

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. G. Heuft

Individuelle Therapieziele bei über 60jährigen Patienten in stationärer Psychotherapie im Vergleich mit 30-50jährigen Patienten und den Therapiezielen der sie behandelnden Therapeuten

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von Kappes, Susanne
aus Köln
2005

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen
Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. H. Jürgens

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft

2. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. T. Föhn

Tag der mündlichen Prüfung: 19.12.2005

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft -
Referent: Univ.-Prof. Dr. G. Heuft
Koreferent: Univ.-Prof. Dr. T. FÜRNISS

Zusammenfassung

„Individuelle Therapieziele bei über 60jährigen Patienten in stationärer Psychotherapie im Vergleich mit 30-50jährigen Patienten und den Therapiezielen der sie behandelnden Therapeuten“
Susanne Kappes

In der vorliegenden Untersuchung werden retrospektiv Individuelle Therapieziele (ITZ) mit soziodemographischen Daten 60jähriger und älterer Psychotherapiepatienten (N = 98) eines psychosomatischen Fachkrankenhauses in Beziehung gesetzt. Als Vergleichsgruppe wurden 30-50jährige Patienten sowie die Therapieziele der sie behandelnden Therapeuten untersucht. Erhebungsinstrument ist die Psy-BaDo, eine Basis- und Ergebnisdokumentation der psychotherapeutischen Fachgesellschaften.

Untersuchungshypothesen waren:

1. Die Formulierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der Patienten ist abhängig vom Alter der Patienten
2. Die Formulierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der Psychotherapeuten ist abhängig vom Alter der Patienten
3. Es besteht ein hoher Grad der Verbundenheit (Kontingenz) zwischen der Formulierung bestimmter ITZ und dem Alter
4. Die Übereinstimmung von Patienten und ihren Psychotherapeuten in der Formulierung der ITZ ist unabhängig vom Alter

In den Ergebnissen zeigten sich soziodemographische Unterschiede zwischen den Patientengruppen insbesondere im Bereich der schulischen Ausbildung sowie bei den krankheits- und behandlungsbezogenen Daten.

Beim inhaltlichen Vergleich der Nennung der Individuellen Therapieziele (ITZ) ließen sich bei den Patienten altersabhängige Unterschiede nachweisen (Hypothese 1), bei den Therapeuten dagegen nicht (Hypothese 2). Therapeuten hielten sich wenig an theoretische Überlegungen zu Therapiezielen Älterer und wählten nur in geringem Maße altersspezifische Therapieziele. Die Kontingenz zwischen Alter und gewähltem Therapieziel war sowohl bei Patienten als auch Therapeuten gering (Hypothese 3). Es scheinen also andere, in dieser Untersuchung nicht überprüfte, Faktoren als das Alter bei der Nennung von Therapiezielen einen maßgeblichen Einfluss zu haben.

Trotz vergleichbar gutem Outcome wirft die altersunabhängige Therapieziel-Formulierung der Therapeuten die Frage auf, inwiefern der Therapieerfolg dadurch beeinflusst wurde und ob eine verbesserte Passung zwischen Patienten und ihren Therapeuten den Therapieerfolg hätte vergrößern können.

Auch stellt sich die Frage, ob die Weiterbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie der untersuchten Abteilung ausreichend sind, oder Eigenübertragungen der Therapeuten eine limitierende Rolle hinsichtlich des Therapieoutcomes spielten.

Tag der mündlichen Prüfung: 19.12.2005

Für meine Eltern

„Was wir über das Alter zu wissen meinen, ist außerordentlich folgenreich.“

(Mayer et al. 1996, S. 599)

Inhaltsverzeichnis

1	<i>Einleitung</i>	1
1.1	WAS KANN UNTER „ALTER“ VERSTANDEN WERDEN?	1
1.2	ALTER UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG	3
1.3	ALTERSPSYCHOTHERAPIE	4
1.4	THERAPIEZIELE – ALLGEMEIN UND ALTERSSPEZIFISCH	8
1.5	MINSELS URTEIL UND THERAPEUTISCHE ZIELSETZUNGEN ÄLTERER	10
2	<i>Fragestellung und Hypothesen</i>	12
2.1	FRAGESTELLUNGEN	13
2.2	HYPOTHESEN	13
3	<i>Methodik</i>	15
3.1	DIE KLINIK	15
3.2	THERAPIEKONZEPT DER ABTEILUNG II.....	15
3.3	UNTERSUCHTE PATIENTEN	18
3.4	DIE BEHANDLER	19
3.5	DIE PSY-BADO	19
3.6	VORGEHEN IN DER RHEIN-KLINIK.....	21
3.7	AUSWERTUNG DER PSY-BADO	22
3.8	STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	22
4	<i>Ergebnisse</i>	25
4.1	SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN.....	25
4.1.1	<i>Allgemeines</i>	25
4.1.2	<i>Alters- und Geschlechtsverteilung</i>	25
4.1.3	<i>Paarsituation</i>	26
4.1.4	<i>Ausbildung und zuletzt ausgeübter Beruf</i>	27
4.2	KRANKHEITS- UND BEHANDLUNGSBEZOGENE DATEN	29
4.2.1	<i>Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)</i>	29
4.2.2	<i>Global Assessment of Functioning (GAF)</i>	30
4.2.3	<i>Anzahl der ambulanten psychotherapeutisch-psychiatrischen Vorbehandlungen und Dauer der ambulanten Psychotherapie</i>	30
4.2.4	<i>Stationäre psychosomatische/psychiatrische Vorbehandlungen</i>	31
4.2.5	<i>Durchschnittliche Anzahl psychischer und somatischer Diagnosen nach ICD-10</i>	32
4.2.6	<i>Psychische Diagnosen nach ICD-10 und Diagnosedauer der psychischen Erstdiagnose</i>	33
4.2.7	<i>Somatische Diagnosen nach ICD-10</i>	34
4.2.8	<i>Medikamente zum Zeitpunkt der Aufnahme</i>	35
4.2.9	<i>Therapieprogramm</i>	36
4.2.10	<i>Therapiemotivation zu Beginn der Behandlung</i>	37
4.3	INDIVIDUELLE THERAPIEZIELE (ITZ)	38
4.3.1	<i>Allgemeines</i>	38
4.3.2	<i>Anzahl der insgesamt formulierten ITZ</i>	38
4.3.3	<i>Hauptziel (1. ITZ)</i>	39
4.3.4	<i>Überblick über alle von Patienten und Therapeuten genannten ITZ</i>	42
4.3.5	<i>Bewertung der Therapieziel-Erreichung (Erfolgseinschätzung)</i>	49
4.4	PRÜFUNG DER HYPOTHESEN	55
4.4.1	<i>Allgemeines</i>	55
4.4.2	<i>Hypothesen</i>	56
5	<i>Diskussion</i>	64

Inhaltsverzeichnis

5.1	ALLGEMEINES.....	64
5.2	SOZIODEMOGRAPHISCHER TEIL	65
5.2.1	<i>Allgemeines</i>	65
5.2.2	<i>Soziodemographische Daten</i>	66
5.2.3	<i>Behandlungs- und krankheitsbezogene Daten</i>	66
5.2.4	<i>Therapiemotivation zu Beginn der Behandlung</i>	69
5.3	INDIVIDUELLE THERAPIEZIELE (ITZ)	70
5.3.1	<i>Allgemeines</i>	70
5.3.2	<i>Anzahl der insgesamt formulierten ITZ</i>	70
5.3.3	<i>Hauptziel (1. ITZ)</i>	71
5.3.4	<i>Überblick über alle von Patienten und Therapeuten genannten ITZ</i>	74
5.3.5	<i>Bewertung der Therapieziel-Erreichung (Erfolgseinschätzung)</i>	76
5.4	HYPOTHESEN	78
5.4.1	<i>Allgemeines</i>	78
5.4.2	<i>Hypothesen</i>	78
5.5	FAZIT UND AUSBLICK.....	81
6	<i>Literaturverzeichnis</i>	86
7	<i>Anhang A – Tabellen</i>	I
8	<i>Anhang B - Psy-BaDo</i>	XIV
9	<i>Lebenslauf</i>	XXX
10	<i>Danksagung</i>	XXXII

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1: Verteilung des höchsten Schulabschlusses im Altersvergleich</i>	27
<i>Abb. 2: Verteilung des höchsten Berufsabschlusses im Altersvergleich</i>	28
<i>Abb. 3: Verteilung der Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in Stunden (Std.) in den Altersgruppen</i>	31
<i>Abb. 4: Vergleich der prozentualen Häufigkeiten des 1. ITZ nach Hauptkategorien</i>	40
<i>Abb. 5: Verteilung der häufigsten formulierten ITZ (N≥5) von Patienten und Therapeuten in Gruppe 1 nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ</i>	43
<i>Abb. 6: Verteilung der häufigsten formulierten ITZ (N≥5) von Patienten und Therapeuten in Gruppe 2 nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ</i>	45
<i>Abb. 7: Verteilung der von Patienten formulierten 1.-3. ITZ (N≥5) in beiden Altersgruppen nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ</i>	46
<i>Abb. 8: Verteilung der von Therapeuten formulierten 1.-3. ITZ (N≥5) in beiden Altersgruppen nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ</i>	47
<i>Abb. 9: Durchschnittliche Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 1 durch Patienten und Therapeuten</i>	50
<i>Abb. 10: Durchschnittliche Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 1 durch Patienten und Therapeuten</i>	50
<i>Abb. 11: Vergleich der Übereinstimmungen in der Auswahl der ITZ zwischen Patienten und Therapeuten in Gruppe 1 (60-80 J.) und 2 (30-50 J.)</i>	62

1 Einleitung

Die Gerontopsychosomatik als noch relativ junges Lehr- und Forschungsgebiet leistet einen Beitrag, überholte Vorstellungen über das Alter(n) durch vertiefte Kenntnisse, neue Konzepte und differentielle Therapieindikationen zu ersetzen. Bisher fehlt es an empirischen Studien zu Therapiezielen Älterer. Die vorliegende Arbeit möchte daher einen Beitrag dazu leisten, mehr über 60jährige und ältere Psychotherapiepatienten und ihre Therapieziele in einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu erfahren. Dabei soll zunächst geklärt werden, womit die Gerontopsychosomatik sich befasst und was unter „Alter“ und „Therapieziel“ zu verstehen ist.

Es folgt daher zunächst ein kurzer Überblick über verschiedene für diese Arbeit wichtige Grundannahmen. Dabei wird unter anderem deutlich werden, dass Altern ein differentielles Geschehen mit spezifischen Entwicklungsaufgaben, Chancen, Gewinnen und Verlusten ist.

1.1 Was kann unter „Alter“ verstanden werden?

„**Alter**, der letzte Abschnitt in der Entwicklung der Lebewesen. Beim Menschen kommt es durch die nachlassende Tätigkeit der wachstumsfördernden Hormondrüsen zu bestimmten Veränderungen: Die Knochen werden brüchig, das Unterhautfett schwindet, die Oberhaut wird faltig, die Organe verlieren an Leistungsfähigkeit. Körperliche und geistige Kräfte nehmen ab (**Altersschwäche**); auch see-lische Veränderungen können eintreten. (...) Im biologischen Sinn ist **Altern** ein über das ganze Leben sich erstreckender Wandlungsprozess“ (Brockhaus, 2002).

Aus gerontologischer Sicht wird zwischen „*Altern*“ als Veränderungsprozess des Organismus und Zentralnervensystems mit abnehmender Leistungsfähigkeit, und „*Reifen*“ als Veränderungsprozess von Wissen, Kreativität, Erfahrungen und Lebenseinstellungen mit der Möglichkeit von Wachstum und Differenzierung unterschieden. Dabei ist „Altern“ ein bio-psycho-soziales Geschehen mit Potentialen, Begrenzungen und individuellen Aspekten.

Einleitung

Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis dieser unterschiedlichen Dimensionen leistete die Berliner Altersstudie (BASE) (Mayer & Baltes 1996).

Dort konnte gezeigt werden, dass es auch im Alter große interindividuelle Unterschiede in Bezug auf körperliche, psychische und soziologische Aspekte gibt. Zwar treten intraindividuell gleichsinnige Veränderungen auf (z. B. Intelligenz), psychologische Persönlichkeitsmerkmale und selbstregulative Prozesse unterliegen jedoch ähnlichen Dynamiken wie bei Jüngeren. Auch im höheren Alter gibt es ein komplexes Zusammenspiel von Kontinuität und Diskontinuität.

Immerhin 25 % der von Smith & Baltes (1996) untersuchten Alten zwischen 70 und 104 Jahren „altern erfolgreich“ (S. 221), psychische Dysfunktionalität dagegen tritt insbesondere bei Hochbetagten (>80 J.) auf.

Das hohe Alter scheint mit einer chronischen Stressreaktion einherzugehen, verbunden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für den Zusammenbruch der Bewältigungssysteme. Im Zusammenhang mit diesen Ergebnissen formulierten Mayer et al. (1996) den Begriff des „vierten Lebensalters“ jenseits der Achtzig.

Fliege & Phillip (2000) untersuchten subjektive Glückstheorien an 26 Älteren (65-74 J.). Neben dem hohen Stellenwert persönlicher Einstellungsmuster und der Güte sozialer Beziehungen wurde deutlich, dass nicht nur ein bilanzierender Rückblick, sondern auch ein hoffnungsvoller Vorausblick von Bedeutung war. Das deckt sich mit der Untersuchung von Smith & Baltes (1996), in der 94 % der BASE-Teilnehmer Zukunftsszenarien mit einem breiten Spektrum an Bereichen und Lebenszielen abdeckten (S. 232), allen voran Persönlichkeitsmerkmale und Gesundheit. Nur 6 % hatten keine Hoffnung oder Befürchtungen in Bezug auf die Zukunft.

Auch Lapierre et al. (1992/93) fanden in einer Untersuchung der „Motivational goal objects in later life“ (Motivationale Ziele im späteren Leben) an 64-70jährigen Teilnehmern eine große Bandbreite an Zielen und Wünschen. Die Kategorisierung dieser Ziele ergab folgende Rangreihe, die gewisse Ähnlichkeiten zu Smith & Baltes (1996) aufweisen:

1. Self 37,7 % (Health 14,3 %, Personality 7,1 %)
2. Contact 15,5 %
3. Wishes for others 9,5 %

4. Realization (useful activities) 9,3 %
5. Self-Realization 8,8 %
6. Leisure 8,4 %.

Neben diesen positiven Befunden gilt es allerdings auch eine andere Seite zu beachten – die der schon erwähnten (im Alter zunehmenden) Vulnerabilität und Dysfunktionalität. Im Folgenden liegt der Schwerpunkt auf den psychischen Faktoren, die Berliner Altersstudie (1996) gab ebenfalls einen Überblick auf die somatischen Veränderungen.

1.2 Alter und psychische Erkrankung

Helmchen et al. (1996) untersuchten das *Vorkommen psychischer Erkrankungen* der BASE-Teilnehmer und fanden, dass ca. ein Viertel psychisch krank war. Damit unterschieden sie sich nicht wesentlich von epidemiologischen Untersuchungen an Jüngeren (Dilling et al. 1984).

Zweithäufigste Diagnose nach den *Demenzen* (14 %) war altersunabhängig die *Depression* (9 %; subdiagnostische Depressionen: 23 %), 2 % litten unter *Ängsten* (subdiagnostische Ängste: 9 %).

Die Autoren wiesen in Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln auf die Notwendigkeit hin, differential-diagnostisch somatische Komorbidität und arzneimittelabhängige psychische Beeinträchtigungen zu beachten. Allgemein verursachten die über 60jährigen, die zu diesem Zeitpunkt (1996) 21 % der Gesamtbevölkerung in Deutschland ausmachten, 55 % der Arzneimittelkosten. Bezüglich des Arzneimittelverbrauchs nahmen 67 % psychotrope Substanzen, davon 25 % Psychopharmaka, deren Gabe bei 2/3 indiziert war. Benzodiazepine erhielten 13 %. Trotzdem waren immerhin 44 % der Depressiven untermediziert, nur 4 % erhielten zu viele Medikamente.

Die *Risikofaktoren psychischer Erkrankung Älterer* wurden von Schneider et al. (1999) untersucht. Die Variablen höchster Trennschärfe zwischen gesunden und erkrankten Alten waren ein biographisches Item (mehr subjektive Belastungen,

weniger supportive Elemente) und zwei Bewältigungsstrategien (emotionale Labilität vs. kognitive Umbewertung von Problemen).

Hessel et al. (2003) untersuchten *somatoforme Beschwerden* über 60jähriger.

71 % hatten mindestens 1 Symptom, 50,5 % mindestens 4 Symptome, 23,4 % mindestens 8 Symptome. Die „jungen Alten“ (61-70 J.) litten seltener unter den genannten Beschwerden, das Geschlecht hatte mit zunehmendem Alter weniger Einfluss. Besonders häufig waren *Schmerzen*, auf deren psychosomatischen Aspekte Heuft et al. (1995) eingingen. Diese Ergebnisse stehen in deutlichem Gegensatz zu der geringen Prävalenz der nach den Diagnosesystemen (DSM-IV/ICD-10) diagnostizierten somatoformen Störungen bei Älteren sowie Befunden jüngerer Erwachsener, bei denen die Frauen eine höhere Prävalenz an somatoformen Beschwerden aufweisen. Auch Hessel et al. wiesen auf die Gefahr der Verkennung somatoformer Beschwerden hin, mit der Gefahr der unangemessenen Behandlung mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln.

Aus diesen Daten wird deutlich, dass das Alter ein differentielles Geschehen ist, in dem psychische Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen können, wenn auch in vergleichbarem Umfang wie in jüngeren Jahren.

Das traditionelle Bild des „Verfalls im Alter“, das sich auch in der oben zitierten Definition des Brockhaus von 2002 noch findet, lässt sich so also nicht aufrechterhalten. Vielmehr ist Altern ein komplexer Prozess, der von vielen Faktoren abhängt. Die Alterspsychotherapie hat unter anderem die Aufgabe, sich aus der psychischen Verarbeitung des Alternsprozesses ableitbare intrapsychische Konfliktlagen und Somatisierungstendenzen bewältigen und bessern zu helfen.

1.3 Alterspsychotherapie

Nachdem Heuft 1990 in seiner Arbeit „Zukünftige Forschungsperspektiven einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik“ erstmals den Begriff Gerontopsychosomatik geprägt hatte, formulierte Lamprecht im selben Jahr ein „Plädoyer für eine Geronto-Psychosomatik“. Radebold zog 1990 ein eher kritisches Resümee in Bezug auf die realisierte Alterspsychotherapie in Deutschland. Zunehmendes Wissen über die „*Potentiale im Alter*“ (Überblick s. Kruse 1990) hat auch zu Ver-

Einleitung

änderungen in der Sicht der Behandelbarkeit Älterer geführt. Dabei ging die Entwicklung vom sogenannten „Halbkreismodell“ des Lebenslaufs (Heuft et al. 2000), verbunden mit Defizit- und Defektvorstellungen des Alterns, über Eriksons acht psychosoziale Entwicklungsstufen (zit. nach Heuft 1990a), hin zu Wissen um *Plastizität* und *Kompetenz* sowie Beachtung der *Kontextualität* (Zusammenspiel Individuum - Umwelt).

Der *Alternsprozess* mit seinen spezifischen Belastungen kann unter präventiven Gesichtspunkten allenfalls antizipiert, jedoch nicht vorweg bewältigt werden und stellt daher eine besondere Entwicklungsaufgabe dar. U. U. ist Psychotherapie dann notwendig und sinnvoll. Als eine Aufgabe wiesen Helmchen et al. (1996) z. B. auf den Zusammenhang zwischen Behinderung im Alltag und Depressivität hin.

Wesentlich ist im Alter, die Balance zwischen Entwicklung und Auseinandersetzung mit Begrenzung herzustellen - im Falle des Auftretens psychischer Erkrankung mit Hilfe der Psychotherapie.

Zahlreiche Autoren wiesen in der Vergangenheit immer wieder auf die Notwendigkeit und die Erfolgsaussichten von Psychotherapie Älterer (z. B. Kruse 1990; Heuft & Marschner 1994; Heuft 1998; Kruse & Schmitt 1998; Schneider & Heuft 1999) bzw. eine psychosomatische Sichtweise (Bruder et al. 1991; Mayer et al. 1996; Hessel et al. 2000) hin.

Spätestens seit Erscheinen des ersten „Lehrbuchs der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie“ (Heuft G et al. 2000) kann die Psychotherapie Älterer als etabliertes Verfahren gelten.

Die Besonderheiten der *Behandlungskonzepte* und *Aufgaben stationärer Psychotherapie Älterer* fasste Peters (2000) zusammen. Erstere sollen einen Rahmen setzen, sich auf die Bedürfnisse Älterer einstellen, multimodal, differentiell und flexibel sein, fokussieren und Therapieziele bestimmen. Letztere umfassen Diagnosestellung, Prävention, Ressourcenaktivierung sowie die Vernetzung verschiedener Angebote.

Einen aktuellen Überblick zur Psychotherapie Älterer aus Sicht der Psychoanalyse, die sich lange Zeit schwer damit tat, Ältere zu behandeln, gaben Radebold (2002) und Luft (2003).

Einleitung

Die ablehnende Haltung gegenüber Psychotherapie Älterer ist auch mit Eigenübertragungsphänomenen (Heuft 1990b) und negativen Alter(n)sbildern von Psychotherapeuten in Zusammenhang zu sehen (Hinze 1987; Heuft et al. 1992; Radebold 1992; Lohmann & Heuft 1997).

