

Aus der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Tübingen

Abteilung Innere Medizin VI

Schwerpunkt: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. S. Zipfel

**Behandlungsabbruch in der stationären
psychosomatischen Therapie:
Interindividuelle Unterschiede zwischen Abbruch der
Therapie und regulärem Therapieverlauf**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Irene Rempel

aus

Göppingen

2012

Dekan: Professor Dr. I. B. Authenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. P. Enck

2. Berichterstatter: Professor Dr. H. G. Lamprecht

Meinen Eltern

Elwira & Andreas Rempel.

Weil sie die Besten sind.

Abkürzungen	V
1. Einleitung.....	1
1.1 Der Behandlungsabbruch.....	1
1.2 Konsequenzen	2
1.2.1 Für den Patienten	2
1.2.2 Für die Mitpatienten	3
1.2.3 Für den Therapeuten	3
1.2.4 Ökonomische Folgen.....	4
1.2.5 Konsequenzen für Studien bzw. Forschungen	5
1.3 Fragestellungen dieser Arbeit	5
2. Studiendesign und Patienten	7
2.1 Studiendesign	7
2.2 Definition des Behandlungsabbruchs.....	7
2.3 Patientenkollektiv	8
2.3.1 Fallgruppe.....	8
2.3.2 Kontrollgruppe	8
3. Datenerhebung und Arbeitsmaterial	10
3.1 Datenerhebung	10
3.2 Arbeitsmaterial	10
4. Methoden.....	12
4.1 Statistische Analyse	12
4.2 Fragebögen.....	13
4.2.1 PHQ-D.....	14
4.2.1.1 Aufgabenstellung	14
4.2.1.2 Aufbau.....	15
4.2.1.3 Anwendung.....	16

4.2.1.4	Auswertung	16
4.2.1.5	Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität	16
4.2.2	SCL-90-R	17
4.2.2.1	Aufgabenstellung	17
4.2.2.2	Aufbau	18
4.2.2.3	Anwendung	19
4.2.2.4	Auswertung	19
4.2.2.5	Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität	20
4.2.3	IIP-D	20
4.2.3.1	Aufgabenstellung	20
4.2.3.2	Aufbau	21
4.2.3.3	Anwendung	22
4.2.3.4	Auswertung	22
4.2.3.5	Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität	23
4.2.4	SF-36	23
4.2.4.1	Aufgabenstellung	23
4.2.4.2	Aufbau	23
4.2.4.3	Anwendung	25
4.2.4.4	Auswertung	25
4.2.4.5	Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität	27
5.	Ergebnisse	28
5.1	Interne, klinikbezogene Daten	28
5.1.1	Aufenthaltsdauer	28
5.1.2	Einteilung in Früh- und Spätabbrecher	28
5.1.3	Verteilung der Hauptdiagnosen	30

5.1.4	Verteilung und Bedeutung der Nebendiagnosen	35
5.1.4.1	Psychosomatische Nebendiagnosen	35
5.1.4.2	Somatische Nebendiagnosen	36
5.1.5	Abbruchsgründe	37
5.2	Soziodemographische Daten	41
5.2.1	Geschlechtsverteilung	41
5.2.2	Altersverteilung	42
5.2.3	Familienstand	47
5.2.4	Kinderzahl.....	48
5.2.5	Lebens- und Wohnsituation	49
5.2.6	Schulabschluss.....	52
5.2.6.1	Vergleich Alter und Schulabschluss	53
5.2.7	Beruflicher Status	53
5.3	Fragebögen.....	56
5.3.1	PHQ-D	56
5.3.2	SCL-90-R.....	63
5.3.3	IIP-D	63
5.3.4	SF-36.....	66
6.	Diskussion	69
6.1	Fragestellung	69
6.2	Studiendesign	72
6.3	Unterteilung in Früh- und Spätabbrecher	73
6.4	Soziodemographische Daten	77
6.5	Fragebögen.....	80
6.6	Ausblick auf zukünftige Studien	83
7.	Zusammenfassung	91

8. Anhang	93
8.1 PHQ-D.....	93
8.2 SCL-90-R	96
8.3 IIP-D	98
8.4 SF-36	101
9. Literaturverzeichnis.....	104
10. Danksagung.....	110
11. Lebenslauf	111

Abkürzungen

Nicht enthalten sind Abkürzungen der SI-Einheiten:

<u>Abkürzung:</u>	<u>Bedeutung:</u>
Abb.	Abbildung
Arithm.	Arithmetisch
BaDo	Basisdokumentation
BSI	Brief Symptom Inventory (Kurzform des SCL-90-R)
Bsp.	Beispiel
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DSM-IV	„Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen“, vierte Auflage
Emot.	Emotional
GAD-7	Modul des PHQ-D, zur Diagnostik einer Angststörung
GSI	„Global Severity Index“ des SCL-90-R
ICD-10	„Internationale Klassifikation der Krankheiten“, 10. Revision
IIP	„Inventar zur Erfassung Interpersoneller Probleme“, Fragebogen
k. A.	keine Angaben
Körperl.	Körperlich
Min.	Minimal
Max.	Maximal
Persönl.	Persönlich
PHQ	„Patient Health Questionnaire“, Fragebogen

PSDI	„Positive Symptom Distress Index“ des SCL-90-R
Psych.	Psychisch
SCL	Symptom-Checkliste (von Derogatis), Fragebogen
SF-36	„Short Form 36 Health Survey Questionnaire“, Fragebogen
Stör.	Störungen
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderen
z. Bsp.	zum Beispiel

1. Einleitung

1.1 Der Behandlungsabbruch

Die vorzeitige Beendigung einer Therapie, vor allem ohne die Zustimmung des Behandelnden, wird meist als „Behandlungsabbruch“ bezeichnet, im Englischen „drop-out“ oder „premature termination“. Vor allem in der psychosomatischen und psychiatrischen Therapie ist dieser Bruch der Arzt-Patient-Beziehung mit neun Prozent (1) relativ häufig.

In Deutschland haben circa dreißig Prozent der Bevölkerung eine psychosomatische oder psychische Störung (2), weitaus weniger suchen therapeutische Hilfe auf. Wichtige Risikofaktoren für das Auftreten solcher Störungen sind das weibliche Geschlecht, unverheiratet sein, niedriger sozialer Status (2, 3) und Arbeitslosigkeit (4).

Die Zahlen über die Häufigkeit der Behandlungsabbrüche variieren stark, wobei mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Zum einen die Therapieform und ihr Setting: In Gruppentherapien scheint die Abbrecherquote höher zu sein als in Einzeltherapien. Fasst man einige ambulante Therapien zusammen, kommt man hier auf eine Abbrecherquote von etwa vierzig Prozent (5). Allerdings lässt sich nicht verschweigen, dass dieser Prozentsatz erheblich schwankt, da unterschiedliche Studien einen Abbruch auch unterschiedlich definieren (6). Im stationären Bereich sind es acht bis fünfzehn Prozent. Dies bedeutet, dass 10 000 Patienten aus dem stationären Behandlungsbereich der Psychosomatik und Psychotherapie pro Jahr in Deutschland abbrechen (7).

Ein Abbruch kann weiterreichende Konsequenzen nach sich ziehen – sowohl für den Patienten, der sich dazu entscheidet, die Behandlung nicht mehr weiter zu führen, als auch für den zuständigen Therapeuten und die Klinikverwaltung. Allgemein machten sich Autoren verschiedenster Studien über Behandlungsabbrüche Gedanken (7, 8, 9, 10, 11, 12).

1.2 Konsequenzen

1.2.1 Für den Patienten

Ein Behandlungsabbruch wird in erster Linie als Therapiemisserfolg gewertet: je früher, desto eher, da dadurch die Symptomatik nicht gebessert werden konnte (13).

Es kann sein, dass ein Patient, der seine Behandlung vorzeitig abgebrochen hat, sich selbst die Schuld für den Misserfolg gibt, sich darüber ärgert oder enttäuscht ist (7). Dem Patienten Nahestehende und vor allem der Therapeut wollen einen Grund für die vorzeitige Beendigung hören. Es ist möglich, dass der Patient sich in Rechtfertigungsnöten (7) sieht und deshalb unter weiteren Druck steht, der die Symptomatik verschlimmern kann (8).

Er kann nach kurzer Zeit in Behandlung entschlossen haben, dass er gar nicht behandlungsbedürftig ist, dass er keine Hilfe benötigt oder die Therapie nicht seinen Vorstellungen entspricht. Das Krankheitskonzept (7) wird verändert und kann so weit gehen, dass den behandelnden Psychologen und Ärzten eine Mitschuld zugesprochen wird.

Eine Mitschuld in so fern, dass der Patient - seiner Meinung nach gesund - nun sozial stigmatisiert ist. Oder dass er, obwohl er glaubt, Hilfe zu benötigen, sie nicht bei den Behandelnden findet und diese seine Situation verschlechtern. In diesem Fall und bei Konflikten mit den Therapeuten und Mitpatienten kann ein frühzeitiger Abbruch aber auch als Befreiung empfunden werden. Deshalb muss in Betracht gezogen werden, dass ein Therapieabbruch nicht unbedingt einem therapeutischen Misserfolg gleichzusetzen ist (11). Auch durch wenig Hilfe bzw. Therapiesitzungen kann ein Patient möglicherweise in seiner Symptomatik Linderung finden (14).

Die Annahme, psychosomatische und medizinische Hilfe sei nicht bei den Therapeuten und Ärzten zu finden, könnte in der Zukunft eine fehlende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach sich ziehen. Sei es nun psychosomatische oder andere ärztliche Hilfe.

1.2.2 Für die Mitpatienten

In Gruppentherapien kann ein Behandlungsabbruch Konsequenzen nicht nur für den Therapieabbrecher, sondern auch für die zurückbleibenden Mitpatienten haben (15): Es kann den Zusammenhalt einer Gruppe stören, manche Patienten können sich sogar verlassen fühlen und somit eine „Krisenreaktion“ bzw. einen Rückschlag in ihrer Symptomatik und Therapie erleiden (9). Die gestörte Gruppensolidarität, gemeinsam etwas zu erreichen, kann manche Patienten dazu ermutigen, ebenfalls früher abubrechen. Somit wären wichtige und lang erarbeitete Therapien, zumindest in den Augen des Therapeuten, zur Besserung der Symptomatik nicht nur bei dem anfänglichen Abbrecher, sondern auch bei den Patienten beeinträchtigt, die diesem folgen (8).

Positive Konsequenzen wären eine bessere Gruppenkonsistenz der zurück gebliebenen Patienten durch den Wegfall unmotivierter Patienten (10) und ein „Disziplinierungseffekt“, wenn die anderen Patienten einen Abbruch möglichst vermeiden möchten (9).

Doch die Aufnahme eines Abbrechers kann auch bedeuten, dass der Zeit- und Arbeitsaufwand, der ihm entgegen gebracht wird, jemand anderem zu kurz kommt, der die Therapie mit Erfolg abschließen würde (10).

1.2.3 Für den Therapeuten

Meist wird im stationären Bereich den behandelnden Psychologen und Ärzten der Abbruch vorzeitig mitgeteilt. Der Therapeut kann dies ebenfalls als Ärgernis und Enttäuschung ansehen. Als Scheitern und Misserfolg trotz eingebrachtem hohen Engagement (7). Besonders junge Therapeuten können an der eigenen Kompetenz zweifeln, vor allem bei subjektiv fehlendem Fachwissen oder persönlichen Defiziten. Vor allem diejenigen, deren Selbstwertgefühl daran geknüpft ist, anderen zu helfen, können in ihrem Selbstbewusstsein beeinträchtigt werden (8).

Gegenübertragungen (16), charakterliche, vom Patienten negativ bewertete Eigenschaften oder rhetorische, eventuell beleidigende Fehler in Gespräch und Umgang mit dem Patienten können als Ursache des Behandlungsabbruchs vorgebracht werden. Auch negative Gefühle seitens des Therapeuten gegenüber seinen Patienten sind mit Therapieabbrüchen assoziiert (17).

Der Therapeut kann in gewisser Weise für einen Abbruch mitverantwortlich sein: Fehlende Übereinstimmung in Erwartung und Behandlung wurden als Risikofaktoren eines vorzeitigen Therapieabbruchs beschrieben (18). Ebenso erwarten und bevorzugen viele Therapeuten eine längere Behandlungsdauer (19) und können somit im Interessenkonflikt zum Patienten stehen.

Entfernt man sich von der Theorie eines Misserfolgs, kann man im Abbruch auch positive Entwicklungen für den Therapeuten sehen: Er muss nicht nur unter einem Misserfolg leiden, sondern kann ihn auch als Motivation sehen, die eigene Arbeit kritisch zu betrachten und Defizite auszugleichen (9).

Bei schwereren Konflikten mit sogenannten „Beschwerdepatienten“ (9) kann so ein Abbruch für den Therapeuten und für die restlichen Mitarbeiter eine Entlastung darstellen. Ein Abbruch kann nicht nur wegen Unmotiviertheit des Patienten eine Befreiung für den Therapeuten und die Klinik bedeuten (9), sondern auch der Patient kann eine Besserung seiner Situation empfinden, wenn der Aufenthalt als Stresssituation aufgenommen wurde und somit die Symptomatik verstärkte.

1.2.4 Ökonomische Folgen

Durch einen ungeplanten Behandlungsabbruch wird die Zeit, in der die Termine und Sitzungen, die mit den Abbrechern ausgemacht wurden, ineffizient genutzt; dies verursacht Wartezeiten für andere Patienten (8). Die Therapieplätze sind somit nicht ausgelastet, was eine Reduzierung der finanziellen Vergütung bedeutet. Unter anderem deshalb sollten Abbrecher auch in Kosten-Effektivitäts-Analysen der Kliniken mit einbezogen werden (20).

Desweiteren kann ein Abbruch ein Weiterbestehen der Beschwerden und somit eine nachfolgende Wiederaufnahme bedeuten. Dies kann „die Kosten im psychiatrischen Gesundheitswesen erhöhen“ (21).

Nach einem Abbruch ist mehr Aufwand erforderlich für Klärungs- und Verwaltungsarbeit, was der Klinik und den verantwortlichen Ärzten und Psychologen mehr Zeit kostet (9).

Zusätzlich kann das Ansehen der Klinik geschädigt werden und Versicherungsträger können durch die Abbrüche verunsichert werden (9).

1.2.5 Konsequenzen für Studien bzw. Forschungen

Für die Datensammlung diverser Studien bedeuten Behandlungsabbrüche einen Datenverlust verschiedenster Art mit der Konsequenz von Verzerrungen (8).

1.3 Fragestellungen dieser Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, ob sich Abbrecher frühzeitig identifizieren lassen.

Was unterscheidet sie von den Patienten, die ihre Therapie beenden?

Dabei war es nicht nur wichtig, soziodemographische Unterschiede zu einer Kontrollpopulation auszumachen, sondern auch standardisierte Merkmale, welche über Fragebögen, wie sie in dieser Studie angewandt wurden, evaluierbar sind. Unsere Fragen waren im Einzelnen:

1. Sind die Abbrecher eine homogene Gruppe oder gibt es Unterschiede, sodass man sie in Subgruppen aufteilen kann?

-
2. Gibt es soziodemographische Unterschiede zwischen den Studiengruppen, betreffend Geschlecht, Alter, Familienstand?
 3. Unterscheiden sich die Abbrecher in Ihrer Nennung der verschiedenen Abbruchsgründe?
 4. Wie sind die Hauptdiagnosen zwischen Abbrechern und Vollendern verteilt?
 5. Gibt es Unterschiede zwischen der Genesung der Gruppen – gemessen an den Unterschieden der Angaben in den Fragebogeninstrumenten zur Aufnahme und zur Entlassung?
 6. Können die hier verwendeten Fragebögen Prädiktoren für einen Abbruch ausfindig machen?
 7. Welche Daten sollten zukünftig für weitere Studien erhoben werden bzw. wie sollte eine Basisdokumentation aussehen, um dadurch mögliche Drop-out-Patienten frühzeitig identifizieren zu können?

2. Studiendesign und Patienten

2.1 Studiendesign

Diese Studie ist eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie. Die Fallgruppe besteht aus Patienten, die die Behandlung einer stationären Therapie in der Psychosomatik auf eigenen Wunsch abgebrochen haben und einer Kontrollgruppe, die der Fallgruppe in Alter und Diagnose stark angepasst wurde und in der Geschlechterverteilung vollkommen gleicht, um Beobachtungsfehler (Selektionsbias) vorzubeugen.

Die Patienten, sowohl aus der Fall- als auch aus der Kontrollgruppe, haben verschiedene Fragebögen beantwortet. Die Antworten wurden zwischen den beiden Gruppen verglichen, um festzustellen, ob sie sich diesbezüglich unterscheiden.

Die Datenerhebung dauerte zwischen Januar 2008 und März 2009. Da die Daten dieser Studie retrospektiv erfasst wurden, konnte man nicht auf die Beantwortung der verschiedenen Fragebögen Einfluss nehmen.

2.2 Definition des Behandlungsabbruchs

In dieser Studie gilt eine Therapie als abgebrochen, wenn der Patient weniger als vier Wochen stationär behandelt wurde und die Therapie auf eigenen Wunsch und gegen Anraten des Therapeuten verlassen hat. Ausgeschlossen wurden die Patienten, die auf gegenseitigen oder einseitigen Wunsch des Therapeuten verlegt wurden – sei es in die Tagesklinik, in eine weiterführende ambulante Therapie oder auch auf internistische bzw. chirurgische Stationen, um weitere Krankheitsursachen abzuklären (22).

Um diese Patienten zu identifizieren, wurden in der Basisdokumentation der Psychosomatik Tübingen, die seit 2005 diese Daten speichert, die Patienten ausgesucht, die weniger als dreißig Tage stationär behandelt wurden. Von diesen über hundert Patienten wurde der Entlassungsbericht im Klinikprogramm SAP gelesen, um den Abbruchgrund herauszufinden.

Der Patient wurde in die Fallgruppe aufgenommen, sobald der Therapieabbruch ausdrücklich entgegen der Empfehlung des Therapeuten und auf Wunsch des Patienten stattfand.

2.3 Patientenkollektiv

2.3.1 Fallgruppe

Aus der Basisdokumentation und aus dem Archiv der damals in Rottenburg ansässigen psychosomatischen Klinik konnten 61 stationär aufgenommene Patienten aus den Jahren 2004 bis 2008 gefunden werden, die genau dieser Definition entsprachen. Zwei Personen dieses Kollektivs mussten wieder ausgeschlossen werden, da für sie keine passende Kontrollperson gefunden wurde. Somit entsteht eine Gruppe aus 50 weiblichen und 9 männlichen Patienten mit maximalem Aufenthalt von 28 Tagen.

2.3.2 Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe wurde der Fallgruppe angeglichen, indem man für jedes Individuum einen Partner gesucht hat, der sich nach folgender Rangordnung ähnelte: 1. Geschlecht, 2. Diagnose, 3. Alter. Somit wurde versucht, in dieser Studie herauszufinden, in welchen anderen Parametern sich die Drop-outs unterscheiden, wenn diese drei Variablen übereinstimmen.

War das Geschlecht weiblich, so wurde auch nur ein weiblicher Partner ausgesucht, bzw. bei einem männlichen Individuum ein männlicher Partner – hierbei gab es keine Ausnahmen. Das Alter wurde so ähnlich wie möglich ausgesucht, sodass viele „matched pairs“ gleich alt sind, jedoch nicht mehr als 9 Jahre Unterschied zwischen den beiden Personen liegt.

3. Datenerhebung und Arbeitsmaterial

3.1 Datenerhebung

Für die Datenerhebung war die Prüfung der Basisdokumentation (kurz: „BaDo“) der Klinik notwendig, um Patienten zu finden, die maximal 28 Tage auf der Station behandelt wurden. Diese Patienten wurden im SAP-Programm und im Archiv gesucht, um durch die Arztbriefe herausfinden zu können, ob die Therapie auf eigenen Wunsch beendet wurde oder andere, nicht vom Patienten geäußerte Gründe das frühzeitige Therapieende bewirkten.

Nach der Eingabe dieser Patienten in SPSS wurde in einer vorgefertigten SPSS-Datei der Basisdokumentation nach Kontrollpatienten gesucht, die der Fallgruppe in Geschlecht gleichen und in Alter und Diagnose stark ähneln sollen, um Selektionsbias zu vermeiden.

Die Kontrollgruppe musste dabei mehr als 20 Tage auf Station gewesen sein. Zusätzlich war es Bedingung, dass im Entlassungsbrief des Patienten ein reguläres Therapieende beschrieben wurde, welches auf beidseitigem Einverständnis basierte.

3.2 Arbeitsmaterial

Für die statistische Auswertung wurde mit „SPSS 13.0“ für Windows gearbeitet. Zur Vereinfachung wurde in geeigneten Fällen der Chi-Quadrat-Test unter <http://daten-consult.de/forms/cht2x2.html> ausgerechnet (23). Da auch kleinere Zahlen auftraten, wurde in diesen Fällen der Fisher's Exact Probability Test angewendet, u.a. auf <http://www.quantitativeskills.com/sisa/statistics/fisher.htm> (24).

Die Arztbriefe wurden aus dem Archiv der Psychosomatik und dem Organisationsprogramm der Klinik (SAP) verwendet, das jedoch erst ab 2006 für das Speichern der Arztbriefe verwendet wird. Im Archiv fanden sich die Briefe von Abbrechern, die vor diesem Datum stationär behandelt wurden. Es wurden somit auch Patienten gefunden, die ihre Behandlung im Jahre 2004 und 2005 begonnen und abgebrochen haben.

Zusätzlich wurden die Benutzerhandbücher der deutschen Versionen folgender Fragebögen verwendet:

- Inventar zu Erfassung Interpersoneller Probleme (IIP-D)
- Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R)
- Gesundheitsfragbogen für Patienten (PHQ-D)
- Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Zum Schreiben diente das Programm „Microsoft Office Word 2007“, die Zitate wurden eingefügt mit „EndNote X2“.

4. Methoden

4.1 Statistische Analyse

Zur Auswertung wurde „SPSS 13.0“ für Windows verwendet. Mit diesem Programm wurden aus der selbst erstellten Datensammlung Häufigkeiten und verschiedenste Mittelwerte inklusive der zugehörigen Standardabweichungen ausgerechnet, Grafiken erstellt und andere Tests durchgeführt, die im Weiteren näher erläutert werden.

Aus dieser Datei stammen auch die hier zu sehenden Tabellen und Grafiken.

Mit dem One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test wurde die Normalverteilung unterschiedlichster Variablen getestet: Alter der Patienten, Anzahl der psychosomatischen Nebendiagnosen, Anzahl der somatischen Nebendiagnosen, Aufenthaltsdauer, IIP 64-Item-Gesamtwert, IIP Zuneigungs- und Dominanzwerte über rohe und normierte Werte, altersspezifisch die T-Norm des „Global Severity Index“ und „Positive Symptom Distress Index“ des SCL-Fragebogens und die körperliche und psychische Summenskala des SF-36-Tests.

Nach der Überprüfung der Varianzhomogenität mit dem Levene-Test zwischen Fall- und Kontrollgruppe war es möglich, eine einfaktorielle Varianzanalyse durchzuführen (One-way ANOVA).

Nominale Werte (Bsp.: männlich / weiblich, Familienstand, etc.) wurden mit dem Chi-Quadrat- und dem Fisher's Exact Probability Test überprüft. Als unabhängige Variable diente die Fall- bzw. Kontrollgruppe, um Unterschiede zwischen diesen Probanden herausfinden zu können. Untersucht wurde hier die Anzahl der psychosomatischen und somatischen Nebendiagnosen, der Familienstand, die Lebens- und Wohnsituation, der Schulabschluss, der aktuelle berufliche Status, die Nationalität, die Anzahl der Kinder und die Hauptdiagnosen. Außer dem Chi-Quadrat-Test wurden hier zudem

Balkendiagramme zur übersichtlicheren Ansicht hergestellt. Mit diesem Test wurden auch die Hauptdiagnosen den Abbruchgründen gegenübergestellt, um eine eventuelle Korrelation herstellen zu können.

Mit dem U-Test nach Mann und Whitney fanden ordinale (Bsp.: besser > gut > schlecht) Informationen eine Analyse.

Der T-Test, welcher die Mittelwertunterschiede zwischen der Fall- und der Kontrollgruppe auf zufällige Schwankungen oder auf systemische Unterschiede untersucht, wurde auf intervallskalierte Variablen (Bsp.: Jahreszahlen) angewendet. So konnten zwischen Fall- und Kontrollgruppe das Alter des Patienten bei Aufnahme, die Dauer des Aufenthalts, der IIP 64-Item-Gesamtwert, die IIP Zuneigungs- und Dominanzwerte über rohe und normierte Werte, altersspezifisch die T-Norm des „Global Severity Index“ und „Positive Symptom Distress Index“ des SCL-Fragebogens und die körperliche und psychische Summenskala des SF-36-Fragebogens auf Mittelwerte, Standardabweichungen und Standardfehler untersucht werden.

4.2 Fragebögen

Die Fragebögen wurden verwendet, um eventuell spezielle Charakterzüge oder Antworttendenzen zwischen der Fall- und der Kontrollgruppe aufzuzeigen. Jedoch wurden die Fragebögen nicht von allen Teilnehmern oder unvollständig ausgefüllt. Die Anzahl der vollständig ausgefüllten Fragebögen ist hier zu entnehmen:

TAB. 1: ANZAHL DER TEILNEHMER AN DEN FRAGBÖGEN

Anzahl der Teilnehmer	PHQ-D (Aufnahme)	PHQ-D (Entlassung)	SCL-90-R	IIP-D	SF-36
Abbrecher	23	23	17	12	13
Vollender	23	23	17	12	13

Dabei waren es auffällig oft die gleichen Patienten, welche die verschiedenen Fragebögen ausgefüllt haben.

4.2.1 PHQ-D

Der PHQ-D ist die autorisierte deutsche Version des "Prime MD Patient Health Questionnaire", welcher eine 75 % Sensitivität und eine 90 % Spezifität aufweist und 1990 in den USA publiziert wurde (25). Der PHQ-D basiert im westlichen Raum und somit auch in Deutschland auf den Diagnosekriterien des ICD-10 (26). Da das Original aus den USA stammt und dort die diagnostischen Kriterien des DSM-IV angewendet werden, schließt die deutsche Version ebenso diese Kriterien mit ein.

