, wie es PATH erreichen kann, solche Entwicklungen nicht außer Acht zu lassen, etwa mit der Aufforderung, ein Problem gerade dann darzustellen, wenn man es inzwischen für bewältigt hält („Schildern Sie aus heutiger Sicht noch einmal, was Sie letztes Mal belastet hat.“).

Betrachtet man die Häufigkeiten hoher und niedriger Bewertungen von *mastery*, so scheint die Entwicklung nicht viel ermutigender. Ein Zugewinn an Bewältigungsvermögen wird in der Summe kaum deutlich. Zunächst steigt der Anteil der Probleme, die sich als hoffnungsvoller darstellen (*Stufe 2&3*) im Therapieverlauf an und der Anteil auswegloser Probleme (*Stufe 1*) sinkt im Gegenzug. Das bestätigt die Vermutung, dass die Patienten mit therapeutischer Hilfe bei vielen ihrer Probleme zumindest ansatzweise Lösungen sehen. Bei der ersten Katamnese wird das Ergebnis nahezu gehalten. Bei der zweiten Katamnese tritt eine Umkehr der Entwicklung ein. Ohne therapeutische Begleitung scheinen viele Patienten bei bestimmten Problemarten in ein altes Lösungsmuster zurückzufallen („ausweglos, hoffnungslos“, *Stufe 1*), anstatt konstruktive Ansätze zu den neu oder wieder auftretenden Problemen zu formulieren. Bei anderen Problemarten scheint der Bewältigungsansatz zu tragen. So gleichen sich die Ergebnisse oberflächlich betrachtet aus. Es wäre die Frage aufzuwerfen, ob die Therapiedauer hätte länger sein müssen, um über die Behandlung der Symptomatik hinaus den Umstrukturierungsprozess für eine anhaltende Änderung lange genug in Gang zu halten.

Rangfolge von Problemen

Eine Detail-Untersuchung der Ergebnisse könnte die Entwicklung der *awareness*-Werte erklären, etwa indem man die an *Position 1, 2* oder *3* genannten Probleme vergleicht. Die Anweisung an die Patienten lautete, die Reihenfolge der Niederschrift nicht als Rangfolge zu betrachten. Die drei Probleme sollten gleichgewichtig in die Betrachtung eingehen. Gemessen am durchschnittlichen Leidensdruck aller zum Befragungszeitpunkt genannten Probleme scheint jedoch das erstgenannte durchweg das schwerer wiegende zu sein. Die Selbsteinschätzungen lassen vermuten, dass Reihenfolge für Patienten gleichzeitig Rangfolge ist.

Am Therapiebeginn (t_1), während der Therapiezeit (t_2) oder am Therapieende (t_3) weist das an *Position 2* notierte Probleme im Mittel einen höheren *awareness*-Grad auf, als das zuerst oder zuletzt notierte (*Position 1&3*). Die differenzierten „Zweitprobleme“ lassen aber, ebenso wie die „Erstprobleme“ wenig *mastery* erkennen, während zuletzt genannte Probleme höhere Bewertungen bekommen. Eine Ausnahme stellt das Therapieende (t_3) dar: hier fallen den Patienten zuerst (*Position 1*) die am besten beherrschbaren Themen ein.

Die Detailbetrachtung zeigt: Die dem Patienten sehr wichtigen, Leid erzeugenden Probleme werden zuerst genannt. Den bei Therapiebeginn (t1) an *Position 1* genannten fehlt es besonders an *mastery*, wenn man sie mit den an *Position 3* genannten, weniger belastenden Problemen vergleicht. Bei Therapieabschluss (t3) an *Position 1* gesetzte Probleme stellen die Patienten mit besseren Bewältigungsansätzen dar. Nach der Therapie entstehende „Erstprobleme“ werden erneut hilflos, jetzt aber mit mehr Differenzierungsvermögen beschrieben. Diese genauere Wahrnehmung und Differenzierung eines besonders wichtigen Problems könnte als therapeutischer Lerneffekt interpretiert werden. Wenn – etwa bei einer längeren (therapeutischen) Bearbeitung – noch Bewältigungsvermögen hinzukommen würde, könnte die Belastung sich verringern, das Problem würde in der Rangfolge weiter nach hinten rücken. Die an *Position 3* genannten Probleme könnten solche etwas mehr durchgearbeitete Probleme sein. Sie zeigen vergleichsweise hohe *mastery* und wenig Leidensdruck. Gleichzeitig zeigen sie wenig *awareness*. Wenn ansatzweise Bewältigungsfähigkeit erkennbar ist, braucht ein Problem in den Augen des Patienten wohl nicht mehr so genau geschildert zu werden. Nach einer solchen Um-Positionierung eines zuvor wichtigen Problems auf den dritten Platz könnte folgen, dass es gänzlich wegfällt.

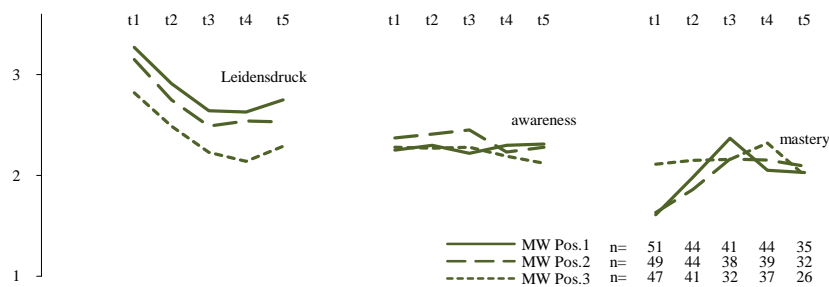


Abbildung 58: Zusammenschau Probl.-Position der an erster, zweiter bzw. dritter Position genannten Probl.

Die Annahme, dass die *awareness*- und *mastery*-Skalen etwas Unterschiedliches messen und im Verarbeitungsprozess nicht unbedingt linear aufeinander aufbauen (Frölich 2009), kann durch die Tatsache unterstrichen werden, dass sich die gefundene unterschiedliche Verteilungshäufigkeit der *awareness*-Stufen auf die an *Position 1*, 2 und 3 beschriebenen Probleme bei Anwendung der *mastery*-Skala in anderer Form darstellt.

Für Ziele liegen keine Einstufungen mit der *mastery-awareness-scale* vor. Es kann nur festgestellt werden, dass Patienten mit dem Erfolg der an *Position 2* genannten Ziele anscheinend zufriedener sind als mit anderen. Daraus kann jedoch nicht auf die Bedeutung des Ziels für den Patienten geschlossen werden, wie es beim Rückschluss aus der Belastungsbewertung von Problemen möglich erscheint.

6.5.1 Zusammenschau bei Inhaltskategorien

Die *awareness*- und *mastery*-Einstufungen passen über die ganze Untersuchung hinweg bei etwa der Hälfte der Probleme (44-52%) aufeinander. Bei der anderen Hälfte der Probleme finden sich entweder höhere *awareness*-Grade (28-44%) oder höhere *mastery*-Grade (11-23%). Bei t1 kann bei-

spielsweise ein Patient sein Anfangsproblem differenziert schildern (*awareness-Stufe 3*), hat ein anderes Problem weniger durchdacht (*awareness-Stufe 1*), lässt aber bei beiden Problemen Hilflosigkeit (*mastery-Stufe 1*) erkennen. Hier wird deutlich, dass der Patient bei bestimmten Themen mehr Hilfestellung bräuchte, um sein Problem differenzierter zu sehen und sich dadurch eine Lösungsstrategie zu eröffnen. Andererseits zeigt die Information durch die beiden Skalen, dass der Patient bei seinem Indexproblem trotz einer differenzierten Sicht gehemmt sein kann, eine Lösungsstrategie zu entwickeln. Am Ende der Therapie scheint es häufiger vorzukommen, dass ein hoher *awareness*-Grad nicht unbedingt die Voraussetzung dafür ist, dass eine Bewältigung (*mastery*) vorstellbar ist. PATH gibt einen Hinweis auf Art und Richtung des Handlungsbedarfs und kann dem Therapeuten Hilfestellung bieten bei den Entscheidungen darüber, welche Thematik angegangen und welche Ebenen (Wahrnehmung, Strukturierung, Handlung) verstärkt werden müssen.

Wenn jeweils die *awareness*-Mittelwerte getrennt nach Problemkategorie berechnet und verglichen werden, zeigt sich folgendes: Bei manchen Themen bleibt der Differenzierungsgrad über den untersuchten Zeitraum hinweg in gleicher Höhe – einige durchweg hoch, andere durchweg niedrig. Bei anderen Problemarten lassen sich deutliche Veränderungen beobachten. Parallel kann untersucht werden, inwieweit Veränderungen von *mastery* bei bestimmten Inhaltskategorien eintreten oder ausbleiben. Im Folgenden werden die zahlenmäßig nennenswerten Problemtypen ($n > 7$) betrachtet. Leidensdruck, *awareness* und *mastery* für jede Problemkategorie (*grüne Linien*) sind im Vergleich mit den Werten aller zum Zeitpunkt genannten Probleme (*gepunktete Linien*) dargestellt.

Inhaltskategorie 1: Körperliche Beschwerden

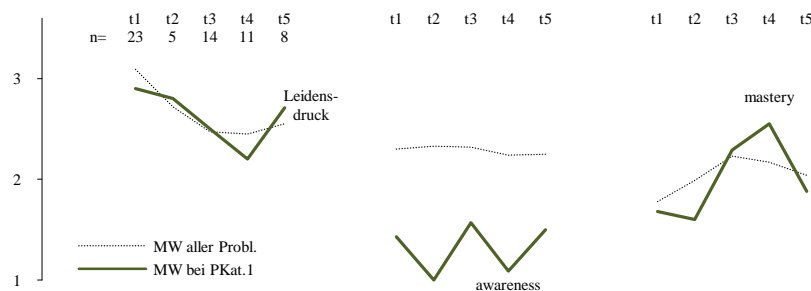


Abbildung 59: Zusammenschau PKat.1 im Vergleich mit allen Problemen

Körperliche Beschwerden zeigen nach der Therapie einen Therapiegewinn in der Form, dass weniger Leidensdruck und mehr Bewältigungsfähigkeit (*mastery*) zu erkennen ist. Wenn körperliche Beschwerden weiterhin auftreten, dann in milderer Form und so, dass ihre Bewältigung schon mit formuliert werden kann. Beide Tendenzen sind ein Jahr nach der Therapie ins Gegenteil verkehrt. Der Leidensdruck ist bei neuen Beschwerden höher und die Bewältigungsstrategie ist schlechter als bei zeitgleich genannten anderen Problemen.

Bei *awareness* wird über den gesamten Befragungszeitraum keine ähnliche Entwicklung beobachtet. Differenzierte Wahrnehmung stellt sich nicht ein. Sofern körperliche Beschwerden nicht

Ursache, sondern Folge von Angst sind, scheint es im Rahmen von Psychotherapie nicht sinnvoll, das Augenmerk des Patienten darauf zu lenken, außer wenn ursächliche Zusammenhänge aufzuklären sind.

Inhaltskategorie 2: Depressive Beschwerden

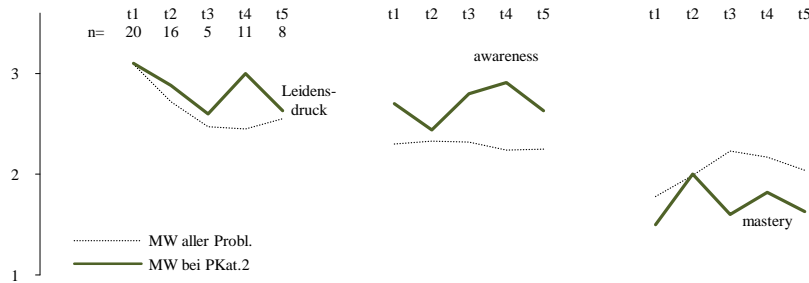


Abbildung 60: Zusammenschau PKat.2 im Vergleich mit allen Problemen

Depressive Beschwerden sind jederzeit differenzierter beschrieben als andere Problemarten. Gleichzeitig werden sie als besonders bedrückend und schwer zu bewältigen empfunden. Lediglich zu Therapiemitte sind die *awareness*-Werte von depressiven Beschwerden niedriger. Auffällig ist, dass zum gleichen Zeitpunkt und nur hier eine höhere *mastery* zu erkennen ist. Möglicherweise führt eine auf etwas verbesserten Bewältigungsstrategien beruhende Zuversicht dazu, dass das Problem weniger differenzierend betrachtet wird. Bei Therapieabschluss werden halb so viele depressive Probleme, diese aber mit erneut niedrigem *mastery*-Grad und erneut hoher *awareness*, beschrieben.

Im Gegensatz zu körperlichen Beschwerden treten depressive Themen erst am Ende der Therapie weniger häufig auf. Depressive Gefühle erscheinen bedrückend, sie überlagern vielerlei Situationen. So können sie das Bedürfnis befördern, sie ausführlich zu beschreiben, aber Bewältigungsstrategien lassen sich weniger konkret entwerfen. Eine differenzierte und gleichzeitig zupackende Darstellungsweise würde bei depressiven Beschwerden einen Widerspruch darstellen. Therapiefortschritt im Hinblick auf depressive Inhalte würde dadurch sichtbar, dass eine andere Thematik in den Fokus rückt.

Inhaltskategorie 3: Angst

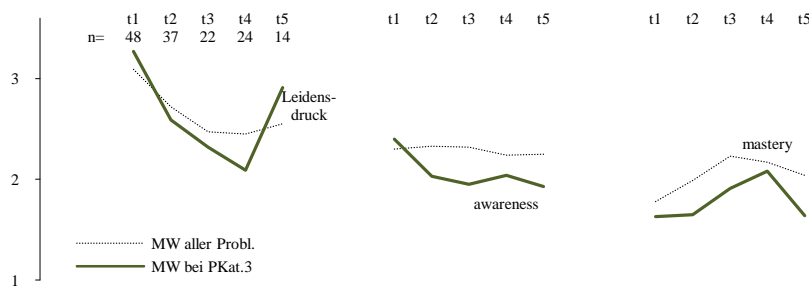


Abbildung 61: Zusammenschau PKat.3 im Vergleich mit allen Problemen

Mit Angstthemen ist zu Therapiebeginn ein hoher Leidensdruck verbunden, bei Therapiemitte vorhandene erscheinen weniger belastend als andere zur gleichen Zeit beschriebene Problemthe-

men. Am Therapieabschluss und ein halbes Jahr danach ist die Differenz noch größer. Ein Jahr nach der Therapie ist die Lage umgekehrt. Es werden zwar weitaus weniger Angstprobleme geschildert als zu Therapiebeginn, diese erzeugen jedoch wieder hohe Belastung.