Heuft (1990b) formulierte den Begriff der *Eigenübertragung*, der „alle innerseelischen Konflikte des Behandlers, die ihn nachhaltig daran hindern, die Gegenübertragungsabbildungen im Dienste des Prozesses zu analysieren“ (S. 306) beschreibt.

Wie schon erwähnt, gibt es im Zusammenhang mit Alterspsychotherapie und Gerontopsychosomatik eine Entwicklung weg von der ursprünglichen Vorstellung, dass die Hauptaufgabe in der Unterstützung Älterer bei der Bewältigung des Alterns/Lebensendes und/oder einer Sinnsuche besteht (Radebold 1992), hin zu der Vorstellung besonderer Entwicklungsaufgaben. Dies führte weg von kurzfristigen Beratungen/Fokalthérapien oder langanhaltenden niederfrequenten Hilfestellungen für die Auseinandersetzung mit Begrenzung/Tod. Heute umfasst das Spektrum der Behandlungen alle Möglichkeiten, die auch jungen Patienten offen stehen, ausgehend von einer *differentiellen Therapieindikation* (Heuft & Marschner 1994; Heuft 1998). Allerdings gehen Behandlungsbedarf und Versorgungsrealität auch heute noch deutlich auseinander (Radebold 2002).

Zur Entstehung psychischer Störungen aus Sicht der Gerontopsychosomatik sind drei *Konfliktkonstellationen* bei akuten funktionellen Somatisierungen im Alter bedeutsam (Heuft 1993; 1998):

1. Aktivierung eines lebensalterunabhängigen psychosexuellen Konfliktes
2. Aktualkonflikt, ausgelöst durch neu auftretende (Entwicklungs-) Konflikte
3. Traumareaktivierung im Alter.

Hinzu kommen können

4. aktuelle und familiäre Konflikte
5. Copingschwierigkeiten.

Dabei wird deutlich, dass es sowohl altersspezifische als auch vom Alter unabhängige Aspekte bei der Entstehung psychischer Symptome gibt. Einige Besonderheiten gilt es zu erläutern:

Einleitung

Grundlage für eine Konfliktauslösung ist im wesentlichen die *Schnittpunkt-Metapher* (Heigl-Evers & Heigl 1984), also das Auftreten von Symptomen am Schnittpunkt von Lebens- und aktueller Geschichte, ausgelöst durch eine für das Individuum bedeutsame Belastung.

Dem *Aktualkonflikt* liegen „akut-traumatische oder primär intrapsychisch erlebte konflikthafte Belastungen“ zugrunde, deren „motivationale Beweggründe teilweise oder ganz bewusst“ sind (Heuft et al. 1997a, S. 2 und 3). Dabei ist die biographische Sicht für die Diagnose notwendig im Hinblick auf eine leere psychische Anamnese, also fehlende zeitlich überdauernde unbewusste Konflikte.

Bei der *Traumareaktivierung* ist die (drohende) Hilflosigkeit im Alter ein Risikofaktor (Heuft 1999). Sie muss von der *Retraumatisierung* unterschieden werden, bei der es zu einem erneuten Trauma kommt.

Natürlich spielen auch im Alter *rezidivierende neurotische Konflikte*, *chronifizierte neurotische Störungen* und *Persönlichkeitsstörungen* eine Rolle. Einen Überblick über Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen gab Heuft (2001).

Mit zunehmenden Alter nimmt das Zeiterleben körperliche Dimensionen an, wie auch aus den Selbstbeschreibungen Älterer bei Smith & Baltes (1996) (vgl. Abschn. 1.1, S. 2) hervorgeht. Diese Beobachtung liegt dem Konzept der für verschiedene Lebensabschnitte typischen „*Organisatoren*“ (Heuft 1994) zugrunde. In den ersten Lebensjahren ist dieser Theorie zufolge der *Organisator* der psychische Entwicklung der „*Trieb*“, gefolgt vom *objektalen Organisator* (Beziehungen) des jüngeren Erwachsenenalters. Im höheren Erwachsenenalter wechselt die Organisatorfunktion auf den *somatogene Organisator* (Körper), der die Entwicklung voranbringt.

Aus all diesen verschiedenen Ansätzen der Alterspsychotherapie mit ihren differentiellen Therapieindikationen ergibt sich die Frage nach differentiellen Therapiezielen für Ältere.

1.4 Therapieziele – allgemein und altersspezifisch

Grundsätzlich können als *Therapieziel* „gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die gemeinsam zwischen Patient und Therapeut zu Beginn vereinbart, und deren Erreichung mit Hilfe von Therapie zu erreichen versucht wird“ (Göllner 1983; Pöhlmann 1999; Schulte 1997; zit. nach Grosse Holtforth 2001, S. 242) gelten.

Seit Minsels oft zitiertem Urteil, dass das „Kapitel um die Zielsetzungen eines der dunkelsten in der Therapieforschung überhaupt“ sei (Minsel 1977, S. 238, zit. nach Ambühl & Strauß 1999), haben sich viele Studien mit diesem Thema beschäftigt (u.a. Böcker & Breuer 1995; Göllner 1983; Grosse Holtforth 2001; Grosse Holtforth & Grawe 2002; Faller & Gossler 1998; Heuft & Senf 1998, Ruff & Werner 1987; Schulte-Bahrenberg & Schulte 1993; Pöhlmann et al. 2001).

Therapieziele können nach den unterschiedlichsten Kriterien betrachtet werden. Schon Häfner (1983) formulierte so verschiedene Ziele wie Gesamt- vs. Richtziele, Hilfsziele, kurz-, mittel- und langfristige Ziele, unausgesprochene, symptomatische, dispositionelle und ergänzende Ziele.

Unter *ethischen Aspekten* befassten Kottje-Birnbacher & Birnbacher (1999) sich mit Therapiezielen. Sie nannten 4 Kriterien der Therapiezielsetzung, die der Eingrenzung der Machtposition von Therapeuten entgegenwirken sollen (S. 27-28). Ihr Fazit war, dass Therapieziele keine Lebensziele sind und immer wieder neu ausgehandelt werden müssen.

Dsubanko-Obermayr & Baumann (1999) machten auf die Notwendigkeit des „Informed Consent“, also informierte Einwilligung des Patienten zu einer Behandlung, aufmerksam. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Beobachtung, dass der „Informed Consent“ zwar den Zielvorstellungen der von ihnen untersuchten Psychotherapeuten entsprach, diese die Umsetzung des Konzepts jedoch von der vom Patienten erwarteten Reaktion abhängig machten (Unterstützung vs. Behinderung).

Ein Problem können gemeinsam ausgehandelte Ziele darstellen, die der Patient insgeheim jedoch nicht teilt, worauf Kersting & Arolt (2000) hinwiesen.

Einleitung

Hasler & Schnyder (2002) benannten den *Zeitpunkt*, die *Motivation* und *Erreichbarkeit* als wesentliche Aspekte bei Therapiezielen.

Häfner (1983) wies wie andere Autoren auf die Schwierigkeit hin, einerseits einen möglichst frühzeitigen Konsens zu finden, andererseits Therapieziele im Verlauf der Behandlung verändern zu können. Schulte-Bahrenberg & Schulte (1993) dagegen werteten in ihrer Untersuchung verhaltenstherapeutischer Behandlungen die Veränderung der Therapieziele als Zeichen therapeutischer Resignation. Andere (z. B. Sack et al. 1999; Sack et al. 2003) sehen in ihrer Arbeit die Notwendigkeit, Therapieziele kontinuierlich zu evaluieren.

Therapieziele sind darüber hinaus immer auch von *externen Faktoren* wie Therapieschule oder therapeutischem Rahmen abhängig (Reiter & Steiner 1978; Kordy & Senf 1986; Ambühl et al. 1995; Ambühl & Orlinsky 1999; Ambühl & Strauß 1999b; Wendisch 1999).

Einen guten Überblick zum Thema psychotherapeutische Therapieziele finden sich bei Driessen et al. (2001) sowie Ambühl & Strauß (1999a).

Im Gegensatz zu den zahlreichen Untersuchungen auf dem Gebiet der allgemeinen Therapieziele gibt es zu konkreten *Zielsetzungen in Psychotherapien mit Älteren* hingegen bisher wenig Literatur.

Radebold (1992) verglich in einer Übersichtsarbeit bis dahin geltende psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere und revidierte eigene Überlegungen. Er kam zu dem Schluss, dass „für die Gruppe der 50- bis 75-80jährigen zunächst von den gleichen Zielsetzungen auszugehen ist, wie sie überhaupt für Erwachsene bestehen, (...) unter Berücksichtigung lebenszyklisch spezifischer (psychosozialer) Aufgabenstellungen“ (S. 354).

Heuft et al. (2000) formulierten *schulübergreifende altersspezifische* vs. *altersunabhängige schulspezifische Therapieziele*. Sie wiesen auf die Gefahr hin, Ziele, die sich aus dem „Altern und Altsein ableiten“ als „normativ gegeben anzunehmen“ (S. 238). Im Gegensatz dazu sahen sie die Problematik, zu weitreichende Therapieziele bei den Älteren i.S. von Ungeschehen-Machen/Verleugnung von altersabhängigen Begrenzungen zu formulieren.

Die oben erklärte Theorie der wechselnden Organisatoren im Lebenslauf (Heuft 1994) und die sich daraus ergebenden organisatorvermittelten Konflikte bieten ebenfalls einen Einstieg in die Formulierung von Therapiezielen (vgl. Abschn. 1.3, S. 7).

Noch seltener als diese theoretischen Überlegungen sind Beschreibungen von *Therapiezielen aus Behandlungen Älterer*. Baumann & Perst (1999) wiesen auf die geringe Datenlage von Einzelfallstudien hin und gaben dazu einen Überblick. Luft (1997) gab anhand abstrahierter Einzelfälle psychoanalytischer stationärer Behandlungen folgende Themenkreise an:

1. körperliche Einschränkungen, Disabilities, Handicaps
2. psychosoziale & emotionale Einschränkungen, Verlust
3. intergenerative Konflikte mit der nachfolgenden Generation
4. intergenerative Konflikte aus der eigenen Kindheit
5. Identifizierungen und „Anniversary Reactions“
6. Traumatisierungsschicksale
7. Lebensbilanz/-schuld/-beichte.

1.5 Minsels Urteil und therapeutische Zielsetzungen Älterer

Aus den vorangegangenen Kapiteln wird deutlich, dass bei den unterschiedlichsten Ansätzen und Auseinandersetzungen mit allgemeinen Therapiezielen und trotz zunehmender Bedeutung der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie empirische Untersuchungen über die Therapieziele älterer Patienten und ihrer Behandler weitgehend fehlen.

Das Urteil von Minsel (vgl. Abschn. 1.4, S. 8) hat in Bezug auf die Therapieziele bei der Behandlung Älterer also durchaus noch Gültigkeit.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher, ein wenig Licht in dieses „Dunkel“ zu bringen.

Es werden dafür *individuelle Therapieziele Älterer* genauer betrachtet. Dabei sind die von den Patienten selbst formulierten Ziele von großer Bedeutung. Das Erhe-

Einleitung

bungsinstrument der Individuellen Therapieziele (ITZ), die Psy-BaDo, wird im Methodikteil (Abschn. 3.5, S. 19 ff.) eingehend beschrieben.

Es interessieren aber auch die Ziele ihrer Therapeuten, in diesem Fall Behandler einer Abteilung, die sich seit 1992 auf diesem Gebiet weiterbildet (vgl. Abschn. 3.4, S. 19).

Ein wesentlicher Aspekt ist darüber hinaus zu klären, wie groß - oder klein - die Altersspezifität der Therapieziele der untersuchten Patienten ist. Es wird daher auch eine Vergleichsgruppe jüngerer Patienten untersucht.

Dabei ergeben sich die im folgenden Kapitel vorgestellten Fragestellungen und Hypothesen.

2 Fragestellung und Hypothesen

Bei Untersuchungen Älterer handelt es sich immer auch um Angehörige historisch definierbarer Generationen. In der vorliegenden Studie waren es Menschen, die zum Teil den 2. Weltkrieg als junge Erwachsene oder Kinder miterlebt haben bzw. im 2. Weltkrieg Geborene. Dadurch unterscheiden sie sich wesentlich von nachfolgenden Generationen. Dies sollte sich auf die Nennung von Therapiezielen ebenso wie die per se von Jüngeren unterschiedliche Lebenssituation auswirken. Auch deswegen enthält diese Arbeit einen relativ ausführlichen soziodemographischen Teil.

Des weiteren war es das Ziel, aktuelle Daten über ältere Psychotherapiepatienten zu erhalten, um eine Charakterisierung und Standortbestimmung auch im Vergleich zu Jüngeren vornehmen zu können. Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten, insbesondere bezüglich krankheitsrelevanter Daten, sollen dargestellt werden. Ein Anliegen, dem ebenfalls im soziodemographischen Teil Rechnung getragen wird.

Hauptanliegen dieser Arbeit ist es jedoch, dazu beizutragen, mehr über die Therapieziele heute 60jähriger und älterer Patienten zu erfahren. Dafür wurde, wie schon erwähnt, ein Instrument verwendet, das eine individuelle Betrachtung von Therapiezielen ermöglicht (Psy-BaDo, vgl. Abschn. 3.5, S. 19 ff.). Auch hierbei geht es darum, Übereinstimmungen oder Unterschiede mit Jüngeren und/oder den behandelnden Therapeuten herauszufinden.

Grundlage ist die Überlegung, dass ältere Patienten vor anderen - lebenszyklisch spezifischen - Entwicklungsaufgaben stehen als jüngere Patienten und die Welt vor dem Hintergrund ihres Alters mit anderen Augen sehen.

Wenn die Annahme, dass das Alter Einfluss auf die Auswahl der Therapieziele hat, zutrifft, müssten verschiedene Altersgruppen bestimmte Therapieziele eher auswählen als andere.

Dies sollte für die Ärzte/Psychologen auf einer auf Alterspsychotherapie spezialisierten Abteilung ebenfalls gelten. Demzufolge müssten auch die Therapeuten bestimmte Therapieziele für Patienten unterschiedlichen Alters wählen.

Schließlich interessiert noch, ob sich die Bewertung der Therapieziel-Erreichung bei Behandlungsende in den Altersgruppen unterscheidet. In der Literatur werden dafür eher keine Hinweise gegeben. Die Bewertung sollte daher nicht altersabhängig erfolgen.

2.1 Fragestellungen

Sich aus diesen Überlegungen ergebende Fragen sind:

1. Was macht die älteren Patienten, die sich zu einer stationären Behandlung entscheiden, aus soziodemographischer Sicht aus?
2. Wie unterscheiden sie sich von den Jüngeren?
3. Welche Therapieziele haben ältere Patienten in einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung?
4. Wie unterscheiden sie sich von Jüngeren?
5. Welche Therapieziele haben Therapeuten für ältere und jüngere Patienten?
6. Gibt es Unterschiede in der Übereinstimmung der Auswahl von Therapiezielen zwischen Therapeuten und Patienten abhängig vom Alter?
7. Wie bewerten ältere Patienten die Erreichung ihrer Therapieziel?
8. Gibt es Unterschiede zu den Jüngeren?
9. Machen Therapeuten Unterschiede bei der Bewertung der Therapieziel-Erreichung?

2.2 Hypothesen

Auf der Grundlage bisheriger Untersuchungen und im Zusammenhang mit den obigen Fragen wurden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 1: *Die Formulierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der Patienten ist abhängig vom Alter der Patienten*

Fragestellung und Hypothesen

Hypothese 2: *Die Formulierung der Individuellen Therapieziele (ITZ) der Psychotherapeuten ist abhängig vom Alter der Patienten*

Hypothese 3: *Es besteht ein hoher Grad der Verbundenheit (Kontingenz) zwischen der Formulierung bestimmter ITZ und dem Alter*

Hypothese 4: *Die Übereinstimmung von Patienten und ihren Psychotherapeuten in der Formulierung der ITZ ist unabhängig vom Alter*

3 Methodik

3.1 Die Klinik

Die Rhein-Klinik in Bad Honnef wurde 1972 als Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eröffnet. 1975 erfolgte die Aufnahme in den Krankenhaus-Bedarfsplan des Landes Nordrhein-Westfalen.

Zum Erhebungszeitpunkt wurden auf vier Stationen insgesamt 100 erwachsene Patienten mit psychosomatischen, funktionellen und seelischen Beschwerden aller Altersstufen behandelt. Darüber hinaus hatte sich die Rhein-Klinik auf drei Schwerpunkte spezialisiert: traumatisierte Patienten (Abteilung I), ältere Patienten (Abteilung II) und Schmerzpatienten (Abteilung III).

3.2 Therapiekonzept der Abteilung II

Das integrative psychoanalytische Behandlungskonzept der Station ist in fünf verschiedene Therapiesettings (Setting I-V) unterteilt. Diese Settings sind diagnoseübergreifend und altersunabhängig, berücksichtigen aber weitgehend die inneren und äußeren Voraussetzungen auf Seiten der Patienten zur stationären Psychotherapie.

Die Aufnahme zur stationären Behandlung erfolgt für alle Settings indikationsbezogen, d. h. sie kann ggf. auch innerhalb weniger Tage stattfinden.

Die stationäre Psychotherapie wird grundsätzlich als Kurzpsychotherapie, mit der Notwendigkeit einer Fokussierung verstanden.

Einleitung der Behandlung

Die ersten 14 Tage des stationären Aufenthaltes dienen bei allen Patienten einer vertieften differentialdiagnostischen und differentialindikatorischen Klärung (psychosomatische, psychiatrische und somatische Diagnostik und Differentialdiagnostik) mit folgendem in Tab. 1 dargestelltem Standardprogramm.

Methodik

Tabelle 1: Therapeutisch-diagnostische Elemente der 14-tägige Einleitungsphase stationärer Therapie der Abteilung II

Anamnesen	somatisch, biographisch, sozial
Einzeltermine (Begleittherapeut)	4-5x50 min.
KBT-Gruppe (Konzentrierte Bewegungstherapie)	2x60 min./Wo.
Einführungsgruppe (Pfleger)	1x60 min./Wo.
Bezugsgruppe (Pfleger)	1x60 min./Wo.
Zweitsicht durch die OÄ	X

Die Einzeltermine sind tiefenpsychologisch fundiert oder psychotherapeutisch stützend, motivationsklärend, psychosomatisch informierend.

Eine Zweitsicht findet durch die Oberärztin mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Untersuchung und Befunderhebung, Bestätigung der Aufnahmeindikation und Diagnose, Einleitung und Beurteilung somatischer Untersuchungen und Befunde und orientierender Diskussion der weiteren Therapieplanung statt.

In der zweiten Woche erfolgt die Einführung in die Konzentrierte Bewegungstherapie in Form der KBT-Basisgruppe.

Diese Einleitungsphase dient in den verschiedenen therapeutischen Bereichen der Entwicklung eines therapeutischen Bündnisses, u. a. durch Planung der Therapieziele mit Erstellung eines Behandlungsfokus - in der Regel formuliert als zentraler Beziehungskonflikt und durch die Psy-BaDo -, Klärung der Rahmenbedingungen und der vermutlichen Aufenthaltsdauer (diese wird regelmäßig nach Beginn der im Folgenden dargestellten Settings II-V in Visiten und Teambesprechungen überprüft).

Mit der Erarbeitung eines therapeutischen Bündnisses mündet die Einleitungsphase in die Indikation für eines der in Tab. 2 dargestellten Therapiekonzepte (Settings II-V); das Setting I, das der Differentialdiagnostik dient, endet durch Entlassung oder ebenfalls Überweisung des Patienten in eines der weiterführenden Settings.

Tabelle 2: Therapiekonzepte (Settings) der Station der Abteilung II

Setting	I	II	III	IV/V
Einleitungsphase	X	X	X	X
Einzeltermine (50 Min.)	2x/Wo.	2x/Wo.	2x/Wo.	1x/Wo.
Gruppe verbal (90 Min.)				2x/Wo.
Gruppe KBT (90 Min.)	2x/Wo.			2x/Wo.
Gruppe KBT (60 Min.)		b. B.	b. B.	
Einzel KBT (60 Min.)		b. B.	b. B.	
Bezugsgruppe (Pflege) (60 Min.)	X	X	X	X
Sozialberatung	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.
Soziotherapiegruppe (4 Einheiten, je 90 Min.)		b. B.	b. B.	b. B.
Paar-/Familientherapie	b. B.	b. B.	b. B.	b. B.
PMR nach Jacobson		b. B.	b. B.	b. B.
Physiotherapie-Kurzzeitprogramm		X		

n.B. = nach Bedarf, X = regelmäßige Teilnahme

Setting I: Klärung von Differentialdiagnose und Differentialindikation (2 Wochen)

Ausgang offen, evtl. Indikationsstellung für Setting II-V.

Setting II: Kurzzeitbehandlung (bis 6 Wochen)

Beinhaltet ein spezielles Physiotherapieprogramm mit Intentionalem Bewegungen, ganzheitlichen Bewegungsübungen und Geländegängen.

Setting III: Einzelpsychotherapie (zeitlich offen)

In Ergänzung mit Konzentrativer Bewegungstherapie in der Gruppe oder einzeln sowie den in Tab. 2 gezeigten Therapieelementen.

Setting IV: Gruppenpsychotherapie in Verbindung mit KBT (zeitlich offen)

Die Gruppenpsychotherapie ist tiefenpsychologisch fundiert und beinhaltet die Einbeziehung systemischer Interventionen. Sie ist ressourcen- und lösungsorientiert.