4.2.1.1 Aufgabenstellung

Dieser Fragebogen dient zur „Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen“ (26) wie:

1. Somatoforme Störungen
2. Depressive Störungen
3. Angststörungen
4. Essstörungen (z. Bsp. Bulimia nervosa und nicht näher bezeichnete wie die "Binge eating"-Störung)
5. Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit
6. Sonstige Störungen wie eine Hypochondrische oder eine Posttraumatische Belastungsstörung

Außerdem beinhaltet der PHQ-D weitere Fragen zur psychosozialen Funktionsfähigkeit, weiteren Stressoren, kritischen Lebensereignissen und für Frauen Fragen über Menstruation, Schwangerschaft und Geburt.

In den Bereichen Somatoforme Störungen, Depressive Störungen und Stress können zusätzlich die Schweregrade erhoben werden.

Wegen der schnellen Anwendung und der Möglichkeit einer fundierten Einschätzung der möglichen Erkrankung ist der PHQ einer der am häufigsten benutzten diagnostischen Fragebögen weltweit.

4.2.1.2 Aufbau

Der Fragebogen wurde als Modulsystem aufgebaut: Es lassen sich je nach Fragestellung die Module individuell zusammenstellen, die jeweils andere Themenbereiche erfassen, wobei ein Modul aus mehreren Items (Fragen) besteht. Die Kurzform des PHQ-D zum Beispiel erfasst die Depressiven Störungen, die Panikstörung und die Psychosoziale Funktionsfähigkeit. In dieser Studie wurde nur die lange Version verwendet.

Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 78 Items:

TAB. 2: THEMEN DER MODULE UND DEREN ITEMANZAHL

Itemanzahl	Themenbereich
13	Somatoforme Störungen
9	Depressive Störungen
15	Angstmodul
7	Sonstige Störungen
8	Essstörungen
6	Alkoholmissbrauch
10	Somatische / psychosoziale Stressoren
10	Medikamente, Funktionsfähigkeit, Fragen an Frauen

Es gibt nicht nur die Möglichkeit die Häufigkeit der Symptome zu benennen, sondern auch ja/nein-Antworten. Manche Fragen leiten bei einer Negativantwort auf andere weiter.

4.2.1.3 Anwendung

Dieser Fragebogen ist zur Erstdiagnostik und zur Verlaufsbeurteilung psychischer Störungen anwendbar, sowie bei Forschungsfragestellungen und als Screeningmethode.

Der Patient füllt den PHQ-D in etwa zehn Minuten ohne Mithilfe des Behandlers aus. Die Auswertung über Schablonen erfolgt durch den Behandler in zwei bis drei Minuten. Bei der Kurzversion geht beides entsprechend schneller.

4.2.1.4 Auswertung

Entscheidend für die Diagnose ist jeweils der Skalensummenwert der einzelnen Module. So ist zum Beispiel die Diagnose einer Depression über den Skalenpunktwert einschätzbar, der als Summe der Punktwerte zwischen null und 27 liegt. Wenn die Summe unter fünf liegt, ist die Depression unwahrscheinlich, bei einer Summe von über zehn ist eher eine Major Depression zu erwarten, die je nach Schweregrad einen noch höheren Skalenpunktwert erzielen kann.

Die einzelnen Zahlen lassen sich aus den Antworten errechnen: Bei der Antwort „überhaupt nicht“ gibt es keine Punkte, bei „an einzelnen Tagen“ einen, bei „an mehr als die Hälfte der Tage“ zwei und drei Punkte bei „beinahe jeden Tag“.

4.2.1.5 Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität

Dieser Fragebogen ist in seiner Auswertung und Durchführung standardisiert. Das bedeutet, dass er objektiv ist.

Als diagnostischer Goldstandard der Kriteriumsvalidität des PHQ-D diene das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I)“. Der Fragebogen wurde an 1619 Patienten angewendet, das SKID-I an einer Substichprobe von 528 Patienten. Die Sensitivität und Spezifität wird im Folgenden für die einzelnen Erkrankungen aufgelistet:

TAB. 3: SENSITIVITÄT UND SPEZIFITÄT DES PHQ-D BEI BESTIMMTEN DIAGNOSEN

Erkrankung	Sensitivität	Spezifität
Major Depression (kategorial)	83 %	90 %
Panikstörung (modifizierter Algorithmus)	91 %	88 %
Alkoholabusus bzw. -abhängigkeit	57 %	96 %

Die Gütekriterien des Fragebogens, wie Kriteriumsvalidität, Konstruktvalidität, die Validität einzelner Items, die Reliabilität und Änderungssensitivität sind im Handbuch genauestens beschrieben. Die Module für Depression (PHQ-9), für Angststörungen (PHQ-7 GAD) und für Somatisierung (PHQ-15) sind mit guter Validität fähig, diese Störungen auszumachen und sie zu überwachen (27).

4.2.2 SCL-90-R

4.2.2.1 Aufgabenstellung

Dieser Fragebogen ist eine Symptom-Checkliste, welche "die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch neunzig vorgegebene körperliche und psychische Symptome der Person in einem Zeitfenster von sieben Tagen" (28) misst. Diese "Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis" besteht aus neun Skalen, von denen jede aus einer unterschiedlichen Anzahl der insgesamt 90 Items bzw. Fragen zusammengesetzt ist.

4.2.2.2 Aufbau

Die neun Skalen sind folgende:

TAB. 4: DIE 9 SKALEN DES SCL-90-R

Skala	Thema	Beschreibung
1	Somatisierung	Einfache körperliche Belastung bis zu funktionellen Störungen
2	Zwanghaftigkeit	Leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis ausgeprägte Zwanghaftigkeit
3	Unsicherheit	Leichte soziale Unsicherheit bis zum Gefühl absoluter persönlicher Unzulänglichkeit
4	Depressivität	Traurigkeit bis schwere Depression
5	Ängstlichkeit	Körperlich spürbare Nervosität bis zu tiefer Angst
6	Aggressivität/ Feindseligkeit	Reizbarkeit, Unausgeglichenheit bis starke Aggressivität mit feindseligen Aspekten
7	Phobische Angst	Leichte Bedrohungsgefühle bis massive phobische Angst
8	Paranoides Denken	Misstrauen, Minderwertigkeitsgefühle bis paranoides Denken
9	Psychotizismus	Leichtes Isolationsgefühl, Entfremdung bis Evidenz einer Psychose

Drei globale Kennwerte lassen sich aus den neun Skalen errechnen (28):

TAB. 5: DIE 3 GLOBALEN KENNWERTE DES SCL-90-R

Kennwert	Beschreibung
GSI (global severity index)	Grundsätzliche psychische Belastung
PSDI (positive symptom distress index)	Intensität der Belastung
PST (positive symptom total)	Symptomanzahl, bei der eine Belastung vorhanden ist

Die Skalenrohwerte werden in der Auswertung nach Alter und Geschlecht in T-Normen transferiert, die für den Fragebogen ausrechenbar sind für Jugendliche, Erwachsene und Studierende. Somit kann ein Bezug der einzelnen Ergebnisse hinsichtlich „Normalität“ und deren „Abweichung“ gestellt

werden. In dieser Studie wurden sowohl die Rohwerte als auch die T-normierten Werte untersucht.

4.2.2.3 Anwendung

Die Bearbeitung des Fragebogens nimmt 10 bis 15 Minuten in Anspruch. Es sollte möglichst jeder Item beantwortet werden, womit die Belastung bzw. die Symptome der letzten sieben Tage bis zum Bearbeiten des Bogens abgefragt werden.

Er ist einsetzbar sowohl im ambulanten als auch stationären psychiatrischen Bereich und der Psychotherapie, in Beratungszentren und kann ab dem 14. Lebensjahr eingesetzt werden. Dem Therapeuten gelingt es somit, relativ schnell einen guten Überblick über die Art der Belastung und deren Stärke zu gewinnen, sowie den Verlauf zu beobachten.

4.2.2.4 Auswertung

Die Antworten der Items begrenzen sich auf die Ausprägung der Symptome:

TAB. 6: ITEMWERT DES SCL-90-R JE NACH ANTWORT BZW. SUBJEKTIVER SYMPTOM AUSPRÄGUNG

Ausprägung	Itemwert
Überhaupt nicht	0
Ein wenig	1
Ziemlich	2
Stark	3
Sehr stark	4

Der Zahlenwert steigt mit zunehmender Symptomstärke an.

4.2.2.5 Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität

Die Objektivität ist durch den standardisierten Fragebogen, die Durchführung, Auswertung und Interpretation gewährleistet.

Das Handbuch des Fragebogens gibt einen guten Koeffizienten für die interne Konsistenz der Skalen an: diese liegt „zwischen $r_{\min} = 0,77$ (Skala 9 Psychotizismus) und $r_{\max} = 0,90$ (Skala 4 Depressivität)“ (28).

Die Testwiederholungsreliabilität verschiedener Untersuchungen liegt zwischen $r_{\min} = 0,69$ und $r_{\max} = 0,92$ der verschiedenen Skalen. Somit kann die Reliabilität „durchgängig als gut bewertet werden“ (28). Die faktorielle Validität ist unklar, sie ist ein „in der Literatur bis heute umstrittener Punkt“ (28).

Die Übereinstimmungsvalidität bei der Untersuchung mit zwei anderen Fragebögen (unter anderem der Kurzform des Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C)) wurde als „hoch“ bewertet (29).

4.2.3 IIP-D

4.2.3.1 Aufgabenstellung

Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme erfasst durch mehrere Fragen eventuell vorliegende Probleme im Umgang mit Mitmenschen (30). Die subjektive Empfindung bestimmter Verhaltensweisen wird erfragt, die im folgenden Circumplex-Modell enthalten sind:

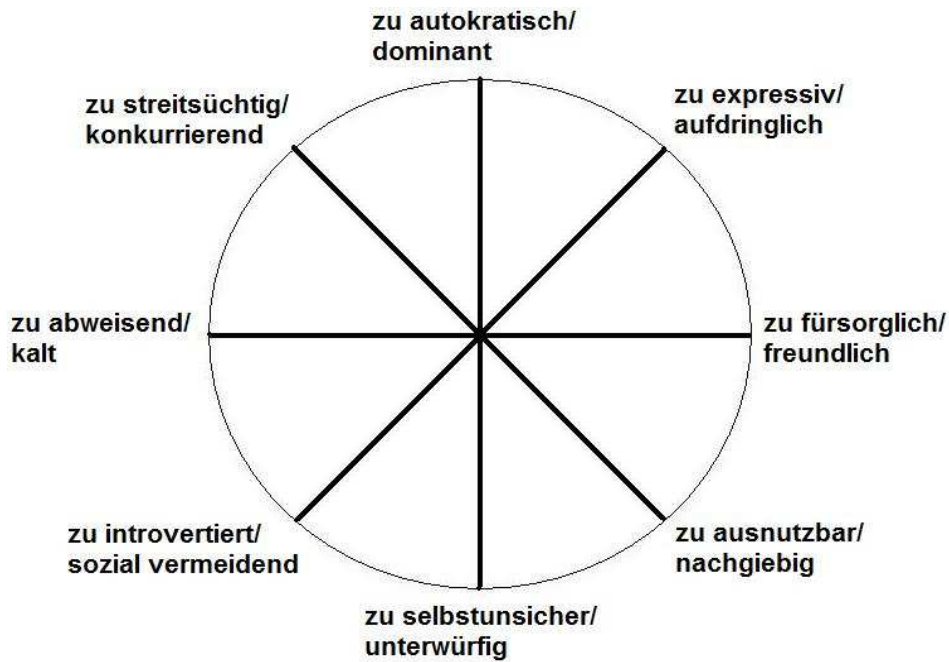


ABB. 1: IIP-D CIRCUMPLEX-MODELL DER CHARAKTEREIGENSCHAFTEN

4.2.3.2 Aufbau

Die Langform des Bogens besteht aus 127 Items bzw. Fragen, die kurze Form aus 64 Items. Bei beiden werden die Fragen einer der acht Subskalen zugeordnet, die im Folgenden näher beschrieben werden. Nach der Zuordnung werden die Items einer Skala summiert, sodass man einen Skalenrohwert erhält.

TAB. 7: RETEST-RELIABILITÄTEN DER EINZELNEN ITEMS

Bezeichnung	Beschreibung	Retest-Reliabilitäten der Circumplex-Skalen (r_{tt})
PA	Zu autokratisch / dominant	0,88
BC	Zu streitsüchtig / konkurrierend	0,81
DE	Zu abweisend / kalt	0,84
FG	Zu introvertiert / sozial vermeidend	0,85
HI	Zu selbstunsicher / unterwürfig	0,88
JK	Zu ausnutzbar / nachgiebig	0,90
LM	Zu fürsorglich / freundlich	0,86
NO	Zu expressiv / aufdringlich	0,84

Dabei korrelieren die Werte der einzelnen Skalen mit der Größe des Gefühls:

TAB. 8: ITEMWERT DES IIP-D JE NACH ANTWORT BZW. SUBJEKTIVER SYMPTOMAUSPRÄGUNG „K“

Antwort	Wert einer Antwort
Nicht	0
Wenig	1
Mittelmäßig	2
Ziemlich	3
sehr	4

Je höher ein Wert einer Skala, desto größer ist das subjektive Empfinden eines Problems.

4.2.3.3 Anwendung

Dieser Fragebogen ist vielseitig einsetzbar: Er kann sowohl als Selbsteinschätzung, in der Klinik als auch in der Forschung eingesetzt werden. Mit ihm ist es durch Messungen vor und nach der Therapie möglich, Prozesse und Entwicklungen sichtbar zu machen.

4.2.3.4 Auswertung

Der 64-Item-Gesamtwert wird ausgerechnet, indem man die Skalenwerte summiert und durch ihre Anzahl teilt.

Wenn einzelne Fragen nicht beantwortet werden können, wird von der Autorin des zugehörigen Handbuchs empfohlen, normierte (ipsatierte) Skalenwerte zu benutzen, welche den Stand der Werte einer Person zu der einer relativ hohen Referenzpopulation (N = 1335) aufzeigen.

Die ipsativen Werte erhält man, indem man den 64-Item-Gesamtwert von den Skalenwerten subtrahiert. Somit ist es für den Anwender des Fragebogens möglich, den Stand einzelner Skalen zu seinem persönlichen Durchschnittswert im gesamten Fragebogen zu ermitteln.

Zusätzlich ist es möglich, zwei weitere Werte nach einer Formel von Gurtman (31) zu berechnen, die einzelne Skalen zusammenfassen: Nach den beiden Hauptachsen des Circumplex-Modells (Zuneigung bzw. lieben / Dominanz bzw. dominieren) werden die ipsativen Werte als Variablen benutzt, sodass ein weiterer Vergleich mit anderen Gruppen möglich ist:

$$\text{Zuneigung} = 0.3 * (\text{PA-HI} + 0,707 * (\text{NO} + \text{BC} - \text{FG} - \text{JK}))$$

$$\text{Dominanz} = 0.3 * (\text{LM-DE} + 0,707 * (\text{NO} - \text{BC} - \text{FG} + \text{JK}))$$

4.2.3.5 Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität

Wie schon in Tabelle 7 gezeigt, liegt die Retest-Reliabilität der einzelnen Skalen zwischen $r = 0,81$ und $r = 0,90$ und wird zusammen mit der internen Konsistenz der Skalen als „hoch“ bewertet (32). Weitere Angaben zu den Gütekriterien und den Validitäten, wie z. Bsp. dass der Fragebogen zur „Diskrimination von Diagnosegruppen“ verwendet werden kann, der Objektivität und Reliabilität sind im Handbuch des Fragebogens beschrieben (30).

4.2.4 SF-36

4.2.4.1 Aufgabenstellung

Der SF-36 ist ein Konzept zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dieser Fragebogen ruht auf der Annahme, dass die Lebensqualität vor allem auf vier Variablen beruht: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Kompetenz.

4.2.4.2 Aufbau

Es bestehen acht Skalen, die sich aus 35 Items bzw. Fragen zu diesen Themen auseinander setzen. Die neunte Skala ermittelt mit einem Item die Veränderung der Gesundheit im Jahr vor der Durchführung des Fragebogens (33):

TAB. 9: SKALEN DES SF-36 UND IHRE BESCHREIBUNG

Skala	Item- Anzahl	Beschreibung
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten beeinträchtigt
Körperliche Rollenfunktion	4	Ausmaß, in dem die Arbeit und tägliche Aktivitäten durch den Gesundheitszustand beeinträchtigt sind
Körperliche Schmerzen	2	Ausmaß an Schmerzen und deren Einfluss auf die täglichen Aktivitäten
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	Eigene Beurteilung der Gesundheit, zukünftige Erwartungen, Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen
Vitalität	4	Energiegeladen versus erschöpft
Soziale Funktionsfähigkeit	2	Ausmaß, in dem emotionale oder körperliche Probleme soziale Aktivitäten beeinträchtigen
Emotionale Rollenfunktion	3	Ausmaß, in dem emotionale Probleme die Arbeit oder tägliche Aktivitäten beeinträchtigen
Psychisches Wohlbefinden	5	Allgemeine psychische Gesundheit (Depression, Angst, Kontrolle, positive Stimmung)
Veränderung der Gesundheit	1	Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum vergangenen Jahr

Dabei wird die subjektive Gesundheit erfragt, unabhängig vom Gesundheitszustand.

Das letzte Item, die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes, ist nicht Teil der Skalenberechnung, sondern wird eigenständig beurteilt.

Die Antworten sind entweder binär mit ja oder nein zu beantworten oder stellen sechsstufige Skalen dar, welche die Schwere der Antwort erfassen.

Die kürzere Version SF-12 wurde in dieser Studie nicht verwendet.

4.2.4.3 Anwendung

Der Fragebogen ist geeignet für Patienten ab dem 14. Lebensjahr und ist sowohl für das stationäre und ambulante Setting sowie für die epidemiologische Forschung einsetzbar. Sowohl große Patientengruppen können hiermit untersucht werden, als auch einzelne Probanden, wobei eine Fremdbeurteilung, eine Selbstbeurteilung und eine Interviewform möglich ist.

Die Durchführung eines Fragebogens nimmt in etwa zehn Minuten in Anspruch. Das Ausfüllen der kürzeren Version SF-12 circa zwei Minuten.

4.2.4.4 Auswertung

Die einzelnen Werte der Items bzw. Fragen müssen zur Auswertung erst zu Endwerten umgerechnet werden. Es sollten zur Auswertung nicht mehr als 50 % der Antworten fehlen. Ansonsten ist diese nicht beurteilbar. Das Handbuch legt fest, ob die Zahl einer Antwort zur Umrechnung übernommen, ob sie „umgepolt“ oder rekaliibriert wird.

Wird die Nummer der Antwortmöglichkeit beibehalten, so lässt sich herauslesen, dass die höheren Zahlen für Antworten stehen, die auf eine bessere Lebensqualität hindeuten.

Bei sieben der Items wird umgepolt: Einer Antwort, die auf die niedrigste Lebensqualität schließt, jedoch den höchsten Zahlenwert hat, wird die möglichst niedrigste Zahl dieser Antwort zugeteilt. Die niedrigste Zahl, welche jedoch die höchste Lebensqualität zur Antwort hat, bekommt den höchsten Endwert. Genauso wird in Relation mit den anderen möglichen Antworten dieser Fragen gehandhabt.

Drei der 36 Items werden rekaliibriert, sodass eine lineare Beziehung zwischen dem Endwert und seiner Skala herrscht. Studien nach zu urteilen ist dies erforderlich, da die Intervalle zwischen den Antwortmöglichkeiten unterschiedlich groß sind. Zwischen den Antworten „ausgezeichnet“ und „sehr gut“ zum Beispiel scheint das Intervall kleiner zu sein als zwischen „weniger gut“ und „gut“.

Die Antworten der einzelnen Items werden summiert, sodass man die Skalenrohwerte erhält. Danach wird die Transformationsformel angewendet:

$$\text{Transformierte Skala} = \frac{(\text{tatsächlicher Rohwert} - \text{niedrigst möglicher Rohwert})}{\text{Mögliche Spannweite der Rohwerte}} \times 100$$

Hierbei können Dimensionswerte zwischen 0 und 100 erreicht werden: Je niedriger die Dimensionswerte zum Schluss ausfallen, desto geringer ist die Lebensqualität des Probanden.

Mit den z-Werten können die Subskalen der untersuchten Probanden mit denen einer Normpopulation verglichen werden. Diese werden folgendermaßen berechnet:

$$\text{z-Wert} = \frac{(\text{Arithm. Mittel der untersuchten Probanden} - \text{Arithm. Mittel der Normpopulation})}{\text{Standardabweichung der Normpopulation}}$$

Fallen die z-Werte positiv aus, so ist die Lebensqualität der untersuchten Probanden besser einzustufen als die der Normpopulation. Sind die z-Werte negativ, so ist die Lebensqualität der untersuchten Probanden schlechter einzustufen als die der Normpopulation.

Über die z-Werte kann die psychische und körperliche Summenskala berechnet werden. Dazu wird der Regressionskoeffizient aus der amerikanischen Normpopulation für den psychischen bzw. den körperlichen Faktor mit den z-Werten der Subskalen multipliziert. Diese acht Werte werden zusätzlich addiert (33).

Diese zwei Summenskalen (psychische und körperliche) werden weiterhin mit Faktor 10 multipliziert und Faktor 50 addiert, um somit einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10 zu haben.

4.2.4.5 Objektivität – Reliabilität – Kriteriumsvalidität

Die Reliabilität betreffend liegt die innere Konsistenz der Subskalen zwischen $r = 0,57$ und $r = 0,94$.

Die Objektivität ist gegeben (Auswertungs-, Durchführungs-, Interpretationsobjektivität) (33).

5. Ergebnisse

5.1 Interne, klinikbezogene Daten

Die Internen Daten stellen solche dar, die in erster Linie mit der Klinik verknüpft sind. So wie die Aufenthaltsdauer, die Diagnosen, die Abbruchsgründe.

5.1.1 Aufenthaltsdauer

Die Dauer des Aufenthalts der Fall- und Kontrollgruppe unserer Studie auf der psychosomatischen Station beträgt im Mittel 32,37 Tage, wobei die Fallgruppe im Durchschnitt 11,63 Tage therapiert wurde, die Kontrollgruppe 53,12 Tage.

In Abb. 2: „Anzahl der Abbrecher und ihre Aufenthaltsdauer“ des Kapitels „5.1.2 Einteilung in Früh- und Spätabbrecher“ ist das Ergebnis der Drop-outs dargestellt und ein zweigipfliges Diagramm abgebildet: Es gibt einen Peak vor allem am Anfang des Aufenthalts wie auch in der Mitte, um den 13. Tag.

5.1.2 Einteilung in Früh- und Spätabbrecher

Aufgrund folgender Grafik erschien es uns sinnvoll, die Fallgruppe in Frühabbrecher und Spätabbrecher zu unterteilen:

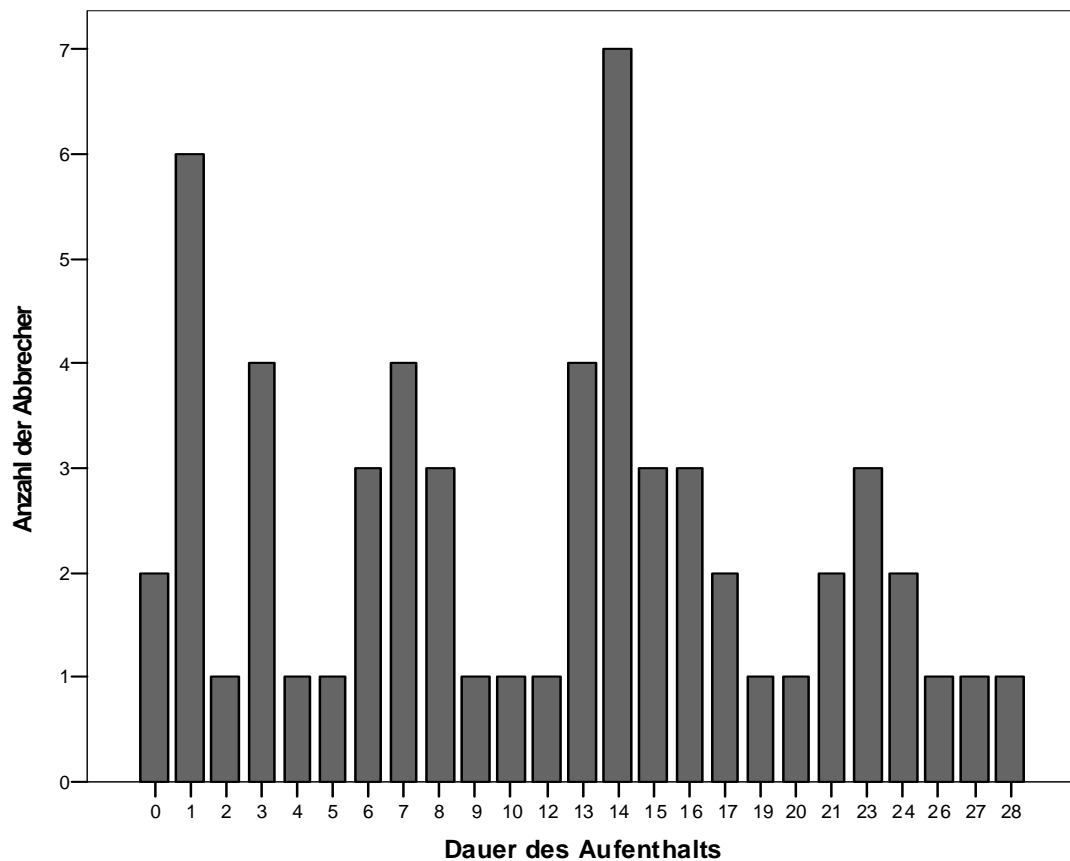


ABB. 2: ANZAHL DER ABBRECHER UND IHRE AUFENTHALTSDAUER

Stichtag war zwischen dem 12. und 13. Behandlungstag, sodass Frühabbrecher bis zum 12. Tag abbrechen und Spätabbrecher ab dem 13. Behandlungstag. Somit ergibt sich folgende Einteilung:

TAB. 10: AUFENTHALT DER EINZELNEN GRUPPEN IN TAGEN

	Durchschnitt	Min. Aufenthalt	Max. Aufenthalt	Anzahl Patienten
Kontrollgruppe	53,12	25	82	59
Frühgruppe	4,64	0	12	28
Spätgruppe	17,94	13	28	31
Total	32,37	0	82	118

5.1.3 Verteilung der Hauptdiagnosen

Die Fallgruppe besteht aus 59 Patienten mit folgenden Diagnosen:

TAB. 11: VERTEILUNG DER HAUPTDIAGNOSEN DER FALLGRUPPE

	Anzahl	Prozent
Depressive Störungen	8	13,6
Essstörungen	17	28,8
Angststörungen	9	15,3
Anpassungsstörungen	2	3,4
Somatoforme Störungen	17	28,8
spez. Persönlichkeitsstörungen	4	6,8
neurotische Störungen	1	1,7
dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	1	1,7
Total	59	100,0

In dieser Erhebung überwiegen die Ess- und Somatoformen Störungen mit jeweils 28,8 %. An zweiter Stelle sind die Angststörungen mit 15,3 % und die Depressiven Störungen mit 13,6 % ähnlich anteilig vertreten. Bei dem Patienten mit der neurotischen Störung wurde ein Depersonalisations- und Derealisationssyndrom diagnostiziert.