Trotz oder gerade wegen des hohen Leidensdrucks werden Angstprobleme zu Therapiebeginn mit hoher *awareness* geschildert – differenzierter als andere Probleme und auch differenzierter als zu späteren Befragungszeitpunkten. Eine lange Beschäftigung mit dem Thema und der letztlich zur Therapie führende Entscheidungsprozess können dazu geführt haben, dass gerade Angst differenziert wahrgenommen und beschrieben wird. Die bei den folgenden Befragungszeitpunkten geschilderten Angstprobleme erscheinen weniger differenziert. Über die Gründe kann vorerst nur spekuliert werden: Sind die erhalten gebliebenen Ängste eine negative Auslese, während die differenzierteren Ängste verschwunden sind? Sind es neue Ängste, die erst einem Differenzierungsprozess unterworfen werden müssen? Oder sind solche Probleme zwar noch im Fokus, um sie weiter zu kontrollieren, jedoch weniger wichtig als zu Anfang und werden deshalb nicht mehr mit Sorgfalt geschildert?

Die erwartete Entwicklung in *mastery* tritt bei den Angstproblemen nicht sogleich ein. Angstprobleme sind in der Therapiemitte zahlenmäßig bedeutsam und mit der Vorstellung verbunden, man könne sie nicht leicht bewältigen. Der *mastery*-Grad neuer Angstprobleme ist so niedrig wie der *mastery*-Grad der zu Anfang beschriebenen. Die mit negativen Themen assoziierten Indexprobleme „Angst“ und „depressive Beschwerden“ zeigen aufgrund ihres eher diffusen Erscheinungsbildes eine Besserung weniger schnell als die konkreter benennbaren und nach außen hin präsentierbaren körperlichen Beschwerden. Die Bewältigung der seelischen Problematik könnte den Patienten schwieriger erscheinen. Mit dem Abschluss der Therapie sind die Angstthemen zahlenmäßig halbiert und die Bewältigung hat eingesetzt, der *mastery*-Grad steigt deutlich an. Auch nach der Therapie setzt sich der beobachtete Effekt fort: Die Schilderungen zeigen einen höheren Bewältigungsgrad. Erst bei der zweiten Katamnese wird deutlich, dass die verbliebenen Angstprobleme – 48 waren zu Beginn geäußert worden, jetzt sind es noch 14 – schwer zu lösen sind. Ihr *mastery*-Grad ist so niedrig, wie er es bei den Anfangsproblemen gewesen war.

Zusammenfassend ließe sich der Therapieerfolg bei den Angstproblemen wie folgt beschreiben: Es werden zahlenmäßig immer weniger Angstprobleme präsentiert, mit ihnen aber große Hilflosigkeit und hoher Leidensdruck verbunden. Sie werden nur vage dargestellt. Therapiefortschritt ließe sich hier – wie bei den depressiven Beschwerden – nur als Verschwinden der Angst zeigen, während andere Themen an Bedeutung gewinnen. Dies scheint bei einigen Patienten nicht gelungen zu sein. Es ist anzunehmen, dass hier eine Weiterführung der Therapie Sinn gemacht hätte.

Inhaltskategorie 6: Äußere Probleme und Konflikte

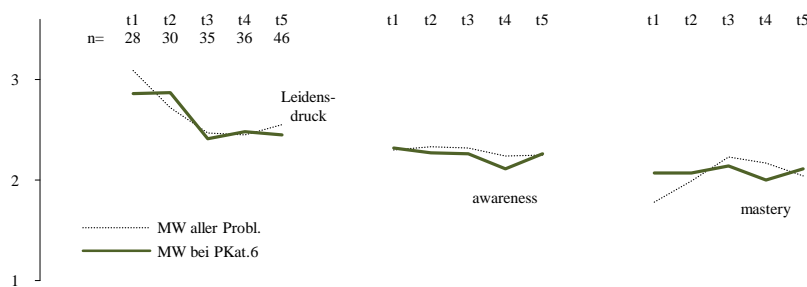


Abbildung 62: Zusammenschau PKat.6 im Vergleich mit allen Problemen

Äußere Probleme stehen neben der Angstproblematik bereits von Beginn an bei vielen Patienten im Fokus. Anfangs genannte äußere Probleme werden mit hohem Problemdruck geschildert. Erst in der zweiten Hälfte wirkt sich die Therapie ähnlich aus wie bei anderen Problemarten: Zu Therapieabschluss genannte neue äußere Probleme sind weniger bedrückend.

Gleichzeitig wird ein tendenziell sinkender Differenziertheitsgrad gesehen. Da äußere Probleme und Konflikte stets einen großen Anteil der genannten Probleme ausmachen und den Gesamt-*awareness*-Mittelwert maßgeblich mitbestimmen, verwundert die Parallelität zur Entwicklung der Gesamtproblematik nicht. Nur der niedrigere *awareness*-Mittelwert zu t4 könnte der Erklärung bedürfen: Ob Differenzierung jetzt bei äußeren Problemen weniger intensiv betrieben wird, weil die therapeutische Hilfe weggefallen ist, oder ob unerwartete äußere Probleme hinzukamen, die in ihrer Neuartigkeit nicht so schnell analysiert und erfasst werden, bleibt offen.

Einen Kontrast zwischen äußeren und den übrigen Problemen zeigen hingegen die *mastery*-Werte. Es scheint bereits von Anfang an vergleichsweise gut möglich, die potentielle Bewältigung äußerer Probleme und Konflikte in Worten auszudrücken. Vielleicht gibt es bei äußeren Problemen einen Konsens über den „Königsweg“, den Patienten wie Nicht-Patienten sehen und in der Theorie beschreiben können. Dieser scheint sich durch therapeutische Unterstützung wenig zu verändern. Eine Veränderung wird nur deutlich im verringerten Leidensdruck der Probleme, die in der zweiten Therapiephase genannt werden.

Inhaltskategorie 7: Selbstbezogene Probleme

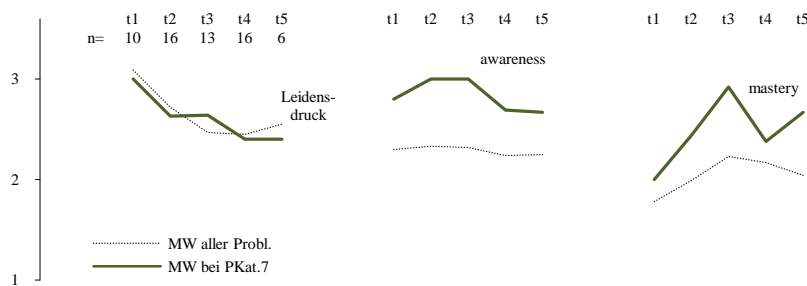


Abbildung 63: Zusammenschau PKat.7 im Vergleich mit allen Problemen

Selbstbezogene Probleme werden nicht oft geschildert, ihr Anteil liegt während der gesamten Untersuchungszeit zwischen 7-14%. Wenn sie doch als akutes Problem genannt werden, dann

wird bei ihnen ein Leidensdruck angegeben wie er bei den anderen Problemen üblich ist: Anfangs sehen Patienten selbstbezogene Probleme mit hohem, später geäußerte mit niedrigerem Leidensdruck verbunden. Am Therapieende auftretende selbstbezogene Probleme sind belastender als andere Themen, nach der Therapie auftretende sind hingegen weniger belastend.

Die Art Probleme zu beschreiben und wahrzunehmen zeigt mit Therapiebeginn eine auffällige Aufwärtsentwicklung. Zunächst werden die wenigen selbstbezogenen Probleme mit hohem *awareness*-Grad geschildert. Im Verlauf der Therapie steigert sich ihre Zahl und sie werden während der gesamten Therapiezeit sehr differenziert geschildert. Nach der Therapie sinkt der Differenzierungsgrad wieder auf das frühere (vergleichsweise hohe) Niveau.

Sehr eindrucksvoll verläuft die Entwicklung von *mastery*. Während der Therapie ist ein Zugewinn an Bewältigungsfähigkeit zu beobachten, der bis zum Therapieabschluss anhält. Danach bricht der Höhenflug zunächst ab, steigt – entgegen dem Trend bei anderen Themen – wieder an und ist ein Jahr nach der Therapie als sehr hoch zu bezeichnen. Geschmälert wird der positive Eindruck durch die verringert Fallzahl. Dennoch scheinen gerade selbstbezogene Probleme von Therapie viel zu profitieren, sie stehen zunehmend häufiger im Fokus und ihre *mastery* wird unter therapeutischer Hilfe gut entwickelt.

Inhaltskategorie 8: Interpersonelle Probleme

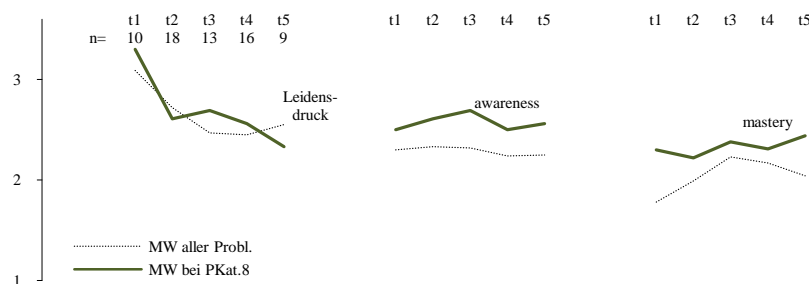


Abbildung 64: Zusammenschau PKat.8 im Vergleich mit allen Problemen

Die Anzahl interpersoneller Probleme vergrößert sich innerhalb der Therapie und die Entwicklung verläuft in allen drei Indikatoren ähnlich wie bei selbstbezogenen Problemen: *Awareness* und *mastery*-Werte sind höher als bei anderen Problemarten. Die Zugewinne an beiden Fähigkeiten sind nicht so imponierend wie bei selbstbezogenen Problemen. Dass solche Themen für Patienten außerordentlich wichtig sind, zeigt sich in den überaus hohen Einschätzungen des Leidensdrucks bei den ersten interpersonellen Problemen. In der Therapiemitte wurden doppelt so viele Probleme genannt, diese aber mit deutlich niedrigerem Leidensdruck angegeben. Hier erweist sich das Therapieende selbst, nicht die Zeit danach als negativer Einschnitt. Die jetzt aufgeführten interpersonellen Probleme sind bedrückender als andere gleichzeitig vorkommende Themen. Es stellt sich die Frage, wie das mit den Eindrücken von *awareness* und *mastery* vereinbar ist. Gerade am Therapieende gezeigte interpersonelle Probleme sind vergleichsweise differenziert und mit Zuversicht geschildert. Hier könnte deutlich werden, dass beide Fähigkeiten

zusammen mit dem Leidensdruck einerseits das Gewicht des Problems unterstreichen, andererseits Voraussetzungen für eine gelingende Bewältigung sind.

Die interpersonellen Probleme werden von Beginn an mit hoher *awareness* geschildert, diese wird im Therapieverlauf kurzfristig noch ausgeprägter. Auch der *mastery*-Grad interpersoneller Probleme liegt relativ hoch mit leicht steigendem Trend. Möglich ist, dass interpersonelle Inhalte generell – auch von Nicht-Patienten – differenzierter geschildert werden und schon bei der Schilderung ihrer *mastery* näher kommen. Die konkrete Vorstellung einer Interaktion und die Vorstellung eines interagierenden Gegenübers könnten bereits Bewältigungsansätze beinhalten.

Inhaltskategorie 10: Zwang

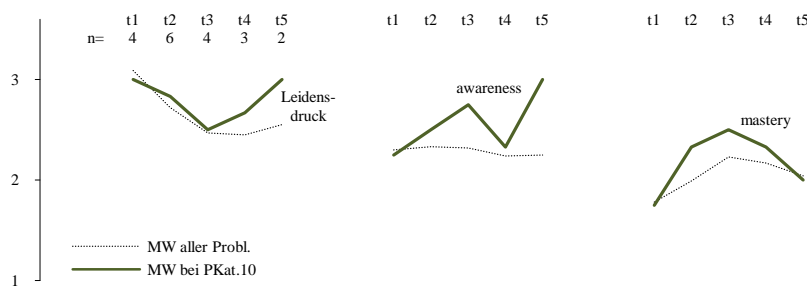


Abbildung 65: Zusammenschau PKat.10 im Vergleich mit allen Problemen

Es liegen zwar nur wenige Zwangsprobleme vor, sie werden dennoch dargestellt, weil sich an ihnen Zusammenhänge der Indikatoren und Therapieeffekt gut erkennen lassen. Sowohl im Leidensdruck wie in der Art ihrer Beschreibung liegen die zu Therapiebeginn genannten Zwangsprobleme im Durchschnitt. Später genannte zeigen sich im Vergleich zu anderen Problemen differenzierter geschildert und mit verbessertem Bewältigungsansatz. Ein Jahr nach der Therapie dargestellte Zwangsprobleme werden wie zu Anfang geschildert: differenziert, aber hilflos und mit großem Leidensdruck.

6.5.2 Zusammenschau bei Patienten-Untergruppen

Alle drei Subgruppen, die gefunden werden, wenn die Anzahl der bei Therapiebeginn genannten Angstprobleme ein Unterscheidungskriterium ist, zeigten hohen Leidensdruck in Bezug auf ihre Probleme. Als besonders belastend schätzte ihn die Untergruppe (PUG.A) ein, die fast nur Angst beschrieb. Bis zum Therapieabschluss gleichen sich die Subgruppen an, die dann genannten Probleme werden von allen als wesentlich weniger belastend wahrgenommen. Nur mit später auftretenden Problemen sind bei den beiden Subgruppen mit Angstproblemen (PUG.A, PUG.B) in der Tendenz wieder größere Belastungen verbunden.