Setting V: Gruppenpsychotherapie in Verbindung mit KBT (zeitlich offen)

Die Gruppenpsychotherapie ist psychoanalytisch orientiert. Technisch erfolgt die Orientierung an der Manifestation des Übertragungsprozesses und der Interaktion in der Gruppe unter Berücksichtigung der Psychodynamik des Einzelnen.

In allen Settings findet regelmäßig mindestens 1x/Woche eine Visite statt und 1x/Woche eine Kurvenvisite mit der Oberärztin, ferner 2x/Woche stationsärztliche Sprechstunde.

Zusätzlich werden nach Indikation Physiotherapie, Aroma-Anwendungen und geleitete Freizeitaktivitäten durchgeführt.

3.3 Untersuchte Patienten

In einer retrospektiven Studie wurde eine konsekutive Stichprobe aller 60jährigen und älteren stationär in der Rhein-Klinik behandelten Patienten (n = 98) untersucht. Als Vergleich diente zum einen eine gleich große zufällig ausgewählte Gruppe von 30-50jährigen Patienten, die in der selben Zeit in der Rhein-Klinik behandelt wurden. Außerdem wurden alle von den Behandlern formulierten Therapieziele ausgewertet. Es handelte sich bei beiden Patientengruppen um abgeschlossene Behandlungsverläufe.

Die Behandlung aller Patienten erfolgte zwischen 1998 bis 2003 auf der Station der Abteilung II mit Schwerpunkt Alterspsychotherapie und –psychosomatik mit durchschnittlich 25-28 Patienten unterschiedlichen Alters.

Von der ursprünglichen Fallzahl gehen aufgrund fünf fehlender Psy-BaDo-Bögen in der Gruppe der Jüngeren und einer in der Gruppe der Älteren insgesamt 190 Bögen in die Auswertung ein. Diese Drop outs wurden nicht gesondert betrachtet, da ihre Zahl sehr gering ist.

3.4 Die Behandler

Zu den Psychotherapeuten gehören zum einen alle im ärztlich-psychotherapeutischen Bereich Tätigen, zum anderen psychologische Psychotherapeuten.

Von der therapeutischen Ausrichtung und Berufserfahrung bestehen dementsprechend z. T. erhebliche Unterschiede. Vertreten sind Psychoanalytiker, Systemische Familientherapeuten, Verhaltenstherapeuten, tiefenpsychologisch fundiert Arbeitende mit langjähriger Erfahrung oder noch in Ausbildung befindliche Behandler. Das Altersspektrum liegt zwischen ca. 30-50 Jahren.

3.5 Die Psy-BaDo

Zur Erfassung der in dieser Untersuchung verwendeten Individuellen Therapieziele (ITZ) diente die Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo (Heuft & Senf 1998). Diese wurde unter dem seit 1.1.1989 im 5. Sozialgesetzbuch gesetzlich vorgeschriebenen Aspekt der Qualitätssicherung von den Qualitätssicherungsbeauftragten der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften entwickelt. Sie stützt sich im wesentlichen auf die Strukturdokumentation vom Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) BaDo (Broda et al. 1993), von verhaltenstherapeutischer Seite auf die Basisdokumentation des Wissenschaftsrates der AHG (Zielke 1993; Meermann 1993; Fachausschuss Psychosomatik der AHG 1994) sowie die Psychiatrische Basisdokumentation gemäß den Empfehlungen des DGPPN (Cording et al. 1995). Die Psy-BaDo wurde von den Qualitätsbeauftragten der Psychotherapeutischen Fachgesellschaften, die in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) vertreten sind, vorgelegt.

Es liegen mittlerweile verschiedene Studien vor, welche die Praktikabilität belegen (Heuft et al. 1995; 1996a) und Erfahrungen wiedergeben (u.a. Senst et al. 2000).

Die Individuellen Therapieziele (ITZ) stellen eine Weiterentwicklung des Goal Attainment Scaling (Kirusek & Sherman 1968, zit. nach Heuft et al. 1996) dar, zu

dem Weis & Potreck-Rose (1986) einen Überblick gaben. Die ITZ beachten interindividuelle Unterschiede, die vor allem klinische (Kordy & Senf 1985) bzw. aktuelle (Heuft et al. 1996a) Relevanz haben.

Die Psy-BaDo ist in drei Teile gegliedert:

Zunächst gibt es für Patienten einen *soziodemographischen Teil*. Diesem entspricht der *diagnostische Teil* für die Behandler (*Diagnostik*).

Im *diagnostischen Teil* werden zu Beginn und Ende der Behandlung die Diagnosen sowie verschiedene andere Parameter eingeschätzt. Dazu gehören der *Beinträchtigungsschwere-Score (BSS)* nach Schepank (1995), der mittlerweile für Menschen über 60 Jahre adaptiert wurde (Schneider 1999), sowie die *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)*.

Der BSS operationalisiert den Schweregrad psychosomatisch-psychotherapeutischer Störungen auf drei Ebenen: psychogen-körperlich, psychisch und sozialkommunikativ. Er wird für die letzten sieben Tage und die letzten zwölf Monate eingeschätzt. Die Skalierung reicht von 0 = gar nicht bis 4 = extrem. Ein Wert als Summe aus den drei Ebenen ab fünf unterscheidet eine klinisch relevante Störung von einer Befindlichkeitsstörung (cut-off-point).

Der GAF bildet das Funktionsniveau (Ich-Struktur) eines Menschen in mehreren Bereichen ab. Die Skalierung reicht von 100 = volle Leistungsfähigkeit bis 0 = anhaltende Unfähigkeit. Der GAF wird für die letzten sieben Tage und als bester Wert im letzten Jahr vor der Behandlung eingeschätzt.

Ebenfalls zu Beginn und Ende der Behandlung werden die *Allgemeine Veränderungsdokumentation (ErgeDoku B)* von Befindensstörungen und Problembereichen der Patienten sowie die *Individuellen Therapieziele (ITZ) (ErgeDoku A)* aus Patienten- und Therapeutesicht unabhängig voneinander formuliert. Dadurch sollen sozial erwünschte Zielformulierungen vermieden und unabhängige Sichtweisen der Patienten gewährleistet werden.

In Bezug auf die *Therapiezielbögen (ErgeDoku A)* gilt folgendes: es besteht die Möglichkeit, bis zu fünf Therapieziele zu formulieren. Das erste Therapieziel wird zugleich als Hauptziel bezeichnet. Die Ziele sollen möglichst konkret, aber frei formuliert sein und können sich auf alle denkbaren Problembereiche, Symptome und Schwierigkeiten beziehen. Zu jedem ITZ sollen drei Beispiele (Kriterien) erläutern, woran das Erreichen des Zieles am Ende der Behandlung erkannt wird. Der Therapieerfolg wird anhand eines fünfstufigen Ratings (0 = Therapieziel entfallen, 1 = nicht erreicht, 2 = teilweise erreicht, 3 = erreicht, 4 = mehr als erreicht) eingeschätzt. Der Therapeut beurteilt zusätzlich noch zu Beginn der Behandlung die Motivation des Patienten auf einer Skala von 0 (nicht motiviert) bis 4 (sehr motiviert). Für den Therapeuten besteht die Möglichkeit, die ITZ nach der freien Formulierung gemäß dem Kategoriensystem des Manuals zur Psy-BaDo (Kategoriensystem Individuelle Therapieziele KITZ, vgl. Anhang B, S. XXVI-XXIX) (Heuft & Senf 1998) zu verschlüsseln.

Das Kategoriensystem besteht aus fünf Hauptkategorien (mit einer in Klammern angegebenen Anzahl einzelner Therapieziele):

Hauptkategorie 1: Intrapsychische Probleme und Konflikte (39)

Hauptkategorie 2: Interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte (15)

Hauptkategorie 3: Körperbezogene Probleme und Symptome (48)

Hauptkategorie 4: Medikamente; stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht
(12)

Hauptkategorie 5: Sozialmedizinische und Rehabilitationsziele (16).

3.6 Vorgehen in der Rhein-Klinik

In der Rhein-Klinik wird die Psy-BaDo in leicht modifizierter Form (vgl. Anhang B, S. XIV-XXV) seit 1998 als Basis- und Ergebnisdokumentation eingesetzt.

Die Patienten erhalten ihre Bögen durch das Pflegepersonal in der ersten Woche. Stationsarzt oder AiP füllen den *diagnostischen Teil (T1)*, Patienten den *soziodemographischen Teil (P1)* aus.

Innerhalb der ersten zwei Behandlungswochen werden von Patient und Therapeuten anhand der dafür vorgesehenen Formblätter die *Allgemeine Veränderungsdokumentation (P2)* sowie maximal drei *Individuelle Therapieziele (P3/T3)* formuliert. Das Pflegepersonal sammelt die Patientenbögen ein, die in die Kurve geheftet werden, die Therapeutenbögen verbleiben in der Akte beim Stationsarzt/AiP.

In der letzten Behandlungswoche erhalten Patient und Behandler die Bögen zurück, um die allgemeine Veränderung (*P4*) und den Therapieerfolg (*P3/T3*) zu beurteilen. Stationsarzt oder AiP füllen den abschließenden *diagnostischen Teil (T5)* aus.

3.7 Auswertung der Psy-BaDo

Zur Auswertung der Individuellen Therapieziele (ITZ) für diese Arbeit wurden die von Patienten und Therapeuten formulierten Klartexte nach einem Training entsprechend dem Kategoriensystem des Manuals zur Psy-BaDo (KITZ) (Heuft & Senf 1998) verschlüsselt. Dies gilt auch für die ITZ der Therapeuten, da diese die Möglichkeit, nach dem Manual selber zu verschlüsseln, nicht regelhaft nutzten. Unklare Formulierungen der Therapieziele der Therapeuten wurden mit diesen vor dem Rating abgestimmt.

3.8 Statistische Auswertung

Soziodemographischer Teil

Aufgrund der vielen Unterkategorien, die bei der Erfassung der Daten anhand der Psy-BaDo erhoben werden, wurden für die statistische Auswertung die folgenden Häufigkeiten zusammengefasst: psychische und somatische Diagnosen, Medikamente zum Zeitpunkt der Aufnahme. Der soziodemographische Teil hat explorativen Charakter, weswegen keine gerichteten Hypothesen formuliert wurden und statistisch zweiseitig getestet wurde.

Therapiemotivation

Für die zu Beginn der Behandlung von den Psychotherapeuten global eingeschätzte Motivation gibt es eine fünfstufige Skala mit 0 = nicht motiviert, 1 = kaum motiviert, 2 = etwas motiviert, 4 = motiviert, 5 = sehr motiviert. Es wurden daraus Mittelwerte ermittelt, die für die statistische Auswertung verwendet wurden.

Individuelle Therapieziele (ITZ)

Aufgrund der hohen Anzahl genannter Therapieziele (insgesamt 87, vgl. Anhang A, S. VIII-X, Tab. 33-38) mit daraus folgenden kleinen Zellbesetzungen, die eine statistische Auswertung z. T. nicht erlaubten, musste für die Überprüfung der Hypothese 1 und 2a mit den Hauptkategorien 1-5 gerechnet werden.

In Hypothese 1 und 2b wurde mit den Häufigkeiten der in Hauptkategorien 1-5 zusammengefassten Therapieziele aller unter 1.-3. ITZ genannter Therapieziele gerechnet. Dadurch kann allerdings keine Aussage über die Reihenfolge der ITZ mehr gemacht werden (Haupttherapieziel bzw. 2. oder 3. Therapieziel).

Es wurden auch die am häufigsten genannten Therapieziele ($N \geq 5$) untersucht (Hypothese 1 und 2c, S. 58 ff., Gruppenvergleich S. 48 f.). Da andere ITZ ebenfalls mehrere Symptome vereinen (z. B. 104 „depressive Symptome“), erschien es legitim, Therapieziele zusammenzufassen. Dies gilt für die ITZ 320-378, die als „funktionelle Symptome“ sowie 390-396, die als „veränderter Umgang mit dem Körper“ zusammengefasst wurden (vgl. Anhang B, Hauptkategorie 3, S. XXVII f.).

Nicht in die Berechnung gingen ITZ mit gleicher Häufigkeit in den unterschiedlichen Stichproben ein, da diese für die statistische Auswertung in Bezug auf Unterschiede zwischen den Altersgruppen sowie Patienten- und Therapeutengruppen nicht relevant sind. Durch dieses Vorgehen ergaben sich für die Berechnung der Hypothesen 1 und 2c jeweils zwölf, für die Gruppe 1 zehn, für Gruppe 2 13 Therapieziele (vgl. Tab. 39, Anhang A, S. XI).

Therapieziel-Erreichung (Erfolgseinschätzung)

Hier wurden die Mittelwerte der Bewertung der Therapieziel-Erreichung des 1.-3. Therapieziels durch Patienten und ihre Psychotherapeuten und die durchschnitt-

liche Bewertung aller unter 1.-3. genannter ITZ ermittelt und für die statistische Auswertung verwendet. Für die Berechnung der Mittelwerte wurde das oben erklärte fünfstufige Rating verwendet (vgl. S. 21).

Ausgewählte statistische Testverfahren

Da es sich bei den ITZ um Nominaldaten handelt, wurde die Berechnungen mit dem Chiquadrat-Mehrfeldertest durchgeführt. Die Kreuztabellen variieren in ihrer Felderzahl, weswegen zur Berechnung der Kontingenz (Hypothese 3) Cramer's V gewählt wurde, um die Ergebnisse vergleichen zu können. Die Quadrierten Standardisierten Residuen (QSR) wurden ermittelt, um Auskunft darüber zu erhalten, in welchen Zellen es signifikante Unterschiede gibt, also zu erfahren, welche Häufigkeiten in welcher Gruppe genau die Signifikanz ausmachten.

Bei Ordinaldaten kamen der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Hypothese 4) oder der Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben zur Anwendung, bei Intervalldaten der T-Test für unabhängige Stichproben mit einem Konfidenzintervall von 99 %, für Korrelationen diente die Rangkorrelation nach Spearman.

Die Daten wurden mit SPSS 11.0 berechnet.

4 Ergebnisse

Fragestellung 1: Was macht die älteren Patienten, die sich zu einer stationären Behandlung entscheiden, aus soziodemographischer Sicht aus?

Fragestellung 2: Wie unterscheiden sie sich von den Jüngeren?

4.1 Soziodemographische Daten

4.1.1 Allgemeines

Die folgenden Daten wurden aus dem *soziodemographischen und diagnostischen Teil* der Psy-BaDo errechnet (vgl. Anhang B, S. XIV-XXV). Es ist ein Anliegen dieser Arbeit, ein umfassendes Bild von den hier untersuchten älteren Psychotherapiepatienten in stationärer Behandlung zu vermitteln. Aufgrund der Fülle der erhobenen Daten kann hier allerdings nur auf einen Teil der Daten eingegangen werden.

Die statistische Auswertung war zum Teil aufgrund der zu kleinen Fallzahlen nicht möglich, die Zahlen lassen jedoch Unterschiede erkennen, die bei größeren Zellbesetzungen wahrscheinlich auch statistisch signifikant würden.

Im Folgenden werden die älteren Patienten (60-80 J.) als Gruppe 1, die Jüngeren (30-50 J.) als Gruppe 2 bezeichnet. ITZ meint Individuelle Therapieziele gemäß Psy-BaDo.

4.1.2 Alters- und Geschlechtsverteilung

Gruppe 1

Die Älteren waren im Mittel 64,8 Jahre alt (SD 5,1; Bereich 60-79 J., vgl. Tab. 17, Anhang A, S. I), davon sind 73,2 % (N = 71) Frauen, 26,8 % (N = 26) Männer.

Ergebnisse

Gruppe 2

Die Jüngeren waren im Mittel 40,5 Jahre alt (SD 5,7; Bereich 30–50 J., vgl. Tab. 18, Anhang A, S. I), davon Frauen 76,3 % (N = 71), Männer 23,7 % (N = 22).

Statistische Auswertung

Das Geschlechtsverhältnis in beiden Gruppen entsprach dem anderer stationärer psychotherapeutischer Einrichtungen und es bestanden *keine statistisch signifikanten Unterschiede* zwischen den Gruppen (Chi-Quadrat-Test, $\chi^2 = 0,210$, df 1, p .647).

4.1.3 Paarsituation

Hier soll ein Überblick genügen, detaillierte Zahlen Familienstand und Partnersituation betreffend sind den Tab. 19 und 20 (Anhang A, S. II) zu entnehmen.

Gruppe 1

In einer festen Partnerschaft lebten 63,9 % (N = 62) der Älteren, keine Partnerschaft hatten 36,1 % (N = 35).

Gruppe 2

In einer festen Partnerschaft lebten 63,4 % (N = 69) der Jüngeren, keine Partnerschaft hatten 36,6 % (N = 34).

Statistische Auswertung

Es bestanden *keine statistisch signifikanten Unterschiede* (Chi-Quadrat-Test, $\chi^2 = 0,005$, df 1, p .946) bezüglich der Paarsituation.

Ergebnisse

4.1.4 Ausbildung und zuletzt ausgeübter Beruf

Wie aufgrund der unterschiedlichen biographischen Hintergründe zu erwarten war, bestanden in diesen Bereichen deutliche Unterschiede zwischen den beiden Stichproben.

4.1.4.1 Schulabschluss

Gruppe 1

Bei den Älteren gab es einige, die keinen Schulabschluss hatten (4,1 %, N = 4), der größere Teil hatte einen Hauptschul- bzw. Realschulabschluss (44,3 %, N = 43 bzw. 33,7 %, N = 32), 15,5 % (N = 15) machten das Abitur.

Gruppe 2

Die Jüngeren hatten nicht nur alle einen Schulabschluss, sondern auch insgesamt mehr höhere Abschlüsse (Abb. 1).

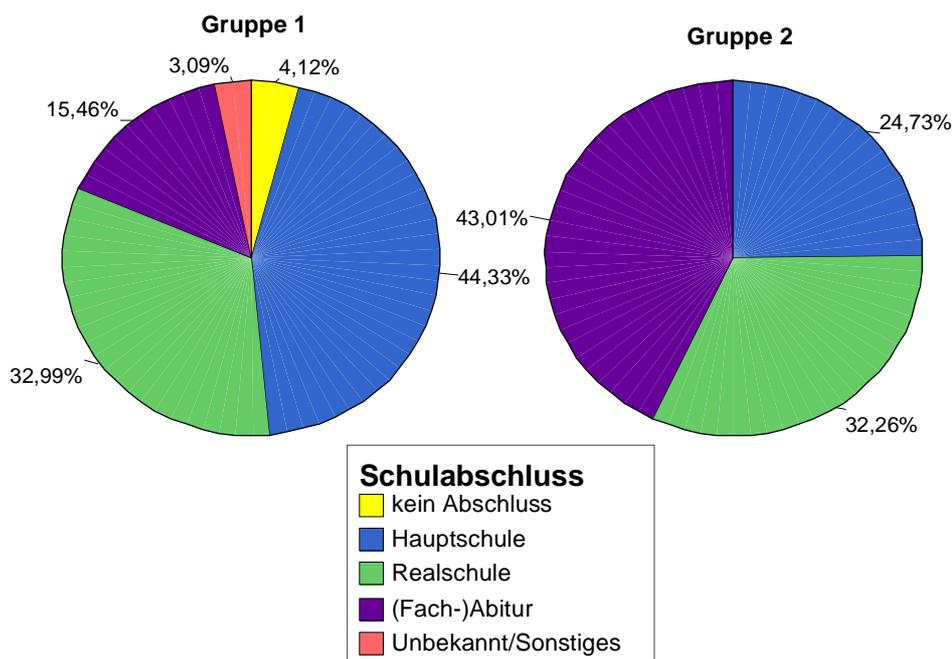


Abb. 1: Verteilung des höchsten Schulabschlusses im Altersvergleich
(Gruppe 1: 60-80 J., Gruppe 2: 30-50 J.)

Ergebnisse

4.1.4.2 Ausbildung

Gruppe 1

16,5 % (N = 16) der Älteren gaben an, keinen Berufsabschluss zu haben, die Antwort-Möglichkeit „Unbekannt“ (7,2 %, N = 7) und „Sonstiges“ (13,4 %, N = 13) machten ebenfalls einen hohen Anteil aus. Andererseits hatten viele derer mit Abitur (15,8 %, N = 15) auch einen entsprechenden Berufsabschluss (13,4 %, N = 13). Der größte Teil (44,3 %, N = 43) machte eine Lehre (Abb. 2).

Gruppe 2

Erwartungsgemäß befand sich ein kleiner Teil der Jüngeren (2,2 %, N = 2) noch in Ausbildung, der größte Teil (57,0 %, N = 53) beendete eine Lehre/Fachschule. Ungefähr die Hälfte der Abiturienten (43,0 %, N = 40) machte einen FH-/Uni-Abschluss (20,4 %, N = 19).