Die Kontrollgruppe wurde in den Hauptdiagnosen so ähnlich wie möglich ausgesucht, dabei sah die Verteilung beider Gruppen nun folgendermaßen aus:

TAB. 12: VERTEILUNG DER HAUPTDIAGNOSEN DER FALL- UND KONTROLLGRUPPE

	Anzahl Kontrolle	In Prozent Kontrolle	Anzahl Fallgruppe	In Prozent Fallgruppe
Depressive Störungen	11	18,6	8	13,6
Essstörungen	16	27,1	17	28,8
Angststörungen	9	15,3	9	15,3
Anpassungsstörungen	1	1,7	2	3,4
Somatoforme Störungen	17	28,8	17	28,8
spez. Persönlichkeitsstörungen	3	5,1	4	6,8
dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	2	3,4	1	1,7
Total	59	100,0	59	100,0

Weil die Kontrollgruppe an die Fallgruppe angepasst wurde, lässt sich hier nichts über das gesamte Patientenkollektiv der Psychosomatik Tübingen sagen und ob die Verteilung der einzelnen Krankheiten in der Kontrollgruppe denen aller Klinikpatienten entspricht.

Nach der Unterteilung der Abbrecher zeigen Frühabbrecher folgende Diagnosen mit den Essstörungen als größten Teil von 42,9 %. Die Angststörungen fallen ebenfalls mit über 20 % auf:

TAB. 13: VERTEILUNG DER HAUPTDIAGNOSEN DER FRÜHABBRECHER

	Anzahl	Prozent
Depressive Störungen	1	3,6
Essstörungen	12	42,9
Angststörungen	6	21,4
Anpassungsstörungen	1	3,6
Somatoforme Störungen	5	17,9
spez. Persönlichkeitsstörungen	2	7,1
neurotische Störungen	1	3,6
Total	28	100,0

Bei den Spätabbrechern machen vor allem die Somatoforme Störungen mit über 38 % den größten Teil aus. Die Essstörungen betragen hier nur 16 %. Ebenfalls relativ hoch sind die Depressiven Störungen mit über 22 %:

TAB. 14: VERTEILUNG DER HAUPTDIAGNOSEN DER SPÄTABBRECHER

	Anzahl	Prozent
Depressive Störungen	7	22,6
Essstörungen	5	16,1
Angststörungen	3	9,7
Anpassungsstörungen	1	3,2
Somatoforme Störungen	12	38,7
spez. Persönlichkeitsstörungen	2	6,5
dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	1	3,2
Total	31	100,0

Mit der Kreuztabelle für den Vergleich zwischen Diagnosen und Aufenthaltsdauer der Früh- und Spätabbrecher, kann man folgende Verteilung erkennen:

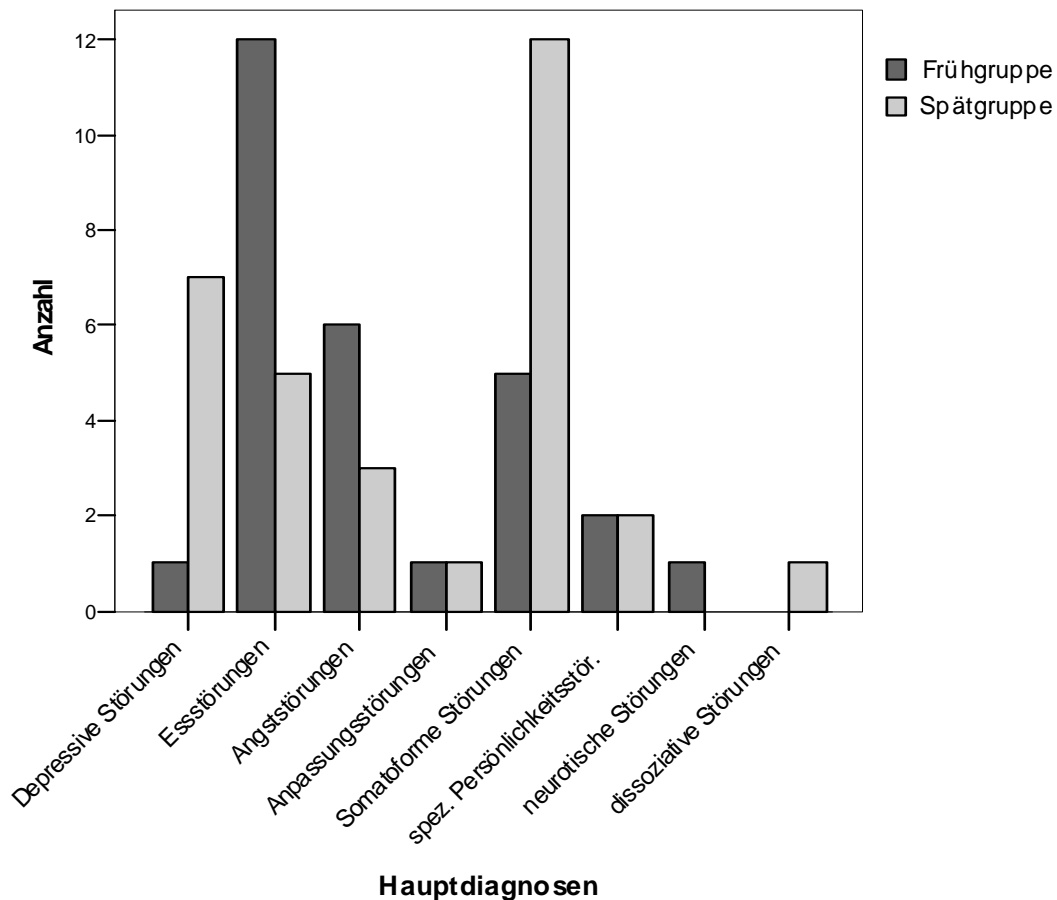


ABB. 3: ANZAHL DER ABBRECHER UND IHRE HAUPTDIAGNOSEN

TAB. 15: UNTERTEILUNG DER HAUPTDIAGNOSEN IN PATIENTENGRUPPEN

	Kontrollgruppe	Frühgruppe	Spätgruppe	Total
Depressive Störungen	11	1	7	19
Essstörungen	16	12	5	33
Angststörungen	9	6	3	18
Anpassungsstörungen	1	1	1	3
Somatoforme Störungen	17	5	12	34
spez. Persönlichkeitsstör.	3	2	2	7
neurotische Störungen	0	1	0	1
dissoziative Störungen (Konversionsstör.)	2	0	1	3
Total	59	28	31	118

Vor allem bei den Essstörungen gibt es hier relativ viele Frühabbrecher, während bei den Somatoformen und Depressiven Störungen die Patienten eher nach dem 13. Behandlungstag abbrechen.

Vergleicht man die Essstörungen mit dem Abbruchzeitpunkt, so ergibt sich ein signifikantes Ergebnis:

TAB. 16: CHI-QUADRAT-TEST: ESSSTÖRUNGEN MIT ABBRUCHSGRUPPEN

	Früh- abbrecher	Spät- abbrecher	=
Essstörungen	12	5	17
Keine Essstörungen	16	26	42
=	28	31	59

Nach dieser Tabelle kann mit dem Fisher's Exact Test eine zweiseitige Signifikanz von $p = 0,0424$ und eine einseitige von $p = 0,0235$ errechnet werden. Dies bedeutet, dass Patienten mit Essstörungen signifikant öfter dazu neigen, eine psychosomatische Therapie früh abzuberechen, als Patienten mit anderen Diagnosen.

Vergleicht man nun die Somatoformen Störungen mit dem Abbruchzeitpunkt, ergibt sich überraschenderweise, dass sowohl im Chi-Quadrat als auch im Fisher's Exact Test diese Rechnung nicht signifikant ist. Das heißt, dass die Somatoformen Störungen, anders als erwartet, nicht signifikant öfter als andere Diagnosen dazu neigen, eine psychosomatische Therapie spät abzuberechen.

Weiterhin auffällig ist die Verteilung der Depressiven Störungen:

TAB. 17: CHI-QUADRAT-TEST: DEPRESSIVE STÖRUNGEN MIT ABBRUCHSGRUPPEN

	Früh- abbrecher	Spät- abbrecher	=
Depressive Stör.	1	7	8
Keine Depressiven Störungen	27	24	51
=	28	31	59

Mit dem Fisher's Exact Test erzielt diese Rechnung eine Signifikanz von $p = 0,0368$ einseitig und $p = 0,0547$ zweiseitig. Somit haben Spätabbrecher signifikant öfter eine depressive Störung als Frühabbrecher.

5.1.4 Verteilung und Bedeutung der Nebendiagnosen

Nebendiagnosen können aussagen, wie vorbelastet ein Patient ist. Ein Patient mit relativ vielen Nebendiagnosen wurde in der Vergangenheit öfter behandelt und hatte deshalb mehr Kontakt zu klinischem Personal.

Es wurden die psychosomatischen und die somatischen Nebendiagnosen gezählt, um herauszufinden, ob ein Patient mit vielen Nebendiagnosen und somit größerer Vorbelastung eher dazu neigt, eine psychosomatische Therapie abzubrechen.

5.1.4.1 Psychosomatische Nebendiagnosen

Die Patienten hatten zwischen keiner und zwei psychosomatischen Nebendiagnosen. Dabei war ihre Anzahl im Vergleich Früh- oder Spätabbrecher signifikant unterschiedlich:

TAB. 18: VERGLEICH DER ZAHL DER NEBENDIAGNOSEN MIT DEN PATIENTENGRUPPEN

	Anzahl der psychosomatischen Nebendiagnosen			Total
	0	1	2	
nicht abgebrochen	20	32	7	59
Frühgruppe	14	8	6	28
Spätgruppe	5	22	4	31
Total	39	62	17	118

Mit einer einseitigen Signifikanz von $p = 0,006$ und einer zweiseitigen von $p = 0,011$ beim Fisher's Exact Test hat die Frühgruppe keine psychosomatische Nebendiagnosen verglichen mit der Spätgruppe.

Beim Vergleich der restlichen Konstellationen untereinander ergab es keine weiteren Signifikanzen.

Auch beim Vergleich der Anzahl der psychosomatischen Nebendiagnosen mit den Diagnosen konnte aufgrund der Homogenität der Zahlen kein signifikanter Unterschied ausgemacht werden.

5.1.4.2 Somatische Nebendiagnosen

Die Patienten hatten zwischen keiner und „mehr als 5“ Nebendiagnosen:

TAB. 19: VERGLEICH ANZAHL NEBENDIAGNOSEN MIT PATIENTENGRUPPE

		nicht abgebrochen	Frühgruppe	Spätgruppe	Total
Anzahl der somatischen Nebendiagnosen	0	23	12	14	49
	1	14	9	4	27
	2	10	4	5	19
	3	4	2	4	10
	4	3	1	0	4
	5	3	0	3	6
	> 5	2	0	1	3
Total		59	28	31	118

Beim Vergleich der somatischen Nebendiagnosen zwischen den einzelnen Gruppen war keine Signifikanz auszumachen, da die Zahlen im Vergleich relativ homogen sind.

5.1.5 Abbruchsgründe

Es sollte geprüft werden, ob es eine Patientengruppe mit einem bestimmten Abbruchsgrund gibt. Eine Hypothese war, dass die Patienten mit somatoformen Störungen an ihrem Glauben an eine somatische Erkrankung fest halten und die psychosomatische Behandlung deshalb für wirkungslos halten, worauf sie mit einem Abbruch reagieren.

Die anfänglich 18 verschiedenen Gründe wurden zu drei reduzierten Oberbegriffen zusammengefasst (Externe, Interne und Persönliche Gründe). Die Kontrollgruppe wurde mit dem Abbruchsgrund "nicht abgebrochen" klassifiziert. Vier Patienten verzichteten darauf, einen Grund für ihren Abbruch zu nennen.

TAB. 20: VERGLEICH ABBRUCHSGRÜNDE MIT ABBRUCHSGRUPPE

	Frühgruppe	Spätgruppe	Total
nicht abgebrochen	0	0	59
Externe Gründe	5	5	10
Interne Gründe	12	16	28
Persönliche Gründe	8	9	17
Keine Angabe	3	1	4
Total	28	31	118

Externe Gründe sind in dieser Studie solche, welche den Patienten außerhalb der Klinik und des Klinikgeschehens beeinflussen; somit sind dies u.a. seine Familie, Fremdmotivation, das Berufsleben etc. Der Patient gibt dies als Grund für seinen Therapieabbruch an.

Sobald der Patient die Klinik, die Therapie oder Mitpatienten für seinen Abbruch verantwortlich macht, wird dies als Interner Grund gewertet. Interne Gründe werden somit solche genannt, die auch Kritik an der Klinik sein können.

Persönliche Gründe sind Gefühle und Ängste, welche den Patienten zu einem Therapieabbruch veranlassen.

Obwohl „Angst vor sozialer Ächtung“ auch als Externer Grund gesehen werden könnte, wird dies zu den Persönlichen Gründen zugeordnet, da die Angst als Gefühl im Vordergrund steht und es nicht sicher ist, dass es wirklich eine soziale Ächtung gab bzw. gegeben hätte auch bei regulärer Therapiebeendigung.

Somit liegt folgende Einteilung vor:

- | | |
|---------------------|--|
| Externe Gründe: | <ul style="list-style-type: none">- Vorbereitung auf schulische / berufliche Weiterbildung- Anmeldung aufgrund eines Angehörigen (fremdmotiviert)- Pflichtbewusstsein gegenüber der Familie- Terminierter Aufenthalt wegen anderen Terminen (Urlaubsreise) |
| Interne Gründe: | <ul style="list-style-type: none">- Wunsch nach ambulanter Psychotherapie- Konflikt mit Mitpatienten- Unzufrieden mit Therapie; andere Vorstellungen von Therapie gehabt- Unter Druck auf Station- Keine Krankheitseinsicht, Forderung nach (somatischer) Diagnostik |
| Persönliche Gründe: | <ul style="list-style-type: none">- Fühlt sich nicht wohl- Heimweh- Ziel erreicht (Gewicht, keine Attacken, etc.)- Keine Motivation für Therapie- Verschlechterung der Symptomatik- Angst vor sozialer Ächtung- Angst vor Gewichtszunahme |
| Keine Angabe | <ul style="list-style-type: none">- Keine Angabe von Gründen |

Bei dem Vergleich der Abbruchgründe mit der Abbruchgruppe sind die Zahlen relativ homogen, somit unterscheiden sich Früh- und Spätabbrecher von ihren Gründen nicht wesentlich.

Vergleicht man die Abbruchgründe mit den Hauptdiagnosen aller Studienteilnehmer, so fällt Folgendes auf:

TAB. 21: VERGLEICH HAUPTDIAGNOSEN KONTROLL- UND FALLGRUPPE MIT ABBRUCHSGRÜNDEN

	nicht ab- gebrochen	Externe Gründe	Interne Gründe	Persönl. Gründe	k. A.	Total
Depressive Stör.	11	3	2	2	1	19
Essstörungen	16	3	5	9	0	33
Angststörungen	9	1	6	2	0	18
Anpassungsstör.	1	0	1	1	0	3
Somatoforme Stör. spez.	17	1	11	3	2	34
Persönlichkeitsstör. neurotische Stör.	3	2	1	0	1	7
dissoziative Stör. (Konversionsstör.)	0	0	1	0	0	1
	2	0	1	0	0	3
Total	59	10	28	17	4	118

Im Fisher's Exact Test, mit Ausschluss der Kontrollgruppe und der Gruppe ohne Angabe, ergibt sich folgende Aufteilung:

TAB. 22: FISHER'S TEST: ABBRUCHSGRÜNDE UND ESSSTÖRUNGEN

	Externe und Interne Gründe	Persönl. Gründe
Essstörungen	8	9
Andere Diagnosen	30	8

Es ergibt sich eine zweiseitige Signifikanz von 0,0275. Somit geben Patienten mit Essstörungen eher eigene Gefühle und Persönliche Gründe als Abbruchgrund an als andere Diagnosen.

TAB. 23: FISHER'S TEST: ABBRUCHSGRÜNDE UND SOMATOFORME STÖRUNGEN

	Externe und Persönl. Gründe	Interne Gründe
Somatoforme Stör.	4	11
Andere Diagnosen	23	17

Bei den Somatoformen Störungen zeigt sich mit einer zweiseitigen Signifikanz von $p = 0,042$ im Chi-Quadrat-Test, dass diese öfter Interne Gründe angeben als Externe und Persönliche.

5.2 Soziodemographische Daten

5.2.1 Geschlechtsverteilung

Sowohl die Fall- als auch die Kontrollgruppe besteht aus je 50 weiblichen und 9 männlichen Patienten. Sie verhalten sich zu den Diagnosen folgendermaßen:

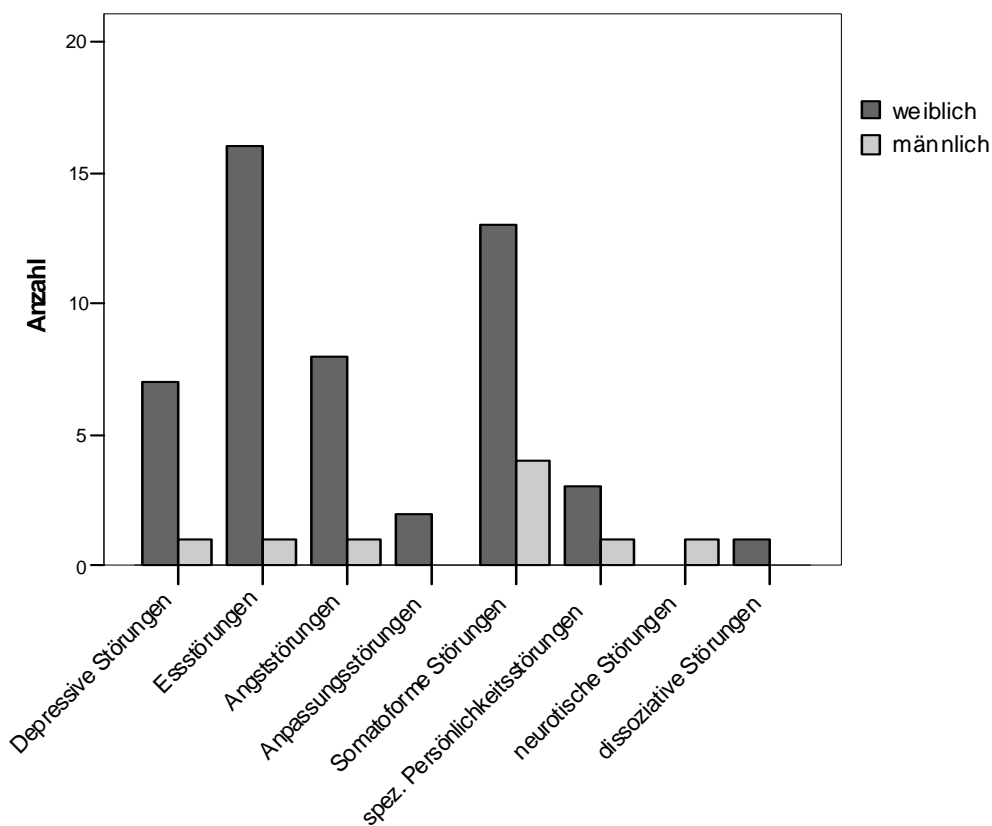


ABB. 4: VERTEILUNG DER HAUPTDIAGNOSEN DER FALLGRUPPE NACH GESCHLECHT

Der Grafik ist zu entnehmen, dass die weiblichen Patienten mehr Essstörungen haben, dies ist jedoch nicht signifikant.

Es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse beim Vergleich der Geschlechterverteilung mit der Aufenthaltsdauer (Früh- und Spätabbrecher), mit

dem Alter (älter / jünger als 32 Jahre), den Hauptdiagnosen, der Kinderanzahl, dem Familienstand, der Lebens- und Wohnsituation, dem Schulabschluss und dem beruflichen Status.

5.2.2 Altersverteilung

Es wurde versucht, die Altersverteilung der Kontrollgruppe der Fallgruppe anzupassen. Wie man in Abb. 5 erkennen kann, gibt es zwei Altersgipfel: Um das 20. und zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr:

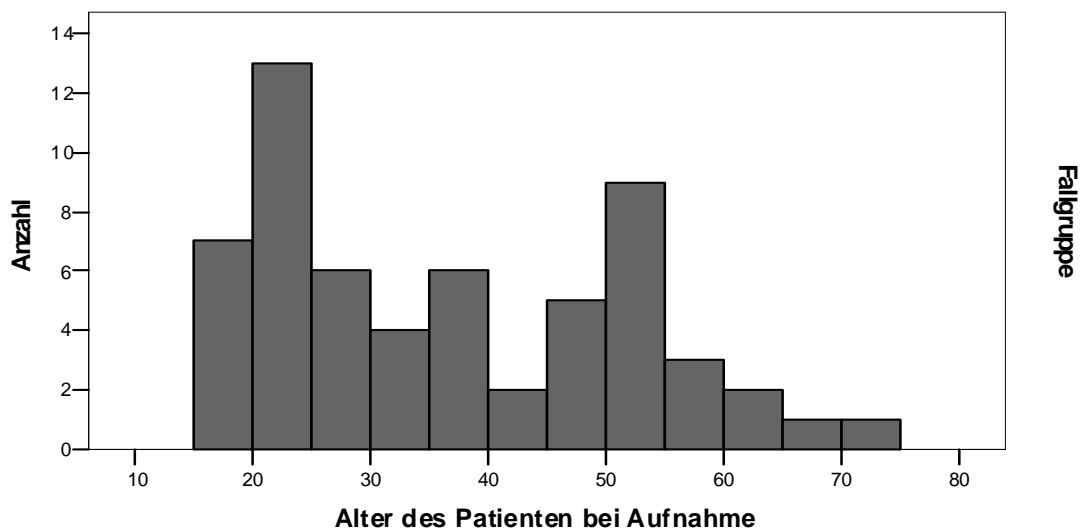


ABB. 5: ANZAHL DER ABBRECHER UND IHR ALTER BEI STATIONSAUFNAHME

Wie dem folgenden Schaubild zu entnehmen, ist die Verteilung der Diagnosen altersabhängig.

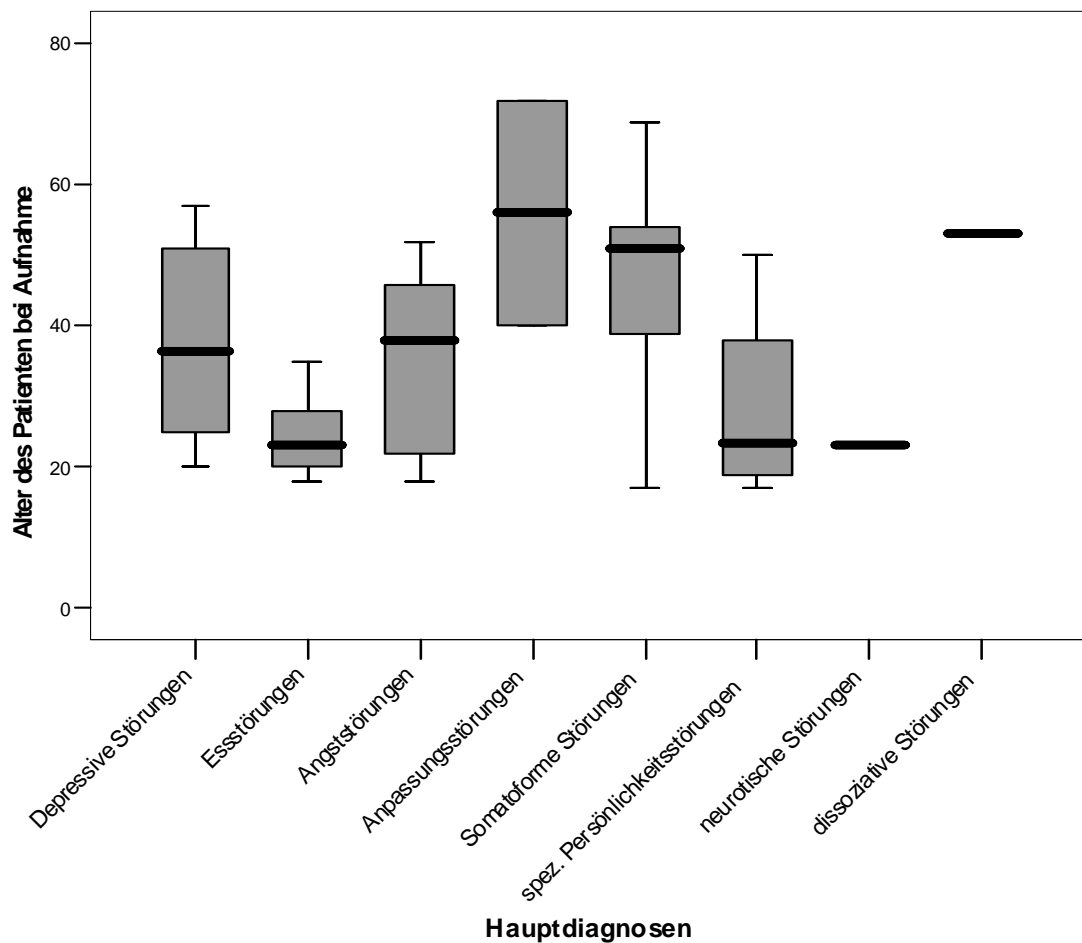


ABB. 6: DURCHSCHNITTLICHES ALTER BEI DEN EINZELNEN HAUPTDIAGNOSEN

Die Mehrzahl der an Essstörungen leidenden Patienten ist jünger, während vor allem Patienten mit Somatoformen Störungen im Mittelwert eher älter sind. Jedoch gibt es bei dieser Diagnose eine breitere Verteilung. Diese beiden Diagnosen machen die größten Gruppen aus mit je 17 Patienten. Nachfolgend mit 9 Personen die Angststörungen, danach mit 8 Personen die Depressiven Störungen.