Deutlicher unterscheiden sich die Subgruppen in der Art, wie sie neu auftretende Probleme beschreiben. Patienten aus der „Viel-Angst-genannt“-Gruppe (PUG.A) haben anfangs eine differenzierte Sicht, später äußern sie Probleme, deren *awareness*-Grad niedriger ist. Im Gegensatz dazu sind die „Keine-Angst-genannt“-Patienten (PUG.C) in diesem Punkt fast unveränderlich, sie zeigen sowohl die ersten wie auch die späteren Probleme mit ähnlicher Differenziertheit. Einen

Zugewinn in *awareness* – zumindest während der Therapie – scheinen Patienten zu haben, die anfangs ein Angstproblem und dazu andere Themen darstellten (PUG.B).

Quer über alle Untergruppen wird deutlich, dass die anfangs niedrige *mastery* im Therapieverlauf ansteigt. Sowohl in der Ausgangslage wie auch im Halten des verbesserten Ergebnisses sind vor allem Patienten im Vorteil, die anfangs kein Angstproblem genannt hatten (PUG.C). Patienten mit vielen Angstproblemen (PUG.A) zeigen nach der Therapie bei neu auftretenden Problemen wieder alte Bewältigungsansätze.

Als über die Therapie hinausreichende Tendenz lassen sich (wegen fehlender Angaben in t5) nur die Erkenntnisse aus t4 als verlässlich ansehen. Wenn dies berücksichtigt wird, zeigt sich: Bei Patienten, die anfangs Angst und daneben andere Themen nennen (PUG.B), wird während der Therapie eine eindrucksvolle Änderung zu mehr *awareness* und *mastery* sichtbar und ihre neuen Probleme sind mit weniger Leidensdruck verbunden. Dieses *outcome* scheint nach der Therapie zunächst stabil. Patienten, die bereits anfangs äußere Probleme und Konflikte in den Fokus stellen (PUG.C), behalten die Art bei, wie sie Probleme zu schildern (*awareness*), und gewinnen an *mastery* hinzu. Im Unterschied dazu zeigt sich Therapieerfolg bei Patienten, die zu Beginn vor allem Angst schildern (PUG.A), nur in der verringerten Belastung durch während der Therapiezeit geschilderte Probleme. Bei diesen Patienten hat sich die Art, Probleme zu schildern, verschlechtert (*awareness*) bzw. konnte nicht dauerhaft verbessert werden (*mastery*).

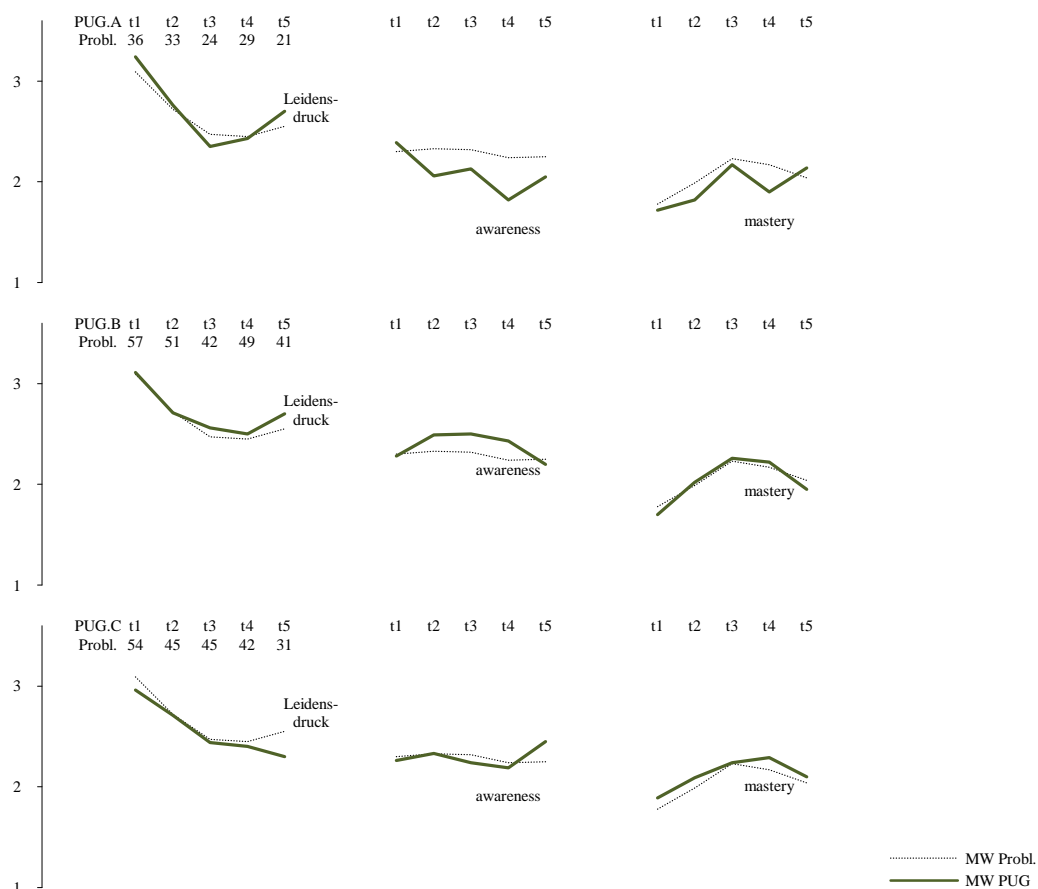


Abbildung 66: Zusammenschau PUG im Vergleich mit Problemen aller Pat.

6.6 Ausblick

PATH: Anleitungen für Patienten

Ziele können bei einem Patienten das Spiegelbild seiner Probleme sein, den ersten Lösungsschritt beinhalten oder eine deutliche Abkehr von den aktuellen Problemen hin zu einer völlig neuen Thematik darstellen. Im ersten Fall würde ein Ziel unterstreichen, dass das Problem als alles beherrschend wahrgenommen wird. Im zweiten Fall würde es eine Operationalisierung auf dem Weg zur Problembewältigung darstellen. Im dritten Fall wäre zu klären, ob der Patient mit der Wahl einer andersartigen Zielthematik nur sein Problem verdrängt oder ob er mit dem Ziel ein (weiteres) Problem angehen möchte. Hier schließt sich die Überlegung an, ob in dem Instrument PATH die Beschränkung auf drei Probleme aufgegeben werden sollte und ob bereits bei der Erhebung von Problemen/Zielen diese parallelisiert und/oder differenziert abgefragt werden sollten. Zur weiteren Differenzierung könnten die Fragen beitragen: Welche Ziele verfolgen Sie in Bezug auf ihre Probleme? Welche Ziele sind Ihnen darüber hinaus wichtig?

Wenn bei der Befragung keine Angaben gemacht werden, könnte das ein Zeichen für mangelhafte Motivation sein, möglicherweise aber auch ein Zeichen von Besserung, etwa wenn keine Probleme mehr gesehen werden und es momentan nicht notwendig erscheint, Ziele zu setzen. In jedem Fall müsste dem Patienten deutlicher werden, dass er solche Positionen darstellen kann und soll. Eine Schulung kann ihm die Bedeutung für den Therapieverlauf und für die Entwicklung von Selbstreflexion verdeutlichen. Eine Ticker-Box könnte ihm zudem möglich machen, „derzeit keine Probleme“ anzukreuzen. Solche Überlegungen gelten auch für die Selbsteinschätzungen. In Einzelfällen schien es einigen Patienten nicht klar zu sein, dass sie Leidensdruck schon bei der Niederschrift des Problems bewerten sollten, so dass für sie die Ausgangswerte fehlten. Im weiteren Verlauf wurde vermutlich nicht immer bewertet, was nicht mehr „weh“ tat. Wenn aber der Patient einen offensichtlich positiven Verlauf überhaupt nicht wertet, sollte das zum Gegenstand therapeutischer Erörterung gemacht werden: Übergeordnetes Therapieziel ist die Übung in Selbstverstärkung. Der Patient soll lernen, ein bearbeitetes Problem als Erfolg zu verbuchen. Im Einzelfall wäre zu klären, ob Patienten ihre alten Probleme, wenn sie sie nicht mehr bewerten, tatsächlich nicht mehr als problematisch sehen, oder ob sie den problematischen Themen nur emotional aus dem Weg gehen. In gleicher Weise sollte aufgeklärt werden, ob Nicht-Bewertung von Zielerreichung eine Art von Bankrott-Erklärung dem Ziel gegenüber darstellt und eigentlich heißen müsste: „Das Ziel ist für mich nicht zu erreichen“. Eine Ergänzung zur bisherigen Befragung könnte darstellen, wenn bei der ersten Zielformulierung die Fragen beantwortet würden: In welchem Zeitraum können Sie ihrer Meinung nach das Ziel erreichen? Für wie wahrscheinlich halten Sie, dass Sie das Ziel demnächst erreichen? Damit ließen sich Zuversicht und Selbstwirksamkeit als weitere Erfolgs-Indikatoren mit einbeziehen.

PATH: Skalen und Kodierregeln

PATH ist ein junges Untersuchungsinstrument, das die erste Erprobung in der Darstellung von Therapieergebnissen bei Patienten in Langzeitpsychotherapie hinter sich hat. Schwächen können und werden sich herausstellen und beheben lassen, etwa bei Abgrenzung und Überschneidung von Inhaltskategorien, bei der Formulierung von Anweisungen und bei weiteren Analysen mit der *mastery-awareness-scale*. Die Schulung der Rater sollte weiter erprobt und diskutiert werden, auch mit anderen Stichproben und Krankheitsbildern. Es kann erwogen werden, die behandelnden Therapeuten einzubeziehen, die Einschätzungen über den Therapiestand abgeben könnten. Derartige Parallelerhebungen wären mit den Patienten-Einschätzungen zu Problemfeld und Problemdruck zu vergleichen und könnten helfen, Kodierungsentscheidungen zu treffen und damit Hinweise auf die Reliabilität und Validität des Instruments geben.

Wenn bei Störungsbildern bestimmte Kategorien, wie „Angst/Angstbewältigung“, häufig vorkommen, könnten Subkategorien definiert werden. Damit wäre zu untersuchen, ob es bestimmte Aspekte der jeweiligen Kategorie gibt, die – vergleichbar den trennscharfen Items eines Fragebogens – Therapieverlauf und -erfolg vorherzusagen in der Lage sind.

Eine andere Möglichkeit, bisher als gleich kategorisierte Problembeschreibungen zu gliedern, könnte darin bestehen, zwei Einordnungen in Inhaltskategorien zuzulassen. Ein Patient könnte eine Problematik (z.B. Angst) beschreiben und im gleichen Text die Folgen (depressive Stimmung, Schlaflosigkeit, Sucht, Selbstunsicherheit) und den Bezug zu interpersonellen Problemen verdeutlichen. Wenn er ein solches Thema nicht komplex, sondern aufgeteilt darstellt („ich habe ständig Angst“, „ich bin deprimiert“, „ich kann mich nicht richtig streiten“), ist nur scheinbar ein breiteres Themenspektrum aufgefächert. Was spricht im ersten Fall dagegen, hier nicht nur zu vermerken, dass die Problematik ausführlich (hohe *awareness*) geschildert ist, sondern eine zweite oder dritte Inhaltskategorie zu kodieren?

Je nach Inhaltsart stellt sich für die Anwendung der *mastery-awareness-scale* ein „Eichungsproblem“. Manche Kategorien sind konkret, die Inhalte betreffen anschauliche Gegenstände und Begriffe. Bei körperlichen, äußeren und interpersonellen Problemen könnte der Autor (Patient) den Eindruck haben, ein solches Problem sei ohnehin allgemeinverständlich und bräuchte nicht erklärt zu werden. Bei Problemen, die sich auf (ängstliche, depressive, selbstbezogene) Gefühle beziehen, würde er möglicherweise mehr Mühe aufwenden, allein dadurch könnte sich ein höherer *awareness*-Grad ergeben. Unter solchen Umständen sind Schlüsse, die auf die Eigenschaft/Fähigkeit des Patienten oder auf seinen individuellen Therapiefortschritt gezogen werden, fragwürdig: Wenn er ein intrapsychisches Anfangsproblem mit hohem *awareness*-Grad schildert, in einer späteren Phase ein äußeres Problem nur durch Stichworte verdeutlicht, kann daraus nicht geschlossen werden, dass seine Fähigkeit, differenziert zu schildern, verloren gegangen ist. Die Kodierbeispiele müssten für verschiedene Inhaltsbereiche unterschiedlich eintariert

werden. Ein Fortschritt in *awareness/mastery* ist sonst nur zu messen, wenn der Patient innerhalb der Inhaltskategorie verbleibt. Man könnte den Patienten bitten: „Formulieren Sie heute noch einmal das Problem (z.B. die Angst), das sie bei der letzten Befragung angaben“. Daraufhin wäre zu bewerten, wie er das „alte“ Problem mit neu erworbener *awareness/mastery* schildert. Vor einer Anwendung in der Praxis müssten in jedem Fall über weitere Ankerbeispiele die Kodierregeln entsprechend präzisiert werden.

PATH: Forschungsfelder und Anwendung im therapeutischen Setting

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, in der Reihenfolge der Probleme eine zusätzliche Aussage zu sehen. Der Patient scheint seine Probleme trotz gegenteiliger Anleitung in eine Rangfolge zu bringen, wobei er die belastenden Probleme zuerst nennt. Die Art, wie er gerade seine Erst-Probleme beschreibt (*mastery/awareness*), lässt einen Schluss auf seinen Entwicklungsstand zu. Ein Fortschritt ist in unserer Untersuchung darin zu erkennen, dass er gerade solche Probleme während der Therapie mit mehr Bewältigungsansätzen und nach der Therapie mit mehr Differenziertheit zu schildern in der Lage ist. Es gibt Hinweise darauf, dass der Patient sie – wenn er sie noch weiter im Blick hat – an eine andere Position rückt, schließlich ganz aus-sortiert. Die Kürze der Behandlungsdauer ließ es nicht zu, den vermuteten Prozess des „Um-Positionierens“ solcher zunächst an *Position 1* gesetzten Probleme zu verfolgen.