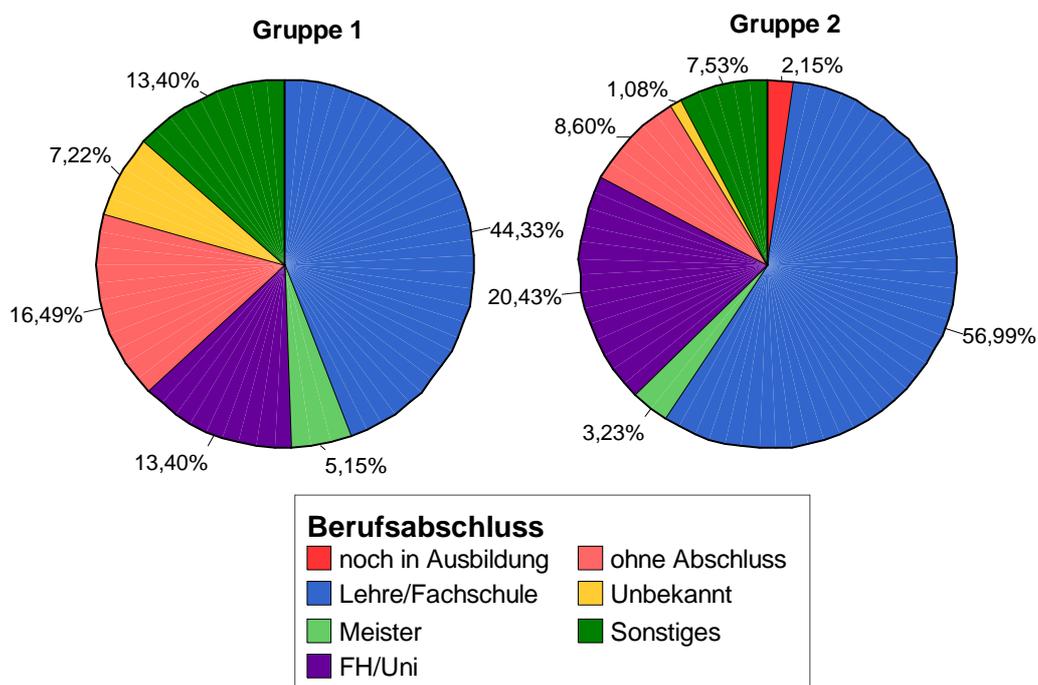


Abb. 2: Verteilung des höchsten Berufsabschlusses im Altersvergleich
(Gruppe 1: 60-80 J., Gruppe 2: 30-50 J.)

4.1.4.3 Zuletzt ausgeübter Beruf (Tab. 21, Anhang A, S. II)

Gruppe 1 und 2

Bezüglich des zuletzt ausgeübten Berufs bestanden größere Übereinstimmungen, abgesehen von dem zu erwartenden höheren Anteil un-/angelernter Arbeiter bei den Älteren. Die meisten Patienten arbeiteten zuletzt als einfache bis hochqualifizierte Angestellte/Beamte. Auch Selbstständige gab es in beiden Gruppen in etwa gleicher Verteilung.

Statistische Auswertung

Aufgrund zu kleiner Zellbesetzungen war in Bezug auf Ausbildung und zuletzt ausgeübten Beruf *keine statistische Auswertung möglich*. Die Zahlen lassen aber tendenzielle Unterschiede bei den abgeschlossenen Ausbildungen zu Gunsten der Jüngeren erkennen.

4.2 Krankheits- und behandlungsbezogene Daten

4.2.1 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Gruppe 1 und 2

In beiden Gruppen lag der Median des BSS der letzten sieben Tage vor Aufnahme bei 8. Bis zur Entlassung konnten sich die Älteren auf durchschnittlich 5 verbessern, die Jüngeren hingegen auf einen Wert von 4, d. h. die Beeinträchtigung wurde bei den Jüngeren zu Behandlungsende geringer eingeschätzt (vgl. Tab. 22 und 23, Anhang A, S. III).

Statistische Auswertung

Es bestand in beiden Gruppen ein statistisch *hoch signifikanter Unterschied* zwischen den BSS-Werten bei *Aufnahme und Entlassung* (Wilcoxon-Test, Gruppe 1: $Z = -8,080$, $p .000^{***}$, Gruppe 2: $Z = -7,777$, $p .000^{***}$).

Ergebnisse

Der Unterschied des eingeschätzten *BSS bei Entlassung* zwischen den Altersgruppen wurde *statistisch signifikant* (Mann-Whitney-U-Test, $Z = -2,273$, $p .023^*$).

4.2.2 Global Assessment of Functioning (GAF)

Gruppe 1 und 2

Hinsichtlich der Einschätzung des globalen Funktionsniveaus der letzten sieben Tage vor Aufnahme bestand Übereinstimmung in beiden Altersgruppen: der Median lag bei Aufnahme bei 50, bei Entlassung bei 60 (vgl. Tab. 24 und 25, Anhang A, S. IV), beide Patientengruppen konnten sich also verbessern.

Statistische Auswertung

In beiden Gruppen ließ sich ein *hoch signifikanter Unterschied* bezüglich des GAF bei *Aufnahme und Entlassung* nachweisen (Wilcoxon-Test, Gruppe 1: $Z = -7,998$, $p .000^{***}$, Gruppe 2: $Z = -7,648$, $p .000^{***}$).

4.2.3 Anzahl der ambulanten psychotherapeutisch-psychiatrischen Vorbehandlungen und Dauer der ambulanten Psychotherapie

Gruppe 1

Die Anzahl der ambulanten Vorbehandler betrug im Mittel 1,06 (SD 1,57, Bereich 0-9, vgl. Tab. 26, Anhang A, S. V). Der Anteil derer, die keine Vorerfahrung in ambulanter Psychotherapie hatten, ist bei den Älteren deutlich größer (54,6 %). Andererseits gab es nur unter ihnen einen kleinen Anteil, der schon mehr als 300 Stunden ambulanter Psychotherapie in Anspruch genommen hatte (Abb. 3).

Gruppe 2

Die Anzahl der ambulanten Vorbehandler betrug im Mittel 1,27 (SD 1,22, Bereich 0-9). Der größte Teil der jüngeren Patienten hatte zwischen 26-160 Stunden ambulante Psychotherapie erhalten (Abb. 3).

Ergebnisse

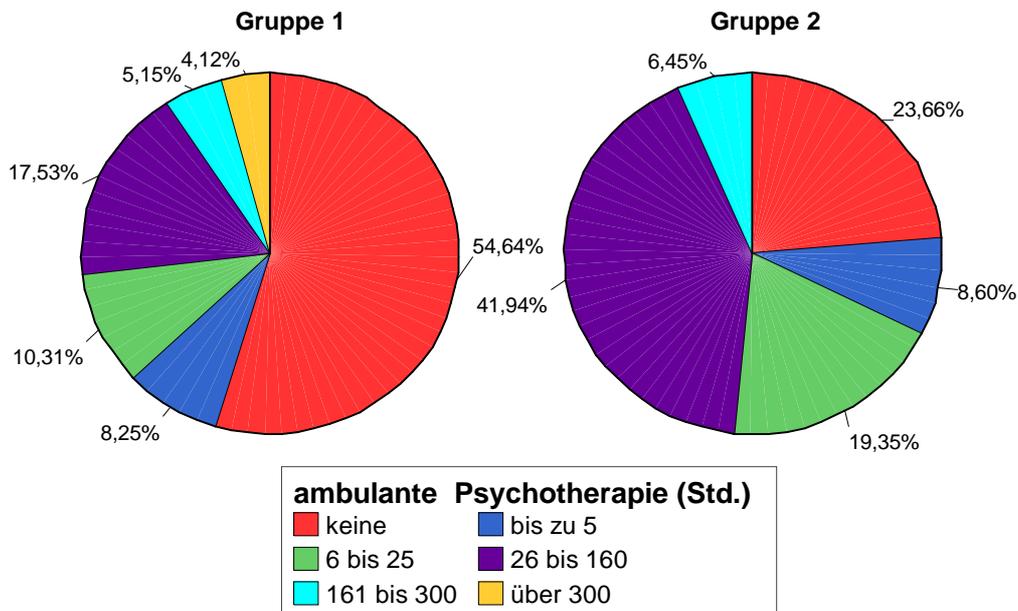


Abb. 3: Verteilung der Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in Stunden (Std.) in den Altersgruppen (Gruppe 1: 60-80 J., Gruppe 2: 30-50 J.)

Statistische Auswertung

Es bestanden *keine statistisch signifikanten Unterschiede* bezüglich der *Anzahl der psychotherapeutisch-psychiatrischen Vorbehandler* (T-Test für unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, $t = -1,020$, $df = 189$, $p = .309$), aber *hoch signifikante Unterschiede* bei der *Dauer der ambulanten Psychotherapie* (Mann-Whitney-U-Test, $Z = -3,789$, $p = .000^{***}$), d. h. die Dauer der ambulanten Psychotherapie bei jüngeren Patienten war durchschnittlich länger, trotz der wenigen Behandlungen von über 300 Stunden bei den Älteren.

4.2.4 Stationäre psychosomatische/psychiatrische Vorbehandlungen

Gruppe 1

Der größere Teil der Älteren (61,2 %, $N = 60$) hatte keine Erfahrungen mit stationärer psychosomatischer Behandlung (vgl. Tab. 28, Anhang A, S. V), bei den 38,8 % ($N = 38$) der Älteren mit Vorerfahrungen betrug die Aufenthaltsdauer im

Ergebnisse

Mittel 1,67 Monate (SD 2,94, Bereich 0-15). 23,5 % (N = 23) wurden stationär psychiatrisch vorbehandelt (Tab. 27, Anhang A, S. V), mit einem Mittel von 0,79 Monaten (SD 2,10, Bereich 0-9) Aufenthaltsdauer. 13,4 % (N = 13) der Älteren waren Wiederaufnahmen in der Rhein-Klinik.

Gruppe 2

Auch die Jüngeren hatten meist keine Vorfahrungen mit stationärer psychosomatischer Behandlung (78,5 %, N = 73), bei 21,5 % (N = 20) bestanden Vorerfahrungen, Behandlungsdauer im Mittel 0,71 Monate (SD 1,82, Bereich 0-12). Psychiatrische Vorbehandlung war noch seltener (14,0 %, N = 18), bei einer mittleren Dauer von 0,32 Monaten (SD 2,34, Bereich 0-14). Verglichen mit den älteren Patienten waren ungefähr halb so viele (6,5 %, N = 6) der Jüngeren Wiederaufnahmen in der Rhein-Klinik.

Statistische Auswertung

Es bestand nur bezüglich der *Dauer der stationären psychosomatischen Vorbehandlungen* ein statistisch *hoch signifikanter Unterschied* zwischen beiden Altersgruppen (T-Test bei unabhängigen Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, $t = 2,722$, $df = 163,093$, $p = .007^{**}$). Die *Dauer der psychiatrischen Vorbehandlungen* unterschied sich *nicht signifikant* (T-Test bei unabhängigen Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, $t = 1,782$, $df = 176,991$, $p = .79$)

Auch bezüglich der *Wiederaufnahmen* bestanden *keine statistisch signifikanten Unterschiede* (Chiquadrat-Vierfelder-Test, $\chi^2 = 2,548$, $df = 1$, $p = .110$), obwohl der prozentuale Anteil bei den älteren Patienten doppelt so hoch ist.

4.2.5 *Durchschnittliche Anzahl psychischer und somatischer Diagnosen nach ICD-10*

Gruppe 1

Bei den Älteren wurden im Mittel 2,27 (SD 1,06, Bereich 1-6) psychische sowie 3,08 (SD 2,03, Bereich 0-8) somatische Diagnosen gestellt.

Gruppe 2

Die Jüngerer erhielten im Mittel 2,37 (SD 1,25, Bereich 1-6) psychische und 2,11 (SD 1,62, Bereich 0-7) somatische Diagnosen.

Statistische Auswertung

Es bestand ein statistisch *hoch signifikanter Unterschied* bezüglich dem *Mittel der vergebenen somatischen Diagnosen* (T-Test für unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, $t = 3,650$, $df = 189$, $p = .000^{***}$), d. h. bei den Älteren wurden im Mittel signifikant häufiger somatische Diagnosen gestellt, die *psychischen Diagnosen unterschieden sich nicht* (T-Test für unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, $t = -0,626$, $df = 185$, $p = .532$).

4.2.6 Psychische Diagnosen nach ICD-10 und Diagnosedauer der psychischen Erstdiagnose

Betrachtet man die psychische Erstdiagnose (Tab. 29, Anhang A, S. VI, Anhang B, T1/1, S. XVIII), also die an erster Stelle genannte Diagnose, gibt diese einen Trend vor, der sich auch bei allen insgesamt vergebenen psychischen Diagnosen (Tab. 30, Anhang A, S. VI) fortsetzt:

Gruppe 1

Häufigste Erstdiagnose war die depressive Störung (ICD-10: F3) mit 56,7 % (N = 55), gefolgt von den somatoformen Störungen (ICD-10: F45; 17,5 %, N = 17) und den Ängsten (ICD-10: F40+F41; 9,3 %, N = 9).

Die Diagnosedauer der Erstdiagnose betrug im Mittel 94,95 Monate (SD 119,13; Bereich 1-612).

Häufigste psychische Diagnosen aller insgesamt vergebener Diagnosen (N = 216) war die depressive Störung (ICD-10: F3; 34,7 %, N = 75), gefolgt von den somatoformen Störungen (ICD-10: F45; 18,1 %, N = 39).

Gruppe 2

Häufigste Erstdiagnose war ebenfalls die depressive Störung (ICD-10: F3) mit 55,8 % (N = 60), gefolgt allerdings von den Ängsten (ICD-10: F40+F41; 11,9 %, N = 11) und Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60+F61; 8,6 %, N = 8).

Die Erstdiagnose dauerte im Mittel 55,51 Monate an (SD 74,31, Bereich 2-480).

Häufigste psychische Diagnosen insgesamt (N = 211) waren auch hier die depressive Störung (ICD-10: F3; 38,4 %, N = 81), zweithäufigste die Ängste (ICD-10: F40+F41; 13,0 %, N = 28), gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60+F61; 12,3 %, N = 26).

Statistische Auswertung

Es bestanden zwischen beiden Altersgruppen *keine statistisch signifikanten Unterschiede* der drei am häufigsten gestellten *psychischen Erstdiagnosen* (Chi-quadrat-Test, $\chi^2 = 6,365$, df 3, p .095).

Es bestand ein statistisch *hoch signifikanter Unterschied* (T-Test auf unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, t = 2,729, df 189, p .006**) in der *Dauer der Erstdiagnose*, die bei den Älteren länger war.

Die *Häufigkeiten der psychischen Diagnosen insgesamt* unterschieden sich statistisch *signifikant* (Chi-quadrat-Test, $\chi^2 = 20,463$, df 9, p .015*). Die QRS wurden hier nicht signifikant, so dass offen bleiben muss, welche Diagnosen genau die Signifikanz ausmachen.

4.2.7 Somatische Diagnosen nach ICD-10

Gruppe 1

Bei den insgesamt vergebenen somatischen Diagnosen (N = 266, Tab. 31, Anhang A, S. VII) litten die Älteren vor allem unter Beschwerden des Bewegungsapparates (ICD-10: M; 26,3 %, N = 70) und kardialen Erkrankungen (ICD-10: I; 25,9 %, N = 69), gefolgt von endokrinologischen Erkrankungen (ICD-10: E; 15,4 %, N = 41).

Gruppe 2

Häufigste aller somatischer Diagnosen bei den Jüngeren (N = 164, Tab. 31, Anhang A, S. VII) waren ebenfalls Beschwerden des Bewegungsapparates (ICD-10: M; 26,8 %, N = 44). Dann folgten in ähnlicher Verteilung endokrinologische (ICD-10: E; 15,9 %, N = 26), kardiale (ICD-10: I; 11,0 %, N = 18) und Atemwegserkrankungen (ICD-10: J; 14,0 %, N = 23) .

Statistische Auswertung

Die Gruppen unterschieden sich *hoch signifikant* in den *somatischen Diagnosen* (Chiquadrat-Test, $\chi^2 = 31,934$, df 8, p .000***). Die Quadrierten Standardisierten Residuen (QSR) (Tab. 31, Anhang A, S. VII) verdeutlichen, dass für das Ergebnis insbesondere die Häufigkeiten der kardialen Erkrankungen (ICD-10: I) in beiden Gruppen, in Gruppe 2 die urologischen (ICD-10: N) und Atemwegserkrankungen (ICD-10: J) ausschlaggebend waren.

4.2.8 *Medikamente zum Zeitpunkt der Aufnahme*

Gruppe 1

78,3 % (N = 76) der Älteren nahmen somatische Medikamente ein, 68,0 % (N = 66) psychotrope Substanzen. Von allen eingenommenen Medikamenten (N = 318, Tab. 32, Anhang A, S. VII) standen die Medikamente des Herz-Kreislauf-Systems (31,8 %, N = 101) an erster Stelle. Es folgten Antidepressiva (18,2 %, N = 58) und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine/Neuroleptika) (9,7 %, N = 31).

Gruppe 2

47,3 % (N = 44) der Jüngeren bekamen somatische Medikamente, 53,8 % (N = 50) psychotrope Substanzen, insgesamt wurden N = 190 Medikamente eingenommen (Tab. 32, Anhang A, S. VII). Antidepressiva standen an erster Stelle (23,7 %, N = 45), gefolgt von Phytotherapeutika (11,1 %, N = 21), Medikamente für Lunge und Atemwege (10,0 %, N = 19) sowie Beruhigungsmittel (8,9 %, N = 17).

Auch verschiedene andere somatische Medikamente, die hier nicht einzeln aufgeführt werden, machten in beiden Gruppen einen deutlichen Anteil aus (vgl. Tab. 32, Anhang A, S. VII).

Statistische Auswertung

Hinsichtlich der *Häufigkeit der Einnahme somatischer Medikamente* unterschieden sich die Gruppen *hoch signifikant* (Chi-Quadrat-Test, $\chi^2 = 18,0219$, df 1, p .000***), d. h. die Älteren nahmen mehr somatische Medikamente ein. Bei den *Psychopharmaka* war dagegen *kein signifikanter Unterschied* nachzuweisen (Chi-Quadrat-Test, $\chi^2 = 3,692$, df 1, p .055).

Beim Vergleich der einzelnen *Medikamentengruppen* ließ sich ebenfalls ein *hoch signifikanter Unterschied* in beiden Gruppen nachweisen (Chi-Quadrat-Test, $\chi^2 = 51,296$, df 10, p .000***). Verantwortlich dafür waren in beiden Gruppen in Übereinstimmung mit den vergebenen somatischen Diagnosen die Häufigkeiten der Medikamente des Herz-Kreislauf- und des Atemsystems (s. QSR in Tab. 32, Anhang A, S. VII).

4.2.9 Therapieprogramm

Gruppe 1

Die Hälfte der Älteren (49,5 %, N = 48) wurde in Setting IV/V (Langzeittherapie, vgl. Abschn. 3.2, S. 15 ff.) behandelt, die andere Hälfte verteilte sich auf die Kurzzeitprogramme (Setting I 5,1 %, N = 5, Setting II 45,4 %, N = 44).

Gruppe 2

Der größte Teil (83,9 %, N = 78) der Jüngeren nahm am Setting IV/V teil. 15,1 % (N = 14) machten eine Kurzzeittherapie (Setting II), ein Patient wurde differentialdiagnostisch beurteilt und weitervermittelt (Setting I).

Statistische Auswertung

Es bestand ein statistisch *hoch signifikanter Unterschied* zwischen den Gruppen bezüglich des *Behandlungsprogramms* (Chiquadrat-Test, $\chi^2 = 23,834$, df 1, p .000***), d. h. jüngere Patienten wurden deutlich häufiger in den Langzeitprogrammen behandelt als die Älteren.

4.2.10 Therapiemotivation zu Beginn der Behandlung

Gruppe 1

Die von den Therapeuten eingeschätzte Motivation lag im Mittel bei 2,79 (SD 0,724, Bereich 1-4, N = 96, vgl. Tab. 45, Anhang A, S. XIII). Die Älteren wurden vor allem als „etwas motiviert“ bis „motiviert“ beurteilt.

Gruppe 2

Die Motivation dieser Gruppe wurde deutlich höher eingeschätzt: im Mittel 3,32 (SD 0,710, Bereich 1-4, N = 92). Insbesondere der Anteil als „sehr motiviert“ eingeschätzter Patienten ist dreimal höher als bei den Älteren (vgl. Tab. 45, Anhang A, S. XIII).

Statistische Auswertung

Die Motivation der Älteren unterschied sich *hoch signifikant* von den Jüngeren (T-Test für unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, t = -4,279, df 187, p .000***), d. h. ihre Motivation wurde von den Therapeuten statistisch signifikant niedriger eingeschätzt.

Aufgrund dieser deutlichen Signifikanz wurde in einem nächsten Schritt die Korrelation zwischen dem Alter der Patienten und der durch ihre Therapeuten eingeschätzten Motivation untersucht. Die *Korrelation zwischen Alter und Motivation ist nicht signifikant* (Pearsons Korrelationskoeffizient, r = 0,006, p .953), was dafür spricht, dass andere Faktoren sich auf die Beurteilung der initialen Motivation auswirken.

4.3 Individuelle Therapieziele (ITZ)

Fragestellung 3: Welche Therapieziele haben ältere Patienten in einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung?

Fragestellung 4: Wie unterscheiden sie sich von Jüngeren?

Fragestellung 5: Welche Therapieziele haben Therapeuten für ältere und jüngere Patienten?

4.3.1 Allgemeines

Den Tab. 33-38 (Anhang A, S. VIII-X) sind die Häufigkeiten aller an 1.–3. Stelle genannten ITZ zu entnehmen, die in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben werden. Insgesamt wurden 87 der 130 möglichen Therapieziele genannt.

Für alle Therapieziele (1.–3. ITZ) und untersuchte Stichproben (Ältere und Jüngere, Patienten und Therapeuten) gilt, dass die *Kategorie 1* (intrapsychische Probleme und Konflikte) an *1. Stelle* stand. Die Hauptkategorien 4 (Medikamente/Sucht) und 5 (sozialmedizinische und Rehabilitationsziele) machten den kleinsten Anteil aus.