Aus dem Grund der auffälligen Altersverteilung wurde der Medianwert ermittelt: 32,00 Jahre bei beiden Geschlechtern gesamt; 29,50 bei den Frauen, 48,00 bei den Männern.

Über den Medianwert wurde die Fallgruppe eingeteilt in Personen über bzw. genau 32 Jahre alt und Personen unter 32 Jahre. Hier kann man ebenfalls eine Verteilung sehen:

TAB. 24: UNTERTEILUNG DER FALLGRUPPE IN IHRE ALTERSGRUPPE

	unter 32	über 32	Total
Frühgruppe	20	8	28
Spätgruppe	9	22	31
Total	29	30	59

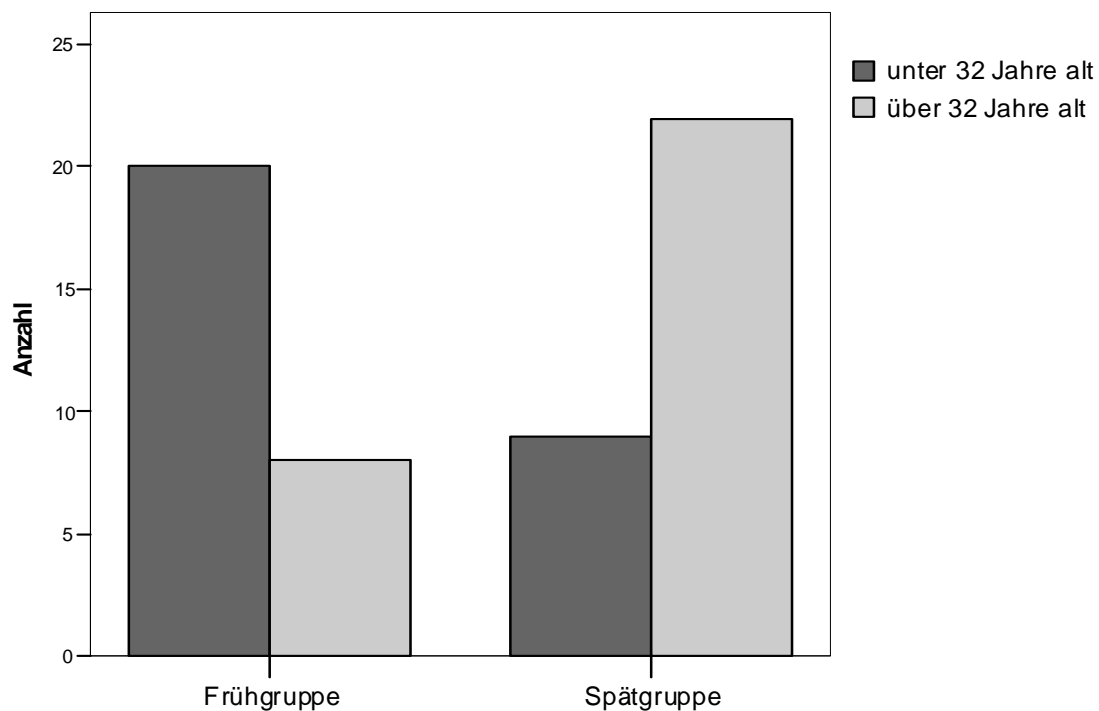


ABB. 7: UNTERTEILUNG DER FALLGRUPPE IN IHRE ALTERSGRUPPE

Mit dem Chi-Quadrat und den Fisher's Exact Test ergab sich hier eine zweiseitige Signifikanz von $p = 0,002$ bzw. einseitig von $p = 0,001$. Somit sind die Frühabbrecher signifikant jünger als die Spätabbrecher.

Beim Vergleich der Patientenzahl in Diagnosen und Alter erhält man folgende Grafik:

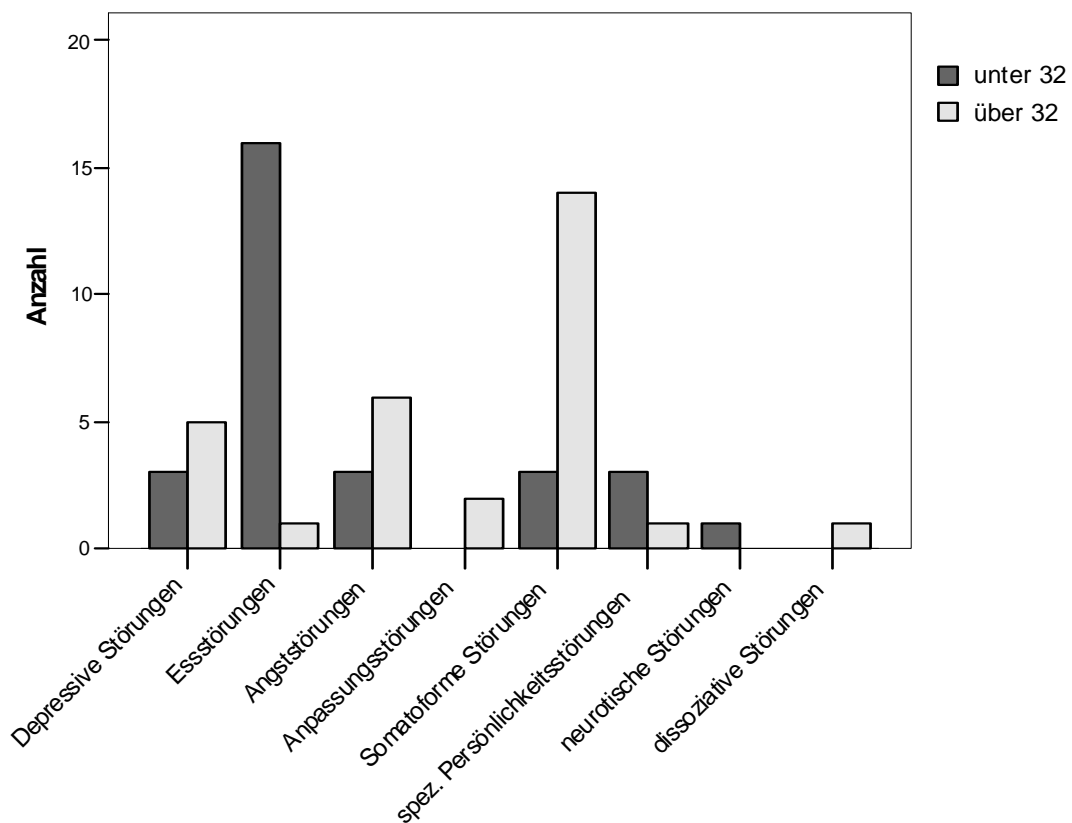


ABB. 8: VERGLEICH ALTERSGRUPPE UND DIAGNOSEN

Es fällt vor allem die Verteilung bei den Essstörungen und Somatoformen Störungen auf, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

Beim Vergleich der Diagnose „Essstörungen“ mit dem Alter ergab sich eine sehr hohe Signifikanz von $p < 0,001$ sowohl ein- als auch zweiseitig:

TAB. 25: UNTERTEILUNG DER FALLGRUPPE IN ALTER UND DER DIAGNOSE ESSSTÖRUNG

	Unter 32	Über 32	Total
Essstörungen	16	1	17
Keine Essstörungen	13	29	42
Total	29	30	59

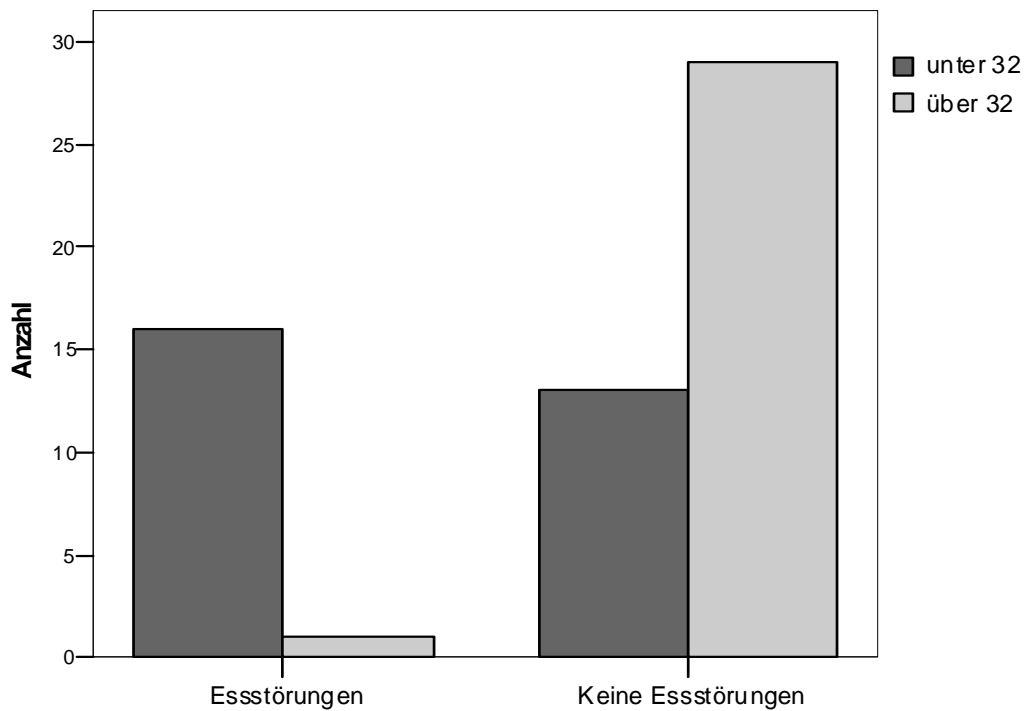


ABB. 9: UNTERTEILUNG DER FALLGRUPPE IN ALTER UND DER DIAGNOSE ESSSTÖRUNG

Somit sind die Patienten mit Essstörungen jünger als diejenigen ohne Essstörungen.

Beim Vergleich der Somatoforme Störungen liegt eine ähnlich auffällige Verteilung vor:

TAB. 26: CHI-QUADRAT-TEST: ALTERSGRUPPE UND SOMATOFORME STÖRUNGEN

	unter 32	über 32	Total
Somatoforme Stör.	3	14	17
Keine Somatoforme Störungen	26	16	42
Total	29	30	59

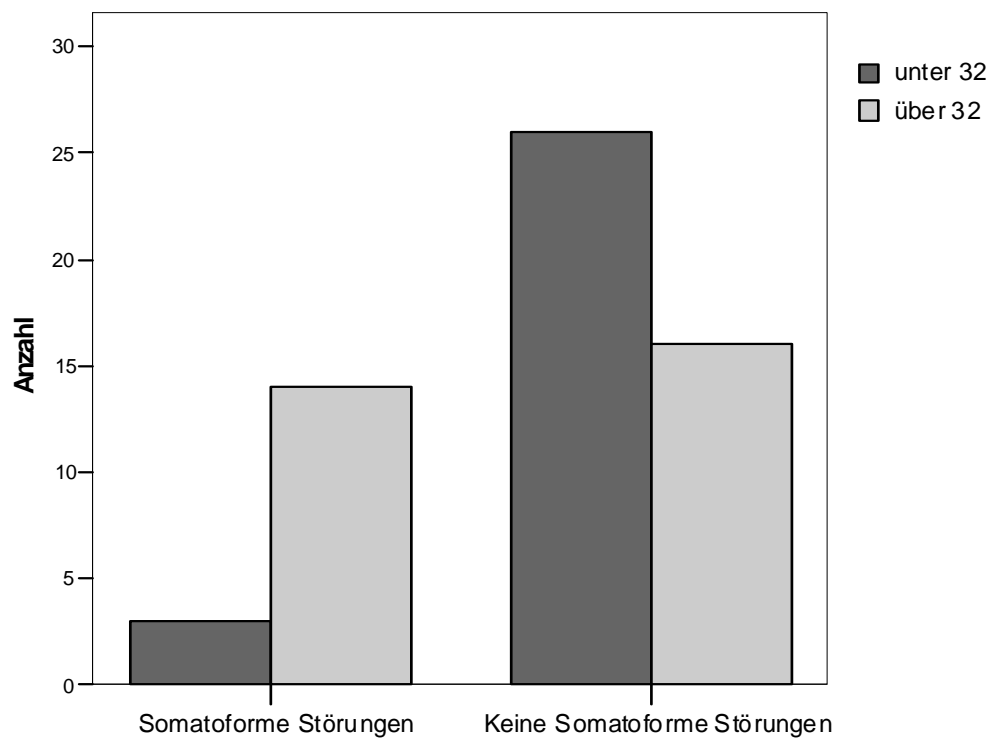


ABB. 10: VERGLEICH ALTERSGRUPPE MIT SOMATOFORMEN STÖRUNGEN

Mit einer Signifikanz von einseitig $p = 0,0021$ und zweiseitig $p = 0,0034$ sind die Patienten mit Somatoformen Störungen älter als die Patienten ohne Somatoforme Störungen.

5.2.3 Familienstand

Beim Familienstand gab es unterschiedliche Variablen, nach denen die Patienten eingeteilt worden sind. Diese Variablen wurden zusammengefasst in:

- Allein = ledig, ohne Kinder, getrennt lebend, geschieden, verwitwet
- Nicht allein = verheiratet, mindestens ein Kind, Beziehung
- Unbekannt = Sonstige Wohnverhältnisse, die nicht einzuordnen waren / keine Angaben im Arztbrief

Jedoch wurden keine Signifikanzen im Vergleich der Abbrechergruppen mit der Kontrollgruppe ausgerechnet.

5.2.4 Kinderzahl

Ein Großteil der Patienten hatte keine Kinder. Die Anzahl der Kinder variiert zwischen null und vier. Es wurde als größeren Schritt empfunden, das erste Kind in die Welt zu setzen, somit eine Familie zu gründen und sich von den Eltern abzunabeln, als mit einem zweiten oder mehr Kindern eine Familie zu erweitern. Unter dessen waren sowohl die Zahlen als auch das Schaubild zu den Kinder-Anzahlen undurchsichtig. Deshalb wurden nicht an erster Stelle die einzelnen Kinderzahlen untersucht, sondern zwischen „mindestens ein Kind“ und „keine Kinder“ unterschieden.

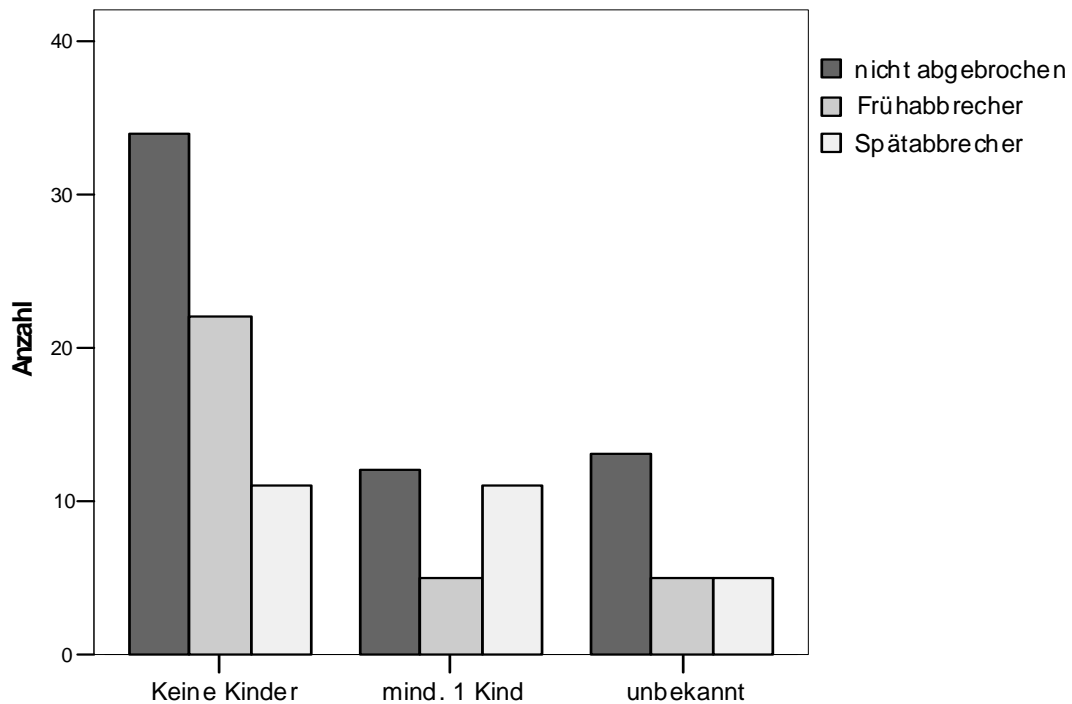


ABB. 11: ANZAHL DER PATIENTEN MIT UND OHNE KINDER

TAB. 27: ANZAHL DER PATIENTEN MIT UND OHNE KINDER

	nicht abgebrochen	Frühgruppe	Spätgruppe	Total
Keine Kinder	34	19	14	67
mind. 1 Kind	12	4	12	28
Unbekannt	13	5	5	23
Total	59	28	31	118

So erreichen wir eine einseitige Signifikanz von $p = 0,0318$ bzw. $p = 0,0388$ zweiseitig (24, 34, 35) beim Fisher's Exact Test im Vergleich der Früh- mit der Spätgruppe. Somit haben die Frühabbrecher seltener als die Spätabbrecher Kinder. Beim Vergleich der Früh- mit der Kontrollgruppe, als auch beim Vergleich zwischen Kontroll- und Spätgruppe ergaben sich keine Signifikanzen.

5.2.5 Lebens- und Wohnsituation

Bei der Frage nach der Lebens- und Wohnsituation gaben die Patienten verschiedenste Antworten:

- Allein
- Mit Partner
- Allein mit Kind(ern)
- Mit Partner und Kind(ern)
- Mit Eltern
- Mit einem Elternteil
- Mit Eltern- und Stiefelternteil
- Sonstiges

Diese wurden folgendermaßen eingeteilt:

- Mit Eltern (beinhaltet auch mit einem Elternteil und mit Stiefelternteil)
- Allein
- Mit Partner und/oder Kind(ern), sodass deutlich wird, dass der Patient nicht allein lebt, aber auch nicht mehr mit den Eltern: den Schritt zur eigenen Familie und Abnabelung zur ursprünglichen wurde bzw. wird höchstwahrscheinlich unternommen.
- Sonstiges (was nicht weiter einzuordnen war)

Das Schaubild dazu zeigt bei der Unterscheidung zwischen Fall- (Früh- und Spätabbrecher) und Kontrollgruppe eine relativ homogene Verteilung:

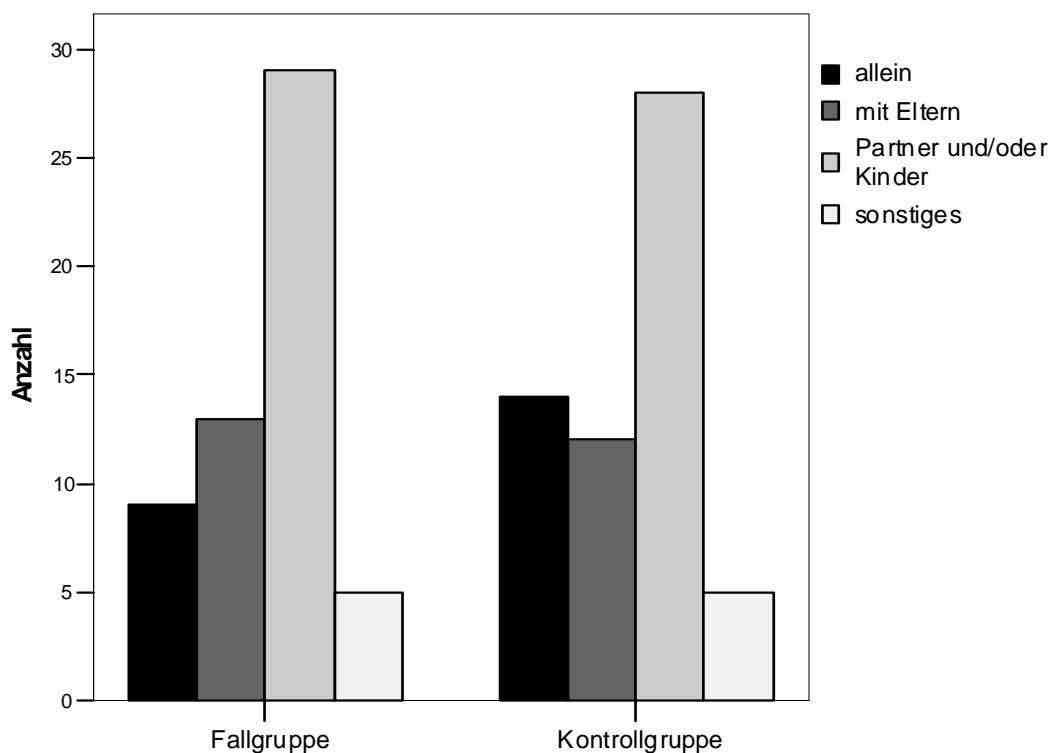


ABB. 12: ANZAHL DER PATIENTEN IN VERSCH. WOHN-SITUATIONEN

Teilt man jedoch die Fallgruppe in Früh- und Spätgruppe ein, erkennt man, dass mehr Patienten der Spätabbrecher Partner und/oder Kinder haben und die Frühgruppe dafür eher mehr mit den Eltern zusammen lebt.

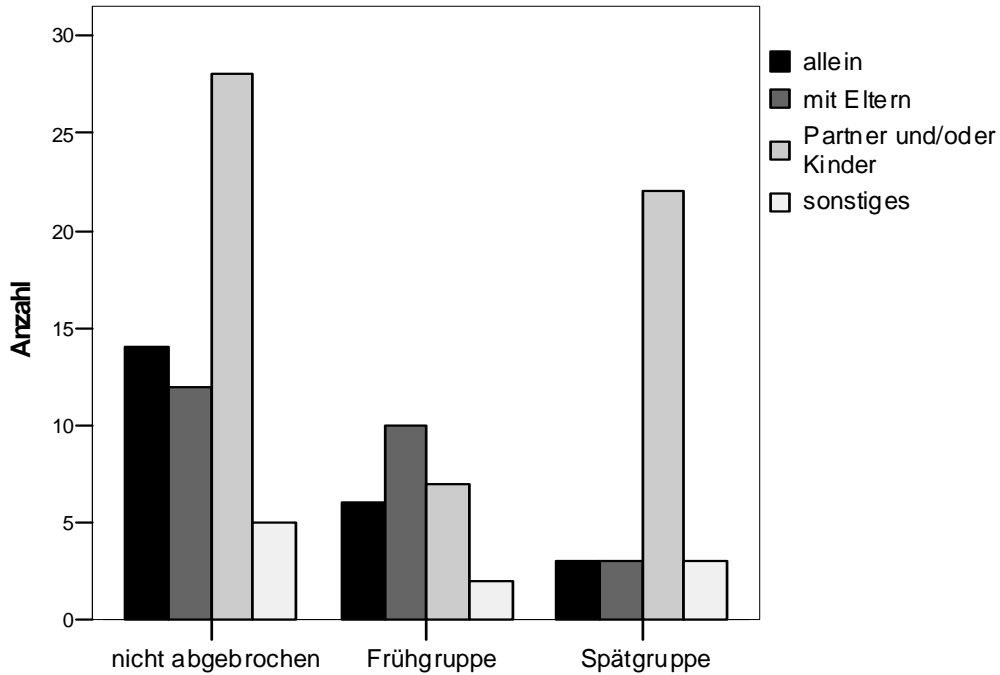


ABB. 13: ANZAHL DER FRÜH-, SPÄT-, NICHTABBRECHER IN VERSCHIEDENEN WOHN-SITUATIONEN

Während bei den Frühabbrechern zehn von 28 Personen noch bei den Eltern leben, sind es in der Spätgruppe drei von 31. Dafür leben 22 von 31 Spätabbrechern mit Partner, Kindern oder beidem zusammen.

TAB. 28: ANZAHL DER FRÜH-, SPÄT-, NICHTABBRECHER IN VERSCH. WOHN-SITUATIONEN

	allein	mit Eltern	Partner / Kinder	sonstiges	unbekannt	Total
Kontrollgruppe	14	12	28	5	0	59
<u>Fallgruppe</u>	9	13	29	5	3	59
Frühgruppe	6	10	7	2	3	28
Spätgruppe	3	3	22	3	0	31
Total	23	25	57	10	3	118

Beim Chi-Quadrat- und Fisher's Exact Test im Vergleich zwischen Früh- und Spätgruppe ergibt sich, dass mit einer einseitigen Signifikanz von $p = 0,017$ und einer zweiseitigen von $p = 0,026$, die Frühabbrecher öfter mit ihren Eltern zusammen leben als die Spätgruppe.

Hochsignifikant mit $p < 0,001$ hingegen ist der Vergleich zwischen den Abbrechergruppen bei der Frage, ob die Spätabbrecher öfter mit Partner und/oder Kinder zusammen leben als die Frühabbrecher ($p = 0,00045$ einseitige und $p = 0,00063$ zweiseitige Signifikanz).

Weitere Unterschiede zwischen den Früh- und Spätabbrechern fanden sich nicht.