Es ist zu klären, ob – wie oben vorgeschlagen – mehr als drei Probleme zu nennen bzw. in der Schilderung eines Problems mehr als eine Inhaltskategorie zu erkennen, für PATH eine konstruktive Erweiterung darstellen würde. In jedem Fall sollte mit Hilfe von größeren Datensätzen und bei weiteren Störungsbildern geklärt werden, wie die Kategorien an Trennschärfe gewinnen können. Bei zukünftigen Untersuchungen sollte darauf geachtet werden, die Angaben von Patienten möglichst vollständig zu erhalten und sie durch Einbezug von weiteren Instrumenten sowie parallele Befragungen der Therapeuten zu validieren. Eine gute oder weniger gute Übereinstimmung zwischen den Problemen/Zielen, wie sie Patienten schildern und bewerten einerseits und der Sicht des Therapeuten andererseits, könnte als weiterer Indikator für Therapieerfolg gefunden werden. Eine Studie mit Gesunden oder Ex-Patienten könnte Maßstäbe für Gesundheit, „normale“ Probleme und Beschwerdefreiheit setzen.

Der Verschiedenartigkeit der Ziele wird mit Erfolgswertung nur teilweise Rechnung getragen. Die *mastery-awareness-scale* sollte für die Analyse der Ziele erprobt werden, da auch sie der differenzierten Beschreibung und der Verbesserung von Bewältigungsansätzen unter therapeutischer Hilfestellung bedürfen. Möglicherweise sind Patienten damit überfordert, bereits zu Beginn die „richtigen“ Ziele zu haben und zu formulieren. Da sie ihre Probleme als schwer lösbar sehen, wirken Ziele mitunter als reine Negation des Problems („Ich will mein Problem bewältigen“). Zu erwarten ist, dass Patienten in fortgeschrittener Therapie über ihre Problematik hinaus sehen und relevante, mutige und differenzierte Pläne machen können.

7 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit geht den Fragen nach, ob sich für eine Gruppe von Patienten mit Generalisierter Angststörung ein für das Krankheitsbild charakteristisches Muster der Probleme und Ziele beschreiben lässt und inwieweit dieses Muster für den Verlauf und die Prognose einer durchgeführten Psychotherapie Bedeutung hat. Dazu werden mit dem Instrument PATH (Staats et al. 1996; Staats et al. 2002) Unterschiede zwischen Patienten mit Generalisierter Angststörung und Nicht-Patienten (Studenten) untersucht und Subgruppen von Patienten gebildet, die bei gleicher Diagnose ein unterschiedliches Problemmuster zeigen. Die im Verlauf einer Kurzzeitpsychotherapie eintretende Veränderung von Zielen und Problemen sowie von Selbsteinschätzungen der behandelten Patienten werden beschrieben.

Unterschiede zur Vergleichsgruppe lassen sich erwartungskonform darin aufzeigen, dass die Patienten in der Regel in großer Zahl Angstprobleme schildern. Obwohl aufgrund der Diagnosekriterien gehäuft erwartet, sehen Angstpatienten körperliche Sensationen und depressive Stimmungen im Vergleich mit der Gruppe Studierender nicht häufiger als Problem an. Es wurden interessanterweise Probleme, die der Kategorie „depressive Beschwerden“ und „körperliche Beschwerden“ zugeordnet waren, in beiden Gruppen ähnlich zahlreich genannt.

Schon in der Ausgangssituation wird klar, dass sich die Patienten in Probleminhalten, Selbstwahrnehmung und –beschreibung (*awareness*) sehr stark voneinander unterscheiden. Sie bringen unterschiedliche Ressourcen mit (*mastery*) und profitieren von der Therapie unterschiedlich schnell und dauerhaft. Es konnten in dieser Dissertation drei Subgruppen von Patienten beschrieben werden. Eine große Subgruppe beschreibt Angst nicht als aktuell wichtigstes Problem. Scheinbar sind sich diese Patienten ihres Störungsbildes weniger bewusst, präsentieren dafür aber besonders viele körperliche Beschwerden. Andererseits nennen sie häufig äußere Themen und unterscheiden sich hierin deutlich von den übrigen Patienten.

Bei der Frage nach Therapiezielen streben Patienten danach, sich von der Angst weg zu entwickeln, entweder direkt oder aber indirekt durch den Wunsch nach Ruhe und Gelassenheit. Dieser Wunsch ist für Patienten mit Generalisierter Angststörung über die Therapie hinweg der am häufigsten genannte. Zum Therapieabschluss werden die anfänglichen Unterschiede zwischen Patienten-Untergruppen geringer und sie zeigen alle ein Problem- und Zielspektrum, das sich dem der Studentengruppe annähert. In gleichem Ausmaß wie explizite Angstprobleme in der letzten Therapiephase seltener auftreten, werden häufiger interpersonelle, äußere oder selbstbezogene Probleme genannt. Ob die neuen Beschwerden die Problematik eines „Gesunden“ repräsentieren oder selbst noch viele Aspekte der Angstproblematik beinhalten, müssten weitere Untersuchungen klären. Nach Therapieabschluss kommen „alte“ Probleme und damit alte Ziele zurück, die während der Therapie bearbeitet und bewältigt bzw. erreicht schienen. Das lässt vermuten, dass ein gewisser Anteil der Problematik über den Therapiezeitraum hinaus

erhalten bleibt – zumindest bei den hier untersuchten Patienten aus Kurzzeitpsychotherapien. Frölich vermutet in ihrer Dissertation (2009), dass sich verschiedene Patienten unterschiedlich schnell von Problemen lösen und Ziele erreichen können. Diese Annahme kann durch unsere Untersuchung im Ansatz bestätigt werden. Ein unterschiedlich verlaufender Prozess lässt sich zeigen, sowohl auf der Problemebene – bei separater Beobachtung der Problemarten – als auch auf Ebene der Patienten – bei separater Beobachtung der Entwicklung in den drei Subgruppen. Daraus lässt sich ableiten, dass es kontraproduktiv wäre, aufgrund einer schnellen Besserung in mehr äußeren Themen (körperliche Beschwerden, äußere Konflikte) eine gleichzeitige Stagnation oder gar Rückentwicklung der mehr intrapsychischen Probleme zu vernachlässigen und die Therapie zu früh zu beenden. Es könnte sinnvoll sein, die Therapiedauer nicht von Anfang an festzulegen, sondern von der Entwicklung der für den Patienten besonders wichtigen Themen abhängig zu machen.

In unserer Untersuchung zeigte sich, dass Patienten einer Subgruppe, die anfangs nur Angstprobleme sehen und diese als sehr belastend beschreiben, im Therapieverlauf deutlich eine Verminderung des Leidensdrucks wahrnehmen und ihre anfangs gesetzten Ziele am Therapieabschluss als weitgehend erreicht einschätzen. Gerade ihre Einschätzungen sind während der Therapie zum Teil enthusiastischer als die der anderen Patienten, jedoch zeigt sich bei den beiden Nachbefragungen eine gegenläufige Entwicklung. Im Vergleich dazu scheinen Patienten, die nicht explizit Angst, sondern körperliche Beschwerden oder äußere Konflikte in den Mittelpunkt ihres Betrachtens stellten, von Beginn an weniger zu leiden und von der Therapie kontinuierlicher und dauerhafter zu profitieren. Für Angstpatienten scheint es daher prognostisch günstiger, wenn sie parallel zur Angst andere Problembereiche sehen und bearbeiten können.

Eine Häufung bestimmter Problemarten, die unterschiedlich wahrgenommen, beschrieben und bewältigt werden, können Verlauf und *outcome* der Therapie mehr bestimmen als die anfängliche diagnostische Einordnung. Die Textanalyse mit PATH (Staats et al. 1996; Staats et al. 2002) und der *mastery-awareness-scale* (Staats 2009) ermöglicht eine mehrdimensionale Betrachtung solcher individueller Probleme. Die patientennahe Messung mit Hilfe von PATH kann Besserungs- und Verschlechterungseffekte abbilden und über die *mastery-awareness-scale* die Zusammenhänge zwischen Bewältigungs- und Wahrnehmungsfähigkeit patienten- und problemspezifisch aufdecken. Für Patienten mit einer höheren Störungsausprägung und/oder schlechteren Voraussetzungen erscheint die Therapiedauer in dieser Untersuchung zu kurz. So gilt es, weiterhin über die Grenzen einer Diagnose hinaus nach Faktoren zu suchen, die einen erfolgreichen Therapieverlauf und stabiles *outcome* wahrscheinlich machen.

8 Literaturverzeichnis

APA (American Psychiatric Association): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Press, Washington DC 1987 [Seite 3]

APA (American Psychiatric Association): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Press, Washington DC 1994 [Seite 3]

APA (American Psychiatric Association): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Press, Washington DC 2000 [Seite 4, 6, 9]

Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Grundlagen und Manual. Hans Huber Verlag, Bern 1996 [Seite 12]

Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Hans Huber Verlag, Bern 2006 [Seite 12, 24]

Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, Stein DJ, Wittchen HU (2001): Consensus statement on Generalized Anxiety Disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 62(11), 53-58 [Seite 6]

Barlow DH (1980): Behavior therapy: The next decade. *Behav Ther* 11, 315-328 [Seite 7]

Beck AT, Emery G, Greenberg R: Anxiety Disorders and phobias. Basic Books, New York 1985 [Seite 7]

Becker ES, Hoyer J: Generalisierte Angststörung. Hogrefe, Göttingen 2005 [Seite 1, 3, 6]

Becker ES, Margraf J: Generalisierte Angststörung: Ein Therapieprogramm. 2.Auflage; Beltz Verlag, Weinheim/Basel 2007 [Seite 4, 6, 8f., 89]

Bergelt C, Welk H, Koch U (2000): Erwartungen, Befürchtungen und Therapieziele von Patienten zu Beginn einer onkologischen Rehabilitationsmaßnahme. *Rehabilitation* 39, 338-349 [Seite 13]

Borkovec TD: The nature function and origins of worry; Worrying: Perspective on theory assessment and treatment; hrsg. v. Davey GCL, Tallis F; Wiley, New York 1994, 5-23 [Seite 4]

Bortz J: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6.Auflage; Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2005 [Seite 29f.]

Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2003): Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. *Psychother Psychol Med* 53, 163-170 [Seite 86, 88]

Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, von Rad M, Schors R (1993): DKPM-Basisdokumentation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 214-218 [Seite 11]

Brown TA, Barlow D (1992): Comorbidity among anxiety disorders. Implications für treatment and DSM-IV. *J Consult Clin Psychol* 60, 835-844 [Seite 6f.]

Brunstein JC (2001): Persönliche Ziele und Handlungs- versus Lageorientierung. *Z Diff Diagn Psychol* 22(1), 1-12 [Seite 13]

- Chambles DL, Ollendick TH (2001): Empirically supportet psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 52, 685-716 [*Seite 9*]
- Clark DM: Anxiety states. Panic and generalized anxiety; Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems; hrsg. v. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM; Oxford University Press, Oxford 1989, 52-96 [*Seite 7*]
- Crits-Christoph P, Wolf-Palacio D, Ficher M, Rudick D: Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder; *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)*; hrsg. v. Barber JP, Crits-Christoph P; Basic Books, New York 1995, 43-83 [*Seite 8, 20*]
- Crits-Christoph P, Connolly MB, Azarian K, Crits-Christoph K, Shappell S (1996): An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy* 33, 418-430 [*Seite 11*]
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E: Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD-10 Kap.V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Hans Huber Verlag, Bern 2000 [*Seite 4f.*]
- Dirmaier J, Koch U, Kawski S, Schulz H (2002): Therapieziele als Qualitätsmanagement-Instrumentarium in der psychosomatischen Rehabilitation. *Z Aertzl Fortbild Qualitätssich* 96, 25-30 [*Seite 84*]
- Driessen M, Somme B, Röstel C, Malchow CP, Rumpf HJ, Adam B (2001): Therapieziele in der Psychologischen Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 51, 239-245 [*Seite 14*]
- Dührssen A, Jorswick E (1965): Empirical and statistical inquiries into the therapeutic potential of psychoanalytic treatment. *Nervenarzt* 36, 166-169 [*Seite 12*]
- Faller H (2000): Therapieziele und Indikation. Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50, 202-302 [*Seite 13f.*]
- Faller H, Goßler S (1998): Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48, 176-186 [*Seite 16, 23*]
- Fink W, Haidinger G (2007): Die Häufigkeit von Gesundheitsstörungen in 10 Jahren Allgemeinpraxis. *Z Allg Med* 83(200), 102-108 [*Seite 1, 81*]
- Finke J, Teusch L, Gastpar M (1995): Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik - eine empirische Untersuchung über die Erwartungen der Patienten. *Psychiatr Prax* 22, 112-116 [*Seite 13*]
- Freud S (1895): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als "Angstneurose" abzutrennen; Studienausgabe Band VI Hysterie und Angst; hrsg. v. Mischerlich A, Richards A, Strachey J; Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1982, 26-49 [*Seite 3*]
- Frijda NH (1996): Die Gesetze der Emotionen. *Z Psychosom Med Psychother* 42, 205-221 [*Seite 75f.*]
- Frölich S: Veränderungen von Problemen und Zielen während Langzeitpsychotherapien: Entwicklung und erste Anwendung eines Kategoriensystems zur Auswertung frei formulierter Patientenangaben. *Med. Diss. Göttingen* 2009 [*Seite 15ff., 23, 25, 73, 76f., 86, 88, 99, 101, 113*]