4.3.2 Anzahl der insgesamt formulierten ITZ

Die Anzahl der insgesamt von Patienten und Therapeuten genannten ITZ gibt Tab. 3 wieder. Die fehlenden Werte kommen durch nicht ausreichend lange Aufenthaltsdauer oder aktive Weigerung durch die Patienten zustande. Insgesamt war der Nutzungsgrad des Angebotes bis zu drei ITZ anzugeben jedoch hoch, bei den jüngeren Patienten am deutlichsten. Es fällt auf, dass die Therapeuten bei den Älteren und Jüngeren zwar vergleichbar häufig drei Ziele formulierten, aber bei den Älteren fast dreimal so oft nur ein Ziel, worin sie mit ihren älteren Patienten übereinstimmten. Vergleichbar häufig wählten die Therapeuten in beiden Gruppen zwei Ziele.

Ergebnisse

Tabelle 3: Häufigkeit (N) und prozentualer Anteil (%) der von Patienten und Therapeuten in beiden Altersgruppen formulierten ITZ

	Gruppe 1		Gruppe 2	
	Patienten	Therapeuten	Patienten	Therapeuten
Formulierte ITZ	N = 97 (%)	N = 97 (%)	N = 93 (%)	N = 93 (%)
Kein Ziel	4 (4,1)	5 (5,1)	6 (6,5)	5 (5,4)
1 Ziel	11 (11,3)	12 (12,4)	3 (3,2)	4 (4,3)
2 Ziele	15 (15,5)	35 (36,1)	6 (6,5)	38 (40,8)
3 Ziele	67 (69,1)	45 (46,4)	78 (83,8)	46 (49,5)

Statistische Auswertung

Aufgrund zu kleiner Zellbesetzungen war eine statistische Auswertung innerhalb der beiden Altersgruppen zwischen Patienten und ihren Therapeuten nicht möglich. Ein Vergleich innerhalb der Patienten- und Therapeutengruppen zeigte einen *signifikanten Unterschied im Nutzungsgrad formulierter ITZ der Patienten in Gruppe 1 und 2*, der sich bei den Therapeuten dagegen nicht nachweisen ließ (Tab. 4).

Tabelle 4: Statistischer Vergleich der Häufigkeiten formulierter ITZ innerhalb der Patienten- und Therapeutengruppen

Gruppe 1 und 2	χ^2	df	Signifikanz (2-seitig)
Patienten	9,583	3	.022*
Therapeuten	4,052	3	.256

Chiquadrat-Mehrfeldertest, * $p < 0,05$

4.3.3 Hauptziel (1. ITZ)

a) Hauptkategorien (Abb. 4)

Gruppe 1

Kategorie 1 (intrapsychische Probleme und Konflikte) wählten 58,2 % der Patienten, 55,1 % der Therapeuten. Bei den Patienten stand Kategorie 3 (körperbezogene Probleme und Symptome) mit 25,5 % an zweiter Stelle, gefolgt von Kategorie 2 (interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte) (6,1 %).

Ergebnisse

Bei den Therapeuten war die Reihenfolge der Kategorien gleich, allerdings war der prozentuale Anteil von Kategorie 2 mit 13,3 % gut doppelt so hoch. Kategorie 3 (19,4 %) dagegen wurde seltener gewählt. Ein weiterer Unterschied fiel bei Kategorie 5 auf, die aus Therapeutensicht häufiger gewählt wurde (7,1 % gegenüber 3,1 % bei den Patienten). Kategorie 4 wählten die Therapeuten gar nicht, die Patienten selten (3,1 %).

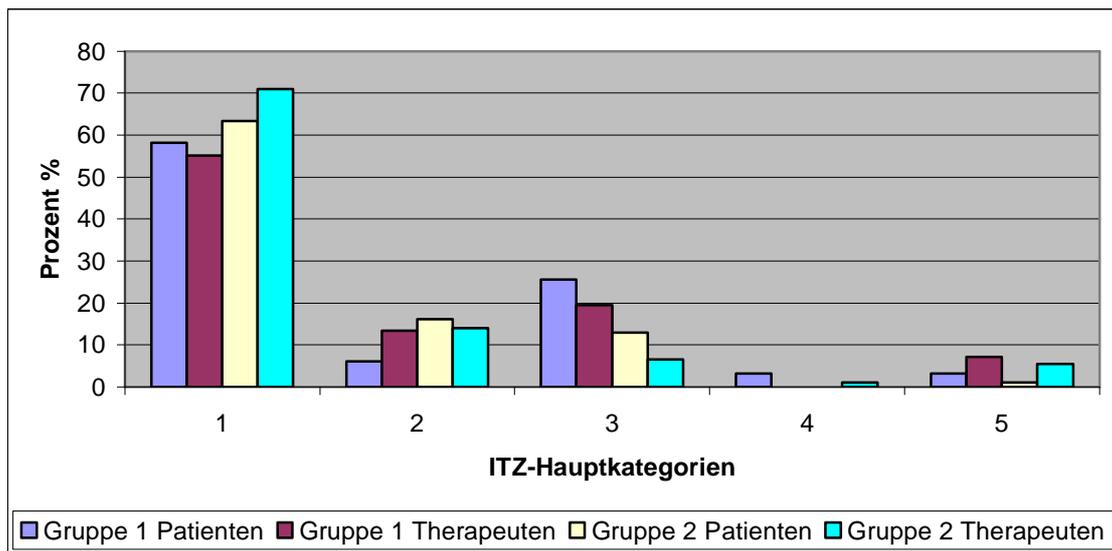


Abb. 4: Vergleich der prozentualen Häufigkeiten des 1. ITZ nach Hauptkategorien
1: intrapsychische Probleme und Konflikte, 2: interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte, 3: körperbezogene Probleme und Symptome, 4: Medikamente; stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht, 5: sozialmedizinische und Rehabilitationsziele

Gruppe 2

Auch hier waren sich Patienten und Therapeuten in der Reihenfolge der Kategorien einig. Kategorie 1 erreichte 63,4 % bei den Patienten, wurde von den Therapeuten sogar noch häufiger genannt (71,0 %). Kategorie 2 war ungefähr gleich verteilt (Patienten 16,1 % vs. Therapeuten 14,0 %), bei Kategorie 3 fiel auf, dass Patienten sie doppelt so häufig nannten wie Therapeuten (12,9 % vs. 6,5 %). Kategorien 4 fiel kaum ins Gewicht bzw. kam gar nicht vor. Kategorie 5 wurde auch hier aus Therapeutensicht häufiger gewählt (5,4 % gegenüber 1,1 % bei den Patienten).

b) „Top Five“ aller genannter ITZ

Es ergab sich in allen Stichproben keine eindeutige Rangreihe von genannten Therapiezielen, vielmehr waren Patienten und Therapeuten verschiedene ITZ gleich wichtig (vgl. Anhang A, Tab. 33, S. VIII und Tab. 36, S. IX).

Die fünf am häufigsten von Patienten und ihren Psychotherapeuten genannten, aus den 1.-3. ITZ zusammengefassten Therapieziele sind Tab. 5 zu entnehmen und werden im Folgenden näher erläutert.

Tabelle 5: „Top Five“ der formulierten Therapieziele nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ von Patienten und Therapeuten in Gruppe 1 (60-80 J.) und 2 (30-50 J.)

	Gruppe 1		Gruppe 2	
Rang	Patienten	Therapeuten	Patienten	Therapeuten
1	320–378	104	111	111
2	104	201	110	115, 214
3	103	111, 320–378	118	104
4	390–396	115	103	110
5	118		104	

103: Ängste, 104: Depressive Symptome, 110: Selbstwert, 111: Selbstsicherheit, 115: Selbstempathie, 118: Schwierigkeiten, Entspannung und Erholung zu finden, 201: Partnerschaft ohne Sexualität, 214: Soziale Kompetenz, 320–378: funktionelle Symptome, 390–396 veränderter Umgang mit dem Körper

Gruppe 1

Bei den Patienten standen die funktionellen Symptome (Kategorien: 320-378) an erster Stelle, gefolgt von den depressiven Symptomen (104), Ängsten (103) und gleich häufig Selbstsicherheit (111) und der veränderte Umgang mit dem Körper (Kategorien: 390-396).

Therapeuten fanden die depressive Symptomatik (104) am wichtigsten, gefolgt von Partnerschaft ohne Sexualität (201). Die funktionellen Symptome (Kategorien: 320-378) und der veränderte Umgang mit dem Körper (Kategorien: 390-396) waren ihnen gleich wichtig ebenso Selbstsicherheit (111) und Krankheitsbewältigung (501).

Gruppe 2

Für die Jüngeren war es am wichtigsten mehr Selbstsicherheit (111) zu erlangen. Es folgten die depressiven Symptome (104) und Ängste (103) sowie gleich häufig Partnerschaft ohne Sexualität (201) und der veränderte Umgang mit dem Körper (Kategorien: 390-396).

Therapeuten sahen ebenfalls Selbstsicherheit (111) als für die Jüngeren wichtigstes ITZ an. Gleich wichtig schienen ihnen die depressiven Symptome (104) und Selbstempathie (115), gefolgt von Einsamkeit/Kontaktstörung (206). Ängste (103) und Selbstwert (110) bildeten Rang vier.

4.3.4 Überblick über alle von Patienten und Therapeuten genannten ITZ

Nach Zusammenfassung aller genannter Therapieziele (1.-3. ITZ) wurden die ITZ mit einer Häufigkeit ab N = 5 in der Patienten- und/oder Therapeutengruppe verglichen. Es folgt zunächst die Übersicht für die Altersgruppen (Patienten vs. Therapeuten), dann zum einfacheren Verständnis für Patienten und Therapeuten (Gruppe 1 vs. Gruppe 2).

Gruppe 1

Wie die nachfolgende Abb. 5 zeigt, bestanden durchaus deutliche Unterschiede in der Auswahl der ITZ zwischen Patienten und Therapeuten.

Bei den Patienten stand die körperliche Symptomatik (Kategorien: 320-378), gefolgt von den psychischen Symptomen (103 Ängste/104 Depressionen) ganz vorn, während die Therapeuten neben der depressiven Symptomatik (104) vor allem die Paarsituation ohne Sexualität (201) als wesentliches ITZ ansahen.

Die Patienten wählten die funktionellen Störungen (Kategorien: 320-378), annähernd dreimal häufiger als die Therapeuten. Einen wesentlichen Anteil daran hatten die funktionellen Schlafstörungen (378). Ähnliches galt für die ITZ, die sich auf einen veränderten Umgang mit dem Körper beziehen (Kategorien: 390-396).

Ergebnisse

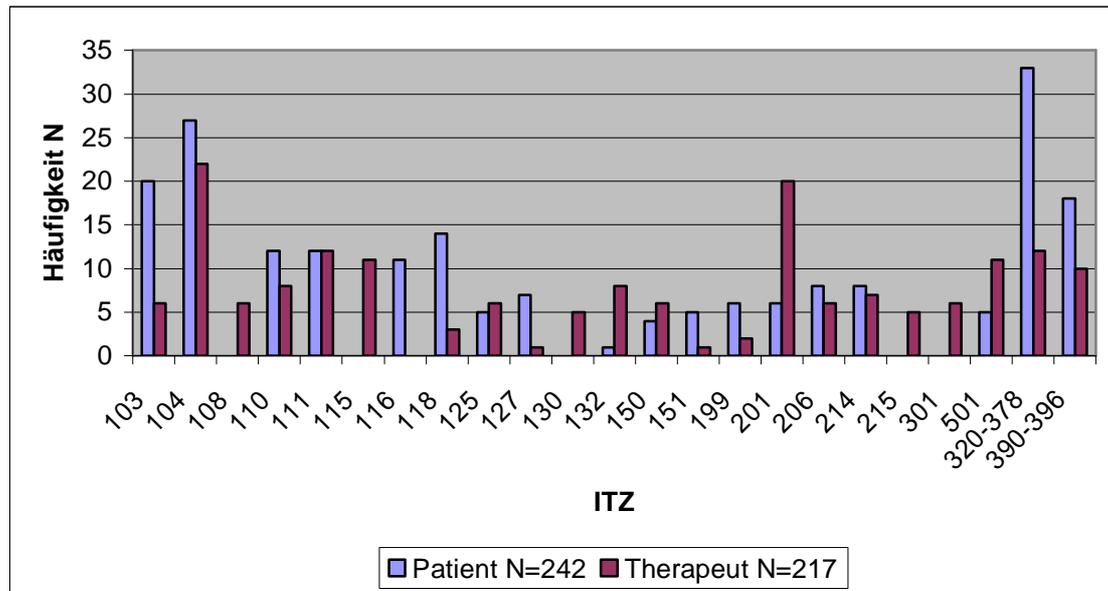


Abb. 5: Verteilung der häufigsten formulierten ITZ (N ≥ 5) von Patienten und Therapeuten in Gruppe 1 (60-80 J.) nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ
ITZ-Ziffern s. Text

Fast doppelt so viele Patienten wie Therapeuten wählten diese Kategorien. Insbesondere die körperliche Stabilität (391) (vgl. Tab. 33-35, Anhang A, S. VIII-IX) erschien den Patienten wichtig, während Therapeuten dieses ITZ überhaupt nicht wählten. Dafür erachteten doppelt so viele Therapeuten wie Patienten den veränderten Umgang mit Krankheit (Coping 501) als wichtig. Für sie stand außerdem die Psychogenese der körperlichen Symptomatik (394) (vgl. Tab. 36-38, Anhang A, S. IX-X) im Vordergrund.

Therapeuten sahen die Notwendigkeit, dass die Patienten anders mit dem Alternsprozess (132) umgehen, während dies nur einem Patienten wichtig war. Auch das Äußern von Gefühlen und Wünschen (115) erachteten die Therapeuten als sehr wichtig, keiner der Patienten dagegen wählte dieses ITZ. Ebenso, wenn auch von den Therapeuten seltener gewählt, verhielt es sich in Bezug auf Aggressionen (108), der Behandlung traumatischer Erfahrungen (130) und Veränderungen in den familiären Beziehungen (215). Differentialdiagnostische Überlegungen (301) fanden sich ebenfalls nur bei Therapeuten.

Das umgekehrte Verhältnis bestand bei der affektiven Selbststeuerung (116) und der Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (118), beides von den Patienten häufig ausgewählt. Seltener, aber in dem selben Verhältnis, bestand

Ergebnisse

bei den Patienten der Wunsch nach mehr Lebenszufriedenheit (127) und eigener Kompetenz (151). Einen weiteren Anteil machten die formulierten ITZ aus, die sich keiner spezifischen intrapsychischen Kategorie zuordnen lassen (199).

Ähnlich sahen Patienten und Therapeuten die Wichtigkeit, Selbstwert und Selbstsicherheit (110/111) zu verändern. Weniger häufig, aber mit annähernd gleichem Verhältnis, wurden Einsamkeit/Kontaktstörung (206), soziale Kompetenzen (214), Zukunftsperspektive (125) und Selbstreflexion/Introspektion (150) als ITZ formuliert. Letzteres bei den Patienten als Wunsch nach Verständnis der Symptomatik, bei den Therapeuten meist als Förderung der Therapiemotivation.

Gruppe 2

In der Gruppe der Jüngeren fanden sich z. T. die gleichen ITZ in anderer Verteilung, aber auch ganz andere, wie sich der Abb. 6 entnehmen lässt: Den Jüngeren waren Selbstwert und –sicherheit (110/111) besonders wichtig, gefolgt von der Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (118) und den psychischen Symptomen (103 Ängste/104 Depressionen).

Einen weiteren wesentlichen Bereich machten die interpersonellen ITZ (201 Partnerschaft ohne Sexualität, 214 soziale Kompetenz, 206 Einsamkeit, 208 berufliche Probleme) aus, was die Therapeuten ähnlich sahen. Bei den Patienten bestand bezüglich dieser ITZ eine annähernde Gleichverteilung, während die Therapeuten besonderes Augenmerk auf die soziale Kompetenz (214) legten, gefolgt von der Paarsituation (201), den sozialen Kontakten (206) und den beruflichen Problemen (208). Einigen Patienten, aber keinem Therapeuten, waren die Veränderung familiärer Beziehungen (215) wichtig.

Auch bei den Therapeuten stand die Selbstsicherheit (111) an 1. Stelle, gefolgt von ITZ mit für sie vergleichbarer Wichtigkeit: Selbstempathie (115), depressive Symptome (104), Selbstwerterleben (110) und Zukunftsperspektive (125). Während die Patienten sowohl die Selbstempathie (115) als auch die Zukunftsperspektive (125) seltener wählten, maßen die Therapeuten der Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (118) geringere Wichtigkeit bei.

Ergebnisse

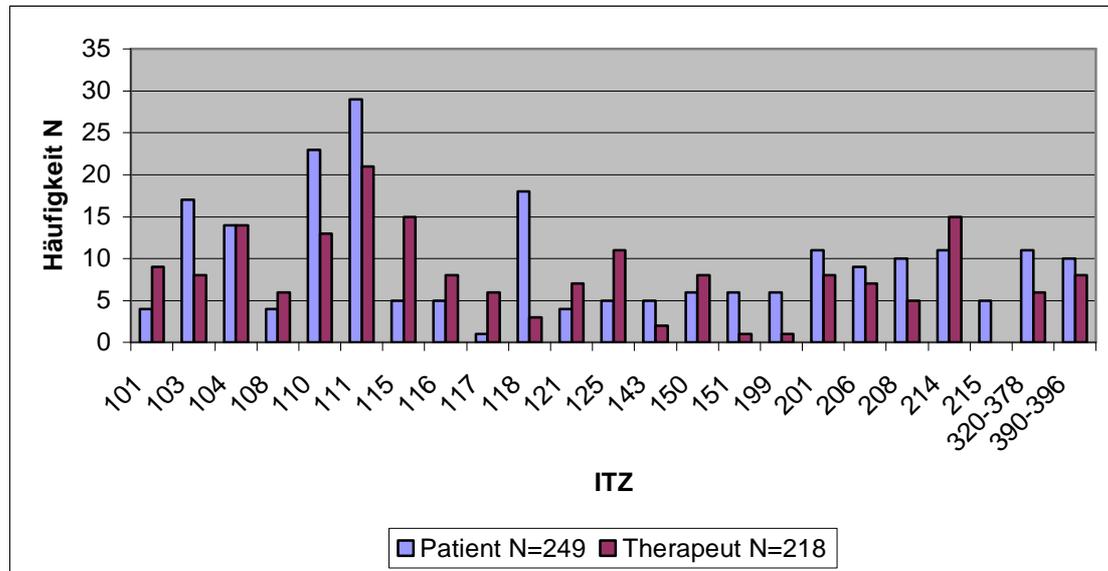


Abb. 6: Verteilung der häufigsten formulierten ITZ (N ≥ 5) von Patienten und Therapeuten in Gruppe 2 (30-50 J.) nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ
ITZ-Ziffern s. Text

Die funktionellen Symptome (Kategorien: 320-378) waren den Patienten fast doppelt so wichtig wie den Therapeuten, umgekehrt galt dies für die Problematik der Abhängigkeit und Loslösung (101). Ähnliche Verteilung bestand bei den anderen körperlichen Symptomen (Kategorien: 390-396).

Zu den seltener gewählten ITZ gehörten die affektive Selbststeuerung (116), ein verändertes inneres Erleben der Herkunftsfamilie (121) - von den Therapeuten deutlich häufiger - Selbstreflexion/Introspektion (150) sowie Aggressionen (108) - von Therapeuten etwas häufiger gewählt. Ebenfalls deutlich häufiger wählten die Therapeuten die Fähigkeit, Wünsche und Gefühle mitteilen zu können (117). Das umgekehrte Verhältnis bestand für das Wiedererlangen eigener Kompetenz (151), den nicht zuzuordnenden intrapsychischen ITZ (199) sowie Problemlösefähigkeit (143).

Vergleich der ITZ der Patienten in Gruppe 1 und 2 (Abb. 7)

Nahezu gleich häufig wählten ältere und jüngere Patienten Ängste (103) und die Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (118) als Therapieziel. Depressionen (104) wählten fast doppelt so viele Ältere, umgekehrt war ca. doppelt

Ergebnisse

so vielen Jüngeren der Selbstwert (110) wichtig. Noch deutlicher galt dies für Selbstsicherheit (111).