5.2.6 Schulabschluss

Folgende Angaben waren beim Schulabschluss in den Arztbriefen beschrieben:

- Noch in der Schule (Studium, Schule)
- Kein Abitur (Haupt- / Volksschulabschluss, Realschulabschluss, Polytechnische Hochschule)
- Abitur / Fachabitur
- Abgeschlossene Hochschule
- Sonstiges (Sonstige, Unbekannt)

Beim Vergleich der Fall- mit der Kontrollgruppe errechnet sich keine Signifikanz sowohl mit dem Chi-Quadrat- als auch mit dem Fisher's Exact Test.

Auch beim Vergleich der regulären Therapiebeender mit den Frühabbrechern ergibt dies beim Fisher's Exact Test sowie beim Chi-Quadrat-Test keine Signifikanz. Ebenso erhält man kein signifikantes Ergebnis beim Vergleich der Spät- und Kontrollgruppe beim Chi-Quadrat-Test.

5.2.6.1 Vergleich Alter und Schulabschluss

Vergleicht man das Alter mit dem Schulabschluss, so ergibt sich mit Fisher's Exact Test keine Signifikanz.

Somit hängt bei den Abbrechern das Alter nicht mit dem Schulabschluss zusammen.

5.2.7 Beruflicher Status

Die Angaben zum beruflichen Status waren sehr ähnlich zwischen der Fall- und Kontrollgruppe. Unterteilt wurden diese in Folgende:

- In Ausbildung (Ausbildung, Studium, Schule)
- Erwerbstätig (Angestellter, Arbeiter, Beamter, Selbstständig)
- Erwerbslos (Arbeitslos, Rente jeglicher Art, Hausfrau / -mann)
- Sonstiges (Sonstiges, Unbekannt, mithelfender Angehöriger)

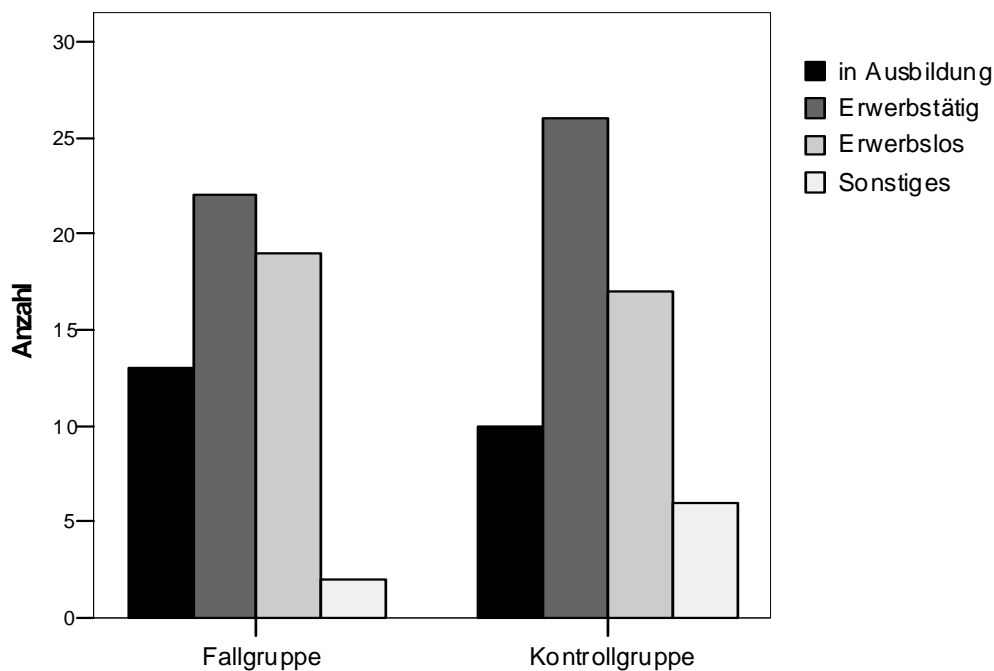


ABB. 14: ANZAHL DER PATIENTEN UND IHRE BERUFSTÄTIGKEIT

Der Vergleich zwischen Fall- und Kontrollgruppe ergibt hier ein homogenes Bild, bei dem keine Unterschiede auszumachen waren. Fächert man nun die Fallgruppe auf zwischen Früh- und Spätabbrecher, erkennt man folgendes:

TAB. 29: ANZAHL DER PATIENTEN UND IHRE BERUFSTÄTIGKEIT

	In Ausbildung	Erwerbstätig	Erwerbslos	Sonstiges	Total
nicht abgebrochen	10	26	17	6	59
<u>Fallgruppe</u>	13	22	19	2	59
Frühgruppe	9	6	8	5	28
Spätgruppe	4	16	11	0	31
Total	23	48	36	8	115

Sowohl mit dem Chi-Quadrat-Test als auch mit dem Fisher's Exact Test für kleine Zahlen lässt sich hier errechnen, dass die Spätgruppe signifikant öfter erwerbstätig ist als die Frühabbrecher: mit $p = 0,016$ einseitiger und $p = 0,030$ zweiseitiger Signifikanz. Im Chi-Quadrat-Test ist $p = 0,017$. Jedoch ist die

Frühgruppe nicht öfter erwerbslos als die Spätgruppe und nicht öfter in Ausbildung ($p = 0,19$).

5.3 Fragebögen

Die Teilnahme an den Fragebögen sah folgendermaßen aus:

TAB. 30: TEILNAHME AN DEN FRAGEBÖGEN

Anzahl der Teilnehmer	PHQ-D (Aufnahme)	PHQ-D (Entlassung)	SCL-90-R	IIP-D	SF-36
Abbrecher	23	23	17	12	13
Vollender	23	23	17	12	13

Vor allem der PHQ-D wurde von relativ vielen Patienten ausgefüllt, nachfolgend der SCL-90-R, SF-36 und IIP-D.

5.3.1 PHQ-D

Bei der Prüfung auf Normalverteilung wurde erwartungsgemäß festgestellt, dass nur folgende Variablen normalverteilt sind; sowohl in der Gesamtpopulation als auch im Vergleich der einzelnen Gruppen (Kontroll-, Früh- und Spätgruppe) miteinander:

PHQ Aufnahme: Somatische Symptome

PHQ Aufnahme: Depressivität

PHQ Aufnahme: Stress (Signifikanz: 0,56 in Gesamtpopulation)

PHQ Entlassung: Somatische Symptome

PHQ Entlassung: Depressivität

PHQ Entlassung: Stress

Dies bedeutet, dass nur in diesen Variablen der T-Test anwendbar ist, nur diese Gruppen sind in Zahlenwerten definiert. Die restlichen folgenden Variablen bestehen aus Ja- bzw. Nein-Antworten:

Jeweils Aufnahme und Entlassung:

- Somatoforme Syndrome
- Major Depressives Syndrom
- Andere depressive Syndrome
- Paniksyndrom
- Andere Angstsyndrome
- Bulimia nervosa
- Binge Eating
- Alkoholsyndrom

Durch den Levene-Test auf Varianzgleichheit wird überprüft, ob die Varianzen der Früh- und Spätgruppe sich ähneln. Dies ist bei „Aufnahme: Depressivität“ und „Aufnahme: Stress“ der Fall. Hier ist $p > 0,05$. Bei „Aufnahme: Somatische Syndrome“ ist $p = 0,023$. Allerdings wird bei allen drei Variablen keine Signifikanz beim T-Test erzielt. Bei den drei zugehörigen Entlassungsvariablen ist ein Vergleich nicht möglich, da von den Frühabbrechern nur bei einem Patienten die Antworten dieses Fragebogens vorliegen.

Genau die gleichen Ergebnisse erzielt man, wenn man die Frühabbrecher mit der Kontrollgruppe vergleicht.

Beim Vergleich der Kontroll- mit der Spätgruppe ähneln sich die Varianzen der beiden Stichproben bei allen 6 Variablen, allerdings gab es auch hier keinerlei Signifikanzen.

Für die anderen Variablen wurde der Mann-Whitney-Test angewendet. Die Antworten der Probanden waren relativ homogen, sodass in den meisten Variablen keine Signifikanz festgestellt werden konnte.

Bei der Entlassung jedoch waren die Antworten nach einem Paniksyndrom zwischen Kontrollgruppe und den Spätabbrechern mit dem Chi-Quadrat-Test signifikant unterschiedlich (Zweiseitige Signifikanz = 0,037), mit dem Fisher's Exact Test für kleine Zahlen jedoch war $p = 0,057$ (ein- und zweiseitige Signifikanz):

TAB. 31: AUFTRETEN DES PANIKSYNDROM BEI ENTLASSUNG

	Ja	Nein
Kontrollgruppe	1	22
Spätabbrecher	4	10

Bei der Aufnahme sah das Paniksyndrom folgendermaßen aus:

TAB. 32: AUFTRETEN DES PANIKSYNDROMS BEI AUFNAHME

	Ja	Nein
Kontrollgruppe	7	16
Spätabbrecher	5	9

Der Chi-Quadrat-Test ergab hier $p = 0,109$.

Aufgrund der geringen Fallzahl kann somit nicht bewiesen werden, dass Spätabbrecher bei der Entlassung signifikant öfter Symptome eines Paniksyndroms aufweisen als Patienten, welche die Therapie zu Ende führen.

Dieser Test ergab bei allen anderen Ja- / Nein-Variablen ebenfalls kein signifikantes Ergebnis.

Vergleich Aufnahme- und Entlassung

Untersucht wurden die drei Gruppen und eine eventuelle Besserung in den einzelnen Syndromen:

1. Paniksyndrom:

TAB. 33: VERGLEICH PANIKSYNDROM DER KONTROLLGRUPPE BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Kontrollgruppe	Ja	Nein
Aufnahme	7	16
Entlassung	1	22

Der Chi-Quadrat-Test ergibt hier eine Signifikanz von 0,02. Beim Fisher's Exact Test war $p = 0,023$ einseitig und 0,047 zweiseitig.

Das heißt, dass die Kontrollgruppe bei der Entlassung signifikant weniger Symptome eines Paniksyndroms angab als bei ihrer Aufnahme.

Weder für die Früh- noch die Spätgruppe ergaben sich hier bei dem Vergleich Aufnahme zu Entlassung signifikante Ergebnisse.

2. Somatoformes Syndrom:

TAB. 34: VERGLEICH SOMATOFORMES SYNDROM DER KONTROLLGRUPPE BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Kontrollgruppe	Ja	Nein
Aufnahme	10	13
Entlassung	2	21

Der Chi-Quadrat-Test ergibt hier eine Signifikanz von 0,007. Beim Fisher's Exact Test war $p = 0,0082$ einseitig und 0,017 zweiseitig. Das bedeutet, dass die Kontrollgruppe bei Entlassung weniger Symptome eines Somatoformen Syndroms zeigte als bei Aufnahme.

TAB. 35: VERGLEICH SOMATOFORMES SYNDROM DER FRÜH- UND SPÄTGRUPPE BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Frühgruppe	Somatoformes Syndrom	
	Ja	Nein
Aufnahme	5	4
Entlassung	1	8

Spätgruppe		
	Ja	Nein
Aufnahme	9	5
Entlassung	4	10

Die Frühgruppe ergibt eine Zweiseitige Signifikanz von 0,046 mit dem Chi-Quadrat-Test, jedoch mit dem Fisher's Exact Test keine Signifikanz mehr. Die Spätgruppe zeigt keine Signifikanz. Das bedeutet, dass die Abbrecher noch keine signifikante Besserung zwischen Aufnahme und Entlassung beim somatoformen Syndrom zeigen.

3. Major depressive Syndrom:

Der Chi-Quadrat-Test ergibt bei der Untersuchung der Kontrollgruppe und deren Verlauf des Major depressiven Syndroms eine Signifikanz von $< 0,001$. Beim Fisher's Exact Test ist $p < 0,001$ einseitig und $p = 0,0017$ zweiseitig.

TAB. 36: VERGLEICH MAJOR DEPRESSIVES SYNDROM DER KONTROLLGRUPPE BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Kontrollgruppe	Ja	Nein
Aufnahme	11	12
Entlassung	1	22

Somit zeigte die Kontrollgruppe bei Entlassung weniger Symptome eines Major depressiven Syndroms als bei Aufnahme.

Bei der Untersuchung der Frühabbrecher lässt sich keine Signifikanz errechnen.

Bei den Spätabbrechern ergibt der Chi-Quadrat-Test eine Signifikanz von 0,006. Beim Fisher's Exact Test ist $p = 0,008$ einseitig und $p = 0,016$ zweiseitig.

TAB. 37: VERGLEICH SOMATOFORMES SYNDROM DER SPÄTABBRECHER BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Spätgruppe	Ja	Nein
Aufnahme	6	8
Entlassung	0	14

Somit zeigt auch die Spätgruppe hier signifikant öfter weniger Symptome eines Major Depressiven Symptoms bei Entlassung als bei Aufnahme.

4. Andere Angstsyndrome:

Die Signifikanz ist bei der Untersuchung der Kontrollgruppe und dem Verlauf der anderen Angstsyndrome zwischen Aufnahme und Entlassung nicht gegeben.

Der Chi-Quadrat-Test ergibt bei den Spätabbrechern eine Signifikanz von 0,018. Beim Fisher's Exact Probability Test ist $p = 0,023$ einseitig und $p = 0,046$ zweiseitig:

TAB. 38: VERGLEICH ANDERER ANGSTSYNDROME DER SPÄTABBRECHER BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Spätgruppe	Ja	Nein
Aufnahme	8	6
Entlassung	2	12

Somit zeigt die Spätgruppe bei Entlassung weniger Symptome anderer Angstsyndrome als bei Aufnahme.

Bei den Frühabbrechern ist keine Signifikanz auszurechnen.

5. Binge eating:

Bei der Untersuchung der Binge eating-Symptome ist der Chi-Quadrat-Test nicht signifikant.

Bulimia nervosa, Alkoholsyndrom, andere depressive Syndrome und Binge eating unterscheiden sich aufgrund der Ähnlichkeit der Zahlen in allen drei Gruppen (Kontroll-, Früh- und Spätgruppe) nicht zwischen Aufnahme und Entlassung.

Um herauszufinden, ob sich die Symptomatik innerhalb der einzelnen Gruppen zur Entlassung geändert hat, wurden die Symptome addiert, sodass folgende Tabelle entsteht:

TAB. 39: VERGLEICH DER ANZAHL DER ANGEGBEN SYMPTOMATIK DER KONTROLLGRUPPE BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Kontrollgruppe	Symptomatik	
	Ja	Nein
Aufnahme	43	141
Entlassung	9	175

Mit $p < 0,001$ ist dieses Ergebnis im Chi-Quadrat-Test hoch signifikant. Somit hat die Kontrollgruppe weniger Symptome bei Entlassung als bei Aufnahme.

TAB. 40: VERGLEICH DER ANZAHL DER ANGEGBEN SYMPTOMATIK DER FRÜHABBRECHER BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Frühgruppe	Symptomatik	
	Ja	Nein
Aufnahme	16	56
Entlassung	4	68

Die Signifikanz beträgt bei den Frühabbrechern $p = 0,004$, somit ist das Ergebnis beim Chi-Quadrat-Test signifikant.

TAB. 41: VERGLEICH DER ANZAHL DER ANGEGBEN SYMPTOMATIK DER SPÄTABBRECHER BEI AUFNAHME UND ENTLASSUNG

Spätgruppe	Symptomatik	
	Ja	Nein
Aufnahme	34	78
Entlassung	10	102

Auch bei den Spätabbrechern ist dieses Ergebnis mit $p < 0,001$ beim Chi-Quadrat-Test hoch signifikant. Somit zeigen alle drei Gruppen eine signifikante Besserung der Symptomatik bei Entlassung im Gegensatz zur Aufnahme.

5.3.2 SCL-90-R

Zur Vollständigkeit wurden die Ergebnisse altersspezifisch T-normiert und beide Variablen-Gruppen (sowohl die normierten als auch die rohen Werte) wurden zwischen Kontroll-, Früh- und Spätgruppe verglichen.

Durch den One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test wurden alle vorhandenen Variablen auf Normalverteilung geprüft, wobei dies nicht der Fall ist bei Paranoides Denken über Roh-Werte, mit einer Signifikanz von 0,047 zwischen Kontroll-, Früh- und Spätgruppe.

Die nicht normalverteilte Variable wurde mit dem Two-Sample Kolmogorov-Smirnov und dem Mann-Whitney-Test überprüft. Jedoch ist sie weder beim Two-Sample Kolmogorov-Smirnov noch beim Mann-Whitney-Test signifikant unterschiedlich.

Der T-Test ergab folgendes:

Mit dem Levene's Test für Varianzgleichheit waren zwei Variablen signifikant und somit nicht homogen: „Zwanghaftigkeit altersspezifisch“ und „Psychotizismus altersspezifisch“ beim Vergleich der Kontrollgruppe mit den Frühabbrechern. Dies war im Vergleich der beiden Gruppen mit der Spätgruppe nicht der Fall. Beim eigentlichen T-Test jedoch war keine Variable des SCL-Fragebogens zwischen den einzelnen Gruppen (Früh- und Spätgruppe, Kontroll- je zu Früh und Spätgruppe, Kontroll- und Fallgruppe) signifikant.

5.3.3 IIP-D

Die Werte wurden normiert bzw. die ipsativen Werte (siehe 4.2.3 IIP-D) und zwei weitere Werte ausgerechnet: Der Zuneigungs- und Dominanzwert je aus den rohen und den ipsativen bzw. normierten Werten.

Beim Test auf Normalverteilung (One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test) fällt der Dominanzwert über normierte Werte mit einer Signifikanz unter 0,05 auf.

Dies ist bei dem Test mit der Früh- und Kontrollgruppe, Spät- und Kontrollgruppe, sowie im Vergleich aller drei Gruppen zueinander der Fall, jedoch nicht bei dem Test zwischen Früh- und Spätgruppe.

Diese Werte wurden mit dem Two-Sample Komogorov-Smirnov und dem Mann-Whitney-Test überprüft. Hier konnten keine weiteren Signifikanzen festgestellt werden.

Zur leichteren Unterscheidung werden folgend die Ergebnisse des Levene- und T-Tests der normalverteilten Variablen nach Gruppenvergleichen unterteilt:

Im Vergleich der Früh- mit der Spätgruppe erbrachte der Levene-Test für Varianzhomogenität, dass hier alle Variablen homogen sind.

Der T-Test fand eine Signifikanz bei der Frage nach „zu ausnutzbarer / nachgiebiger“ (normiert) Charaktereigenschaft mit $p = 0,017$. Die Frühgruppe hat hier einen Mittelwert von 5,0, die Spätgruppe von 0,7. Je höher ein Roh-Wert einer Skala ist, desto größer ist das subjektive Empfinden eines Problems. Die zugehörigen rohen Werte sind mit $p = 0,5$ jedoch nicht signifikant.

Das heißt in diesem Fall nicht, dass die Frühgruppe signifikant öfter unter der Charaktereigenschaft leidet, „zu ausnutzbar / nachgiebig“ zu sein als die Spätgruppe, sondern dass die beiden Gruppen jeweils anders zu ihrem persönlichen Durchschnittswert (IIP-64-Items-Gesamtwert) stehen, der in diesem Fall bei der Frühgruppe 1,5 und bei der Spätgruppe 1,37 ist. Die ipsativen Werte erhält man, indem man den 64-Item-Gesamtwert von den Skalenwerten subtrahiert. Das heißt bei den Rohwerten von 15,57 der Frühabbrecher und 13,68 der Spätabbrecher, dass die Spätgruppe signifikant näher zum persönlichen Durchschnittswert liegt (0,68) als die Frühgruppe mit einem Wert von 5,0. Somit zeigt sich aber nicht, ob eine der beiden Gruppen subjektiv eher ein Problem in dieser Charaktereigenschaft verspürt als die andere.

Im Vergleich zwischen Kontroll- und Spätgruppe ist der Zuneigungswert über rohe Werte beim Levene-Test inhomogen mit einem Wert von 0,046. Der normierte Zuneigungswert hingegen war homogen mit $p = 0,16$. Der T-Test war

bei diesen beiden Werten ohne signifikantes Ergebnis, jedoch bei den normierten Werten der „zu autokratischen / dominanten“ Charaktereigenschaft besteht eine Signifikanz mit $p = 0,034$. Die zwölf Patienten der Kontrollgruppe haben hier einen Mittelwert von -6,4 und die acht Spätabbrecher von -1,99.

Bei dem zugehörigen rohen Wert liegt hier keine Signifikanz vor. Ansonsten gibt es in diesem Gruppenvergleich zwar teilweise grenzwertige, jedoch keine eindeutigen Signifikanzen.

Im Vergleich der Kontroll- mit der Frühgruppe ist weder der Levene-Test auffällig, noch der T-Test: Alle untersuchten Variablen in der Gruppe sind homogen, jedoch nicht signifikant unterschiedlich.

Im Vergleich der Fall- mit der Kontrollgruppe zeigt der Zuneigungswert über die rohen Werte eine Inhomogenität durch den Wert von 0,025. Der normierte Wert ist unauffällig homogen, der T-Test erbrachte bei den Zuneigungswerten in beiden Fällen keine weiteren signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Jedoch zeigt sich ein grenzwertig signifikanter Unterschied bei einer Signifikanz von $p = 0,050$ beim T-Test in der Charaktereigenschaft „zu streitsüchtig / konkurrierend“, ebenfalls bei den normierten Werten.

Die Mittelwerte bei der Fallgruppe sind gerundet bei -2,3, bei der Kontrollgruppe bei -6. Die rohen Werte sind in diesem Fall im Durchschnitt relativ ähnlich (Fallgruppe: 8,97; Kontrollgruppe: 7,73). Deshalb ist das Problem nicht größer.

Die normierten bzw. ipsativen Werte zeigen den Stand der Skala zu ihrem persönlichen Durchschnittswert (64-Item-Gesamtwert). Das heißt also, dass bei der Fallgruppe dieses Problem näher zum eigenen Durchschnitt liegt als bei der Kontrollgruppe.

5.3.4 SF-36

Nicht normalverteilt sind im Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität folgende Variablen:

Beim gemeinsamen Test der Früh- und Spätgruppe:

- Emotionale Rollenfunktion, sowohl der rohe als auch die Z-transformierte Wert mit einer Signifikanz von 0,029.
- Körperliche Funktionsfähigkeit, sowohl der rohe als auch der Z-transformierte Wert mit einer Signifikanz von 0,052.

Beim gemeinsamen Test der Kontroll- und Spätgruppe:

- Emotionale Rollenfunktion, sowohl der rohe als auch die Z-transformierte Wert mit einer Signifikanz von 0,001.
- Körperliche Rollenfunktion, sowohl der rohe als auch der Z-transformierte Wert mit einer Signifikanz von 0,051.

Beim gemeinsamen Test der Kontroll- und Frühgruppe:

- Emotionale Rollenfunktion, sowohl der rohe als auch der Z-transformierte Wert mit einer Signifikanz von 0,010.

Beim gemeinsamen Test der Fall- und Kontrollgruppe:

- Körperliche Funktionsfähigkeit (roh und Z-transformiert): 0,050
- Körperliche Rollenfunktion (roh und Z-transformiert): 0,03
- Emotionale Rollenfunktion (roh und Z-transformiert): < 0,001

Diese Werte wurden gesondert mit dem Mann-Whitney- und dem Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test überprüft. Jedoch wurde bei keinem der Vergleiche eine Signifikanz festgestellt (Fall- und Kontrollgruppe; Früh- und Spätgruppe; Früh- und Kontrollgruppe; Spät- und Kontrollgruppe).

Beim T-Test waren die Vergleiche der Früh- mit der Spätgruppe und der Kontroll- mit der Frühgruppe unauffällig bei ebenfalls unauffälligem Levene-Test (alle Variablen waren hier homogen).

Beim Vergleich der Kontroll- mit der Spätgruppe waren zwei Variablen normalverteilt, aber im Levene-Test inhomogen: Bei „Körperliche Schmerzen“ lag der rohe als auch der Z-transformierte Wert bei einer Signifikanz von 0,026. Der T-Test zeigte auch hier keine Signifikanzen.

Im Vergleich der gesamten Fall- mit der Kontrollgruppe zeigten die gleichen beiden Variablen eine Inhomogenität beim Levene-Test: „Körperliche Schmerzen“ roh und Z-transformiert 0,047. Der T-Test blieb unauffällig.

Die Z-transformierten Werte sind noch in so weit interessant, da sie auf die Lebensqualität der Normalbevölkerung genormt sind. Wenn diese Werte positiv ausfallen, scheint die Lebensqualität der Patienten bzw. Probanden besser zu sein als die der Normpopulation. Sind sie negativ, kann man von einer subjektiv schlechteren Lebensqualität der untersuchten Probanden im Gegensatz zur Normpopulation ausgehen.

So sehen die Mittelwerte der Z-transformierten Daten der untersuchten Probanden aus:

TAB. 42: MITTELWERTE DER Z-TRANSFORMIERTEN DATEN DER UNTERSUCHTEN PROBANDEN

Subskala	Gruppe	Mittelwerte
Körperl. Funktionsfähigkeit	Frühabbrecher	-0,52
	Spätabbrecher	-0,72
	Kontrollgruppe	-1,37
Körperl. Rollfunktion	Frühabbrecher	-1,07
	Spätabbrecher	-1,38
	Kontrollgruppe	-1,09
Körperl. Schmerzen	Frühabbrecher	-1,15
	Spätabbrecher	-1,34
	Kontrollgruppe	-1,46
Allg. Gesundheitswahrnehmung	Frühabbrecher	-1,98
	Spätabbrecher	-1,39
	Kontrollgruppe	-1,42
Vitalität	Frühabbrecher	-1,41
	Spätabbrecher	-1,74
	Kontrollgruppe	-1,86
Soziale Funktionsfähigkeit	Frühabbrecher	-2,25
	Spätabbrecher	-2,26
	Kontrollgruppe	-2,32
Emot. Rollenfunktion	Frühabbrecher	-1,28
	Spätabbrecher	-1,83
	Kontrollgruppe	-1,67
Psych. Wohlbefinden	Frühabbrecher	-2,01
	Spätabbrecher	-2,18
	Kontrollgruppe	-2,05

Somit lässt sich sagen, dass die Lebensqualität der Patienten wie zu erwarten schlechter ausfällt als die der Normpopulation.