- Frölich S, Biskup J, Kreische R, Staats H (2003): Entwicklung einer Taxonomie zur Erfassung von Veränderungen von Problemen und Zielen im Verlauf längerer Psychotherapien (PATH). 54.Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Göttingen 19.-22. März 2003. *Psychother Psych Med* 53, 106-107 [Seite 15]
- Gerdes N (1996): Das Problem der "Überkomplexität der Daten" bei umfassenden Outcome-Messungen. *DRV-Schriften* 6, 403 [Seite 14]
- Gerdes N, Bengel J, Jäckel WH: Zielorientierung in Diagnostik, Therapie und Ergebnismessung; Zielorientierung in der Rehabilitation; hrsg. v. Bengel J, Jäckel JW; S. Roderer, Regensburg 2000, 3-12 [Seite 2]
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Jacobson T (2001): Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik: Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Z Psychosom Med Psychother* 47, 213-233 [Seite 14]
- Grawe K: Indikation in der Psychotherapie; *Handbuch der Psychologie (Band 8, 2.Halbband)*; hrsg. v. Pongratz CJ; Hogrefe, Göttingen 1987, 3074-3101 [Seite 13]
- Grosse Holtforth MG (2001): Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltensther Psychosoz Prax* 34(2), 241-258 [Seite 13]
- Grosse Holtforth MG, Grawe K (2000): Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). *Z Klin Psychol Psychother* 29(3), 170-179 [Seite 13]
- Grosse Holtforth MG, Grawe K (2002): Bern Inventory of Treatment Goals Part 1. Development and first Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychother Res* 12(1), 79-99 [Seite 76]
- Hasler G, Schnyder U (2002): Zur Festlegung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Nervenarzt* 73, 54-58 [Seite 13]
- Herpertz S, Caspar F, Mundt C: *Störungorientierte Psychotherapie*. Elsevier, München 2008 [Seite 12]
- Heuft G, Senf W: *Praxis der Qualitätssicherung: Das Manual zur Psy-BaDo*. Thieme, Stuttgart 1998 [Seite 1]
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol* 41, 159-164 [Seite 92]
- Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovic Z (1993): A phase model of psychotherapeutic outcome: Causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol* 61, 678-685 [Seite 14]
- Hoyer J, Becker ES (2001): Die Generalisierte Angststörung. *Psycho* 27(1), 21-44 [Seite 80f., 83]
- Hoyer J, Becker ES, Margraf J (2002): Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychol Med* 32, 1227-1237 [Seite 6, 82]
- Hoyer J, Becker ES, Beesdo K, Wittchen HU (2003): Epidemiologie der Generalisierten Angststörungen. *Z Klin Psychol Psychother* 32, 267-275 [Seite 6]
- Kanfer FH, Saslow G: *Behavioral diagnosis; Behavior therapy. Appraisal and status*; hrsg. v. Franks CM; McGraw-Hill, New York 1969, 417-444 [Seite 12]

- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 3.Auflage; Springer, Berlin 2000 [Seite 13]
- Kessler RC, Berglund P, Demmler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 62(6), 593-602 [Seite 6]
- Kiresuk TJ, Lund SH: Goal attainment scaling. Research evaluation and utilization; Program evaluation in the health fields (Vol. 2); hrsg. v. Schulberg HC, Baker F; Human Science Press, New York 1979, 214-237 [Seite 14, 17]
- König K: Angst und Persönlichkeit: Das Konzept vom steuernden Objekt und seine Anwendung. Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1986 [Seite 8]
- Lecher T (2006): Aktuelles aus der Forschung. Psychotherapeutenjournal 1, 27-31 [Seite 12]
- Leibing E, Winkelbach C, Leichsenring F (2003): Die Generalisierte Angststörung. Darstellung eines kognitiv-behavioralen Behandlungsmanuals. Verhaltensther Psychosoz Prax 35, 517-529 [Seite 9f., 20]
- Leichsenring F, Staats H, Biskup J: The Göttingen study on the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy. Zitiert nach dem Abstract der Präsentation; 5th European Conference on Psychotherapy Research. Cernobbio, Como 1996 [Seite 15f.]
- Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E (2002): Die Generalisierte Angststörung – Krankheitsbild Diagnostik und Therapie. Z Psychosom Med Psychother 48, 235-255 [Seite 4]
- Leichsenring F, Fabung S, Leibing E (2004): The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. Arch Gen Psychiatry 61, 1208-1216 [Seite 9]
- Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E (2005): Psychoanalytisch-orientierte Fokalthherapie der generalisierten Angststörung: Ein Manual. Psychotherapeut 50, 258-264 [Seite 9-12]
- Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, Kächele H, Kreische R, Leweke F, Rueger U, Winkelbach C, Leibing E (2009): Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. Am J Psychiatry 166, 875-881 [Seite 2, 17, 19f., 73]
- Luborsky L: Einführung in die analytische Psychotherapie: Ein Lehrbuch. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1995 [Seite 8, 10]
- Maling MS, Gurtman M, Howard KI (1995): The response of interpersonal problems to varying doses of psychotherapy. Psychother Res 5(1), 63-75 [Seite 77, 88]
- Mans EJ (1994): Interkonzeptionelle Differentielle Indikation. Ein Beitrag zur Prozessqualität der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Prax Klin Verhaltensmed Rehabilitation 27, 193-199 [Seite 1f.]
- Margraf J, Schneider S: Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band 2). 3.Auflage; Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2009 [Seite 6, 9, 70]
- Mattke D, Tschuschke V (1997): Kurzgruppenpsychotherapie - Einführende Überlegungen unter besonderer Berücksichtigung analytisch orientierter und interpersoneller Therapiekonzepte. Gruppenpsychother Gruppensdynamik 33, 36-55 [Seite 12]

- Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. Deutscher Studienverlag, Weinheim 1995 [Seite 16]
- Mowrer O: Learning theory and behavior. Wiley, New York 1960 [Seite 7]
- Nutt D, Bailey JE: Neurobiology; Generalized Anxiety Disorder. Symptomatology Pathogenesis and management; hrsg. v. Nutt D, Rickels K, Stein D; Marlin Dunitz, London 2002, 59-70 [Seite 7]
- Öhman A, Mineka S (2001): Fears phobias and preparedness. Toward and evolved module of fear and fear learning. *Psychol Rev* 108, 483-522 [Seite 7]
- Protz W, Gerdes N, Maier-Riehle B, Jäckel WH (1998): Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 37(1), 24-29 [Seite 13]
- Ruhmland M, Margraf J (2001): Effektivität psychologischer Therapien von Generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 11, 27-40 [Seite 9]
- Sandel R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J (2000): Varieties of Long-Term Outcome Among Patients in Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy: Review of Findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project. *Int J Psycho Anal* 81, 921-942 [Seite 12]
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hans Huber Verlag, Bern 2000 [Seite 4f.]
- Schneider W, Freyberger H (1994): Diagnostik nach ICD-10 - Möglichkeiten und Grenzen für die Psychotherapie/ Psychosomatik. *Psychotherapeut* 39, 269-275 [Seite 12]
- Seligmann M (1995): The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol* 50, 965-974 [Seite 73]
- Senf W, Broda M: Was ist Psychotherapie? Versuch einer Definition; Praxis der Psychotherapie; hrsg. v. Senf W, Broda M; Thieme, Stuttgart 2000, 2-5 [Seite 11f.]
- Staats H: Unveröffentlichtes Manuskript der mastery-awareness-scale. Universität Göttingen, Göttingen 2009 [Seite 15ff., 25, 29, 70, 99, 113]
- Staats H, Biskup J, Leichsenring F: PATH - A method for investigating the development of problems and aims in therapy in the Göttingen study on the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy. Zitiert nach dem Abstract der Präsentation, 5th European Conference on Psychotherapy Research, 04.-07. September 1996. Cernobbio, Como 1996 [Seite 1f., 15ff., 29, 32, 47, 70, 73, 83, 112f.]
- Staats H, Biskup J, Kreische R, Leichsenring F (2002): Symptome Ziele und Probleme. Veränderungsverläufe in psychoanalytischen Therapien. Zitiert nach dem Abstract der Präsentation, 53. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Neu-Ulm 06.-09. März 2002. *Psychother Psychol Med* 52, 114 [Seite 15, 112f.]
- Staats H, Biskup J, Kreische R: Change in Patients` Problems and Aims during Long-Term Psychotherapy; Abstract für die 37.Tagung der Society für Psychotherapy Research; (unpublished), Edinburgh 2006 [Seite 15, 93]
- Stangier U, Leichsenring F: Psychotherapie bei Angststörungen; Störungsorientierte Psychotherapie; hrsg. v. Herpertz S, Caspar F, Mundt C; Elsevier, München 2008, 291-319 [Seite 7]

- Stieglitz RD, Baumann U: Veränderungsmessung; Psychodiagnostik in klinischer Psychologie Psychiatrie Psychotherapie; hrsg. v. Stieglitz RD; Thieme, Stuttgart 2001, 21-38 [Seite 14]
- Stobrawa F (1997): Qualitätssicherung. Eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft. Dtsch Arztebl 94(33), 2101-2102 [Seite 11]
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. München 2008 [Seite 13]
- Volz H, Stieglitz RD: Generalisierte Angststörung. Krankheitsbild Komorbiditäten Psycho- und Pharmakotherapie. Schattauer, Stuttgart 2010 [Seite 3]
- Wells A (1999): A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. Clin Psychol Psychother 6, 86-95 [Seite 3, 7]
- Wiegand FC: Veränderungen von Problemen und Zielen im Therapieverlauf: Eine Untersuchung von verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch behandelten Patienten mit Generalisierter Angststörung. Med. Diss. Göttingen 2010 (in Vorbereitung¹) [Seite 74, 84]
- Wirtz F, Caspar M: Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen. Hogrefe, Göttingen 2002 [Seite 29f.]
- Wittchen HU: Handbuch psychische Störungen. 2.Auflage; Belz PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1998 [Seite 1]
- Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW (1994): DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 51, 355-364 [Seite 6, 8]
- Wittchen HU, Hoyer J, Friis R (2001): Generalized anxiety disorder - a risk factor for depression? Int J Methods Psychiatr Res 10(1), 52-57 [Seite 7]
- Yalom ID: Existential Psychotherapy. Basic Books, New York 1998 [Seite 24]

¹ Mit freundlicher Genehmigung der Verfasserin.

9 Anhang

PROBLEME 1

Datum:

Erhebungszeitpunkt: t1

Patientencode:

--	--	--	--	--	--	--	--

(bitte diese Blätter mit schwarzem Kugelschreiber ausfüllen)

(Anfangsbuchstabe des Nachnamens; Geburtsdatum, sechsstellig)

Bitte machen Sie eine Liste der drei Probleme, unter denen Sie zur Zeit am meisten leiden. Versuchen Sie bitte, diese Probleme möglichst konkret zu formulieren.

Problem 1:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Problem 2:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Problem 3:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte schätzen Sie nun ein, wie sehr Sie zur Zeit unter diesen Problemen leiden.

	könnte nicht schlimmer sein	stark	etwas	wenig	überhaupt nicht
Problem 1	4	3	2	1	0
Problem 2	4	3	2	1	0
Problem 3	4	3	2	1	0

PROBLEME 1

Patientencode:

--	--	--	--	--	--	--

(Anfangsbuchstabe des Nachnamens; Geburtsdatum, sechsstellig)

Erhebungszeitpunkt: t2

Datum:

Sie haben zu Beginn der Therapie/im Laufe der Therapie/am Ende der Therapie Probleme formuliert, wie Sie sie damals gesehen haben. Diese haben wir für Sie auf dieses Blatt kopiert.

Problem 1:

.....
 (hier Kopien der Beschreibungen von Problemen zum Zeitpunkt t1 zur erneuten Bewertung)

Problem 2:

Problem 3:

Bitte schätzen Sie nun ein, wie sehr Sie zur Zeit unter diesen Problemen leiden.

	könnte nicht schlimmer sein	stark	etwas	wenig	überhaupt nicht
Problem 1	4	3	2	1	0
Problem 2	4	3	2	1	0
Problem 3	4	3	2	1	0

ZIELE 1

Patientencode:

--	--	--	--	--	--	--

(Anfangsbuchstabe des Nachnamens; Geburtsdatum, sechsstellig)

Erhebungszeitpunkt: t1

Datum:

Bitte geben Sie als nächstes an, welche Ziele Sie im Laufe der Therapie erreichen möchten. Versuchen Sie bitte, diese Ziele möglichst konkret zu formulieren. Bitte geben Sie drei Ziele an.

Ihre Ziele	
<p>1. Ziel:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>2. Ziel:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>3. Ziel:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

ZIELE 1

Patientencode:

--	--	--	--	--	--	--

(Anfangsbuchstabe des Nachnamens; Geburtsdatum, sechsstellig)

Erhebungszeitpunkt: **t2**

Datum:

Sie haben zu Beginn der Therapie/im Laufe der Therapie/am Ende der Therapie Ziele formuliert, wie Sie sie damals gesehen haben. Diese haben wir für Sie auf dieses Blatt kopiert. Bitte schätzen Sie nun ein, inwieweit Sie diese Ziele bisher erreicht haben.

Zielerreichung:

In welchem Ausmaß haben Sie dieses Ziel bisher erreicht?