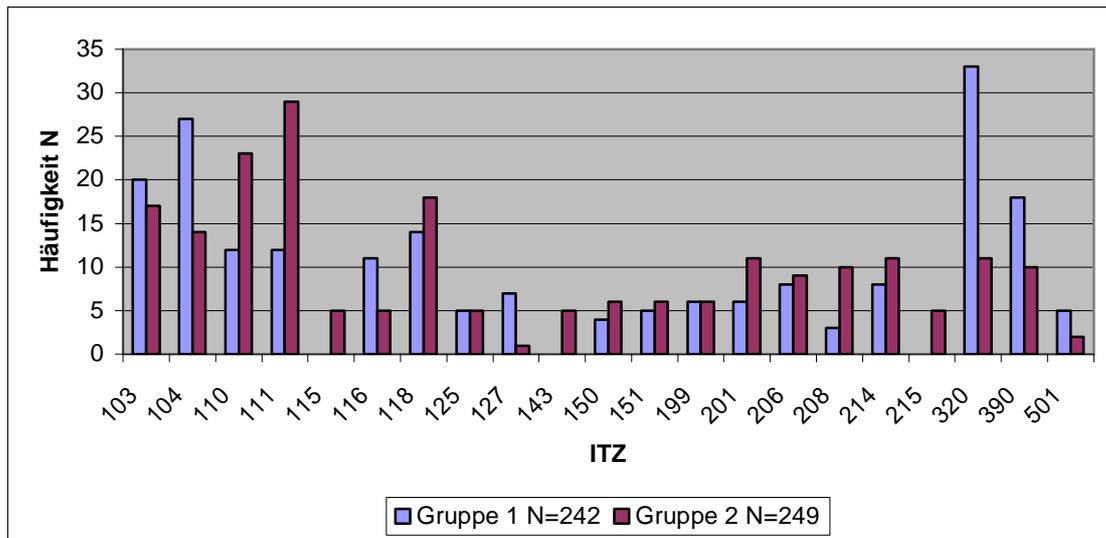


Abb. 7: Verteilung der von Patienten formulierten ITZ (N ≥ 5) in beiden Altersgruppen nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ, ITZ-Ziffern s. Text

Wesentliche Unterschiede bestanden bei den funktionellen (Kategorien: 320-378) und anderen körperlichen Symptomen (Kategorien: 390-396): erstere wählten die Älteren dreimal häufiger, letztere fast doppelt so häufig.

Gut doppelt so viele Ältere wählten den Umgang mit Stimmungsschwankungen (116), während fast doppelt so viele Jüngere die Partnerschaft ohne Sexualität (201) wichtig war. Noch deutlicher, nämlich dreimal so oft, entschieden sie sich für Veränderungen im Beruflichen (208).

Ähnlichkeiten bei der Auswahl bestanden bei dem Wunsch nach dem Verständnis der Symptomatik (150), Aktivierung der Selbstheilungskräfte (151), sowie Einsamkeit/Kontaktstörung (206).

Zwar insgesamt nicht sehr häufig, aber nur bei den Jüngeren fanden sich Selbstempathie (115), Problemlösefähigkeit (143) und veränderte familiäre Beziehungen (215).

Ältere dagegen wünschten sich deutlich häufiger in ihrer Lebenszufriedenheit (127) und selten, aber öfter als die Jüngeren, in der Krankheitsbewältigung (501) Fortschritte zu machen.

Ergebnisse

Gleich häufig wählten die Patienten das Therapieziel Zukunftsperspektive (125) bzw. gaben Therapieziele an, die sich nicht klar zuordnen lassen (199).

Vergleich der formulierten ITZ der Therapeuten in Gruppe 1 und 2 (Abb.8)

Ganz vorn lagen bei den Therapeuten für die Älteren die Veränderung von Depression (104) und Partnerschaft ohne Sexualität (201).

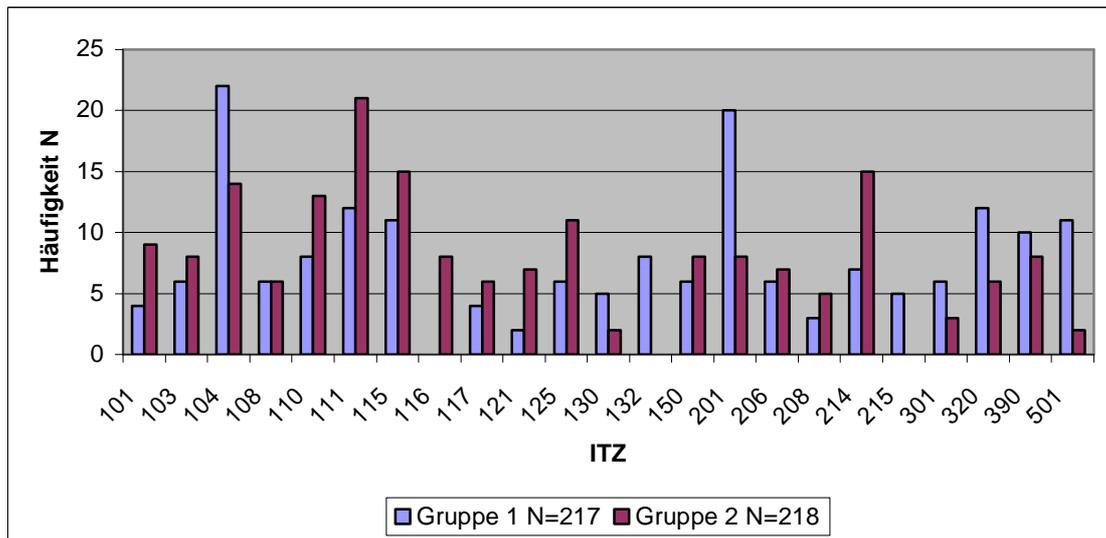


Abb. 8: Verteilung der von Therapeuten formulierten ITZ (N ≥ 5) in beiden Altersgruppen nach Zusammenfassung der 1.-3. ITZ
ITZ-Ziffern s. Text

Bei den Jüngeren hingegen waren dies ITZ mittlere Häufigkeit. Selbstsicherheit (111) war hier Spitzenreiter, was als Therapieziel für die Älteren etwa halb so oft gewählt wurde. Analog dazu, allerdings weniger häufig, wählten die Therapeuten Selbstwert (110) und Abhängigkeit/Loslösung (101) für die Jüngeren. Deutlich war auch der Unterschied in Bezug auf die Veränderung des inneren Erlebens der Herkunftsfamilie (121).

Ebenfalls fast doppelt so häufig formulierten die Therapeuten für die Jüngeren die Verbesserung der sozialen Kompetenz (214) und Zukunftsperspektive (125). Insgesamt selten, aber häufiger bei den Älteren, wählten die Therapeuten die Vergangenheitsbewältigung (130) und die differentialdiagnostische Abklärung (301).

Ergebnisse

Die funktionellen Symptome (Kategorien: 320-378) wurden bei den Älteren doppelt so oft formuliert, ein wesentlicher Unterschied bestand auch in Bezug auf Krankheitsbewältigung (501). Die anderen körperlichen Symptome (Kategorien: 390-396) hingegen waren vergleichbar.

Nur für die Älteren war den Therapeuten der Alternsprozess (132) und die Veränderung der familiären Beziehungen (215) wichtig. Umgekehrt formulierten sie nur für die Jüngeren die affektive Selbststeuerung (116) als ITZ.

Gleich wichtig war den Therapeuten der Umgang mit Aggressionen (108).

Ähnliche Häufigkeiten ergaben sich im Bezug auf Selbstempathie (115), Introspektion (150), Ängste (103), Einsamkeit (206), Beruf (208) und Mitteilungsfähigkeit von Wünschen und Gefühlen (117).

Vergleich ausgewählter Therapieziele

Die insbesondere bei den Älteren und ihren Therapeuten doch deutlich unterschiedliche Nennung von Therapiezielen bestätigte sich in der statistischen Auswertung ausgewählter Therapieziele. Ausgewählt wurden ITZ mit einer Häufigkeit ab fünf (vgl. Tab. 39, Anhang A, S. XI), um ausreichend große Zellbesetzungen zu erhalten.

Dadurch ergaben sich für die Gruppe der Älteren und ihrer Therapeuten ein statistischer Vergleich folgender zehn ITZ: Ängste (103), Depressionen (104), Selbstwert (110), Zukunftsperspektive (125), Partnerschaft ohne Sexualität (201), Einsamkeit (206), soziale Kompetenz (214), funktionelle Symptome (Kategorien: 320-378), veränderter Umgang mit dem Körper (Kategorien 390-396) und Coping (501).

In der Gruppe der Jüngeren und ihrer Therapeuten wurden folgende 13 ITZ verglichen: Ängste (103), Selbstwert (110), Selbstsicherheit (111), Selbstempathie (115), affektive Selbststeuerung (116), Zukunftsperspektive (125), Selbstreflexion/Introspektion (150), Partnerschaft ohne Sexualität (201), Einsamkeit (206), berufliche Probleme (208), soziale Kompetenz (214), funktionelle Symptome (Kategorien: 320-378) und veränderter Umgang mit dem Körper (Kategorien 390-396).

Ergebnisse

In *Gruppe 1* unterschieden sich diese ausgewählten zehn ITZ hoch signifikant (Chi-Quadrat-Test, $X^2 = 27,543$, df 9, p .001**) zwischen Patienten und ihren Therapeuten. In *Gruppe 2* hingegen gab es *keine signifikanten Unterschiede bei den 13 ausgewählten ITZ* (Chi-Quadrat-Test, $X^2 = 19,042$, df 12, p .088).

Somit bestätigt sich der Eindruck, dass ältere Patienten und ihre Psychotherapeuten in der vorliegenden Untersuchung eine geringere „Passung“ bei der Formulierung von Therapiezielen haben als die Patienten und Therapeuten der jüngeren Stichprobe.

4.3.5 Bewertung der Therapieziel-Erreichung (Erfolgseinschätzung)

Fragestellung 7: Wie bewerten ältere Patienten die Erreichung ihrer Therapieziele?

Fragestellung 8: Gibt es Unterschiede zu den Jüngeren?

Fragestellung 9: Machen Therapeuten Unterschiede bei der Bewertung der Therapieziel-Erreichung?

a) Durchschnittliche Bewertung der Therapieziel-Erreichung

Die durchschnittliche Bewertung der Therapieziel-Erreichung des 1.-3. ITZ lag um 2, die einzelnen Werte sind der Tab. 40 (Anhang A, S. XII), die durchschnittliche Bewertung insgesamt den Tab. 41-44 (Anhang A, S. XIII) zu entnehmen.

Gruppe 1 (Abb.9)

Zwar kam die Wertung „Therapieziel teilweise erreicht“ am häufigsten vor, „Therapieziel erreicht“ ist jedoch ebenso wenig eine Ausnahme wie „Therapieziel nicht erreicht“. Selten bis gar nicht wurden „Therapieziel entfallen“ und „Therapieziel mehr als erreicht“ gewählt.

Ergebnisse

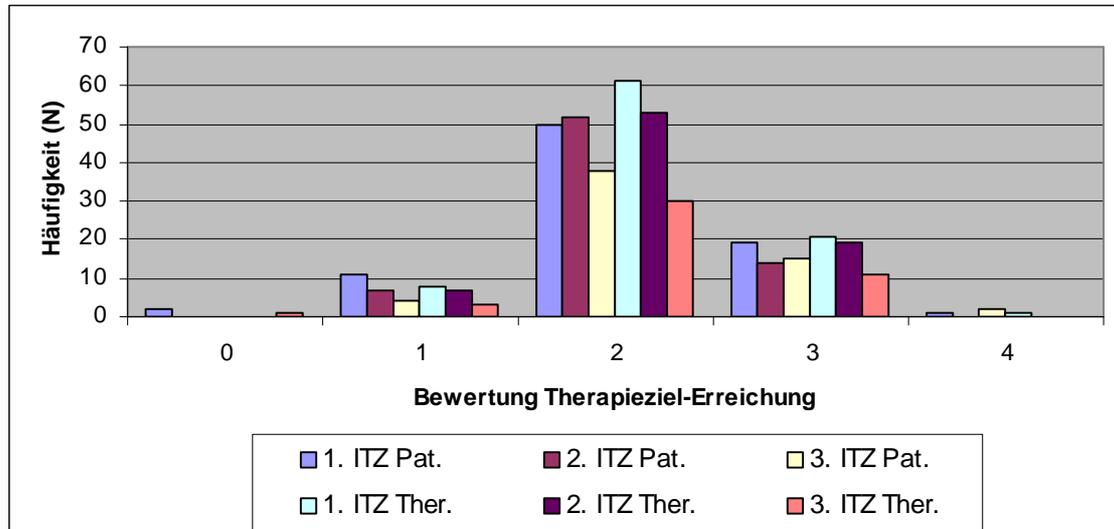


Abb. 9: Durchschnittliche Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 1 (60–80 J.) durch Patienten und Therapeuten
 0 = Therapieziel entfallen, 1 = Therapieziel nicht erreicht, 2 = Therapieziel teilweise erreicht, 3 = Therapieziel erreicht, 4 = Therapieziel mehr als erreicht, Pat. = Patienten, Ther. = Therapeuten

Gruppe 2 (Abb. 10)

Die Verteilung der Erfolgseinschätzung war ähnlich. „Therapieziel erreicht“ kam jedoch häufiger, insbesondere bei den Therapeuten, vor. Dafür wählten sie bei den Jüngeren weder „Therapieziel entfallen“, noch „Therapieziel mehr als erreicht“.

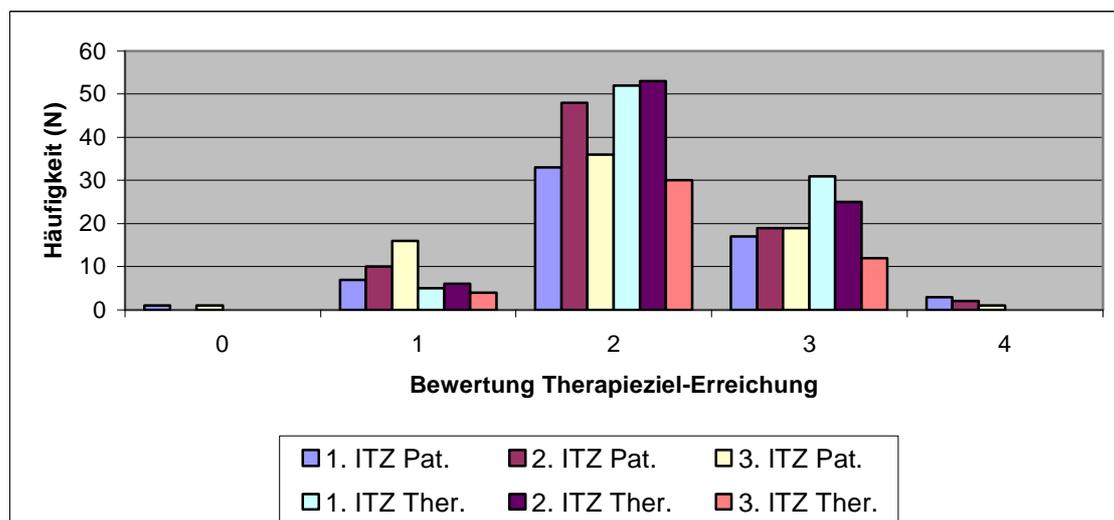


Abb. 10: Durchschnittliche Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 2 (30-50 J.) durch Patienten und Therapeuten
 0 = Therapieziel entfallen, 1 = Therapieziel nicht erreicht, 2 = Therapieziel teilweise erreicht, 3 = Therapieziel erreicht, 4 = Therapieziel mehr als erreicht, Pat. = Patienten, Ther. = Therapeuten

Ergebnisse

b) Die Erfolgseinschätzung durch Patienten und Therapeuten innerhalb einer Altersgruppe

Um zu erfahren, ob zwischen Patienten und ihren Therapeuten statistisch signifikante Unterschiede in der Erfolgseinschätzung bestehen, wurde der T-Test für unabhängige Stichproben berechnet.

Gruppe 1 und 2

Es ließen sich bei der von Patienten und Therapeuten vorgenommenen Bewertung des 1.-3. ITZ und ITZ gesamt *keine statistisch signifikanten Unterschiede* nachweisen (Tab. 6). Dies galt für die Gruppe der Älteren ebenso wie für die Jüngeren.

Tabelle 6: Statistischer Vergleich der Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 1 (60-80 J-) und Gruppe 2 (30-50 J.) aus Patienten- und Therapeutensicht

	t-Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Gruppe 1			
1. ITZ	-0,933	172	.348
2. ITZ	-0,653	150	.527
3. ITZ	0,972	102	.334
ITZ gesamt	-0,396	428	.692
Gruppe 2			
1. ITZ	-1,258	167	.212
2. ITZ	-0,633	161	.562
3. ITZ	-1,077	117	.289
ITZ gesamt	-1,898	449	.060

T-Test für unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, df = Freiheitsgrad

Ergebnisse

c) Die Korrelation der Erfolgseinschätzung durch Patienten und Therapeuten innerhalb einer Altersgruppe

Da das Ausmaß des linearen Zusammenhangs der Erfolgseinschätzung von Patienten und Therapeuten interessierte, wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet (Tab. 7 und 8).

Gruppe 1

Tabelle 7: Korrelationen der Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 1 (60-80 J.) aus Patienten- und Therapeutensicht

Therapieziel- Erreichung	r	Signifikanz (2-seitig)
1. ITZ	0,391	-.097
2. ITZ	0,238	.151
3. ITZ	0,545	-.119
ITZ gesamt	-0,024	.753

r = Korrelationskoeffizient nach Pearson

Die *Korrelationen* der Mittelwerte der Erfolgseinschätzung von Patienten und ihren Therapeuten waren *nicht statistisch signifikant* (Tab. 7), d. h. es gibt keinen linearen Zusammenhang in der Gewichtung der Einschätzung der Therapieziel-erreichung zwischen den älteren Patienten und ihren Therapeuten.

Gruppe 2

Tabelle 8: Korrelationen der Bewertung der Therapieziel-Erreichung in Gruppe 2 (30-50 J.) aus Patienten- und Therapeutensicht

Therapieziel- Erreichung	r	Signifikanz (2-seitig)
1. ITZ	0,462***	.000
2. ITZ	0,425***	.000
3. ITZ	0,379**	.016
ITZ gesamt	0,428***	.000

r = Korrelationskoeffizient nach Pearson, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Ergebnisse

Hier waren *alle gerechneten Korrelationen statistisch hoch bis hoch signifikant* (Tab. 8), d. h. bei den jüngeren Patienten und ihren Therapeuten gibt es einen linearen Zusammenhang zwischen der Bewertung des Behandlungserfolgs, gemessen an der Bewertung der Therapieziel-Erreichung.

d) Die Erfolgseinschätzung durch Patienten und Therapeuten im Altersvergleich

Tabelle 9: Statistischer Vergleich der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung aus Patienten- und Therapeutensicht im Altersvergleich

	t-Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Patienten			
1. ITZ	-0,921	162	.358
2. ITZ	-0,697	150	.487
3. ITZ	1,708	130	.090
Therapeuten			
1. ITZ	-1,515	177	.132
2. ITZ	-0,843	161	.400
3. ITZ	-0,324	89	.747

T-Test für unabhängige Stichproben, Konfidenzintervall 99 %, df = Freiheitsgrad

Auch hier interessierte im Zusammenhang mit der Erfolgseinschätzung, ob es einen altersabhängigen statistischen Unterschied gibt. Wie der Tab. 9 zu entnehmen ist, war dies weder bei Patienten noch Therapeuten der Fall.

e) Die Korrelation der Erfolgseinschätzung durch Patienten und Therapeuten im Altersvergleich

Die Korrelationen der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung von Therapeuten zeigten keine altersabhängigen Zusammenhang. Bei den Patienten war nur die Erfolgseinschätzung des 2. Therapieziels signifikant altersabhängig (Tab. 10 und 11).

Ergebnisse

Tabelle 10: Korrelationen der Bewertung der Therapieziel-Erreichung aus Patientensicht im Altersvergleich

Therapieziel- Erreichung	r	Signifikanz (2-seitig)
1. ITZ	-0,195	.114
2. ITZ	0,303*	.023
3. ITZ	-0,196	.207
ITZ gesamt	-0,197	.100

r = Korrelationskoeffizient nach Pearson, * $p < 0,05$

Tabelle 11: Korrelationen der Bewertung der Therapieziel-Erreichung aus Therapeutensicht im Altersvergleich

Therapieziel- Erreichung	r	Signifikanz (2-seitig)
1. ITZ	-0,037	.742
2. ITZ	-0,234	.056
3. ITZ	0,201	.384
ITZ gesamt	0,036	.636

r = Korrelationskoeffizient nach Pearson

Es wurde dann eine weiterführende Berechnung mit der Variablen „Motivation“ durchgeführt, bei der altersabhängige Unterschiede gefunden wurden (vgl. Abschn. 4.2.10, S. 37).

Diese Auswertung erbrachte unterschiedlich *signifikante Korrelationen zwischen der durch Therapeuten zu Beginn der Behandlung eingeschätzten Motivation und der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung* durch Patienten und Therapeuten in den beiden Altersgruppen.

Bei den *Älteren* war der lineare Zusammenhang zwischen der Bewertung der Therapieziel-Erreichung und der von ihren Therapeuten eingeschätzten Motivation gering, aber *nachweisbar*, bei ihren *Therapeuten* hingegen *nicht* (Tab. 12).

Bei den *jüngeren Patienten* ließ sich ein *größerer Zusammenhang* nachweisen, *deutlicher* noch *bei den Therapeuten der Gruppe 2*, wie Tab. 12 zu entnehmen ist.

Ergebnisse

Tabelle 12: Korrelation der Motivation und des Mittelwertes der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel- Erreichung in Gruppe 1 (60-80 J.) und Gruppe 2 (30-50 J.)

	Korrelationskoeffizient nach Pearson (r)	Signifikanz (2-seitig)	N
Gruppe 1			
Patienten	0,258*	.019	83
Therapeuten	0,119	.259	92
Gruppe 2			
Patienten	0,311**	.005	81
Therapeuten	0,420***	.000	88

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, N = Anzahl Bewertungen der Therapieziel-Erreichung

Die Varianzaufklärung betrug in der Gruppe der Jüngeren bei den Patienten 9,7 %, bei den Therapeuten 17,6 %, während sie bei den älteren Patienten nur 6 % betrug, d. h. insgesamt gesehen wird ein geringer Anteil der Varianz der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung durch den Faktor Motivation aufgeklärt.