6. Diskussion

6.1 Fragestellung

In unserer Studie ging es in erster Linie darum, Unterschiede zwischen Therapieabbrechern und -vollendern in der Basisdokumentation und in vier standardisierten Fragebögen (PHQ-D, SCL-90-R, IIP-D und SF-36) zu finden, um eventuelle Therapieabbrecher in Zukunft durch ihre Antworten in den Fragebögen zu erkennen und einen Abbruch verhindern zu können.

Mit den Fragebögen konnten jedoch keine relativen Unterschiede zwischen den drei Gruppen (Frühabbrecher, Spätabbrecher und Vollender siehe „5.3 Fragebögen“) ausfindig gemacht werden. Dies könnte unter anderem daran liegen, dass die Fallgruppe mit 59 Personen relativ klein und die Anzahl der vorliegenden ausgefüllten Fragebögen nochmals kleiner war. Somit steht in dieser Arbeit die Auswertung der soziodemographischen Daten im Vordergrund und stellt den Kern der Ergebnisse dar.

In den soziodemographischen Daten wurde durch die Anpassung in Geschlecht, Alter und Diagnosen eine Aufhebung geschaffen, die mit der Aufteilung in Früh- und Spätabbrecher deutlich wurde. Es stellt sich deswegen die Frage, ob mit dieser Anpassung auch die Ergebnisse der Fragebögen so angepasst wurden, dass keine Signifikanzen mehr auszumachen sind. Man könnte argumentieren, dass je nach Altersgruppe bestimmte Charaktereigenschaften dominieren, als auch dass verschiedene Charaktereigenschaften zu einem psychosomatischen Krankheitsbild führen: Da durch unsere Anpassung gleiche Altersgruppen und sehr ähnliche Diagnosen in Fall- und Kontrollgruppe gegenüber stehen, würden somit auch ähnliche Charaktereigenschaften, Symptomausprägungen etc. zu einem homogenen Ergebnis führen. Vergleicht man andere Studien, so sind soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus und Familienstand) unterschiedlich starke Prädiktoren für einen

Behandlungsabbruch: In einigen Studien, wie der Metaanalyse von Sharf 2008, einer metaanalytischen Übersicht von 73 Studien zwischen 1990 und 2006 über den Abbruch aus der Psychotherapie, werden sie als schwache Prädiktoren gewertet (36), allerdings waren Behandlungserwartung, Motivation, Selbstvertrauen, Feindseligkeit und Impulsivität eines Patienten stärkere Prädiktoren für einen vorzeitigen Abbruch.

Fassino untersuchte 2003 86 Patienten mit Bulimia nervosa vor der Behandlung mit mehreren Fragebögen (37). Abbrecher waren zwar impulsiver und ärgerten sich öfter, waren weniger kooperativ und weniger selbstbestimmend. Allerdings gab es hier ebenfalls keine Unterschiede in klinischen und soziodemographischen Variablen, sowie unterschiedliches Ansprechen auf Fluoxetin.

Andere Studien jedoch fanden die soziodemographischen Daten, vor allem das Alter, als starke Prädiktoren: Bei Fenger 2010 (38) wurde einer naturalistischen Population 2473 stationärer, nicht-psychotischer Patienten psychotherapeutische Behandlung in einem psychischen Gesundheitszentrum angeboten. 27 % erschienen nicht, fast 11,7 % brachen die Therapie ab. Prädiktoren waren hier ein Alter unter 45 Jahren, niedriger Schulabschluss, keine Berufs- oder universitäre Ausbildung, Arbeitslosigkeit und Substanzabhängigkeit.

Die retrospektive Studie von Cornelissen 2010 (39) ergab Ähnliches: Es wurden pathologische Charaktereigenschaften bei 372 Patienten untersucht, die überwiegend Persönlichkeitsstörungen hatten. Mit Fragebögen, Interviews, Aufnahme- und Entlassungsbriefen wurde nach Prädiktoren gesucht. Diese waren in erster Linie ein junges Alter, zusätzlich Substanzmissbrauch und ein niedriger Global Assessment of Functioning (gaf)-Wert.

Bei Sonawalla 2002 (40) wurden 119 ambulante Patienten mit der Depression als Hauptdiagnose acht Wochen mit Fluoxetin behandelt, um danach in einer 26-wöchigen klinischen Phase die Unterschiede zwischen der Wirksamkeit von Fluoxetin alleine und Fluoxetin mit kognitiver Verhaltenstherapie zu vergleichen. Frühabbrecher brachen vor oder am 2. Termin ab, also innerhalb der ersten

zwei Monate. Spätabbrecher brachen frühestens am 3. Termin ab. Auch hier waren Spätabbrecher signifikant jünger als Therapievollender. Es gab aber keine signifikanten Unterschiede im Alter zwischen Früh- und Spätabbrecher oder zwischen Frühabbrecher und Therapievollender. Frühabbrecher und Therapievollender waren eher dazu geneigt, für eine größere Zeitspanne depressiv zu sein im Gegensatz zu den Spätabbrechern. Zusätzlich hatten Frühabbrecher öfter soziale Einschränkungen im Vergleich zu Therapievollendern.

Bei Baruch 1998 (41) wurden 134 junge Patienten unterschiedlicher Diagnosen zwischen 12 und 24 Jahren in einem Zentrum für psychoanalytische Psychotherapie zwischen 1993 und 1996 untersucht. Die Abbrecher waren jünger, hatten mehr Schul- und externalisierende Probleme wie z. Bsp. Aggressionen und Kriminalität und hatten mäßige bis schwere hyperkinetische oder Verhaltensstörungen. Therapievollender waren älter, hatten weniger externalisierende Probleme, waren selbstbezogen und wurden eher von unterstützenden Therapeuten behandelt.

Hier war das Alter sogar der am meisten signifikante Prädiktor für den Zeitpunkt des Abbruchs. Deshalb wurde die Gruppe in jüngere und ältere Heranwachsende geteilt: In der jüngeren Gruppe sagten die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit und eine Behandlung durch einen unterstützenden Therapeuten ein Fortführen der Therapie voraus. Die Diagnose einer Verhaltensstörung war eher ein Prädiktor für ein frühzeitiges Abbrechen der Therapie.

Bei Groeneveld 2009 (42), einer Studie über erhöhtes kardiovaskuläres Risiko, wurden männliche Bauarbeiter mit erhöhtem Risiko einer koronaren Herzkrankheit eingeladen, in einer Interventionsstudie mitzumachen, um den Zusammenhang zwischen Teilnahme bzw. Abbruch und Risikofaktoren zu eruieren. 20 % nahmen an der Studie teil, über 8 % brachen die Studie schon vor der ersten follow-up Messung ab. Die Abbrecher dieser Studie waren öfter Raucher und auch hier, bei dieser nicht-psychosomatischen Studie, ebenfalls jünger.

6.2 Studiendesign

In dieser Studie wurde die „matched pairs“-Technik angewandt, um möglichst strukturgleiche Patientengruppen zu bekommen. Durch die Anpassung der Kontrollgruppe an Geschlecht, Alter und Diagnosen konnte ausgeschlossen werden, dass genau diese Kriterien Selektionsbias hervorrufen.

Um eine größere Kontrollgruppe zu erreichen, wäre vielleicht die Anpassung ans Alter nicht nötig gewesen, da das Alter „keinen linearen Zusammenhang zur Prävalenz psychischer Störungen“ (4) aufweist. Ein Patient wurde sogar aus der Fallgruppe entfernt, da der einzig Passende in Geschlecht und Diagnose 20 Jahre älter war. Fraglich ist, ob ein einzelner Patient große Unterschiede in der Signifikanz unserer Ergebnisse gebracht hätte.

In anderen Studien waren weder Diagnose noch Geschlecht ein zuverlässiger Faktor, einen Therapieabbruch vorauszusagen (17, 43): Es gibt Studien, welche gleiche Abbruchraten für Männer und Frauen berichten (44, 45). Höhere Raten wurden für Essstörungen (46, 47, 48) und Persönlichkeitsstörungen (46) gefunden.

In vielen anderen Studien wurde die Kontrollgruppe nicht abgestimmt, sondern aus einer Population von Patienten die Abbrecher gesucht und diese mit den regulären Therapieverbleibern verglichen (49), teilweise wurde zusätzlich die Abbrecherquote prospektiv aus einer Population bestimmt (50). Oft hat man sich auf eine Diagnose konzentriert, wie z. Bsp. depressive (49), Ess- (51, 52, 37) oder neurotische Störungen (53). Dabei gab es unterschiedliche Prädiktoren für einen Drop-out bei verschiedenen Diagnosen: Bei den neurotischen Störungen haben eher ältere und verheiratete Patienten abgebrochen. Bei dem Geschlecht des Patienten, seiner Stellung im Berufsleben und dem Abstand des Wohnorts zur Klinik gab es keine Assoziation zum frühzeitigen Abbruch (53). Bei den Essstörungen waren das Geschlecht, das Alter (51) und andere soziodemographische Variablen (52, 37) nicht entscheidend, jedoch waren Abbrecher z. Bsp. impulsiver, weniger kooperativ (37, 52) und temperamentvoller (52). Hingegen haben, und dies

nicht nur bei den depressiven Störungen (49), eher jüngere Patienten (54), Patienten mit weniger Einkommen (54) und kulturelle Minderheiten abgebrochen. Gerade wegen solcher Unterschiede sollten die Diagnosen getrennt betrachtet werden.

Zur Definition des Behandlungsabbruchs gibt es in der Literatur keinen Konsens, sodass sogar die Abbruchraten je nach Definition in einer Studie andere sein können (6). Allerdings zeigt eine Metaanalyse, dass unterschiedliche Definitionen die Raten nicht veränderte (36). Aber ein Abbruch sollte nicht nur über die Dauer der Therapie definiert werden, da auch frühe Entlassungen zur Linderung der Beschwerden führen können (55, 14). Deshalb wurden nur Patienten in die Studie genommen, bei denen im Entlassungsbrief ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass die Therapie gegen den Rat des Therapeuten frühzeitig beendet wurde.

6.3 Unterteilung in Früh- und Spätabbrecher

Da die Kontrollgruppe in Alter und Diagnosen der Fallgruppe angepasst wurde, ist es voraussehbar, dass sie sich, solange die Fallgruppe nicht in Früh- und Spätabbrecher aufgeteilt wird, sehr ähneln. Schließlich sind bei gleicher Altersstufe ähnlich viele Patienten in Ausbildung bzw. im Beruf und haben bei ähnlichem Alter einen ähnlichen Stand der Wohnsituation erreicht: mit Eltern → alleine → mit Partner → mit Kindern.

Somit kann man sagen, dass Früh- und Spätabbrecher sich gegenseitig in manchen soziodemographischen Daten aufheben, da erst bei einer Aufteilung Unterschiede ausgemacht werden konnten (siehe 5.2 Soziodemographische Daten). Diese Aufteilung erschien in dieser Studie logisch und sinnvoll, da bei der Analyse der Daten ein zweigipfliger Verlauf in der Therapiedauer der Abbrecher entdeckt wurde. Da das Therapieergebnis mit der Aufenthaltsdauer korreliert (56), kann das Outcome der beiden Gruppen variieren. Grob gesagt

beendeten unsere Abbrecher die Therapie in der ersten Woche oder erst wieder nach 2 Wochen.

In vielen früheren, aber auch aktuellen Studien wurde auf so eine Unterteilung, sei es nun bewusst oder unbewusst, verzichtet, wie z. Bsp. bei der Studie von Grave et al. (57): Hier wurden im stationären Setting 111 reguläre Therapiebeender und 34 Therapieabbrecher mit Essstörungen verglichen, wobei die regulären Beender im Schnitt 123 Tage blieben, die Abbrecher 38 Tage. Zwar konnten Unterschiede gefunden werden, vor allem im Bildungsstatus, jedoch fehlt eine Unterteilung der Abbrecher. Durch eine Unterteilung, soweit sie möglich gewesen wäre, hätten sich eventuell weitere Effekte finden lassen. Dies wäre wünschenswert gewesen, da es in der Studie nur um Essstörungen geht und mögliche Bias, die Diagnosen betreffend, unterbunden wären.

Jedoch bleibt die Frage offen, ob die Unterschiede ohne Anpassung an Geschlecht, Alter und Diagnosen auch ohne Aufteilung ersichtlich wären.

Eine Unterteilung ist gerechtfertigt, da es auch andere Studien gibt, die unsere Ergebnisse bestätigen, dass es zwei verschiedene Patientenkollektive gibt (5, 41, 58). Bei Zwerenz et al. waren die „frühen Abbrecher häufiger Männer, sie gaben eine längere Krankheitsanamnese an [und] wurden vom Therapeuten bei Aufnahme weniger zur Behandlung motiviert [...] als die späten Abbrecher“ (5).

In unserer Studie war die Zahl der Männer zu klein, um hier eine signifikante Aussage machen zu können. Krankheitsanamnese und Behandlungsmotivation konnte über den statistischen Datensatz nicht überprüft werden. Allerdings wäre dies ein Ansatz für die Datensammlungen weiterer Studien.

In einer anderen Studie (58) wurden vor allem die Ergebnisse des BSI – Brief Symptom Inventory, eine Kurzform des SCL-90-R, ausgewertet. Der BSI ist ein Fragebogen, mit dem man die subjektive Beeinträchtigung durch psychische und physische Symptome erfassen kann; in dieser anderen Studie wurde es benutzt, um herauszufinden, ob sich die ambulant behandelten Patienten in der Nachsorge im Vergleich zur Aufnahme gebessert, verschlechtert haben oder gleich geblieben sind. Hier ist ebenfalls zu sehen, dass sich die gesamte

Abbrecherzahl und die regulären Therapiebeender nicht unterscheiden. Jedoch konnte bei einer Unterteilung der Abbrecher erkannt werden, dass die frühen Abbrecher eine größere Anzahl an „Worse cases“, also schlechteren Ergebnisse in der Nachsorge haben als die Spätabbrecher. Zusätzlich wurden die Therapeuten- und Patienteneinschätzungen verglichen, ebenfalls mit signifikanten Unterschieden zwischen den einzelnen drei Gruppen.

Eine weitere, etwas ältere Studie, betrachtete stationär aufgenommene Patienten mit Anorexia nervosa (59): Die Patienten wurden in drei große Gruppen aufgeteilt: Gruppe A brach die Behandlung in der ersten Phase ab, Gruppe B in der zweiten Phase und Gruppe C brachte die Therapie zum vorausgeplanten Zeitpunkt zu Ende. Gruppe A wurde nochmals separiert in A1 („early drop out“), welche innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme abbrachen und A2 („late drop out“), welche innerhalb der zweiten Woche nach Aufnahme und am Anfang der zweiten Therapiephase aufhörten.

Die gesamte Drop-out-Rate betrug in dieser Studie von Vandereycken 50 Prozent, in denen die frühen Abbrecher der A-Gruppe signifikant älter waren als die späten Abbrecher der B-Gruppe. Letztere wiederum war auch jünger als die regulären Beender.

Bei unserer Studie ist es genau umgekehrt: Die frühen Abbrecher sind die jüngeren, die späten eher die älteren Patienten. Dies kann daran liegen, dass ältere Patienten „die stationäre Rehabilitation eher vorziehen als jüngere“ (60) und vorab mit eher positiver Einstellung auf Station gehen. Ein Vergleich mit den regulären Beendern ist aufgrund der Anpassung an Alter, Geschlecht und Diagnosen nicht möglich. Diese widersprüchlichen Ergebnisse sind zum einen Teil zu erklären durch unsere Vielzahl an Diagnosen. Vergleicht man das Alter zwischen Früh- und Spätabbrechern der Patienten mit Essstörungen in unserer Studie und lässt Patienten mit anderen Diagnosen unberücksichtigt, so erhält man 12 Frühabbrecher mit einem Durchschnittsalter von 24,33 Jahren und 5 Spätabbrecher mit einem Durchschnittsalter von 23,8 Jahren. Dies ist mit dem Independent Samples T-Test jedoch nicht signifikant. Ansonsten hätten wir das Ergebnis bestätigen können. Schließlich geht es in der Studie von

Vandereycken ausschließlich um Patienten mit Essstörungen, bzw. Anorexia nervosa. Vielleicht liegt es daran, dass die Therapiedauer von Vandereycken und unsere nicht ganz kongruent ist: unsere Frühabbrecher gleichen hier zwar der Gruppe A1, aber unsere Spätabbrecher hörten nicht innerhalb der 2. Woche, sondern eher mit Anbruch der 3. Woche mit der Therapie auf.

Es wurde bei Vandereycken des Weiteren herausgefunden, dass der Bildungsstatus bei den regulären Therapiebeendern deutlich höher war als in der Gruppe der frühen Abbrecher (Gruppe A). Ebenso korrelierte dies mit dem Sozialstatus: Hier war ebenfalls die Gruppe C der Nicht-Abbrecher höher gestellt als die Abbrecher. Dies könnte die Erklärung sein, warum die Abbrecher der Gruppe A trotz höheren Alters, welcher mehr Möglichkeiten einer Weiterbildung entspricht, einen niedrigeren Bildungsstatus aufweisen: Schließlich korrelieren Sozial- und Bildungsstatus miteinander.

In unserem Fall gab es keine Signifikanzen dazu, dass Frühabbrecher öfter Abitur hatten als Spätabbrecher mit $p = 0,07$. Somit ergab sich bei uns zwar kein widersprüchliches Ergebnis, aber bestätigen können wir Vandereycken ebenfalls nicht. Es ist allgemein bekannt, dass die Rate der Abiturienten in den letzten zwei Jahrzehnten stark angestiegen ist. Da die Frühabbrecher wesentlich jünger waren als die Spätabbrecher, könnte bei uns ein Selektionsbias stattgefunden haben. Es kann sein, dass die Studie von Vandereycken noch nicht diesem Selektionsbias unterworfen war, da diese schon 1983 ausgewertet wurde. Warum bei uns Frühabbrecher vor allem Essstörungs- bzw. Anorexie-Patienten sind und Spätabbrecher vor allem an depressiven Störungen leiden, bleibt ungeklärt. Allerdings zeigte Fassino 2006 (61), dass bei Anorexie-Patienten die Selbstdisziplin und das übermäßige Kontrollverhalten im Zusammenhang stehen mit einem Temperament, das anfällig ist für Aggressivität bei gleichzeitiger Angst, erwachsen zu werden (61). Das Wechselbad der Gefühle zwischen Angst und Aggressivität könnte zu Impulsivität und deswegen zu vorzeitigen Behandlungsabbrüchen führen. Zudem findet sich oft eine „Krankheitsverleugnungstendenz vieler anorektischer Patienten“ (62).

Die Spätabbrecher sind bei uns eher Patienten mit depressiven Erkrankungen. Ihren späten Abbruch könnte man durch die Antriebsstörung und Denkhemmung (63) erklären, die zur Klinik der Diagnose einer Depression dazugehören. Somit könnte ein schon früh aufgetretener Wunsch, die Behandlung zu beenden, lange hinausgezögert werden. Außerdem könnte eine bestehende Krankheitseinsicht dazu führen, dass der Patient länger darauf wartet, dass ihm geholfen wird.

6.4 Soziodemographische Daten

Was die soziodemographischen Daten betrifft, so kamen einige Studien zu dem Schluss, dass ein niedriger sozialer Status ein Prädiktor für frühzeitigen Behandlungsabbruch ist (64). In der Studie von Löffler-Stastka et al., in der nach Prädiktoren eines ambulanten Therapieabbruchs gesucht wurde, wird zum Beispiel erwähnt, dass „in der Stichprobe [der Abbrecher] ein relativ hohes Bildungsniveau mit geringem beruflichen Erfolg einhergeht“ (65).

Dieser These versuchten wir nachzugehen: Das Bildungsniveau setzen wir mit dem Schulabschluss gleich, den beruflichen Erfolg mit dem beruflichen Status. Jedoch lässt sich diese These hier nicht bestätigen. Dies liegt vor allem an der Einteilung. „Erwerbslos“ kann in unserer Studie sowohl die Rente nach jahrelanger Berufstätigkeit bedeuten, als auch Arbeitslosigkeit und Hausfrau bzw. -mann. „Erwerbstätig“ schließt Beamte, Selbstständige und Angestellte mit ein. Somit kann man nicht unterscheiden zwischen höherem und geringerem beruflichen Status. Die angegebenen verschiedenen Berufe bzw. die Gründe der Erwerbslosigkeit sind sehr breit gefächert: Allein schon bei dem Beispiel der „Rente“ gab es Abstufungen: Alters-, Witwen-, Berufsunfähigkeit- und Frührente. Sobald man die Patientenzahlen der einzelnen Berufsgruppen auseinander fächert, sind diese zu klein, um damit rechnen zu können. Deshalb erschien uns unsere Einteilung als einzig sinnvolle, um aussagekräftige Ergebnisse zu bekommen.

Wiederum gelten bei dem Bildungsniveau als auch bei der beruflichen Situation individuelle Ergebnisse. Sie können ein großer Prädiktor sein, ob jemand zufrieden ist oder nicht. Allerdings ist wohl dies der Ansatz der These: Wenn jemand einen subjektiv guten Schulabschluss besitzt und einen subjektiv schlechten beruflichen Status einnimmt, ist Unzufriedenheit vorprogrammiert und kann somit eine psychosomatische Störung negativ beeinflussen. Beides lässt sich nicht objektiv einordnen. Allerdings wäre genau diese Frage nach der Zufriedenheit mit dem Schulabschluss und der beruflichen Situation und ob dem Patienten dieses überhaupt wichtig ist, bedeutend für weitere Studien. Dies könnte schließlich ein wichtiger Prädiktor sein: Nicht nur für das Auslösen einer psychosomatischen Krankheit, sondern auch für den Abbruch einer Therapie, da man sich, durch die Verbitterung, nicht sein Ziel erreicht zu haben, nicht auf eine Therapie konzentrieren kann bzw. möchte.

Beispiele hierfür findet man in mehreren Studien: Zum einen bei Baumeister 2007, in der festgestellt wurde, dass die Risikofaktoren der Entwicklung psychischer Störungen nicht nur das weibliche Geschlecht, sondern auch niedriger sozialer Status und fehlende Berufstätigkeit ist (3), wobei letzteres auch bei Lang 2006 signifikant war (50). In der Studie von Fenger 2010 (38) war ein Prädiktor für einen Drop-out ein niedriger Schulabschluss (es wurde „nur“ die gesetzliche Mindestverweildauer in einer Schule von 9 bis 11 Jahren abgeleistet) und keine Berufs- bzw. universitäre Ausbildung. Bei Arnow 2007 hatten Therapieabbrecher signifikant häufiger niedrigeres Einkommen (49).

Bei uns gab es keine Unterschiede im beruflichen Status zwischen Abbrechern und Vollendern. Jedoch waren unsere Spätabbrecher öfter erwerbstätig als die Frühabbrecher. Umgekehrt zeigte sich das nicht: Die Frühabbrecher waren nicht öfter erwerbslos oder in Ausbildung als die Spätabbrecher. Bei Morlino 2007 allerdings zeigte sich konträr dazu, dass der Bildungsstand keine Rolle spielte (51), was sich eher unserem Ergebnis ähnelt: Wie erwähnt zeigte der Schulabschluss der einzelnen Gruppen keine signifikanten Unterschiede.

Das „Vorhandensein einer Partnerschaft“ war bei Klauer 2007 ein überzeugender Prädiktor für Therapieabbrüche (66), allerdings gab es bei dem Familienstand unserer Abbrecher mit den Therapievollendern keine Unterschiede. Nur bei der Teilung zwischen Früh- und Spätabbrecher zeigte sich, dass Spätabbrecher öfter einen Partner oder Kinder hatten als Frühabbrecher. Diese wiederum lebten öfter mit den Eltern zusammen als Spätabbrecher. Zusätzlich hatten die Frühabbrecher seltener als die Spätabbrecher Kinder.

Anders als bei Sonawalla 2002, bei dem das Alter kein Prädiktor zwischen Früh- oder Spätabbrecher war (40), waren unsere Frühabbrecher signifikant jünger als die Spätabbrecher. Bei Mussgay 2001 werden unsere Ergebnisse bestätigt: Hier neigten Patienten höheren Alters und mit Partner eher zu späten Abbrüchen (45), ebenso bei Lang 2006: Hier waren Abbrecher jünger und nicht berufstätig (50).

Bei uns ergaben sich zusätzlich signifikante Ergebnisse beim Vergleich der Hauptdiagnosen: Patienten mit Somatoformen Störungen waren älter als ohne Somatoforme Störungen. Patienten mit Essstörungen waren jünger als ohne Essstörung. Anhand von epidemiologischen Daten lässt sich dies am Beispiel der Anorexia nervosa nachvollziehen: Sie wird bei den 12- bis 18-Jährigen mit einer Häufigkeit von 0,8-1 % (62), bei den 18- bis 64-Jährigen mit einer Lebenszeitprävalenz von 0,7 % (67) in der Allgemeinbevölkerung angegeben. Eine Erklärung für das bevorzugte Erkrankungsalter in der Pubertät könnte der „einsetzende Anstieg der weiblichen Geschlechtshormone“ sein (68).

Patienten mit Somatoformen Störungen haben bei den 18- bis 64-Jährigen eine höhere Lebenszeitprävalenz von 12,9 % (67). Jedoch treten nach Wittchen 1999, anders als bei unseren Ergebnissen, psychische Störungen wie z. Bsp. die Somatoforme Störung in jeder Altersgruppe der 18- bis 65- Jährigen ähnlich häufig auf (69).

6.5 Fragebögen

Durch die Auswertung der Fragebögen sollte herausgefunden werden, ob es testspezifische Unterschiede zwischen Abbrechern und regulären Therapiebeendern gibt, bzw. ob diese sich mit den von uns gewählten Instrumenten abbilden lassen.

Durch das Design der Studie konnten wir Patienten, die miteinander vergleichbar waren, auf Unterschiede der Fragebogenergebnisse untersuchen. Manche unserer Fragebögen wurden auch in anderen Studien verwendet:

Bei Zwerenz et al. (5) wurde in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation der SCL-90-R eingesetzt. Hier gaben bei der Aufnahme die Abbrecher in der Selbsteinschätzung weniger Distress (GSI) an, also weniger negativen Stress. Bei Entlassung war der selbst eingeschätzte GSI in den beiden Patientengruppen (vorzeitig und regulär entlassene Patienten) nicht voneinander verschieden. Ähnlich bei Junkert-Tress 2000 (43) war der GSI jedoch bei Abbrechern geringer (0,66) als bei den regulären Beendern (0,90).