Ihre damaligen Ziele	
<p>1. Ziel:</p> <p>.....</p> <p>(hier Kopien der Beschreibungen von Zielen zum Zeitpunkt t1 zur erstmaligen Bewertung)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>0= überhaupt nicht</p> <p>1= wenig</p> <p>2= etwas</p> <p>3= viel</p> <p>4= vollständig</p>
<p>2. Ziel:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>0= überhaupt nicht</p> <p>1= wenig</p> <p>2= etwas</p> <p>3= viel</p> <p>4= vollständig</p>
<p>3. Ziel:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>0= überhaupt nicht</p> <p>1= wenig</p> <p>2= etwas</p> <p>3= viel</p> <p>4= vollständig</p>

Liste der Inhaltskategorien für Probleme und Ziele:

PROBLEME:

P 1: körperliche Beschwerden

Äußerungen körperliche Beschwerden, Probleme, Symptome oder Diagnosen betreffend; auch Sexualstörungen, Schlafstörungen, Alpträume

P 2: depressive Beschwerden

Überlastung, Erschöpfung; keine Entspannung; fehlender Antrieb; Einsamkeit; Gefühl der Gefühllosigkeit; sich selbst nichts gönnen; Darniederliegen von Stimmung etc.; innere Getriebenheit, die zu Lähmung führt; Suizidalität in Zusammenhang mit anderen geschilderten Problemen diese in den Vordergrund stellen

P 3: Angst

alle Textstellen, in denen Angst deutlich genannt wird; kein Vermeidungsverhalten

P 4: Sucht/Esstörung

P 5: mangelndes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen

nur wenn dieser Begriff eindeutig genannt wird

P 6: ungelöste Probleme/Konflikte (z.B. Alltag und Beruf)

äußerer Anteil von Konflikten oder Problemen wird beschrieben oder eine konkrete Situation aus Alltag oder Beruf wird genannt
alle genannten beruflichen Probleme, auch wenn sie z.B. mit depressiven Beschwerden einhergehen*)

P 7: sonstige selbstbezogene Probleme

eigene Befindlichkeit; unzufrieden, unglücklich sein; auch Gefühle nicht ausdrücken, regulieren, zulassen können**)

P 8: Interpersonelle Probleme

Andere Menschen werden explizit genannt; Partnerschaft, Freundeskreis oder Umfeld - wenn nicht andere oben genannte Probleme stark im Vordergrund stehen

8 K: Kontrolle/Unterwerfung (*moving against others*)

Andere kontrollieren wollen; Autorität anderer schwer anerkennen; Machtkämpfe

8 D: Distanz/Nähe (*moving from others*)

Schwierigkeiten, Kontakt zu knüpfen, sich anderen zu öffnen, Hilfe anzunehmen

8 S: Selbstverlust (*moving towards others*)

Angst vor Ablehnung; Wunsch nach Anerkennung; Erwartungen anderer erfüllen wollen; Schwierigkeiten, sich durchzusetzen; sich ausnutzen lassen

8 X: sonstige bzw. nicht näher zuzuordnende interpersonelle Probleme

P 9: existentielle Probleme

Grundfragen nach Leben und Tod (nach Yalom); das Leben ist ungerecht; man ist allein; man trägt die Verantwortung für sein Handeln; man kann gewissen Nöten nicht entgehen, älter werden, „Familie gründen“

P10: Zwänge

Entscheidungsschwierigkeiten; ausgeprägte und lähmende Ambivalenzen; auch wenn dies als Angst oder Befürchtung beschrieben wird, jedoch ohne depressive Komponente (dann P 2); Perfektionsansprüche; übertriebenes Verantwortungsgefühl

ZIELE:

Z 1: körperliche Beschwerden bessern

Z 2: depressive Beschwerden bessern

Z 3: Angst bewältigen; Mut entwickeln

Z 4: Sucht/Esstörung bewältigen

Z 5: Selbstvertrauen stärken (siehe P 5)

Z 6: (äußere) Probleme bewältigen Beruf, Finanzen, Alltag

Z 7: Ruhe/Gelassenheit finden, emotional;

mit sich in Einklang kommen, sich selbst erkennen; Lebensfreude, Glück, Zufriedenheit erlangen; Gefühle ausdrücken, regulieren, zulassen***)

Z 8: interpersonelle Probleme lösen (siehe P 8)

8 K: andere weniger kontrollieren wollen, Autoritäten akzeptieren lernen

8 D: Distanz/Nähe überwinden, sich anderen öffnen, Hilfe annehmen

8 S: sich abgrenzen lernen, selbstbestimmt handeln lernen, eigene Maßstäbe setzen, Kritik äußern

8 X: sonstige interpersonelle Probleme lösen

Z 9: Freiheiten, Fähigkeiten erlangen, rational;

sich selbst erkennen; Ursachen für Reaktionen und Verhalten finden; sonstige Ziele erreichen

Z10: Zwänge abbauen; Ambivalenzen überwinden, sich entscheiden lernen; nur wenn depressive Komponente fehlt;

Perfektionsansprüche verringern; weniger übertriebenes Verantwortungsgefühl, Entscheidungsfähigkeit verbessern

bei Studentengruppe:

*) Wohnungssuche, Leistungsdruck, Zeitmangel durch äußere Umstände, Finanzprobleme, Praktikumsplatz finden, schlechte Organisation in FHP

**) unzufrieden über eigene Zeiteinteilung, Vermeidungsverhalten, unzufrieden Aufgaben nicht zu erledigen, Wünsche nicht erfüllen können aufgrund von Finanzen

***),Selbstfindungskategorie *, Urlaub machen, Studium gut absolvieren

Allgemeine Codierregeln:

Bei Vorliegen zweier Kategorien möglichst differenzierte wählen.

Zusammenhänge zwischen Problemen und Zielen beachten, eventuelle Entscheidungshilfe.

Möglichst innerhalb eines Messzeitpunktes verschiedene Kategorien wählen.

Skala für *mastery* und *awareness* in Bezug auf die geschilderten Probleme:

	<i>awareness</i>	<i>mastery</i>
1	nicht greifbares Problem	Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit
	<ul style="list-style-type: none"> - Beschwerden werden beschrieben - Zusammenhänge zwischen Problem und Beschwerden nicht gesehen „tiefe Traurigkeit“ „Schuldgefühle“ körperliche Beschwerden	„Sog aus dem man nicht entkommt“ „fühle mich verloren“ Selbstmordgedanken
2	vage Problemwahrnehmung	noch keine Bewältigungsmöglichkeit
	<ul style="list-style-type: none"> - Problem wird beschrieben - sieht Zusammenhang zwischen Problem und Beschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> - Patient sieht sich nicht als aktiv handelnd und auch nicht dazu in der Lage „weiterhin häufig“ „müsste aktiver sein“ „hat sich wenig geändert“
3	greifbares Problem	Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeit
	<ul style="list-style-type: none"> - zeigt Problembewusstsein - sieht Problem als zu sich gehörig „muss meine Frau vor den Kopf stoßen, so bin ich halt“	<ul style="list-style-type: none"> - muss sich diese immer wieder bewusst machen „kann nur schwer abrücken“ „lasse mich immer wieder herunter ziehen“
4	Abgrenzbares Problem	
a)	Zusammenhänge werden gesehen	aktive Einflussnahme
	„muss Schallplattensammlung sortieren, um mich abzureagieren, so bin ich“	- ist sich seiner Einflussmöglichkeiten bewusst
b)	äußere Probleme	selbstverständlicher Umgang mit Problem
	- akzeptierende Wahrnehmung	- sieht Problem als lustvolle Herausforderung

Tabelle 8: Von (N) Patienten genannte Probl./Ziel-Kategorie.
 Linke Seite: Patienten aufgeteilt in drei Subgruppen PUG.A, PUG.B, PUG.C (nur für t1).
 In % ist angegeben, wie viele der Patienten mind. 1 Problem der Kategorie haben.

	12 N/t1 ^{PUG.A}	20 N/t1 ^{PUG.B}	19 N/t1 ^{PUG.C}	51 N/t1	44 N/t2	41 N/t3	44 N/t4	35 N/t5
Pat. nennen 1x	2	7	5	14	3	11	9	9
2x	-	1	2	3	1	-	1	-
3x	-	-	1	1	-	1	-	-
PKat.1	2 16,67%	8 40,00%	8 42,11%	18 35,29%	4 9,09%	12 29,27%	10 22,73%	9 22,86%
Pat. nennen 1x	-	7	3	10	9	5	7	6
2x	-	3	2	5	2	-	2	1
3x	-	-	-	-	1	-	-	-
PKat.2	-	10 50,00%	5 26,32%	15 29,41%	12 27,27%	5 12,20%	9 20,45%	7 20,00%
Pat. nennen 1x	-	20	-	20	13	6	14	6
2x	8	-	-	8	6	5	2	1
3x	4	-	-	4	4	2	2	2
PKat.3	12 100,00%	20 100,00%	-	32 62,75%	23 52,27%	13 31,71%	18 40,91%	9 25,71%
Pat. nennen 1x	-	-	-	-	-	-	-	-
2x	-	-	-	-	-	-	-	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
PKat.4	-	-	-	-	-	-	2 4,55%	-
Pat. nennen 1x	1	2	-	3	1	3	1	-
2x	-	-	-	-	-	-	-	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
PKat.5	1 8,33%	2 10,00%	-	3 5,88%	1 2,27%	3 7,32%	1 2,27%	-
Pat. nennen 1x	2	3	2	7	10	12	12	8
2x	-	-	6	6	7	10	6	10
3x	-	-	3	3	2	1	4	6
PKat.6	2 16,67%	3 15,00%	11 57,89%	16 31,37%	19 43,18%	23 56,10%	22 50,00%	24 68,57%
Pat. nennen 1x	1	5	4	10	11	9	14	6
2x	-	-	-	-	1	2	1	-
3x	-	-	-	-	1	-	-	-
PKat.7	1 8,33%	5 25,00%	4 21,05%	10 19,61%	13 29,55%	8 26,83%	15 34,09%	6 17,14%
Pat. nennen 1x	1	2	4	6	10	11	8	9
2x	-	-	1	2	4	1	4	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
PKat.8	1 8,33%	2 10,00%	5 26,32%	8 15,69%	14 31,82%	12 29,27%	12 27,27%	9 25,71%
Pat. nennen 1x	-	1	-	1	-	2	-	-
2x	-	-	-	-	-	-	-	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
PKat.9	-	1 5,00%	-	1 1,96%	-	2 4,88%	-	-
Pat. nennen 1x	1	1	-	2	3	2	1	1
2x	-	-	1	1	-	1	1	-
3x	-	-	-	-	1	-	-	-
PKat.10	1 8,33%	1 5,00%	1 5,26%	3 5,88%	4 9,09%	3 7,32%	2 4,55%	1 2,86%

Patienten, die Probleme nennen
 Daten für Abbildungen
 Seite 32f., 49, 82-89

	12 N/t1 ^{PUG.A}	20 N/t1 ^{PUG.B}	19 N/t1 ^{PUG.C}	51 N/t1	44 N/t2	41 N/t3	42 N/t4	33 N/t5
Pat. nennen 1x	3	5	7	15	2	5	6	5
2x	-	1	-	1	-	-	1	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
ZKat.1	3 25,00%	6 30,00%	7 36,84%	16 31,37%	2 4,55%	5 13,16%	7 16,67%	5 14,71%
Pat. nennen 1x	-	-	1	1	2	1	-	-
2x	-	-	-	-	-	-	-	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
ZKat.2	-	-	1 5,26%	1 1,96%	2 4,55%	1 2,63%	-	-
Pat. nennen 1x	7	14	9	30	19	8	8	9
2x	3	1	1	5	5	1	2	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
ZKat.3	10 83,33%	15 75,00%	10 52,63%	35 68,63%	24 54,55%	9 23,68%	10 23,81%	9 26,47%
Pat. nennen 1x	-	-	-	-	-	-	1	-
2x	-	-	-	-	-	-	1	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
ZKat.4	-	-	-	-	-	-	2 4,76%	-
Pat. nennen 1x	2	2	3	7	7	8	5	4
2x	-	-	-	-	-	-	-	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
ZKat.5	2 16,67%	2 10,00%	3 15,79%	7 13,73%	7 15,91%	8 21,05%	5 11,90%	4 11,76%
Pat. nennen 1x	2	2	2	6	5	6	11	9
2x	-	-	-	-	-	2	4	2
3x	-	-	-	-	-	1	1	1
ZKat.6	2 16,67%	2 10,00%	2 10,53%	6 11,76%	5 11,36%	9 23,68%	16 38,10%	12 35,29%
Pat. nennen 1x	7	12	8	27	19	16	13	13
2x	-	5	6	11	8	9	9	6
3x	1	-	-	1	1	1	2	-
ZKat.7	8 66,67%	17 85,00%	14 73,68%	39 76,47%	28 63,64%	26 68,42%	24 57,14%	19 55,88%
Pat. nennen 1x	2	1	2	5	9	13	17	7
2x	1	1	-	2	-	-	-	1
3x	-	-	-	-	-	-	-	1
ZKat.8	3 25,00%	2 10,00%	2 10,58%	7 13,73%	9 20,45%	13 34,21%	17 40,48%	9 26,47%
Pat. nennen 1x	2	6	5	13	17	7	9	13
2x	-	-	1	1	6	6	2	2
3x	-	-	-	-	1	1	-	-
ZKat.9	2 16,67%	6 30,00%	6 31,58%	14 27,45%	24 54,55%	14 36,84%	11 26,19%	15 44,12%
Pat. nennen 1x	-	-	1	1	4	-	1	1
2x	-	-	-	-	-	-	-	-
3x	-	-	-	-	-	-	-	-
ZKat.10	-	-	1 5,26%	1 1,96%	4 9,09%	-	1 2,38%	1 2,94%

Patienten, die Ziele nennen
 Daten für Abbildungen
 Seite 33f., 50, 82-89.