4.4 Prüfung der Hypothesen

4.4.1 Allgemeines

Ausgehend von der Annahme, dass das Alter der Patienten z. B. aufgrund unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben Einfluss auf die Inhalte einer psychotherapeutischen Behandlung hat, wurden in der vorliegenden Untersuchung die Nennung der Individuellen Therapieziele (ITZ) und deren Übereinstimmung zwischen Patienten und ihren Psychotherapeuten untersucht.

Zur Berechnung der statistischen Zusammenhänge mittels Chi-Quadrat-Test wurden zunächst die an 1., 2., und 3. Stelle genannten ITZ der Gruppe der älteren und jüngeren Patienten und der entsprechenden Gruppe der Psychotherapeuten innerhalb der fünf Hauptkategorien (1: Intrapsychische Probleme und Konflikte, 2: Interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte, 3: Körperbezogene Probleme und Symptome, 4: Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht, 5: Sozialmedizinische und Rehabilitationsziele) untersucht. Dabei konnten

die statistisch signifikanten Zusammenhänge nicht berechnet werden, da die Zellbesetzung der vierten und fünften Kategorie nicht ausreichend war.

Daher wurden im nächsten Schritt dieselben Berechnungen für die Hauptkategorie 1-3 durchgeführt (Hypothese 1 und 2a).

Es erfolgten dann die statistische Auswertungen für die in den Hauptkategorien 1-5 und 1-3 zusammengefassten Therapieziele, also alle genannten ITZ, (Hypothese 1 und 2b) sowie für zwölf Therapieziele (Hypothese 1 und 2c, vgl. Abschn. 3.8, S. 22).

Dieses Vorgehen - vom Allgemeinen zum Besonderen – wurde gewählt, um zunächst einen Überblick und dann eine genauere Vorstellung über die Nennung von ITZ von älteren und jüngeren Patienten und ihren Psychotherapeuten zu erhalten.

4.4.2 Hypothesen

Wenn davon auszugehen ist, dass es entwicklungs- und damit altersspezifische Aufgaben und damit verbundene Probleme gibt, sollte sich dies in der Nennung von Therapiezielen wiederfinden. Um dies zu überprüfen wurden die folgenden zwei Hypothesen formuliert und getestet.

Hypothese 1: *Die Formulierung der ITZ der Patienten ist abhängig vom Alter der Patienten*

Die zu überprüfende Nullhypothese geht davon aus, dass beide Altersgruppen dieselben ITZ nennen, d. h. es wird angenommen, dass beide Gruppen aus derselben Grundgesamtheit stammen, die Formulierung der ITZ sei altersunabhängig.

a) Vergleich der Nennung von 1.-3. ITZ in den Kategorien 1-3 (Tab. 13)

1. ITZ

Es bestand ein *signifikanter Unterschied* in der Nennung des 1. ITZ (Haupttherapieziel) zwischen älteren und jüngeren Patienten in den Kategorien 1-3 (1: Intrapsychische Probleme und Konflikte, 2: Interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte, 3: Körperbezogene Probleme und Symptome) auf einem Signifikanzniveau von 5 %, die Nullhypothese muss verworfen werden.

2. ITZ

Auch hier bestand ein *signifikanter Unterschied* auf einem Signifikanzniveau von 5 % in der Nennung des 2. ITZ zwischen älteren und jüngeren Patienten in den Kategorien 1-3 (s. o.).

3. ITZ

In der Nennung des 3. ITZ bestanden *keine signifikanten Unterschiede*, die Nullhypothese wurde auf einem Signifikanzniveau von 5 % bestätigt.

Es besteht also hinsichtlich der genannten ITZ der Patienten unterschiedlichen Alters bei Haupt- und 2. Therapieziel keine Gleichverteilung, sondern die Nennung ist abhängig vom Alter der Patienten. Lediglich bei der Formulierung des dritten Therapieziels trifft dies nicht zu, dort zeigte sich keine statistisch signifikante Altersvariabilität.

b) Vergleich der Nennung aller in Hauptkategorien zusammengefassten ITZ der Patienten (Tab. 13)

Die in Hauptkategorien zusammengefassten ITZ der Patienten in beiden Altersgruppen *unterschieden sich hoch signifikant*, sowohl in allen fünf Hauptkategorien als auch in den Kategorien 1-3, auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %.

Ergebnisse

Fasst man also alle formulierten ITZ in den Hauptkategorien zusammen und untersucht die Unabhängigkeit der beobachteten Häufigkeiten von den zu erwartenden Häufigkeiten bei Gleichverteilung zeigt sich eine deutliche Signifikanz, d. h. die Nennung von Hauptkategorien war bei den Patienten deutlich altersabhängig.

c) Vergleich der zwölf häufigsten untersuchten ITZ (Tab. 13)

Verglichen wurden in der Gruppe der Patienten folgende ITZ mit einer Häufigkeit ab fünf (vgl. Abschn. 3.8, S. 23 und Tab. 39, Anhang A, S. XI): Ängste (103), Depressionen (104), Selbstwert (110), Selbstsicherheit (111), Affektive Selbststeuerung (116), Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (118), Aktivierung der Selbstheilungskräfte (151), Partnerschaft ohne Sexualität (201), Einsamkeit (206), soziale Kompetenz (214), funktionelle Symptome (Kategorien: 320-378), veränderter Umgang mit dem Körper (Kategorien: 390-396).

Bei diesen zwölf untersuchten ITZ bestanden ebenfalls *hoch signifikante Unterschiede* zwischen älteren und jüngeren Patienten auf einem Signifikanzniveau von 0,1 %. Auch hier muss die Nullhypothese verworfen werden.

Tabelle 13: Statistische Ergebnisse der Hypothesen 1 und 3 – Vergleich der Patientengruppen

Patienten	χ^2	df	Signifikanz (2-seitig)	Cramer's V	N
1. ITZ	8,757	2	.013*	.225	173
2. ITZ	7,022	2	.030*	.211	158
3. ITZ	2,059	2	.357	.120	143
Kategorie 1 - 5	22,805	4	.000***	.216	491
Kategorie 1 - 3	15,599	2	.000***	.181	474
12 untersuchte ITZ	32,734	11	.001**	.311	338

Chiquadrat-Test, df = Freiheitsgrade, Cramer's V zur Berechnung der Kontingenzen in Hypothese 3, *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001, N = Anzahl der zusammengefassten ITZ, „12 untersuchte ITZ“ s. Text, N = Häufigkeiten untersuchter ITZ

Zusammenfassend zeigten die von Patienten unterschiedlichen Alters formulierten ITZ deutliche Unterschiede, sowohl die statistische Auswertung der Hauptkategorien betreffend als auch bei der Untersuchung von einzelnen ITZ.

Hypothese 2: *Die Formulierung der ITZ der Psychotherapeuten ist abhängig vom Alter der Patienten*

Die Nullhypothese wurde entsprechend Hypothese 1 formuliert: beide Therapeutengruppen nennen dieselben ITZ, d. h. es wird angenommen, dass beide Gruppen aus derselben Grundgesamtheit stammen.

a) Vergleich der Nennung von 1.-3. ITZ in den Kategorien 1-3 (Tab. 14)

1. ITZ

Es bestand ein *signifikanter Unterschied* bei der Auswahl des 1. ITZ durch die Therapeuten der älteren und jüngeren Patienten innerhalb Kategorie 1-3 auf einem Signifikanzniveau von 5 %, d. h. die Formulierung des Haupttherapieziels der Therapeuten ist abhängig vom Alter der Patienten.

2. ITZ

Bei der Auswahl des 2. ITZ bestanden *keine signifikanten Unterschiede*, d. h. die Nennung des 2. ITZ ist bei den Therapeuten unabhängig vom Alter der Patienten, die Nullhypothese muss beibehalten werden.

3. ITZ

Aufgrund der zu kleinen Zellbesetzungen in der Kategorie 3 *konnte kein Chi-Quadrat-Test gerechnet werden*.

b) Vergleich der Nennung aller in Hauptkategorien zusammengefasste ITZ der Therapeuten (Tab. 14)

Es gab bei den Therapeuten beim Vergleich der Kategorien 1-5 und 1-3 *keine statistisch signifikanten Unterscheide*, d. h. die beobachteten und erwarteten Häufigkeiten formulierter ITZ entstammen derselben Grundgesamtheit, damit wird die Nullhypothese bestätigt

Ergebnisse

c) Vergleich der zwölf häufigsten untersuchten ITZ (Tab. 14)

Der Unterschied bezüglich der zwölf untersuchten ITZ der Therapeuten (ebenfalls mit einer Häufigkeit ab fünf, vgl. Abschn. 3.8, S. 23 und Tab. 39, Anhang A, S. XI) war *nicht signifikant*. Hierbei handelte es sich um die ITZ Ängste (103), Depressionen (104), Selbstwert (110), Selbstsicherheit (111), Selbstempathie (115), Zukunftsperspektive (125), Selbstreflexion/Introspektion (150), Partnerschaft ohne Sexualität (201), Einsamkeit (206), soziale Kompetenz (214), funktionelle Symptome (Kategorien: 320-378), veränderter Umgang mit dem Körper (Kategorien: 390-396).

Trotz differierender absoluter Häufigkeiten in den Altersgruppen bei den von Therapeuten formulierten ITZ (vgl. Tab. 39, Anhang A, S. XI) ist davon auszugehen, dass Unabhängigkeit vom Alter der Patienten gegeben ist.

Tabelle 14: Statistische Ergebnisse der Hypothesen 2 und 3 – Vergleich der Therapeuten-
gruppen

Therapeuten	χ^2	df	Signifikanz (2-seitig)	Cramer's V	N
1. ITZ	8,180	2	.017*	.219	170
2. ITZ	0,067	2	.967	.021	158
3. ITZ	n. r.				80
Kategorie 1 - 5	8,697	4	.069	.141	435
Kategorie 1 - 3	3,509	2	.173	.093	408
12 untersuchte ITZ	18,202	11	.077	.265	260

Chiquadrat-Test, df = Freiheitsgrade, Cramer's V zur Berechnung der Kontingenzen in Hypothese 3, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001, n. r. = nicht rechenbar aufgrund zu kleiner Zellsbesetzungen, N = Anzahl der zusammengefassten ITZ, „12 untersuchte ITZ“ s. Text

Wie aus diesen Ergebnissen zu erkennen ist, formulieren die Therapeuten ihre Therapieziele im Gegensatz zu den Patienten nur bedingt in Abhängigkeit vom Alter ihrer Patienten.

Hypothese 3: *Es besteht ein hoher Grad der Verbundenheit (Kontingenz) zwischen der Nennung bestimmter ITZ und dem Alter*

Aufbauend auf den ersten beiden Hypothesen, für die eine Abhängigkeit der von Patienten und ihren Therapeuten formulierten ITZ vom Alter angenommen wurde, sollte in einem nächsten Schritt das Ausmaß dieses Zusammenhangs untersucht werden. Dabei wurde von der Annahme ausgegangen, dass sich ein hoher Grad der Verbundenheit nachweisen lassen wird. Da es sich um Nominaldaten handelte, wurde der Kontingenzkoeffizient (Cramer's V) errechnet.

Gruppe 1 und 2 (Tab. 13 und 14)

Es bestanden allenfalls *geringe altersabhängige Zusammenhänge* bei den von Patienten oder Therapeuten gewählten ITZ, unabhängig davon, ob es sich um in Hauptkategorien zusammengefasste oder einzelne untersuchte ITZ handelte.

Dies galt auch bei den hoch signifikanten Unterschieden in der Nennung der ITZ in der Patientengruppe (Tab. 13). Am deutlichsten war der Zusammenhang mit einer Kontingenz von .311 bei den zwölf untersuchten ITZ der Patienten (s. S. 58), was jedoch nur eine Tendenz andeutet. Somit muss *Hypothese 3 verworfen* werden.

Letztlich hat das Alter der Patienten in dieser Untersuchung also eher einen geringen bis keinen Einfluss auf die Nennung von ITZ sowohl bei Patienten als auch bei Therapeuten. Anders ausgedrückt, die Annahme, dass in bestimmten Altersgruppen bestimmte ITZ überrepräsentiert sind, lässt sich nicht bestätigen.

Hypothese 4: *Die Übereinstimmung von Patienten und ihren Psychotherapeuten in der Nennung von ITZ ist unabhängig vom Alter*

Dieser Hypothese liegt die Annahme zugrunde, dass es zwar altersabhängige Unterschiede in der Nennung von Therapiezielen geben wird, zwischen Patienten und ihren Psychotherapeuten allerdings altersunabhängig ein Konsens besteht, was die Formulierung von ITZ betrifft.

Ergebnisse

Um diese Hypothese zu überprüfen wurden zunächst die von einem Patienten und seinem Therapeuten formulierten ITZ verglichen und die Art der Übereinstimmung festgelegt. „Ungenau“ bedeutet, dass es zwar eine Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut in der Nennung gab, aber nicht an der gleichen Stelle (z. B. Ängste 103 beim Patienten als 1. ITZ, beim Therapeuten als 3. ITZ). Die exakte Übereinstimmung wurde mit „genau“ bezeichnet. Bei „nicht“ gab es keine Übereinstimmung in der Auswahl der ITZ. „Nicht beurteilbar“ waren fehlende Angaben, d. h. Patient und/oder Therapeut formulierte kein ITZ. In Abb. 11 werden die tatsächlich vorgekommenen Übereinstimmungen dargestellt.

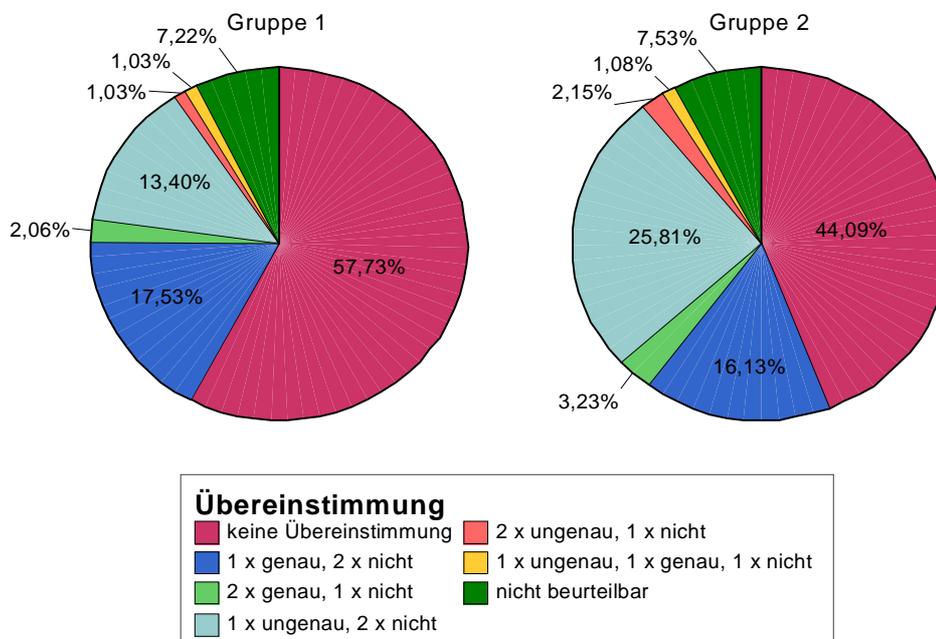


Abb. 11: Vergleich der Übereinstimmungen in der Auswahl der ITZ zwischen Patienten und Therapeuten in Gruppe 1 (60-80 J.) und 2 (30-50 J.)

Diese Werte konnten aufgrund der zum Teil zu kleinen Fallzahlen nicht in die Berechnung eingehen. Daher wurde in einem nächsten Schritt ein „Maß der Übereinstimmung“ mit 0 = keine Übereinstimmung, 1 = eine Übereinstimmung, 2 = zwei Übereinstimmungen gebildet.

Es wurde folgende Nullhypothese überprüft: beide Altersgruppen haben das gleiche „Maß der Übereinstimmung“, entstammen also derselben Grundgesamtheit. Bei der Berechnung mittels Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben

Ergebnisse

gab es *keine signifikanten Unterschiede* in der Übereinstimmung zwischen Patienten und Therapeuten beim Vergleich der beiden Altersgruppen (Tab. 15).

Die Übereinstimmung der von Patienten und ihren Therapeuten formulierten ITZ ist also nicht in einer der Altersgruppen größer als in der anderen, die Nullhypothese muss beibehalten werden

Tabelle 15: Statistischer Vergleich des „Maßes der Übereinstimmung“ in der Auswahl der ITZ zwischen Gruppe 1 (60-80 J.) und 2 (30-50 J.)

	Z-Wert	Signifikanz (2-seitig)	N
Übereinstimmung	-1,937	.053	176

Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben, N = Anzahl der gewerteten Übereinstimmungen

5 Diskussion

5.1 Allgemeines

Die vorliegende Untersuchung hatte das Ziel, eine Gruppe 60jähriger und älterer Patienten in stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung in Bezug auf soziodemographische, krankheits- und behandlungsbezogene Daten sowie ihre Individuellen Therapieziele genauer zu beschreiben. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu jüngeren Patienten sowie zu den Therapeuten wurden ebenfalls untersucht.

Einschränkungen der Untersuchung müssen zunächst erwähnt werden, bevor die Ergebnisse diskutiert werden können.

Eine wichtige Einschränkung betrifft die Stichprobengröße, sowohl für soziodemographische Daten als auch für den Therapieziel-Vergleich. Unterschiede sind vom Betrag des Effekts her zwar gegeben, reichten für eine statistische Auswertung jedoch zum Teil nicht aus. Damit ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt.

Eine weitere Einschränkung der Ergebnisse könnte in der Verschlüsselung begründet sein. Es wäre denkbar, dass ein anderer Rater für die in Klartext gefassten Therapieziele stellenweise andere ITZ gewählt hätte, da die sprachliche Formulierung subjektiv anders wahrgenommen werden kann, es würde sich in diesem Fall um einen systematischen Fehler handeln.

Grundsätzlich fiel auf, dass in der Gruppe der Älteren die Antwortmöglichkeiten „Unbekannt/Sonstiges“ häufiger gewählt wurden. Dabei lässt sich vermuten, dass der relativ hohe Prozentsatz bei den Älteren auf eine Unsicherheit beim Ausfüllen des Bogens zurückzuführen ist. Als Konsequenz daraus sollte eine bessere Einführung auf der Station, z. B. durch das, die Bögen aushändigende, Pflegepersonal erfolgen.

Da es sich bei den untersuchten älteren Patienten durchweg um selbstständig lebende Menschen handelte, ist zu vermuten, dass sich die ITZ bei hochaltrigen Älteren, die mehr Unterstützung benötigen, nochmals verändern würden.

Nachdem nun auf die Einschränkungen dieser Studie hingewiesen wurde, folgt die Beurteilung der wesentlichen Ergebnisse.

5.2 Soziodemographischer Teil

5.2.1 Allgemeines

Es bestanden in vielen Bereichen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen (Tab. 16).

Tabelle 16: Übersicht über alle statistischen Ergebnisse der Auswertung des soziodemographischen Teils

Signifikante Unterschiede	Nicht-signifikante Unterschiede	Nicht rechenbar
Dauer der ambulanten Psychotherapie (Std.)***	Geschlecht	Schulabschluss
Stationäre psychosomatische Vorbehandlungen (Wo.)**	Paarsituation	Berufsabschluss
Mittel der somatischen Diagnosen nach ICD-10***	Anzahl der psychotherapeutisch-psychiatrischen Vorbehandler	Letzter Beruf
Dauer der psychischen Erstdiagnose (Mo.)**	Stationäre psychiatrische Vorbehandlungen (Wo.)	
Psychische Diagnosen nach ICD-10 insgesamt*	Wiederaufnahmen	
Somatische Diagnosen insgesamt***	Mittel der psychischen Diagnosen nach ICD-10	
Einnahme somatischer Medikamente***	Psychische Erstdiagnose nach ICD-10	
Art somatischer Medikamente***	Einnahme von Psychopharmaka	
Therapieprogramm***	GAF	
BSS Aufnahme – Entlassung***		
BSS Entlassung*		
GAF Aufnahme – Entlassung***		

Std. = Stunden, Wo. = Wochen, Mo. = Monate, * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001, verwendet wurden entsprechend dem Skalenniveau der Chi-Quadrat-Test (Nominaldaten), T-Test für unabhängige Stichproben (Intervalldaten), Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (Ordinaldaten), Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben (Ordinaldaten)

5.2.2 Soziodemographische Daten

Der Anteil Älterer in festen *Partnerschaften* (63,9 %, vgl. Abschn. 4.1.3, S. 26) entspricht den Ergebnissen anderer Studien (z. B. Heuft & Senf 1992; Peters & Lange 1994) und widerlegt erneut das Vorurteil über die „vereinsamten Alten“, die sich in Psychotherapien wiederfinden sollen.

Dagegen ließ sich erwartungsgemäß auch in dieser Untersuchung die durch die Biographie (2. Weltkrieg) bedingte schlechtere *Ausbildung* Älterer nachweisen (vgl. Abschn. 4.1.4.2, S. 28). Verglichen mit Daten anderer Studien (Peters & Lange 1994; Heuft et al. 1995; Peters et al. 2000) allerdings scheinen die älteren Patienten der vorliegenden Untersuchung eine bessere Ausbildung erhalten zu haben. Dies mag darin begründet sein, dass es sich bei den zitierten Studien um Patienten einer Reha-Klinik handelte, während hier das Patientengut einer Krankenhausbehandlung untersucht wurde. Ob es sich dabei um einen spezifischen Bias handelt, und gegebenenfalls um welchen, wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht näher untersucht.