In der Studie von Löffler-Stastka et al. (65) wurde der Verlauf von ambulanten psychoanalytischen Behandlungen untersucht. Halbjährlich füllten die Patienten den SCL-90-R und den IIP-D aus, während von Halbjahr zu Halbjahr ein Teil der Patienten abbrach und somit keinen Fragebogen mehr ausfüllte. Erst beim dritten Zeitpunkt, also zwischen einem und eineinhalb Jahren konnte vorhergesagt werden, dass ein Patient, der sich im SCL-90-R in seiner Selbsteinschätzung als depressiv erwies, zu 93,8 % in der Therapie bleiben würde. Bis dahin war der IIP-D noch immer nicht signifikant. Dies passt ebenfalls zu unserem Ergebnis, dass depressive Patienten eher Spätabbrecher sind. Wobei die Vergleichbarkeit einer ambulanten mit einer stationären psychotherapeutischen Behandlung und den Abbrüchen natürlich eingeschränkt bewertet werden muss.

Beim vierten und fünften Zeitpunkt, d. h. zwischen eineinhalb und zweieinhalb Jahren war eine „Weiterführung der Therapie zu über 90 % wahrscheinlich“,

wenn ein Patient sich „in seiner Selbsteinschätzung als wenig „autokratisch / dominant“ im IIP-D und „als kaum phobisch“ im SCL-90-R erwies.

Hier wird deutlich und auch diskutiert, dass sowohl der IIP-D als auch der SCL-90-R „erst spät im Verlauf hinsichtlich der prädiktiven Qualität und Aussagekraft signifikant werden“. Durch diese Studie konnten Prädiktoren für eine Weiterführung der Therapie erkannt werden. Die Prädiktoren eines vorzeitigen Abbruchs, die sich schon von Beginn an gegenüber der Therapievollender unterschieden, waren eine höhere Somatisierungstendenz, die Abbrecher waren „sozial weniger kompetent“ und „gleichzeitig weniger passiv“. Therapieverbleiber zeigten eine stärkere projektive Identifizierung als Abbrecher, was sich jedoch im Verlauf umkehrte, sodass die Werte der Abbrecher stiegen, während sie bei den Therapieverbleibern sanken. Darüber hinaus gab es einige Variablen, die erst mit der Zeit signifikant wurden, aber bei beiden Gruppen identische Ausgangswerte zeigten (Attribuierungsbereitschaft und Hypochondrie stiegen bei Abbrechern, sanken bei Vollendern. Bei Therapieverbleibern nahm das externalisierende und projizierende Verhalten ab, während es bei den Abbrechern anstieg).

Die Abbrecher der Studie von Ogradniczuk et al. (70) weisen im SCL-90-R einen signifikant höheren GSI-Wert auf: Das Risiko eines vorzeitigen Abbruchs wuchs mit größerem psychiatrischen negativen Stress und weniger Kontakt zu Gesundheits- und Sozialsystemen. Beim Vergleich der Resultate des IIP-Fragebogens konnten keine signifikanten Unterschiede ausgemacht werden.

Man sieht, dass frühere Studien nicht immer die gleichen Ergebnisse haben. Während bei Zwerenz (5), einer Studie über stationäre Therapieabbrecher aller Diagnosegruppen, weniger negativer Distress (niedriger GSI) ein Prädiktor für einen Therapieabbruch darstellte, bewies Ogradniczuk (70) in einer Studie über Abbrecher einer Tagesklinik für Persönlichkeitsstörungen das Gegenteil. Somit ist negativer Distress ein unsicherer Prädiktor.

Bei anderen Studien wie bei Löffler-Stastka (65) waren manche Prädiktoren, wie zum Beispiel ein Anstieg der Hypochondrie, nicht von Anfang an eruierbar,

da sich diese erst mit der Zeit entwickelten. Allerdings ist dies nicht Bestandteil unserer Arbeit, da wir nach Prädiktoren suchen, die man am Anfang eines stationären psychosomatischen Aufenthalts erheben und erkennen kann.

Zu den anderen beiden Fragebögen, PHQ-D und SF-36 konnten nicht genügend passende Referenzen gefunden werden, welche unsere Ergebnisse untermauern bzw. widerlegen könnten. Das liegt vielleicht daran, dass der PHQ eher hilfreich für die Festlegung einer Diagnose und weniger für die Suche nach Charaktereigenschaften zu benutzen ist (26).

Man muss an dieser Stelle eingestehen, dass bei uns eine niedrige Fallzahl wahrscheinlich limitierend für die Aussagekraft war. Schließlich wurden nicht bei allen Patienten die Fragebögen durchgeführt bzw. dieses wurde nicht dokumentiert. Zusätzlich waren die Resultate einzelner Patienten durch die unvollständige Beantwortung nicht brauchbar.

Eine weitere Frage ist, ob die verwendeten Fragebögen unserer Studie geeignet sind, einen Abbruch vorauszusagen. Nicht alle Fragebogen sind so geeignet wie anfänglich gedacht, was man zum Beispiel an Jochim's PT-Skala sehen konnte, welche 1974 nach ihrer Entwicklung mit über 90 % voraussagen konnte, ob der Patient die Therapie frühzeitig beendet. Kelner zeigte 1982 jedoch, dass die Auswertung hohe Fehlerraten zeigte (71).

Der SCL-90-R scheint ein geeignetes Instrument zu sein, um die „Schwere der akuten Symptomatik“ abzubilden, jedoch weniger „die Art der Symptomatik zu erfassen“ (72). Man hätte erwarten können, dass Patienten mit subjektiv schwerer Symptomatik eher an der Therapie festhalten, als sie abubrechen. Allerdings wurde zum Beispiel bei Chiesa et al. 2000 kein Unterschied zwischen Abbrechen und regulären Beendern bei diesem Fragebogen gefunden (44), allerdings ging es hier vor allem um Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Eine Konsequenz dieser Untersuchung könnte sein, dass bei stationärer Aufnahme oder bereits im Ambulanzkontakt vor stationärer Aufnahme die Basisdokumentation um zusätzliche Fragebögen erweitert würde, um eventuell in diesen Prädiktoren für Therapieabbrüche ausmachen zu können. Beispiele wären der „NEO Personality Inventory“ bzw. der NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren-

Inventar) (73). Oder der „Butcher Treatment Planning Inventory“, der bereits Abbrüche voraussagen konnte (74).

Geeignet scheint auch der Gießener Beschwerdebogen (75): Dieser erleichtert die Unterscheidung zwischen objektivierbarer Symptomatik, subjektivem Leiden und Symptomen mit organischem Korrelat. Hier wäre eine Hypothese, dass stärker leidende Patienten mit organischem Korrelat eher die Therapie vollenden als Patienten ohne organisches Korrelat und weniger Leidensdruck (75). Dieser Test wurde in seiner Validität unter anderen mit dem von uns angewandten IIP verglichen (76).

Bestimmte Vorstellungen zum eigenen Körperbild könnten ebenfalls einen Abbruch voraussagen, weswegen der „Fragebogen zum Körperbild“ (FKB-20) mit guter Validität (77) interessante Ergebnisse bringen könnte. Mit einem Fragebogen zum Körperbild wurden schon Unterschiede festgestellt: Patienten mit Depressionen haben ein ähnliches Körperbild wie Patienten mit Somatoformen Störungen. Dieses ist aber unterschiedlich zum Körperbild von Anorexie-Patienten (78). Diese Aufteilung erinnert in etwa den Spät- und Frühabbrechern unserer Studie in ihren Diagnosen. Es könnte sein, dass mit dem FKB-20 ein Prädiktor für den Zeitraum eines eventuellen Abbruchs wenn nicht sogar ein Prädiktor für einen Therapieabbruch selbst gefunden werden kann.

6.6 Ausblick auf zukünftige Studien

Um den Erfolg einer Prävention von frühzeitigen Abbrüchen ermitteln zu können, wäre es hilfreich, Therapieabbrecher in den EDV-Datensätzen der Patientenlisten leichter erkennbar zu machen, um Studien und Auswertungen zu erleichtern. Somit wäre die Suche nach Abbrechern schneller und effizienter. Für diese Studie mussten die einzelnen Entlassungsbriefe jedes Patienten durchgelesen werden, um einen Abbrecher als solchen identifizieren zu können. Abbrecher könnten durch eine Kennzeichnung in der Datenbank

leichter gezählt werden, sodass für jede Klinik eine Drop-out-Rate pro Jahr errechenbar wäre. Somit könnte der Erfolg unterschiedlicher Präventionen in verschiedenen Kliniken miteinander verglichen werden.

Fraglich ist auch, ob es stationäre Patienten gibt, die nach dem 28. Behandlungstag abbrechen. Diese könnten zu den Spätabbrechern gehören oder eine vollkommen neue Gruppe mit anderer Diagnosenaufteilung darstellen, die man gesondert betrachten und deren Abbruch auch gesondert vorgebeugt werden sollte.

Wichtig auch für zukünftige Studien ist vor allem die konsequente Dokumentierung der Aufenthaltsdauer, klinikbezogener und soziodemographischer Daten mit ähnlich oder sogar gleich formulierten Fragen, Antwortmöglichkeiten und Ablagesystemen, um die Antworten schnell auffindbar und kategorisierbar zu machen. Klinikbezogene und soziodemographische Daten sollten zudem standardisiert werden. Somit wäre der Vergleich unter den Patienten und zwischen den Kliniken nicht nur vereinfacht, sondern in manchen Fällen sogar erst möglich.

Weiterhin wäre es interessant zu wissen, wie das Follow-Up sich von Abbrechern und regulären Therapiebeendern unterscheidet. Sicherlich könnte man sich auch einen Unterschied im Outcome von Früh- und Spätabbrechern vorstellen, der schon in manchen Studien dokumentiert wurde. Schließlich war auch beim PHQ-D im Vergleich der Symptomzahl schon bei Aufnahme und Entlassung ein Unterschied zu bemerken: Die Kontrollgruppe hatte die höchste Minderung der Symptomzahl verschiedener Syndrome und die Spätabbrecher hatten in manchen Syndromen eine Verringerung, jedoch weniger als die Kontrollgruppe. Die Frühabbrecher hatten fast keine Minderung der Symptomzahl.

Allerdings könnte man sich vorstellen, dass besonders bei den Frühabbrechern, zu denen vor allem junge Patienten mit Essstörungen gehören, ein Abbruch nicht unbedingt als negativ gewertet werden muss. Ein Abbruch könnte im positiven Sinn die Loslösung von übergeordneten Strukturen sein, und ein eigenständiges, selbstverantwortetes Handeln bedeuten. Somit wäre dies ein

entscheidender Fortschritt in der Therapie. Gleichzeitig kann der Abbruch aber auch das Gegenteil bedeuten, nämlich, dass der Patient partout seine Autonomie herstellen will und die Notwendigkeit von Hilfe und Abhängigkeit verleugnet.

Da wir die Fallgruppe auf die Kontrollgruppe in u. a. den Diagnosen abgestimmt haben, kann mit dieser Arbeit nicht gesagt werden, ob die Diagnose als Prädiktor eines Abbruchs gewertet werden kann. Die häufigsten in der Primärversorgung psychiatrischen Erkrankungen sind in Deutschland die akute Depression und die generalisierte Angsterkrankung (79). Zwar haben Essstörungen als Diagnose zugenommen, sind aber immer noch eine eher seltene Störung, bezogen auf die Gesamtbevölkerung (79). Wenn die Anzahl der Abbrecher bei beiden Diagnosen gleich groß, jedoch die Diagnose einer Depression im stationären Aufenthalt größer ist, könnte beispielweise eine Anorexie ein Prädiktor für einen Drop-out sein.

Deshalb sollte in zukünftigen Studien nach Prädiktoren in einzelnen Diagnosegruppen gesucht werden, was des Öfteren schon durchgeführt wurde (52, 80, 81, 82, 83). Z. Bsp. bei Fassino 2002 (52): Hier gab es bei einer Patientengruppe mit Anorexia nervosa keine Unterschiede in den soziodemographischen Variablen, jedoch wurde mit mehreren Fragebögen (Eating Disorder Inventory-II (EDI-II), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Temperament and Character Inventory (TCI)) mit Erfolg nach psychopathologischen und charakterlichen Prädiktoren für einen Drop-out gesucht. Der Gewichtsverlauf bei Anorexie kann also ein guter Prädiktor für einen Drop-out sein (81), aber auch andere Variablen wie seltener zusätzliche Depressionen (80) oder der Grad des Narzissmus (84). Auch gibt es in anderen Studien andere soziodemographische Daten, die signifikant waren. In unserer Studie konnten diese jedoch nicht beachtet werden, weil sie retrospektiv war und wir somit mit den Daten arbeiteten, die vorlagen. In der Studie von Lieberz 2000 wurde z. Bsp. festgestellt, dass vor allem Einzelkinder die Behandlung abbrachen (48).

Der detaillierte Grund für den Abbruch war in unserer Studie nicht evaluierbar, da er in den Entlassungsbriefen nicht zitiert und wahrscheinlich oft aus Sicht des Therapeuten geschrieben wurde. Es ist fraglich, ob eine Beschwerde gegen den Therapeuten im Arztbrief zitiert worden wäre, jedoch gibt es durchaus multiple Beschwerden verschiedenen Ursprungs (85), die einen Abbruch der Therapie riskieren (51). Außerdem wurde in den Briefen immer nur ein Grund genannt, obwohl oft mehrere Gründe nebeneinander existieren, wie bei Barghaan 2005 in 80 % der Fälle (86) oder bei Barghaan 2001 „bei fast allen vorzeitig Entlassenen“ (87). Bei Letzterem konnten die meist genannten Gründe auf drei reduziert werden: „Unerfüllter somatischer Behandlungswunsch“, „erlebter Mangel an hilfreichen Behandlungsangeboten“ und „soziale Interaktionsschwierigkeiten in der Klinik und zusätzliche klinikinterne und -externe Randprobleme“.

Diese Einteilung bei Barghaan 2001 konnte nicht übernommen werden, da diese Ursachen von den Patienten als Kombination angegeben wurde. Ein erlebter Mangel an Behandlungsangeboten schließt außerdem einen unerfüllten somatischen Behandlungswunsch mit ein und deckt die Faktoren, die sich außerhalb der Klinik abspielen, nicht ab. Deshalb wird in dieser Studie unsere Einteilung „Externe Gründe“, „Interne Gründe“ und „Persönliche Gründe“ verwendet. Natürlich können die Gründe nebeneinander existieren (87).

Obwohl in dieser Studie weder Früh- noch Spätgruppe signifikant öfter aus demselben Grund abbrachen, brachen die Patienten mit Somatoformen Störungen eher aus internen Gründen ab. Dies schließt u. a. den Wunsch nach somatischer Diagnostik und Unzufriedenheit mit der Therapie ein und ist somit aufgrund der Diagnose nachvollziehbar. Patienten mit Essstörungen hingegen gaben öfter Persönliche Gründe an, wie keine Motivation und Heimweh. Das verwundert ebenfalls nicht, da die Frühabbrecher sowohl öfter Essstörungen hatten, als auch jünger waren. Dass diese Ergebnisse an der Einteilung in dieser Studie liegen können, ist nicht auszuschließen, allerdings konnte in der Literatur keine bereits angewandte Einteilung gefunden werden. Für die Abbruchgründe sollte für zukünftige Studien nach einer bestmöglichen Einteilung gesucht werden, da diese für die Prävention entscheidend sind:

Bricht der Patient aus externen Gründen, wie z. Bsp. einen vorher geplanten Urlaub ab, so ist dies weniger vermeidbar als eine Kritik am Behandlungsangebot.

Das Augenmerk auch auf die regulär Entlassenen zu richten scheint im ersten Moment unlogisch, jedoch hätte man hier durch Interviews feststellen können, ob manche Patienten die Behandlung hätten abbrechen wollen. Solche „inneren Abbrüche“ können das Outcome der regulär Entlassenen verfälschen, da das Behandlungsergebnis vergleichsweise schlecht ist wie bei Abbrechern (86). Vergleichbar wäre dies mit mangelnder Motivation (88). Eine andere Studie zeigt jedoch, dass selbst die „motivationale Ausgangslage“ keine Behandlungsabbrüche voraussagt (12). Die Motivation im Verlauf der Therapie könnte aber signifikante Ergebnisse hervorbringen.

Retrospektiv nicht zu evaluieren ist auch die Beziehung zum Therapeuten: anfänglicher Therapeutenwechsel (89) oder unterschiedliche Vorstellungen von der Therapie (90, 91) sind ebenfalls als Prädiktoren eines Abbruchs bekannt.

Zusammenfassend haben wir zwar klinikbezogene und soziodemographische Daten, die wir zur Erkennung eines Abbruchskandidaten heranziehen könnten. Jedoch wäre es hilfreicher, wenn wir einen Vergleich mit dem Gesamtkollektiv der Psychosomatik Tübingen hätten, um Alter, Geschlecht und Diagnosen vergleichen zu können. Seit circa 2008 werden in Tübingen die Fragebögen von Patienten digital ausgefüllt. Zumindest bei den Fragebögen könnte unsere Studie in ein paar Jahren nochmals durchgeführt werden, um einen größeren Datensatz in den Fragebögen auswerten zu können.

Die „matched pairs“-Technik würde ich weiteren Studien empfehlen, wenn diese auf Ergebnisse aus Fragebögen Wert legen. Allerdings kann man, wenn man auf Geschlecht, Alter und Diagnose angleicht, nicht herausfinden, ob wirklich eher jüngere Patienten oder Patienten einer bestimmten Diagnosegruppe vorzeitig die Therapie abbrechen. Deshalb würde ich eher große Patientenzahlen retrospektiv aus den Basisdokumentationen der Klinik entnehmen und diese ohne „matched pairs“-Technik untersuchen, damit sich die soziodemographischen Daten nicht durch die Angleichung aufheben.

Mit der „matched pairs“-Technik kann man bestimmte Selektionsbias unterbinden, da dadurch ausgeschlossen ist, dass ein 13-jähriges Mädchen mit Anorexie mit einem 70-jährigen Rentner mit Depressionen verglichen wird. Zwei Personen gleichen Alters, Geschlechts und Diagnose haben eher ein ähnlich gebautes Umfeld, ähnlich viel Erfahrung und ähnliche Probleme. Dadurch lassen sich Charakterunterschiede leichter zeigen.

Die Fragebögen sind vor allem für den Klinikalltag von Bedeutung. Jedoch würde ich nicht nur mein Augenmerk auf allgemeine Fragebögen richten, sondern auch auf diagnosenspezifische, wie z. Bsp. die „Eating Disorder Inventory-II“ für Anorexia nervosa (52) und Bulimia nervosa (37). Somit kann man bei Anfang einer Therapie die passenden Fragebögen für die Verdachtsdiagnose vorlegen und mit zukünftigen Studien vergleichen, ob der Patient Risikofaktoren für einen Therapieabbruch hat.

Hilfreich für die Basisdokumentation wäre ein weiterer Fragebogen, in dem soziodemographische Daten abgefragt werden. Somit hätte man diese Fragen und Antworten standardisiert und weitere Studien würden schneller zu den gewünschten Daten kommen. Außerdem könnte sich der Therapeut einen schnellen Eindruck vom Leben, sozialen und beruflichen Umfeld des Patienten machen, bevor er mit diesem bewusst über einige Details redet. Der Patient könnte dies positiv werten, indem er sieht, dass der Therapeut sich schon vor der Behandlung informiert. Allerdings wäre auch eine negative Wertung denkbar, in welcher der Patient das Gefühl bekommt, die Behandlung basiere nicht mehr auf zwischenmenschlicher Ebene.

Zukünftigen Studien würde ich empfehlen, eine möglichst große Population zu finden, bei der man zusätzlich sagen kann, wie viel Prozent der Patienten abgebrochen haben. Sie sollten darauf achten, dass die BaDo elektronisch ist, sodass eine Auswertung leichter und effizienter ist.

In die BaDo kommen meiner Meinung nach somit soziodemographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Geburtsland, bei Einwanderern auch seit wann sie eingewandert sind, Schulabschluss, Ausbildung bzw. Studium und derzeitige Beschäftigung in welchem Bereich, Familienstand - mit wem sie

zusammenleben, Geschwisteranzahl - mit denen sie aufgewachsen sind, Kinderanzahl, weitere Erkrankungen bzw. dem Patienten bekannte physische und psychische Nebendiagnosen. Zusätzlich würde ich Adjektive zum Ankreuzen auflisten, mit denen der Patient am ehesten die Beziehung zu seinem sozialen (Eltern, Partner, Kindern) und beruflichen Umfeld (Arbeitgeber, Arbeitskollegen) beschreiben kann. Bei Ende der Therapie wäre es wichtig, den Grund für den Abbruch zu erfahren, um diesen in eine standardisierte Liste einteilen zu können. Bei regulären Therapievollendern sollte gefragt werden, ob sie die Therapie von sich selbst aus hätten beenden wollen. Wenn diese Antwort bejaht wird, wäre die Ursache für die fehlende Motivation sowie der Grund wichtig, warum die Therapie trotzdem fortgeführt wurde. Allerdings könnte mit der Frage danach dem Patienten die Möglichkeit eines Abbruchs erst bewusst werden. Dies kann dazu führen, dass der Patient bei einem eventuellen späteren Aufenthalt die Therapie früher und auf eigenen Wunsch beendet, obwohl diese für ihn hilfreich gewesen wäre.

Der PHQ-D ist wichtig zur „Erkennung und Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen“, ebenso wie die Symptomcheckliste SCL-90-R. Anhand des Ergebnisses dieser beiden Systeme und der Verdachtsdiagnose sollten spezifische Fragebögen zusätzlich angewendet werden.

Interpersonelle Probleme mit dem IIP-D, sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem SF-36 zu erfassen, halte ich ebenfalls für sehr wichtig und kann, meiner Meinung nach, mit großen Fallzahlen interessante Ergebnisse hervorbringen. Allerdings stellt sich die Frage, ab welcher Anzahl der Fragebögen eine Beantwortung der Fragen nicht mehr sinnvoll ist. Die Bearbeitungszeit nimmt mit jeder Frage zu, die Motivation des Patienten und damit Präzision der Beantwortung kann jedoch im gleichen Maße abnehmen.

Durch eine elektronische Aufarbeitung mit speziellen Programmen könnte der Patient die Fragebögen auf einem Monitor beantworten. So kann man die Antworten ohne viel Aufwand seitens der Klinik katalogisieren und schnell auswerten.

Durch diese Studie habe ich gelernt, dass die gewünschte Fragestellung nicht immer beantwortet werden kann – sei es durch kleine Fallzahlen oder durch eine zu präzise gestellte Frage. Deshalb ist es wichtig, offen zu sein für unerwartete Ergebnisse und schon am Anfang einer Studie damit zu rechnen.

7. Zusammenfassung

Unsere Studie war vor allem deshalb wichtig, weil es relativ wenig Studien über stationäre Therapieabbrecher gibt. Besonders wurden die soziodemographischen Daten der Patienten fokussiert:

Im Vergleich mit den Spätabbrechern hatten die Frühabbrecher häufiger eine Essstörung, seltener Kinder, weniger psychosomatische Nebendiagnosen, lebten öfter mit den Eltern zusammen, waren nicht öfter erwerbslos oder in Ausbildung und waren jünger.

Die Spätabbrecher hingegen lebten öfter mit ihren Partnern und/oder ihren Kindern zusammen als die Frühabbrecher, waren öfter erwerbstätig und hatten mit einer einseitigen Signifikanz von $p = 0,037$ öfter depressive Störungen als die frühen Abbrecher.

Bei dem Vergleich des Alters der Patienten mit Essstörungen beider Gruppen ergab sich kein signifikanter Unterschied, genauso wie beim Schulabschluss. Jedoch waren Patienten mit der Diagnose einer Essstörung jünger als Patienten mit anderen Diagnosen. Patienten mit Somatoformen Störungen hingegen waren älter als mit anderen Diagnosen.

Zudem gaben Patienten mit Somatoformen Störungen häufiger interne, also klinikbezogene Gründe als Abbruchgrund an, während die Gründe der Patienten mit Essstörungen eher persönlicher Natur waren.

Die Auswertung der Fragebögen ergab dagegen wenig signifikante Ergebnisse: Sowohl beim SCL-90-R wie auch beim SF-36 konnten keine signifikanten Unterschiede erfasst werden.

Beim PHQ-D hatte die Kontroll- und Spätgruppe bei Entlassung weniger Ausprägung bestimmter Symptome als bei Aufnahme: Die Kontrollgruppe zeigte signifikant weniger Symptome eines Panik-, Somatoformen und Major depressiven Syndroms. Die Spätabbrecher hatten ebenfalls weniger Symptome eines Major depressiven Syndroms und andere Angstsyndrome.

Beim IIP-D waren keine herausstechenden Charaktereigenschaften einer Gruppe ausmachbar, jedoch gab es bei den normierten Werten teilweise signifikant unterschiedliche Abstände zum Gruppenschnitt: Zwar liegen bei den Charaktereigenschaften „zu ausnutzbar / nachgiebig“, „zu autokratisch / dominant“, „zu streitsüchtig / konkurrierend“ die Gruppen jeweils anders zu ihrem persönlichen Gruppenschnitt, jedoch lässt sich dadurch nicht auf ein größeres empfundenes Problem schließen, da dies nur normierte und nicht die rohen Werte betrifft. Anhand dieser und anderer Ergebnisse sowie dem Vergleich mit anderen Studien sind wir ebenfalls der Meinung, dass ein Behandlungsabbruch ein multifaktorielles Geschehen ist (86), das sich eventuell diagnosenbezogen voraussagen lässt mit für die einzelnen Diagnosen anwendbaren Fragebögen.

8. Anhang

8.1 PHQ-D

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

3. Fragen zum Thema „Angst“.

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

6. Fragen zum Thema „Essen“.

	NEIN	JA
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wie viel</u> und <u>was</u> Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Essen Sie öfter - in einem Zeitraum von 2 Stunden - Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9		
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Haben Sie während der letzten 3 Monate öfter eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

	NEIN	JA
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (6a oder 6b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?