Tabelle 9: Anzahl, drop-out

N ^{Pat.} n ^{Probl.}	51 N/t1 153 n/t1	51 N/t2 153 n/t2	51 N/t3 153 n/t3	51 N/t4 153 n/t4	51 N/t5 153 n/t5	Pat. Ziele	51 N/t1 153 n/t1	51 N/t2 153 n/t2	51 N/t3 153 n/t3	51 N/t4 153 n/t4	51 N/t5 153 n/t5
Von den Patienten nennen 3, 2 oder 1 Problem/Ziel bzw. machen keine Angaben:											
3 Probl.	47 92,16%	41 80,39%	32 62,75%	37 72,55%	26 50,98%	3 Ziele	47 92,16%	42 82,35%	34 66,67%	36 70,59%	26 50,98%
2 Probl.	2 3,92%	3 5,88%	6 11,76%	2 3,92%	6 11,76%	2 Ziele	3 5,88%	-	3 5,88%	4 7,84%	3 5,88%
1 Probl.	2 3,92%	-	3 5,88%	5 9,80%	3 5,88%	1 Ziel	1 1,96%	2 3,92%	1 1,96%	2 3,92%	5 9,80%
„kein Probl.“	-	2 3,92%	1 1,96%	3 5,88%	-	„kein Ziel“	-	2 3,92%	3 5,88%	4 7,84%	2 3,92%
o. A.	-	5 9,80%	9 17,65%	4 7,84%	16 31,37%	o. A.	-	5 9,80%	10 19,61%	5 9,80%	15 29,41%
n=am Termin t genannte Probl./Ziele; (n)=Einschätzungen der Probl./Ziele zu t; N=Patienten, die am Termin t Probleme nennen; (N)=Patienten, die zu t Probl./Ziele einschätzen. In % ist angegeben, wie viele von 51 Pat./wie viele der 153 mögl.Probl./Ziele nennen bzw. wie viele von N Pat./wie viele der n genannten Probl./Ziele einschätzen											
N ^{Pat.} n ^{Probl.}	51 100,00%	44 86,27%	41 80,39%	44 86,27%	35 68,63%	N ^{Pat.} n ^{Ziele}	51 100,00%	44 86,27%	38 74,51%	42 82,35%	34 66,67%
(N)	48 94,12%	44 100,00%	39 95,12%	41 93,18%	32 91,43%	(N)	44 86,27%	34 77,27%	31 81,58%	12 28,57%	-
(n)	139 94,56%	129 100,00%	107 96,40%	114 95,00%	86 92,47%	(n)	127 85,81%	100 78,13%	90 82,57%	35 29,66%	-
N ^{PUG.A} n ^{Probl.}	12 100,00%	11 91,67%	9 75,00%	11 91,67%	8 66,67%	N ^{PUG.A} n ^{Ziele}	12 100,00%	11 91,67%	9 75,00%	11 91,67%	8 66,67%
(N)	11 91,67%	11 100,00%	8 88,89%	10 90,91%	7 87,50%	(N)	11 91,67%	8 72,73%	7 77,78%	2 22,22%	-
(n)	33 91,67%	33 100,00%	23 95,83%	28 96,55%	18 85,71%	(n)	33 91,67%	22 78,57%	20 86,96%	6 23,08%	-
N ^{PUG.B} n ^{Probl.}	20 100,00%	18 90,00%	16 80,00%	17 85,00%	15 75,00%	N ^{PUG.B} n ^{Ziele}	20 100,00%	18 90,00%	14 70,00%	17 85,00%	14 70,00%
(N)	19 95,00%	18 100,00%	15 93,75%	16 94,12%	13 87,50%	(N)	19 95,00%	15 83,33%	14 100,00%	5 29,33%	-
(n)	54 94,74%	51 100,00%	39 92,86%	46 93,88%	37 90,24%	(n)	55 94,83%	45 83,33%	41 100,00%	15 34,09%	-
N ^{PUG.C} n ^{Probl.}	19 100,00%	15 78,95%	16 84,21%	16 84,21%	12 63,16%	N ^{PUG.C} n ^{Ziele}	19 100,00%	16 84,21%	16 84,21%	15 78,95%	12 63,16%
(N)	18 94,74%	15 100,00%	16 100,00%	15 93,75%	12 100,00%	(N)	14 73,68%	11 68,75%	10 62,50%	5 33,33%	-
(n)	52 96,30%	45 100,00%	45 100,00%	40 95,24%	31 100,00%	(n)	39 72,22%	33 71,74%	29 64,44%	14 33,33%	-

Tabelle 10: Themen von Probl./Zielen

Daten für Abbildungen Seite 36-39, 51f., 81, 83-91. In % sind angegeben, wie viele Probl./Ziele/t der Inhaltskategorie angehören.											
n ^{Probl.}	147 n/t1	129 n/t2	111 n/t3	120 n/t4	93 n/t5	n ^{Ziele}	148 n/t1	128 n/t2	109 n/t3	118 n/t4	89 n/t5
PKat.1	23 15,65%	5 3,88%	14 12,61%	11 9,17%	8 8,60%	ZKat.1	17 11,49%	2 1,56%	5 4,59%	8 6,78%	5 5,62%
PKat.2	20 13,61%	16 12,40%	5 4,50%	11 9,17%	8 8,60%	ZKat.2	1 0,68%	2 1,56%	1 0,92%	-	-
PKat.3	48 32,65%	37 28,68%	22 19,82%	24 20,00%	14 15,05%	ZKat.3	40 27,03%	29 22,66%	10 9,17%	12 10,17%	9 10,11%
PKat.4	-	-	-	2 1,67%	-	ZKat.4	-	-	-	3 2,54%	-
PKat.5	3 2,04%	1 0,78%	3 2,70%	1 0,83%	-	ZKat.5	7 4,73%	7 5,47%	8 7,34%	5 4,24%	4 4,49%
PKat.6	28 19,05%	30 23,26%	35 31,53%	36 30,00%	46 49,46%	ZKat.6	6 4,05%	5 3,91%	13 11,93%	22 18,64%	16 17,98%
PKat.7	10 6,80%	16 12,40%	13 11,71%	16 13,33%	6 6,45%	ZKat.7	52 35,14%	38 29,69%	37 33,94%	37 31,36%	25 28,09%
PKat.8K	-	1 0,78%	-	1 0,83%	-	ZKat.8K	-	1 0,78%	2 1,83%	-	-
PKat.8D	3 2,04%	1 0,78%	4 3,60%	3 2,50%	-	ZKat.8D	4 2,70%	2 1,56%	2 1,83%	5 4,24%	3 3,37%
PKat.8S	5 3,40%	9 6,98%	5 4,50%	5 4,17%	5 5,38%	ZKat.8S	2 1,35%	5 3,91%	5 4,59%	8 6,78%	5 5,62%
PKat.8X	2 1,36%	7 5,43%	4 3,60%	7 5,83%	4 4,30%	ZKat.8X	3 2,03%	1 0,78%	4 3,67%	4 3,39%	4 4,49%
PKat.8	10 6,80%	18 13,95%	13 11,71%	16 13,33%	9 9,68%	ZKat.8	9 6,08%	9 7,03%	13 11,93%	17 14,41%	12 13,48%
PKat.9	1 0,68%	-	2 1,80%	-	-	ZKat.9	15 10,14%	32 25,00%	22 20,18%	13 11,02%	17 19,10%
PKat.10	4 2,72%	6 4,65%	4 3,60%	3 2,50%	2 2,15%	ZKat.10	1 0,68%	4 3,13%	-	1 0,85%	1 1,12%
n ^{PUG.A}	36 n/t1	33 n/t2	24 n/t3	29 n/t4	21 n/t5	n ^{PUG.A}	36	28 n/t1	23 n/t3	26 n/t4	21 n/t5
PKat.1	2 5,56%	-	1 4,17%	2 6,90%	-	ZKat.1	3 8,33%	1 3,57%	1 4,35%	1 3,85%	-
PKat.2	-	3 9,09%	-	1 3,45%	1 4,76%	ZKat.2	-	-	-	-	-
PKat.3	28 77,78%	19 57,58%	7 29,17%	11 37,93%	6 28,57%	ZKat.3	13 36,11%	6 21,43%	1 4,35%	3 11,54%	3 14,29%
PKat.4	-	-	-	-	-	ZKat.4	-	-	-	-	-
PKat.5	1 2,78%	-	1 4,17%	-	-	ZKat.5	2 5,56%	3 10,71%	4 17,39%	1 3,85%	2 9,52%
PKat.6	2 5,56%	4 12,12%	10 41,67%	9 31,03%	10 47,62%	ZKat.6	2 5,56%	1 3,57%	2 8,70%	6 23,08%	2 9,52%
PKat.7	1 2,78%	4 12,12%	-	1 3,45%	2 9,52%	ZKat.7	10 27,78%	6 21,43%	5 21,74%	8 30,77%	4 19,05%
PKat.8	1 2,78%	3 9,09%	4 16,67%	5 17,24%	2 9,52%	ZKat.8	4 11,11%	2 7,14%	4 17,39%	4 15,38%	5 23,81%
PKat.9	-	-	1 4,17%	-	-	ZKat.9	2 5,56%	8 28,57%	6 26,09%	3 11,54%	5 23,81%
PKat.10	1 2,78%	-	-	-	-	ZKat.10	-	1 3,57%	-	-	-
n ^{PUG.B}	57 n/t1	51 n/t2	42 n/t3	49 n/t4	41 n/t5	n ^{PUG.B}	58 n/t1	54 n/t1	41 n/t1	50 n/t4	38 n/t5
PKat.1	9 15,79%	1 1,96%	6 14,29%	4 8,16%	5 12,20%	ZKat.1	7 12,07%	-	3 7,32%	1 2,00%	3 7,89%
PKat.2	13 22,81%	12 23,53%	3 7,14%	7 14,29%	3 7,32%	ZKat.2	-	1 1,85%	1 2,44%	-	-
PKat.3	20 35,09%	9 17,65%	8 19,05%	10 20,41%	6 14,63%	ZKat.3	16 27,59%	10 18,52%	5 12,20%	8 16,00%	3 7,89%
PKat.4	-	-	-	2 4,08%	-	ZKat.4	-	-	-	3 6,00%	-
PKat.5	2 3,51%	-	2 4,76%	1 2,04%	-	ZKat.5	2 3,45%	1 1,85%	2 4,88%	3 6,00%	2 5,26%
PKat.6	3 5,26%	14 27,45%	10 23,81%	15 30,61%	21 51,22%	ZKat.6	2 3,45%	4 7,41%	2 4,88%	7 14,00%	7 18,42%
PKat.7	5 8,77%	8 15,69%	7 16,67%	6 12,24%	3 7,32%	ZKat.7	22 37,93%	17 31,48%	16 39,02%	16 32,00%	12 31,58%
PKat.8	3 5,26%	5 9,80%	3 7,14%	4 8,16%	3 7,32%	ZKat.8	3 5,17%	2 3,70%	5 12,20%	7 14,00%	4 10,53%
PKat.9	1 1,75%	-	1 2,38%	-	-	ZKat.9	6 10,34%	17 31,48%	7 17,07%	5 10,00%	7 18,42%
PKat.10	1 1,75%	2 3,92%	2 4,76%	-	-	ZKat.10	-	2 3,70%	-	-	-
n ^{PUG.C}	54 n/t1	45 n/t2	45 n/t3	42 n/t4	31 n/t5	n ^{PUG.C}	54 n/t1	46 n/t2	45 n/t3	42 n/t4	30 n/t5
PKat.1	12 22,22%	4 8,89%	7 15,56%	5 11,90%	3 9,68%	ZKat.1	7 12,96%	1 2,17%	1 2,22%	6 14,29%	2 6,67%
PKat.2	7 12,96%	1 2,22%	2 4,44%	3 7,14%	4 12,90%	ZKat.2	1 1,85%	1 2,17%	-	-	-
PKat.3	-	9 20,00%	7 15,56%	3 7,14%	2 6,45%	ZKat.3	11 20,37%	13 28,26%	4 8,89%	1 2,38%	3 10,00%
PKat.4	-	-	-	-	-	ZKat.4	-	-	-	-	-
PKat.5	-	1 2,22%	-	-	-	ZKat.5	3 5,56%	3 6,52%	2 4,44%	1 2,38%	-
PKat.6	23 42,59%	12 26,67%	15 33,33%	12 28,57%	15 48,39%	ZKat.6	2 3,70%	-	9 20,00%	9 21,43%	7 23,33%
PKat.7	4 7,41%	4 8,89%	6 13,33%	9 21,43%	1 3,23%	ZKat.7	20 37,04%	15 32,61%	16 35,56%	13 30,95%	9 30,00%
PKat.8	6 11,11%	10 22,22%	6 13,33%	7 16,67%	4 12,90%	ZKat.8	2 3,70%	5 10,87%	4 8,89%	6 14,29%	3 10,00%
PKat.9	-	-	-	-	-	ZKat.9	7 12,96%	7 15,22%	9 20,00%	5 11,90%	5 16,67%
PKat.10	2 3,70%	4 8,89%	2 4,44%	3 7,14%	2 6,45%	ZKat.10	1 1,85%	1 2,17%	-	1 2,38%	1 3,33%
Probl./Stud.	153	p**			p**	Ziele/Stud.	150	p**			p**
PKat.1	17 11,11%	.07	PKat.6	57 37,25%	<.01**	ZKat.1	6 4,00%	<.01**	ZKat.6	57 38,00%	<.01**
PKat.2	28 18,30%	.07	PKat.7	30 19,61%	<.01**	ZKat.2	4 2,67%	.16	ZKat.7	28 18,67%	<.01**
PKat.3	8 5,23%	<.01**	PKat.8	7 4,58%	.14	ZKat.3	-	<.01**	ZKat.8	8 5,33%	.19
PKat.4	2 1,31%	.26	PKat.9	-	.49	ZKat.4	-	1.00	ZKat.9	47 31,33%	<.01**
PKat.5	-	.12	PKat.10	4 2,61%	.28	ZKat.5	-	<.01**	ZKat.10	-	.50

p** Fischer's exakter Test im Vergleich zu Pat.

Tabelle 11: Analysewerte

Daten für Abbildungen Seite 42, 44, 57, 60ff., 64, 67, 94, 78, 101-108

	t1	t2	t3	t4	t5		t1	t2	t3	t4	t5		
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD	
¹ n (n)	147 (139)	-	-	-	-	-	¹ (N(N))	51 (48)	-	-	-	-	
² Ld./t1	3,09 0,65	-	-	-	-	-	² Ld./t1	8,94 1,77	-	-	-	-	
¹ n (n)	n/t1 (124)	129 (129)	-	-	-	-	¹ (N(N))	N/t1 (43)	44 (44)	-	-	-	
² Ld./t2	2,06 0,92	2,72 0,68	-	-	-	-	² Ld./t2	5,95 2,24	7,98 1,47	-	-	-	
¹ n (n)	n/t1 (111)	n/t2 (103)	111 (107)	-	-	-	¹ (N(N))	N/t1 (39)	N/t2 (35)	41 (39)	-	-	
² Ld./t3	1,52 0,87	1,80 0,90	2,47 0,76	-	-	-	² Ld./t3	4,33 2,14	5,29 1,95	6,77 2,07	-	-	
¹ n (n)	n/t1 (121)	n/t2 (106)	n/t3 (92)	120 (114)	-	-	¹ (N(N))	N/t1 (42)	N/t2 (36)	N/t3 (34)	44 (41)	-	
² Ld./t4	1,55 0,93	1,74 0,98	1,83 0,90	2,45 0,78	-	-	² Ld./t4	4,48 2,22	5,11 2,46	4,94 2,16	6,80 2,22	-	
¹ n (n)	n/t1 (93)	n/t2 (84)	n/t3 (73)	n/t4 (30)	93 (86)	-	¹ (N(N))	N/t1 (33)	N/t2 (29)	N/t3 (26)	N/t4 (12)	35 (32)	
² Ld./t5	1,37 0,88	1,76 1,03	1,84 0,94	2,13 0,86	2,55 0,90	-	² Ld./t5	3,85 2,15	5,10 2,60	5,15 2,41	5,33 2,23	6,84 2,71	
¹ n (n)	148 (127)	-	-	-	-	-	⁵ (N(N))	51 (44)	-	-	-	-	
⁶ Erf./t2	2,06 0,81	-	-	-	-	-	⁶ Erf./t2	5,93 1,77	-	-	-	-	
¹ n (n)	n/t1 (112)	128 (100)	-	-	-	-	⁵ (N(N))	N/t1 (39)	44 (34)	-	-	-	
⁶ Erf./t3	2,47 0,75	2,40 0,93	-	-	-	-	⁶ Erf./t3	7,10 2,06	7,06 2,58	-	-	-	
¹ n (n)	n/t1 (118)	n/t2 (105)	109 (90)	-	-	-	⁵ (N(N))	N/t1 (41)	N/t2 (35)	38 (31)	-	-	
⁶ Erf./t4	2,42 0,83	2,34 0,78	2,30 1,02	-	-	-	⁶ Erf./t4	6,98 2,10	7,03 1,98	6,68 2,53	-	-	
¹ n (n)	n/t1 (94)	n/t2 (84)	n/t3 (69)	118 (35)	-	-	⁵ (N(N))	N/t1 (33)	N/t2 (28)	N/t3 (24)	42 (12)	-	
⁶ Erf./t5	2,59 0,77	2,52 0,72	2,46 0,92	2,26 1,04	-	-	⁶ Erf./t5	7,36 2,18	7,57 1,64	7,08 2,08	6,58 2,97	-	
¹ n (n)	147 (139)	129 (129)	111 (107)	120 (114)	93 (86)	-	¹ (N(N))	51 (48)	44 (44)	41 (39)	44 (41)	35 (32)	
² Ld.	3,09 0,65	2,72 0,68	2,47 0,76	2,45 0,78	2,55 0,90	-	² Ld.	8,94 1,77	7,98 1,47	6,77 2,07	6,80 2,22	6,85 2,71	
³ aw	2,30 0,86	2,33 0,73	2,32 0,80	2,24 0,74	2,25 0,75	-	³ aw	2,39 0,75	2,35 0,57	2,35 0,65	2,31 0,63	2,29 0,61	
⁴ ma	1,78 0,78	1,99 0,77	2,23 0,83	2,17 0,76	2,04 0,86	-	⁴ ma	1,68 0,68	1,98 0,58	2,30 0,78	2,18 0,62	2,07 0,62	
⁵ Erf.	-	148 (127)	128 (100)	109 (90)	118 (35)	-	⁵ Erf.	-	51 (44)	44 (34)	38 (31)	42 (12)	
⁶ Erf.	-	2,06 0,81	2,40 0,93	2,30 1,02	2,26 1,04	-	⁶ Erf.	-	5,93 1,77	7,06 2,58	6,68 2,53	6,58 2,97	
¹ PUG.A	36 (33)	33 (33)	24 (23)	29 (28)	21 (18)	-	¹ PUG.A	12 11	11 (11)	9 (8)	11 (10)	8 (7)	
² Ld.	3,24 0,71	2,76 0,79	2,35 0,71	2,43 0,69	2,72 0,67	-	² Ld.	9,73 1,74	8,27 1,42	6,75 2,12	6,80 1,99	7,00 2,52	
³ aw	2,39 0,93	2,06 0,75	2,13 0,80	1,82 0,39	2,05 0,67	-	³ aw	2,67 0,65	2,09 0,54	2,17 0,71	1,82 0,40	2,06 0,56	
⁴ ma	1,72 0,74	1,82 0,73	2,17 1,01	1,90 0,62	2,14 0,91	-	⁴ ma	1,58 0,67	1,82 0,75	2,11 0,93	1,82 0,40	2,19 0,65	
⁵ Erf.	-	36 (33)	28 (22)	23 (20)	26 (6)	-	⁵ Erf.	-	12 (11)	10 (8)	8 (7)	10 (2)	
⁶ Erf.	-	1,91 0,68	2,59 0,73	2,10 1,17	2,83 0,41	-	⁶ Erf.	-	5,73 1,42	7,13 2,64	6,00 3,11	8,5 2,71	
¹ PUG.B	57 (54)	51 (51)	42 (39)	49 (46)	41 (37)	-	¹ PUG.B	20 19	18 (18)	16 (15)	17 (16)	15 (13)	
² Ld.	3,11 0,57	2,71 0,67	2,56 0,72	2,50 0,89	2,65 0,92	-	² Ld.	8,84 1,92	7,67 1,64	6,67 2,29	7,19 2,34	7,54 2,67	
³ aw	2,28 0,94	2,49 0,70	2,50 0,86	2,43 0,82	2,20 0,75	-	³ aw	2,30 0,86	2,53 0,50	2,47 0,69	2,47 0,72	2,23 0,56	
⁴ ma	1,70 0,84	2,02 0,76	2,26 0,83	2,22 0,71	1,95 0,80	-	⁴ ma	1,53 0,68	2,00 0,30	2,34 0,79	2,24 0,56	1,87 0,64	
⁵ Erf.	-	58 (55)	54 (45)	41 (41)	50 (15)	-	⁵ Erf.	-	20 (19)	18 (15)	14 (14)	17 (5)	
⁶ Erf.	-	2,11 0,85	2,27 0,99	2,32 0,93	2,47 0,99	-	⁶ Erf.	-	6,11 1,94	6,80 2,62	6,79 2,49	7,40 2,97	
¹ PUG.C	54 (52)	45 (45)	45 (45)	42 (40)	31 (31)	-	¹ PUG.C	19 (18)	15 (15)	16 (16)	16 (15)	12 (12)	
² Ld.	2,96 0,68	2,71 0,63	2,44 0,81	2,40 0,71	2,32 0,98	-	² Ld.	8,56 1,54	8,13 1,30	6,88 1,96	6,40 2,29	6,00 2,86	
³ aw	2,26 0,73	2,33 0,71	2,24 0,71	2,19 0,74	2,45 0,77	-	³ aw	2,32 0,67	2,33 0,62	2,34 0,60	2,22 0,66	2,50 0,67	
⁴ ma	1,89 0,74	2,09 0,79	2,24 0,74	2,29 0,86	2,10 0,91	-	⁴ ma	1,89 0,66	2,07 0,70	2,38 0,72	2,38 0,72	2,25 0,75	
⁵ Erf.	-	54 (39)	46 (33)	45 (29)	42 (14)	-	⁵ Erf.	-	19 (14)	16 (11)	16 (10)	15 (5)	
⁶ Erf.	-	2,10 0,85	2,45 0,97	2,41 1,05	1,79 1,12	-	⁶ Erf.	-	5,86 1,88	7,36 2,69	7,00 2,36	5,00 3,08	
¹ PKat.1	23 (21)	5 (5)	14 (14)	11 (10)	8 (7)	-	¹ PKat.6	28 (28)	30 (30)	35 (34)	36 (33)	46 (44)	
² Ld.	2,90 0,62	2,80 1,10	2,50 0,65	2,20 0,63	2,71 0,95	-	² Ld.	2,86 0,71	2,87 0,63	2,41 0,78	2,48 0,87	2,45 0,85	
³ aw	1,45 0,80	1,00 0,00	1,57 1,02	1,09 0,30	1,50 0,93	-	³ aw	2,32 0,48	2,27 0,45	2,26 0,61	2,11 0,40	2,26 0,57	
⁴ ma	1,68 0,65	1,60 0,55	2,29 0,47	2,55 0,93	1,88 0,64	-	⁴ ma	2,07 0,90	2,07 0,64	2,14 0,77	2,00 0,68	2,11 0,88	
⁵ Erf.	-	17 (12)	2 (1)	5 (5)	8 (2)	-	⁵ Erf.	-	6 (6)	5 (5)	13 (10)	22 (5)	
⁶ Erf.	-	2,17 0,94	4,00 -	2,40 1,14	2,00 1,41	-	⁶ Erf.	-	2,00 0,89	2,40 0,55	1,70 1,42	1,80 1,30	
¹ PKat.2	20 (20)	16 (16)	5 (5)	11 (11)	8 (8)	-	¹ PKat.7	10 (9)	16 (16)	13 (11)	16 (15)	6 (5)	
² Ld.	3,10 0,64	2,88 0,62	2,60 1,14	3,00 0,45	2,63 1,19	-	² Ld.	3,00 0,71	2,63 0,62	2,64 0,81	2,40 0,51	2,40 0,89	
³ aw	2,70 0,66	2,44 0,81	2,80 0,45	2,91 0,54	2,63 0,92	-	³ aw	2,80 0,63	3,00 0,00	3,00 0,58	2,69 0,60	2,67 0,52	
⁴ ma	1,50 0,51	2,00 0,82	1,60 0,55	1,82 0,87	1,63 0,74	-	⁴ ma	2,00 0,94	2,44 1,06	2,92 0,95	2,38 0,81	2,67 0,82	
⁵ Erf.	-	1 (1)	2 (1)	1 (1)	0 (0)	-	⁵ Erf.	-	52 (44)	38 (31)	37 (29)	37 (11)	
⁶ Erf.	-	3,00 -	1,00 -	2,00 -	-	-	⁶ Erf.	-	1,91 0,83	2,58 0,99	2,41 0,95	2,18 1,08	
¹ PKat.3	48 (44)	37 (37)	22 (22)	24 (23)	14 (11)	-	¹ PKat.8	10 (10)	18 (18)	13 (13)	16 (16)	9 (9)	
² Ld.	3,27 0,66	2,59 0,80	2,32 0,72	2,09 0,85	2,91 0,94	-	² Ld.	3,30 0,48	2,61 0,61	2,69 0,63	2,56 0,73	2,33 1,00	
³ aw	2,40 0,94	2,03 0,80	1,95 0,79	2,04 0,86	1,93 0,83	-	³ aw	2,50 0,85	2,61 0,61	2,69 0,48	2,50 0,52	2,56 0,73	
⁴ ma	1,63 0,73	1,65 0,63	1,91 0,68	2,08 0,72	1,64 0,93	-	⁴ ma	2,30 0,95	2,22 0,73	2,38 1,04	2,31 0,70	2,44 0,73	
⁵ Erf.	-	40 (35)	29 (20)	10 (8)	12 (3)	-	⁵ Erf.	-	9 (8)	9 (8)	13 (11)	17 (3)	
⁶ Erf.	-	2,14 0,81	2,35 0,93	2,13 0,99	3,33 0,58	-	⁶ Erf.	-	2,25 1,04	2,25 0,71	1,82 1,08	2,00 0,00	
¹ PKat.4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	-	¹ PKat.9	1 (1)	0 (0)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	
² Ld.	-	-	-	3,50 0,71	-	-	² Ld.	4,00 -	-	3,00 1,41	-	-	
³ aw	-	-	-	3,50 0,71	-	-	³ aw	1,00 -	-	2,50 0,71	-	-	
⁴ ma	-	-	-	2,50 0,71	-	-	⁴ ma	1,00 -	-	1,50 0,71	-	-	
⁵ Erf.	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	-	⁵ Erf.	-	15 (13)	32 (24)	22 (20)	13 (6)	
⁶ Erf.	-	2,00 0,00	-	-	2,00 0,00	-	⁶ Erf.	-	2,08 0,64	2,42 1,02	2,85 0,67	2,00 1,10	
¹ PKat.5	3 (3)	1 (1)	3 (2)	1 (1)	0 (0)	-	¹ PKat.10	4 (3)	6 (6)	4 (4)	3 (3)	2 (2)	
² Ld.	3,00 0,00	3,00 -	1,50 0,71	2,00 -	-	-	² Ld.	3,00 0,00	2,83 0,41	2,50 0,58	2,67 0,58	3,00 0,00	
³ aw	2,67 0,58	3,00 -	3,00 0,00	3,00 -	-	-	³ aw	2,25 0,96	2,50 0,55	2,75 0,50	2,33 0,58	3,00 0,00	
⁴ ma	1,67 0,58	1,00 -	3,00 1,00	3,00 -	-	-	⁴ ma	1,75 0,96	2,33 0,52	2,50 0,58	2,33 0,58	2,00 0,00	
⁵ Erf.	-	7 (7)	7 (6)	8 (6)	5 (2)	-	⁵ Erf.	-	1 (1)	4 (4)	0 (0)	1 (1)	
⁶ Erf.	-	2,00 0,58	2,17 0,75	2,00 0,89	3,50 0,71	-	⁶ Erf.	-	2,00 -	1,75 0,50	-	3,00 -	
¹ Pos.1	51 (48)	44 (44)	41 (39)	44 (41)	35 (32)	-	Leidensdruck-Einschätzung bei Problemen/t1	n (n)	147 (139)	-	-	N (N)	51 (48)
² Ld.	3,27 0,61	2,91 0,71	2,64 0,67	2,63 0,73	2,75 0,80	-	² Ld./t1	3,09 0,65	-	-	-	Ld./t1	8,94 1,77
³ aw	2,25 0,91	2,30 0,76	2,22 0,99	2,30 0,76	2,31 0,72	-	n>n*	n/t1 >147	-	-	-	N>N*	

Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Prof. Dr. H. Staats für die Überlassung des interessanten Themas, für die gute und immer zuverlässige Betreuung sowie für die vielen hilfreichen Anregungen während der Erstellung dieser Arbeit bedanken.

Außerdem danke ich allen Probanden und behandelnden Therapeuten dieser Studie, ohne deren Teilnahme und Vertrauen diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre, sowie Herrn Prof. Dr. Ch. Hermann-Lingen (Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen) für die wertvollen Ratschläge im Rahmen der Doktorandenkolloquien und die Betreuung der Studiendaten.

Ich bedanke mich herzlich bei V. Bühler, M. Kößler, R. Reinhardt, S. Unbehaun, M. Werling und F. Wiegand für ihre kritischen Anmerkungen, Ratschläge und alle Unterstützung in schwierigen Zeiten.

Zuletzt und an besonderer Stelle danke ich F. Werling, da sie mich während der Promotionszeit in jeder Hinsicht unterstützt hat. Ohne ihre kompetenten und hilfreichen Anregungen, die fachliche Diskussion bezüglich der formalen Auswertung und der Interpretationsgrenzen wäre diese Arbeit nicht fertig gestellt worden.