	NEIN	JA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Trinken Sie manchmal Alkohol (einschließlich Bier oder Wein)?

	NEIN	JA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11

10. Ist bei Ihnen im Laufe der letzten 6 Monate mehr als einmal eine der folgenden Situationen eingetreten?

	NEIN	JA
a. Sie haben Alkohol getrunken, obwohl Ihnen ein Arzt angeraten hat, aus gesundheitlichen Gründen mit dem Trinken aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sie haben bei der Arbeit, in der Schule, bei der Versorgung der Kinder oder bei der Wahrnehmung anderer Verpflichtungen Alkohol getrunken, waren angetrunken oder „verkatert“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sie sind der Arbeit, der Schule oder anderen Verpflichtungen fern geblieben oder sind zu spät gekommen, weil Sie getrunken hatten oder „verkatert“ waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sie hatten Schwierigkeiten mit anderen auszukommen, weil Sie getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sie sind Auto gefahren, nachdem Sie mehrere Gläser Alkohol bzw. zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wenn eines oder mehrere der bisher in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 SCL-90-R

<p>Anleitung</p> <p>Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.</p> <p>Bitte beantworten Sie jede Frage!</p>	<p>Beispiel:</p> <p>Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?</p> <p>Stärke Ihrer Zustimmung:</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>überhaupt nicht ein wenig ziemlich sehr stark</p> <p>Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.</p> <p>Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.</p>
---	---

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. Kopfschmerzen	011234	21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	011234
2. Nervosität oder innerem Zittern	011234	22. der Befürchtung, ertappt oder erwisch zu werden	011234
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	011234	23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	011234
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	011234	24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	011234
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	011234	25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	011234
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	011234	26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	011234
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	011234	27. Kreuzschmerzen	011234
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	011234	28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	011234
9. Gedächtnisschwierigkeiten	011234	29. Einsamkeitsgefühlen	011234
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	011234	30. Schwermut	011234
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	011234	31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	011234
12. Herz- und Brustschmerzen	011234	32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	011234
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	011234	33. Furchtsamkeit	011234
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	011234	34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	011234
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	011234	35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	011234
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	011234	36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	011234
17. Zittern	011234	37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	011234
18. dem Gefühl, daß man den meisten Menschen nicht trauen kann	011234	38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig ist	011234
19. schlechtem Appetit	011234	39. Herzklopfen oder Herzjagen	011234
20. Neigung zum Weinen	011234	40. Übelkeit oder Magenverstimmung	011234

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark	Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	011234	66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	011234
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	011234	67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	011234
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	011234	68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	011234
44. Einschlafschwierigkeiten	011234	69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	011234
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	011234	70. Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	011234
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	011234	71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	011234
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	011234	72. Schreck- und Panikanfällen	011234
48. Schwierigkeiten beim Atmen	011234	73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	011234
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	011234	74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	011234
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	011234	75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	011234
51. Leere im Kopf	011234	76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	011234
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	011234	77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	011234
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	011234	78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht stillsitzen können	011234
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	011234	79. dem Gefühl, wertlos zu sein	011234
55. Konzentrationsschwierigkeiten	011234	80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	011234
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	011234	81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	011234
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	011234	82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	011234
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	011234	83. dem Gefühl, daß die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	011234
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	011234	84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	011234
60. dem Drang, sich zu überessen	011234	85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	011234
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	011234	86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	011234
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	011234	87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	011234
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	011234	88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	011234
64. frühem Erwachen am Morgen	011234	89. Schuldgefühlen	011234
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	011234	90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	011234

8.3 IIP-D

IIP © Horowitz, Strauß & Kordy

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

Teil I: Die nachstehenden Aspekte können im Umgang mit anderen schwierig sein

<i>Es fällt mir schwer</i>	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
1. anderen Menschen zu vertrauen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. anderen gegenüber "Nein" zu sagen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. mich Gruppen anzuschließen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. bestimmte Dinge für mich zu behalten	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. andere wissen zu lassen, was ich will	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. jemandem zu sagen, daß er mich nicht weiter belästigen soll	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. mich fremden Menschen vorzustellen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. andere mit anstehenden Problemen zu konfrontieren	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. mich gegenüber jemand anderem zu behaupten	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. andere wissen zu lassen, daß ich wütend bin	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. eine langfristige Verpflichtung gegenüber anderen einzugehen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. jemandem gegenüber die "Chefrolle" einzunehmen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. anderen gegenüber aggressiv zu sein, wenn die Lage es erfordert.....	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. mit anderen etwas zu unternehmen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. andere Menschen meine Zuneigung zu zeigen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. mit anderen zurechtzukommen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. die Ansichten eines anderen zu verstehen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. meine Gefühle anderen gegenüber frei heraus zu äußern	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. wenn nötig, standfest zu sein	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. ein Gefühl von Liebe für jemanden zu empfinden	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21. anderen Grenzen zu setzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22. jemand anderen in seinen Lebenszielen zu unterstützen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. mich anderen nahe zu fühlen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. mich wirklich um die Probleme anderer zu kümmern	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

<i>Es fällt mir schwer</i>	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
25. mich mit jemand anderem zu streiten	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. alleine zu sein	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
27. jemandem ein Geschenk zu machen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28. mir auch gegenüber den Menschen Ärger zu gestatten, die ich mag	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
29. die Bedürfnisse eines anderen über meine eigenen zu stellen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30. mich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31. Anweisungen von Personen entgegenzunehmen, die mir vorgesetzt sind	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
32. mich über das Glück eines anderen Menschen zu freuen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
33. andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
34. mich über andere zu ärgern	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
35. mich zu öffnen und meine Gefühle jemand anderem mitzuteilen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
36. jemand anderem zu verzeihen, nachdem ich ärgerlich war	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
37. mein eigenes Wohlergehen nicht aus dem Auge zu verlieren, wenn jemand anderes in Not ist	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
38. fest und bestimmt zu bleiben, ohne mich darum zu kümmern, ob ich die Gefühle anderer verletze	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
39. selbstbewußt zu sein, wenn ich mit anderen zusammen bin	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Teil II: Die nachstehenden Aspekte kann man im Übermaß tun	nicht	kaum	Einiger- maßen	erheb- lich	stark
40. Ich streite mich zuviel mit anderen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
41. Ich fühle mich zu sehr für die Lösung der Probleme anderer verantwortlich	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
42. Ich lasse mich zu leicht von anderen überreden	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
43. Ich öffne mich anderen zu sehr	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
44. Ich bin zu unabhängig	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
45. Ich bin gegenüber anderen zu aggressiv	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
46. Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
47. Ich spiele zu oft den Clown	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
48. Ich lege zuviel Wert darauf, beachtet zu werden	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
49. Ich vertraue anderen nicht	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
50. Ich bin zu sehr darauf aus, andere zu kontrollieren	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
51. Ich stelle zu oft die Bedürfnisse anderer über meine eigenen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	nicht	kaum	einiger- maßen	erheb- lich	stark
52. Ich versuche zu sehr, andere zu verändern	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
53. Ich bin zu leichtgläubig	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
54. Ich bin anderen gegenüber zu großzügig	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
55. Ich habe vor anderen zuviel Angst	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
56. Ich bin anderen gegenüber zu mißtrauisch	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
57. Ich beeinflusse andere zu sehr, um zu bekommen, was ich will	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
58. Ich erzähle anderen zu oft persönliche Dinge	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
59. Ich streite zu oft mit anderen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
60. Ich halte mir andere zu sehr auf Distanz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
61. Ich lasse mich von anderen zu sehr ausnutzen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
62. Ich bin vor anderen Menschen zu verlegen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
63. Die Not eines anderen Menschen berührt mich zu sehr	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
64. Ich möchte mich zu sehr an anderen rächen	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

8.4 SF-36

Monika Bullinger und Inge Kirchberger	
Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36	
Selbstbeurteilungsbogen	Zeitfenster 4 Wochen

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. <i>Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einen normalen Tag ausüben.			
3. <i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>			
3.a anstrengende Tätigkeiten , z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrendenden Sport treiben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.b mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.c Einkaufstaschen heben oder tragen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.d mehrere Treppenabsätze steigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.e einen Treppenabsatz steigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.f sich beugen, knien, bücken	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.g mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.h mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.i eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3.j sich baden oder anziehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4.c Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4.d Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
5.a Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5.b Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5.c Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	leicht	mäßig	stark	Sehr stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entsprechen)	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
Wie oft waren Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i>						
9.a . . . voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.b . . . sehr nervös?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.c . . . so niedergeschlagen, daß Sie nichts aufheitern konnte?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.d . . . ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.e . . . voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.f . . . entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.g . . . erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.h . . . glücklich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9.i . . . müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.c Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachläßt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9. Literaturverzeichnis

1. Lang K, Schulz H, et al. (2001) Ein motivationales Modell zur Vorhersage und Erklärung von Behandlungsabbrüchen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften* 26: 426-8.
2. Jacobi F, Wittchen HU, et al. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34: 597-611.
3. Baumeister H, Harter M (2007) Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42: 537-46.
4. Härter M, Baumeister H, et al. (2006) Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. 1: 39, Springer Medizin Verlag Heidelberg.
5. Zwerenz R, Knickenberg RJ, et al. (2008) Dropout behavior in inpatient psychosomatic rehabilitation: how and when do inpatients terminate psychotherapy? *Z Psychosom Med Psychother* 54: 241-62.
6. Wierzbicki M, Pekarik G (1993) A Meta-Analysis of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research and Practice* 24: 190-5
7. Schulz H, Lang K, et al. (2008) Behandlungsabbrüche in der Rehabilitation und Beschwerdemanagement. 300-4, Gerhard Schmid-Ott, Silke Wiegand-Grefe, Claus Jacobi, Gerhard Paar, Rolf Meerman, Friedhelm Lamprecht In: *Rehabilitation in der Psychosomatik: Versorgungsstrukturen - Behandlungsangebote - Qualitätsmanagement*. Schattauer, Stuttgart.
8. Ogradniczuk JS, Joyce AS, et al. (2005) Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harv Rev Psychiatry* 13: 57-70.
9. Lang K, Lotz-Rambaldi W, et al. (2002) Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Formen, Ursachen, Konsequenzen und Optimierungsmöglichkeiten. Projekt A5 im NVRF (1. Förderphase), Abschlussbericht Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: 41-2.
10. Gilbert M, Fine S, et al. (1994) Factors associated with dropout from group psychotherapy with depressed adolescents. *Can J Psychiatry* 39: 358-9.
11. Roe D, Dekel R, et al. (2006) Clients' reasons for terminating psychotherapy: a quantitative and qualitative inquiry. *Psychol Psychother* 79: 529-38.
12. Lang K (2003) Behandlungsabbrüche und Therapiemotivation in der stationären Rehabilitation von Patienten mit psychischen Erkrankungen - Entwicklung und empirische Überprüfung eines Vorhersagemodells [Medizinische Dissertationsschrift]: Universität Hamburg.
13. Nosper M (1999) Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 49(9-10): 354-60.
14. Silverman WH, Beech RP (1979) Are dropouts, dropouts? *J Community Psychol* 7: 236-42.
15. Kordy H, Senf W (1992) Therapy dropouts in closed groups. *Psychother Psychosom Med Psychol* 42: 127-33.

16. White K (2007) Nach der Tat - Das Durcharbeiten von Therapieabbrüchen in der Gegenübertragung. *Z f Individualpsychol* 32,2: 135-53.
17. Frayn DH (1992) Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *Am J Psychother* 46: 250-61.
18. Clinton DN (1996) Why do eating disorder patients drop out? *Psychother Psychosom* 65: 29-35.
19. Pulford J, Adams P, et al. (2008) Therapist Attitudes and Beliefs Relevant to Client Dropout Revisited. *Community Mental Health Journal* 44: 181-6.
20. Rose U, Neumer S (2001) Berücksichtigung von Drop-Out-Raten und Katamnesedaten in Kosten-Effektivitäts-Analysen: Eine Einführung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 55: 241-7.
21. Saß H, Sauer H, et al. (2008) Krankheitseinsicht, Compliance und Dropout. 24-40, Garlipp, Petra. In: *Evaluation allgemeinspsychiatrisch-tagesklinischer Behandlung unter besonderer Berücksichtigung des Behandlungsendes*. Steinkopff, Heidelberg.
22. Nahler G (2009) Dropouts. 55-6. In: *Dictionary of Pharmaceutical Medicine*, Springer, Vienna.
23. Warschkow DR, Mitarbeiter (2000) Empirische Dienste in Medizin und Marktforschung - Statistik SPSS Programmierung Internet: <http://daten-consult.de/frames/statrechnen.html>.
24. Uitenbroek DG (2008) Fisher exact test online. For table analysis, including the median test: <http://www.quantitativeskills.com/sisa/statistics/fisher.htm>.
25. Spitzer RL, Kroenke K, et al. (1999) Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 282: 1737-44.
26. Löwe B, Spitzer RL, et al. (2002) PHQ-D, Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual: Kompletteversion und Kurzform. 2: 4-9.
27. Kroenke K, Spitzer RL, et al. (2010) The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 32: 345-59.
28. Franke H (1995) SCL-90-R: Die Symptomcheckliste von Derogatis - deutsche Version. 1: 5-34, Beltz-Testgesellschaft; Göttingen.
29. Schmitz N, Hartkamp N, et al. (2000) The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Qual Life Res* 9: 185-93.
30. Horowitz LM, Strauß B, et al. (2000) Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme. Deutsche Version. Manual. 2: 5-40, Beltz Test GmbH; Göttingen.
31. Gurtman MB (1992) Trust, distrust, and interpersonal problems: a circumplex analysis. *J Pers Soc Psychol* 62: 989-1002.
32. Horowitz LM, Rosenberg SE, et al. (1988) Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 56: 885-92.
33. Bullinger M, Kirchberger I (1998) SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. 1: 7-26, 40-63, Hogrefe, Verlag für Psychologie; Göttingen.

34. Anonymous (2000) Fisher's Exact Probability Test: <http://faculty.vassar.edu/lowry/fisher.html>.
35. Soper D (2010) Free Fisher's Exact Test Calculator for a 2X2 Contingency Table: <http://www.danielsoper.com/statcalc/calc29.aspx>.
36. Sharf J (2008) Psychotherapy dropout: A meta-analytic review of premature termination. Adelphi University, Inst Advanced Psychological Studies, US 68(9-B): 6336.
37. Fassino S, Abbate-Daga G, et al. (2003) Dropout from brief psychotherapy within a combination treatment in bulimia nervosa: role of personality and anger. *Psychother Psychosom* 72: 203-10.
38. Fenger M, Mortensen EL, et al. (2010) No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: Demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nord J Psychiatry* 65: 183-91.
39. Cornelissen AT, Poppe E, et al. (2010) Drop-out from clinical psychotherapeutic treatment of personality problems. *Tijdschr Psychiatr* 52: 17-27.
40. Sonawalla SB, Farabaugh AH, et al. (2002) Early drop-outs, late drop-outs and completers: differences in the continuation phase of a clinical trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 26: 415-9.
41. Baruch G, Gerber A, et al. (1998) Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: a preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *Br J Med Psychol* 71 (Pt 3): 233-45.
42. Groeneveld IF, Proper KI, et al. (2009) Factors associated with non-participation and drop-out in a lifestyle intervention for workers with an elevated risk of cardiovascular disease. *Int J Behav Nutr Phys Act* 6: 80.
43. Junkert-Tress B, Tress W, et al. (2000) Premature termination--a multifactorial phenomenon. *Psychother Psychosom Med Psychol* 50: 351-65.
44. Chiesa M, Drahorad C, et al. (2000) Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *Br J Psychiatry* 177: 107-11.
45. Mussgay L, Terporten G, et al. (2001) Behandlungsabbrüche in der stationären psychosomatischen Rehabilitation: Der Einfluss von Persönlichkeit, Diagnose und Lebenssituation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 53: 42-9.
46. Schulz H, Lang K, et al. (1999) Analysis of premature termination in inpatient psychosomatic rehabilitation based on epidemiologic data from two hospital companies. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49: 326-36.
47. Bados A, Balaguer G, et al. (2007) The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *J Clin Psychol* 63: 585-92.
48. Lieberz K, Ciemer S (2000) Hintergründe des Abbruchs von stationären Psychotherapien. *Psychotherapeut* 45(5): 286-91.
49. Arnow BA, Blasey C, et al. (2007) Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Disord* 97: 197-202.
50. Lang K, Koch U, et al. (2006) Abbrüche stationärer Psychotherapien *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35, Number 4: 267-75.

51. Morlino M, Di Pietro G, et al. (2007) Drop-out rate in eating disorders: could it be a function of patient-therapist relationship? *Eat Weight Disord* 12: e64-7.
52. Fassino S, Daga GA, et al. (2002) Dropout from brief psychotherapy in anorexia nervosa. *Psychother Psychosom* 71: 200-6.
53. Hillis G, Alexander DA, et al. (1993) Premature termination of psychiatric contact. *Int J Soc Psychiatry* 39: 100-7.
54. Edlund MJ, Wang PS, et al. (2002) Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 159: 845-51.
55. Pekarik G (1985) The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 22(1): 86-91.
56. Franke GH, Hoffmann T, et al. (2005) Does improvement of symptoms four weeks after the begin of psychodynamic inpatient psychotherapy correspond to long term outcome? *Z Psychosom Med Psychother* 51: 360-72.
57. Grave RD, Calugi S, et al. (2008) Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorder patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatry Res* 158: 381-8.
58. Pekarik G (1992) Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *J Clin Psychol* 48: 379-87.
59. Vandereycken W, Pierloot R (1983) Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients. *Br J Med Psychol* 56 (Pt 2): 145-56.
60. Neumann W, Bollmann C, et al. (2010) Ambulante versus stationäre Rehabilitation – Eine Einschätzung durch die Versicherten der Landesversichertenanstalt (LVA) in Mecklenburg-Vorpommern (heute DRV Nord). *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 86: 53-8
61. Fassino S, Piero A, et al. (2006) Clinical, psychological, and personality correlates of asceticism in anorexia nervosa: from saint anorexia to pathologic perfectionism. *Transcult Psychiatry* 43: 600-14.
62. Linden M, Hautzinger M, et al. (2008) Anorexie und Bulimie. 440-3. In: *Verhaltenstherapiemanual*, 6, Springer, Berlin Heidelberg.
63. Frank W (2007) *Psychiatrie*, 15: 57-8. Elsevier, München.
64. Berrigan LP, Garfield SL (1981) Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *Br J Clin Psychol* 20: 239-42.
65. Loffler-Stastka H, Rossler-Schulein H, et al. (2008) Predictors of dropout during psychoanalytic treatments of patients with personality disorders. *Z Psychosom Med Psychother* 54: 63-76.
66. Klauer T, Maibaum F, et al. (2007) Selbst- und Fremdeinschätzungen der Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55, Number 1: 59-66.
67. Meyer C, Rumpf HJ, et al. (2000) Lifetime prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS study. *Nervenarzt* 71: 535-42.
68. Muntau A (2009) In: *Intensivkurs Pädiatrie*, 5: 524-6. Elsevier, München.

69. Wittchen HU, Muller N, et al. (1999) Affective, somatoform and anxiety disorders in Germany--initial results of an additional federal survey of "psychiatric disorders". *Gesundheitswesen* 61: 216-22.
70. Ogrodniczuk JS, Joyce AS, et al. (2008) Predictors of premature termination of day treatment for personality disorder. *Psychother Psychosom* 77: 365-71.
71. Kelner FA (1982) An evaluation of Jochim's PT Scale in the prediction of premature termination from outpatient psychotherapy. *J Clin Psychol* 38: 106-8.
72. Becker P, Jürgensen R, et al. (2002) Eignen sich die SCL-90-R sowie drei Persönlichkeitsfragebogen für die Differentialdiagnostik von Patienten aus unterschiedlichen diagnostischen Kategorien? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31, Number 4: 272-83.
73. Borkenau P, Ostendorf F (1991) Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren. *Diagnostica* 37(1): 29-41.
74. Hatchett GT, Han K, et al. (2002) Predicting premature termination from counseling using the Butcher Treatment Planning Inventory. *Assessment* 9: 156-63.
75. Brähler E, Hinz E, et al. (2008) GBB-24. Der Gießener Beschwerdebogen. Manual. 3, Verlag Hans Huber; Bern.
76. Brahler E, Horowitz LM, et al. (1999) Validation of the Inventory for Interpersonal Problems (IIP). Results of a representative study in East and West Germany. *Psychother Psychosom Med Psychol* 49: 422-31.
77. Clement U, Lowe B (1996) Validation of the FKB-20 as scale for the detection of body image distortions in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46: 254-9.
78. Löwe B, Clement U (1998) Somatoforme Störung und Körperbild: Eine vergleichende Studie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 44(3): 268-78.
79. Möller HJ, Laux G, et al. (2009) Duale Reihe - Psychiatrie und Psychotherapie. 4: 4-5, 271-272, Georg Thieme Verlag KG.
80. Zeeck A, Herzog T (2000) Behandlungsabbrüche bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. *Der Nervenarzt* 71: 565-72.
81. Tagay S, Herpertz S, et al. (2010) Was können Gewichtsverläufe bei Anorexia Nervosa über den Ausgang eines vorzeitigen Therapieabbruches vorhersagen? *Psychother Psych Med* 60(5): 164-8.
82. Waller G (1997) Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *Int J Eat Disord* 22: 35-41.
83. Szmukler GI, Eisler I, et al. (1985) Anorexia nervosa, parental 'expressed emotion' and dropping out of treatment. *The British Journal of Psychiatry* 147: 265-71.
84. Campbell MA, Waller G, et al. (2009) The impact of narcissism on drop-out from cognitive-behavioral therapy for the eating disorders: a pilot study. *J Nerv Ment Dis* 197: 278-81.
85. Lange E, Hillebrand V, et al. (2009) Beschwerden über Therapeuten. *Psychotherapeut* 54: 307-9.
86. Barghaan D, Lang K, et al. (2005) Therapieabbrüche in der stationären Psychotherapie. Eine kontrollierte Interviewstudie zu Verlauf, Motiven und Behandlungsergebnis. *Psychotherapeut* 50: 16-24.

87. Barghaan D, Lang K, et al. (2001) Verlauf, Motive und Outcome bei vorzeitiger Behandlungsbeendigung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation aus Sicht von Patienten - Ergebnisse einer Interviewstudie. DRV-Schriften 26: 428-30.
88. Bischoff C, Gönner S, et al. (2005) Ambulante vor- und nachbereitende Maßnahmen zur Optimierung der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Ergebnisse des Bad Dürkheimer Prä-Post-Projekts. Verhaltenstherapie 15: 78–87.
89. Nielsen SL, John Okiishi J, et al. (2009) Termination, next term Appointment Use, and Outcome Patterns Associated With Intake Therapist Discontinuity Professional Psychology: Research and Practice 40: 272-8.
90. Reis B, Brown L (1999) Reducing Psychotherapy Dropouts. Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training 36, Number 2: 123-36.
91. Philips B, Wennberg P, et al. (2007) Ideas of cure as a predictor of premature termination, early alliance and outcome in psychoanalytic psychotherapy. Psychol Psychother 80: 229-45.

10. Danksagung

Sehr herzlich bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Paul Enck für seine hervorragende Betreuung, geduldige Unterstützung und immer währende Erreichbarkeit trotz Auslandsaufenthalte. Bei Frau Dr. Ute Martens möchte ich mich für ihren unerschöpflichen Optimismus bedanken, ihr Engagement zur gründlichen Korrektur dieser Dissertation und ebenfalls für ihre Erreichbarkeit trotz der geographischen Distanz.

Herrn Prof. Dr. med. Stephan Zipfel danke ich für die exzellenten Rahmenbedingungen am Institut, welche diese Arbeit ermöglichten.

Danke an das Sekretariat der Psychosomatik Rottenburg und später Tübingen, den dortigen Ärzten und dem Pflegepersonal für die gute Kooperation, die Hilfsbereitschaft, den Zugang zum Archiv zu ermöglichen und das Bereitstellen der Datensammlungen.

Bei Claudia Bihler aus der Bibliothek der Universitätsklinik Tübingen möchte ich mich herzlich dafür bedanken, dass sie den Zugang zu den Referenz-Volltexten ermöglichte, die für die Studenten ansonsten nicht erreichbar waren.

Allen hier nicht erwähnten Institutsmitarbeitern danke ich für die angenehme Atmosphäre am Institut, ihre Hilfsbereitschaft und Unterstützung.

11. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Irene Rempel
Geburtsdatum: 12.07.1984
Geburtsort: Göppingen

Schulische Ausbildung

1991 - 1995 Grundsschule Schillerschule Eisingen
1995 - 2004 Erich-Kästner-Gymnasium Eisingen
2004 Abitur (Note: 1,5)

Studium

2004 - Febr.2005 Vorbereitung zur Aufnahmeprüfung an Musikhochschulen
Gleichzeitige Bewerbung für Medizin in Tübingen
2005 Bestandene Aufnahmeprüfung: „Hochschule für Musik
Saar“ in Saarbrücken
Immatrikulation zum Medizinstudium an der Eberhard Karls
Universität Tübingen
21.03.2007 Bestehen des Ersten Abschnitts der Ersten Ärztlichen
Prüfung
2010 Antreten des Praktischen Jahres in Tübingen
26.05.2011 Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ersten Ärztlichen
Prüfung

Promotion

2007 – 2011 Promotion am Institut für Psychosomatische Medizin der Eberhard-Karls-Universität Tübingen zum Thema „Behandlungsabbruch in der stationären psychosomatischen Therapie: Unterschiede zwischen Abbrechern und regulären Beendern“, betreut durch Prof. Dr. Dipl.-Psych. Paul Enck

Sonstige Tätigkeiten

2001 – 2003 Mitarbeit bei der „Jungen Szene“ der Stuttgarter Zeitung
Veröffentlichung von zahlreichen Artikeln

Sept. 2003 Vorlesen eines Artikels im „Landesabend“ bei Moderator Wolfgang Walker im SWR4

Nov. 2004 Praktikum in der Lokalredaktion der Neuen Württembergischen Zeitung (NWZ) Göppingen mit anschließender freier Mitarbeit

2005 – 2008 Freie Mitarbeit bei der Eislinger Zeitung (EZ)