Zudem fielen die Älteren bei der Betrachtung des *zuletzt ausgeübten Berufs* nicht so deutlich hinter die Jüngeren zurück, wie dies vielleicht zu erwarten wäre (vgl. Abschn. 4.1.4.3, S. 29). Dies deckt sich mit Beobachtungen anderer Autoren (u.a. Heuft & Senf 1992), dass ältere Patienten ihre schlechteren Startbedingungen im Lebenslauf auch kompensieren können.

5.2.3 Behandlungs- und krankheitsbezogene Daten

Beide Altersgruppen waren bei Aufnahme gleich stark psychogen beeinträchtigt (*BSS*) und wurden auf demselben Funktionsniveau (*GAF*) angesiedelt. Bei Entlassung dagegen schnitten die jüngeren Patienten hinsichtlich des *BSS* besser ab. Es lässt sich allerdings diskutieren, ob diese Ergebnisse positiver für die Älteren ausfielen, wenn die Bewertungen durch die behandelnden Therapeuten und nicht durch Stationsarzt/AiP vorgenommen würden. Nicht nur sind die Psychotherapeuten enger mit den Patienten im Gespräch, sondern sie sind grundsätzlich die berufs- und alterstherapeutisch Erfahreneren, negative Eigenübertragungen

(Heuft 1990b) sollten bei ihnen also eine geringere Rolle spielen. Dass dies ein grundsätzliches Problem darstellt, wird weiter unten noch näher erläutert (vgl. Abschn. 5.5, S. 81 ff.)

Bezüglich der *stationären Vorerfahrungen* (vgl. Abschn. 4.2.4, S. 31 f.) fiel auf, dass die Älteren öfter in stationärer psychosomatischer und psychiatrischer Behandlung waren. Dies ist angesichts der Tatsache, dass zunehmendes Alter generell eine höhere Morbidität und damit höhere Wahrscheinlichkeit für stationäre Behandlungen bedeutet, nicht verwunderlich. Allerdings ist die Prävalenz für psychische Erkrankung altersunabhängig (vgl. Abschn. 1.2, S. 3).

Der höhere Anteil psychosomatischer Behandlungen in der vorliegenden Untersuchung kommt sicherlich auch durch den relativ hohen Anteil von Wiederaufnahmen in der Rhein-Klinik zustande. Damit ergibt sich ein anderes Bild als bei Peters & Lange (1994), die Patienten u.a. fragten, ob sie sich eine Wiederaufnahme vorstellen könnten. Die Ältern beantworteten diese Frage deutlich häufiger mit nein als die Jüngeren.

Die Indikation der relativ hohen Zahl und statistisch signifikant längeren Dauer psychiatrischer Voraufenthalte der älteren Patienten ist schwer im Nachhinein zu beurteilen. Es lässt sich diskutieren, ob dies Ausdruck von Skepsis von Fachärzten bezüglich der Psychotherapierbarkeit Älterer oder ein Hinweis auf eine noch zu geringe Durchdringung der Möglichkeiten, Indikationen und Angebote ambulanter und/oder stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist. Letztlich könnte dies auch Ausdruck der tatsächlich immer noch zu geringen psychosomatisch-psychotherapeutischen Therapieangebote für Ältere sein.

In Übereinstimmung mit der Wichtigkeit der funktionellen und körperlichen Symptomatik (Kategorien: 320-378, 390-396) für ältere Patienten bei der Auswahl der ITZ wurden die somatoformen Störungen (ICD-10: F45) bei den Älteren mehr als doppelt so häufig diagnostiziert. Sie standen nach den Depressionen an zweiter Stelle der insgesamt vergebenen *psychischen Diagnosen* (vgl. Abschn. 4.2.6, S. 33 f.). Damit schien die Symptomatik spezifisch für Ältere zu sein und war aufgrund des Konzeptes der Organisatoren (Heuft 1994, vgl. Abschn. 1.3, S. 7) zu

erwarten. Bezogen auf die *psychischen Erstdiagnosen*, die sich zwischen den Gruppen nicht statistisch signifikant unterschieden, bestätigt sich hingegen die Aussage von Heuft & Senf (1992), dass anhand von Symptomen nicht erkennbar ist, wie alt ein Patient ist.

Die Tatsache, dass bei den Älteren seltener Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden, könnte mit Definitionskriterien in der ICD-10 zusammenhängen, welche die Vergabe dieser Diagnose im Alter erschweren, da die Forschungskriterien oft für Ältere nicht „passend“ erscheinen (Heuft 2001).

Bezüglich der *Diagnosedauer der psychischen Erstdiagnose* (vgl. Abschn. 4.2.6, S. 33 f.) fiel bei den Älteren die längere Erkrankungsdauer mit größerer Streubreite auf. Es bestätigt sich somit mit steigendem Alter die Gefahr der Chronifizierung, was sich u.a. durch die derzeit immer noch geringen ambulanten Behandlungsplätze erklären lässt (Heuft et al. 2000). Skepsis der Älteren und ihrer somatischen Behandler psychotherapeutischen Behandlungen gegenüber sowie die Schwierigkeit der differential-diagnostischen Einschätzung körperlicher Symptome bei Älteren spielen dabei sicherlich auch eine Rolle.

Der Anteil des *Beruhigungsmittelgebrauchs (Benzodiazepine)* vor Aufnahme schien bei den Älteren zunächst nicht höher zu liegen als bei den Jüngeren, betrachtet man den prozentualen Anteil von 9,7 % bei den Älteren vs. 8,9 % bei den Jüngeren an der insgesamt verordneten Medikation. Dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Älteren absolut betrachtet deutlich mehr Medikamente einnehmen (vgl. Abschn. 4.2.8, S. 35 ff.). Vergleicht man daher die absoluten Zahlen aller eingenommenen Beruhigungsmittel, ergibt sich ein anderes Bild: bei den Älteren erfolgte 31 mal die Gabe von Beruhigungsmitteln im Gegensatz zu 17 mal bei den Jüngeren, d. h. wenn Beruhigungsmittel verordnet wurden, dann eher den Älteren und denen auch mehrfach. Vor dem Hintergrund der z. T. langen Erkrankungsdauer scheint sich damit leider erneut zu bestätigen, dass Ältere eher Beruhigungsmittel als eine indizierte psychopharmakologische und/oder psychotherapeutische Behandlung verordnet bekommen, was ein Ausdruck therapeutischer Hilflosigkeit der Fachärzte sein könnte.

Die Unterschiede im *Therapieprogramm* (vgl. Abschn. 4.2.9, S. 36 f.), mit der Bevorzugung von Kurzzeittherapien (Setting I und II) und die damit einhergehende kürzere Behandlungsdauer Älterer, decken sich ebenfalls mit Ergebnissen anderer Untersuchungen (z. B. Peters & Lange 1994; Peters et al. 2000). Die Wahl des Therapieprogramms mag zum einen mit der schlechter eingeschätzten Motivation (s. Abschn. 4.2.10, S. 37), zum anderen mit dem stärker dyadisch ausgerichteten Kontaktbedürfnis der Älteren zusammenhängen (Lange et al. 2001). Auch Überlegungen, sich nicht zu weit vom Alltag entfernen zu wollen sowie Scham und Angst vor dem Aufwühlen der Vergangenheit mögen eine Rolle spielen (Radebold 2002).

5.2.4 *Therapiemotivation zu Beginn der Behandlung*

Die *Motivation zu Beginn der Behandlung* wurde durch die Psychotherapeuten bei den Älteren grundsätzlich schlechter eingeschätzt als bei den Jüngeren, was sich mit anderen Studien (z. B. Peters et al. 2000) deckt. Allerdings *ist die Korrelation zwischen Alter und Motivation* letztlich *nicht signifikant* (vgl. Abschn. 4.2.10, S. 37), es müssen also andere Faktoren zu diesem Ergebnis beitragen.

Möglich wäre, dass dieses Ergebnis mit der von Faller (1997; 1998) gefundenen passiven und stärker somatisch ausgerichteten Ursachenvorstellung und Behandlungserwartung Älterer und Patienten mit schlechterer Schulbildung, zu denen die Älteren auch gehören, zusammenhängt.

Eine andere Erklärung wäre ein Zusammenhang zu „höherwertigen Therapiezielen“ aus Sicht der Therapeuten, der bei Ruff & Werner (1987) gefunden wurde. Beide Erklärungsursachen würden auf negative Gegenübertragungsphänomene/Eigenübertragungen der Therapeuten bei der Beurteilung der Therapiemotivation Älterer schließen lassen.

5.3 Individuelle Therapieziele (ITZ)

5.3.1 Allgemeines

In Bezug auf die ITZ fiel grundsätzlich auf, dass der *Aktualkonflikt* (131) insbesondere bei Älteren (vgl. Abschn. 1.3, S. 7) nicht gewählt wurde. Eine Ursache mag in der Schwierigkeit liegen, dieses ITZ beim Rating im nachhinein zu verschlüsseln, weil dazu der Verlauf der Erkrankung als wesentliche Voraussetzung zur Beurteilung bekannt sein müsste (Heuft et al. 1997a; b). Dies erklärt allerdings noch nicht, warum die Therapeuten dieses ITZ trotz regelmäßiger Fortbildung in der Alterspsychotherapie nicht verwendeten. Insbesondere, da durch dieses Konzept die besonderen Entwicklungsaufgaben des Alters gut erfasst werden könnten (Schneider et al. 1997; Radebold 2002). Es wäre möglich, dass die Psychotherapeuten sich bei der Auswahl der ITZ mehr auf der Symptomebene bewegten, nicht so sehr die Genese der Symptomatik ins Auge fassten. Dies wäre eine wünschenswerte Entwicklung, da die ITZ ja möglichst erlebens- und verhaltensnah formuliert werden sollten. Wahrscheinlicher scheint aber, dass dieses Konzept trotz der regelmäßigen Fortbildungen in der untersuchten Abteilung noch nicht rezipiert wurde.

5.3.2 Anzahl der insgesamt formulierten ITZ

Das Angebot, drei ITZ zu formulieren, wurde zwar von allen Patienten und Therapeuten in hohem Maße genutzt, allerdings am deutlichsten von den jüngeren Patienten. Leider war der Vergleich zwischen Patienten und Therapeuten innerhalb der Altersgruppen aufgrund zu kleiner Zellbesetzungen nicht statistisch auswertbar. Es war jedoch bei den Therapeuten die Tendenz erkennbar, die Möglichkeit, drei ITZ zu formulieren, nicht voll zu nutzen. In der Anzahl der insgesamt formulierten ITZ machten die Therapeuten keine wesentlichen Altersunterschiede (vgl. Abschn. 4.3.2, S. 38 f.).

Insofern ergab sich ein anderes Ergebnis als bei Heuft (1995; 1996a), wo die Anzahl der ITZ bei den Patienten nicht größer war als bei den Psychotherapeuten.

Kordy & Senf (1986) dagegen fanden ähnliche Ergebnisse bei durch Therapeuten formulierte Therapieziele. Diese benannten 3-4 von 5 möglichen Zielen.

Die Beobachtung von Heuft et al. (2000), dass ältere Patienten und ihre Therapeuten weniger ITZ formulieren, ließ sich somit ebenfalls nicht reproduzieren.

Wenn die Anzahl der formulierten Therapieziele ein Hinweis auf die Behandlungserwartung ist, gab es also zwischen Patienten und ihren Behandlern sowie älteren und jüngeren Patienten in dieser Hinsicht eine Diskrepanz. Die Therapeuten dieser Untersuchung scheinen, was die Therapieziele angeht, zurückhaltender als ihre Patienten, gleich welchen Alters. Vielleicht sind die Patienten auch motivierter, erfindungsreicher oder versuchen die Aufgabe möglichst gut zu lösen?

5.3.3 Hauptziel (1. ITZ)

a) Hauptkategorien

Bei der Betrachtung der Hauptkategorien 1-5 (vgl. Abschn. 4.3.3, S. 39 ff.) fiel zunächst folgendes auf: *an erster Stelle* lag durchgängig in allen Stichproben und bei allen verglichenen Therapiezielen (1.-3. ITZ sowie zusammengefasste ITZ) die *Kategorie 1* (intrapsychische Probleme und Konflikte).

Damit konnte das Ergebnis von Heuft et al. (1996a) nicht reproduziert werden, wo Patienten als Hauptziel die Kategorien „Körperbezogene“ und Therapeuten „Psychoneurotische Inhalte“ am häufigsten wählten. Grundsätzlich unterscheidet sich die Klinik der vorliegenden Arbeit von der bei Heuft et al. untersuchten durch ihre Behandlungskonzepte. Die Vergleichbarkeit ist zusätzlich dadurch eingeschränkt, dass in der Studie von 1996 noch nicht das endgültige Kategoriensystem des Psy-BaDo-Manuals (Heuft & Senf 1998) verwendet wurde. Darüber hinaus handelte es sich seinerzeit um eine durchschnittlich deutlich jüngere Stichprobe (dort: Mittel 35,4 J., SD 12,8 J., Bereich 19-70 J. vs. hier: Mittel 53 J., SD 13,4 J., Bereich 30-79 J.) bzw. eine Stichprobe, die nicht nach Altersklassen differenziert wurde.

Auch bei Kordy & Senf (1986) wählten die Therapeuten für psychosomatische Patienten am häufigsten körperbezogene Ziele, dabei wurden allerdings psychoanalytische Behandlungen von psychosomatischen/-neurotischen sowie herzphobischen Patienten untersucht.

Anders war es bei den Therapieziel-Kategorien, die *an zweiter Stelle* lagen. Erwartungsgemäß wurde hier von Älteren und Jüngeren unterschiedlich gewichtet. Es findet sich darin die Theorie der verschiedenen Organisatoren (Heuft 1994) bestätigt (vgl. Abschn. 1.3, S. 7): wie erläutert, ist es im mittleren Lebensalter der objektale, im höheren Lebensalter der somatogene Organisator, der für die Entwicklung maßgeblich ist. Gemäß dieser Vorstellung wählten die *Jüngeren die Kategorie 2* (interaktionelle, psychosoziale Probleme), die *Älteren* hingegen die *Kategorie 3* (körperbezogene Probleme und Symptome).

Voraussetzend, dass es einen Zusammenhang zwischen Selbstdefinitionen und Leidensdruck respektive Therapiezielen gibt, entspricht die Reihenfolge der Kategorien auch den Ergebnissen der Berliner Altersstudie (BASE) die Selbstdefinitionen („wer bin ich?“) betreffend (Smith & Baltes 1996). Dabei fanden die Autoren zunächst ein intensives Interesse an Umwelt, eigener Person und sozialen Beziehungen, gefolgt von Gesundheit.

Erwartungsgemäß wurden die Hauptkategorien 4 (Medikamente; stoffgebundene und nichtstoffgebundene Sucht) und 5 (sozialmedizinische und Rehabilitationsziele) selten gewählt, da die Ziele dieser Kategorien Patientengruppen betreffen, die in den hier untersuchten Stichproben in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung nicht anzutreffen sein sollten.

b) „Top Five“ aller genannter ITZ

Hier bestätigt sich erneut die Wichtigkeit körperlicher Therapieziele für *ältere Patienten*. Die *funktionellen Symptome* (Kategorien: 320-378) stehen deutlich an *erster Stelle der Hauptziele*. Dies wird angesichts der oben zitierten Theorien und Untersuchungen nicht verwundern.

Erstaunlich ist die geringe Übereinstimmung zwischen älteren Patienten und ihren Therapeuten, die bei den Jüngeren nicht gegeben ist. Dieser Trend setzt sich fort, betrachtet man die zusammengefassten ITZ (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 42 ff.).

Unterschiede bei den ITZ müssen nicht zwangsläufig Ausdruck anderer Sichtweisen sein, sondern können unterschiedliche Formulierungen für dasselbe sein, worauf Llewelyn (1988) hinwies, die ihrerseits auch verschiedene Erwartungen von Patienten und Therapeuten an die Therapie fand.

Im Folgenden seien mehrere Beispiele dafür in der vorliegenden Untersuchung genannt:

1. Der trotz der oben gemachten Aussage doch vorkommende Anteil der Kategorie 5 (sozialmedizinische und Rehabilitationsziele) bei den Therapeuten: wo Patienten noch mehr auf Heilung hofften (Kategorie 3), sahen Therapeuten eventuell die Notwendigkeit, geeignete Copingstrategien (Kategorie 5) zu entwickeln. Brandstätter & Renner (1990) gaben den Hinweis, dass die bisher in Psychotherapien übliche Fokussierung auf aktiv-offensive/assimilative Copingstrategien (Transformation der Umstände in Übereinstimmung mit den persönlichen Vorlieben), die Bedeutung von akkommodativen Strategien (Anpassung der persönlichen Vorlieben an die Situation), die im Alter bevorzugt werden, gering schätzt. Nach den vorliegenden Ergebnissen scheint dies jedoch eher für die Patienten als für die Therapeuten zu gelten. Peters et al. (2000) fanden ebenfalls, dass die Älteren in ihrer Untersuchung signifikant häufiger Hilfsbedürftigkeit verleugneten und symptombezogene Zuwendung höher bewerteten.
2. Der veränderte Umgang mit dem Körper (Kategorien: 390-396) bei den Älteren: es ist zu vermuten, dass die Therapeuten an dieser Stelle das Coping (501) wählten, aus den unter 1. angeführten Gründen.
3. Die funktionellen Störungen (Kategorien: 320-378) der Älteren: Therapeuten sahen die körperlichen Symptome, insbesondere deren besonders häufigen Schlafstörungen (vgl. Tab. 33-35, Anhang A, S. VIII-IX), vielleicht vor dem Hintergrund der depressiven Symptomatik und wählten daher von vorneherein das entsprechende ITZ (104).

5.3.4 Überblick über alle von Patienten und Therapeuten genannten ITZ

Die ITZ-Nennungen der Therapeuten der Älteren (vgl. Abschn. 4.3.4, Abb. 8, S. 47) ähneln der einer Untersuchung von Faller et al. (1997), wo die Therapeuten bei allerdings durchschnittlich jüngeren Patienten (Mittel 33,5 J., Bereich 18-67 J.) am ehesten depressive Symptome, Partnerprobleme und Selbstwertstörungen wahrnahmen. Die Autoren unterschieden jedoch nicht nach Altersgruppen, so dass die Vergleichbarkeit mit den vorliegenden Daten begrenzt ist.

Für die Stichprobe der älteren Patienten stehen auch hier wieder die *funktionalen Störungen* (Kategorien: 320–378) im Vordergrund (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 46 ff.). Dabei gilt natürlich grundsätzlich, was im vorangegangenen Abschnitt zu den unterschiedlichen Therapiezielen gesagt wurde: auch hier könnten Patienten und Therapeuten dasselbe meinen, es aber anders ausdrücken.

Trotzdem *unterscheiden sich zehn untersuchte ITZ* der älteren Patienten von ihren Therapeuten *hoch signifikant*, während dies in der Gruppe der Jüngeren und ihren Therapeuten bei *13 ITZ nicht* der Fall ist (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 49). Es scheint daher so, als stimmten jüngere Patienten und ihre Therapeuten aus hier nicht näher untersuchten Gründen über die Therapieziele mehr überein, obwohl auch sie diese unabhängig voneinander formulieren.

Die Therapeuten gehen nicht von vorneherein von bestimmten ITZ für ältere Patienten aus, da der Anteil „altersspezifischer“ ITZ, zu denen der „Alternsprozess“ (132), „Aktualkonflikt“ (131) und auch „Trauer und Verlustbewältigung“ (126) gehören (vgl. Heuft et al. 2000, S. 237), eher selten bzw. gar nicht gewählt werden. Interessanterweise sah es bei den älteren Patienten ähnlich aus. Lediglich ein Patient beschrieb ein ITZ, den „Alternsprozess“ (132) betreffend, was sich mit den Beobachtungen von Luft (1997) deckt. Dort wurden altersbedingte körperliche Erscheinungen von Patienten, insbesondere Männern, selten als Auslöser für psychische Beschwerden angegeben.

Die Beobachtung der Tabuisierung der Sexualität einerseits oder „Sexualisierung“ Älterer andererseits von Heuft et al. (1996b) zeigte sich im Vergleich der

Gruppen nicht. Zwar könnte anhand der geringen Wahl des ITZ „Partnerschaft mit sexuellen Problemen“ (202) bzw. dem völligen Fehlen des ITZ „inneres Erleben von Sexualität“ (123) auf eine Tabuisierung geschlossen werden. Allerdings gab es diesbezüglich zwischen Patienten allen Alters und ihren Therapeuten eine völlige Übereinstimmung, ist also in diesem Fall ein allgemeingültiger „blinder Fleck“.

Die Tatsache, dass Therapeuten in Gruppe 1 an zweiter Stelle die „Partnerschaft ohne Sexualität“ (201) wählten, unterstützt die Annahme von Heuft et al. (1997), dass „der (gemeinsame) Alterungsprozess eines Ehepaars doch ein erheblich höheres Belastungspotential darstellt“ (S. 267), zumindest aus Sicht der Therapeuten. Unklar bleibt, ob die Älteren selbst ihre Paarprobleme geringer einschätzten bzw. verleugneten oder resigniert haben.

Einige ITZ fanden sich nur in der Gruppe der jüngeren Patienten: „Selbstempathie“ (115), „Problemlösefähigkeit“ (143) und „veränderte familiäre Beziehungen“ (215) (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 44 ff.). Sie lassen auf Schwierigkeiten in der Selbststeuerung schließen und stellen den Bezug zu der Wichtigkeit des objektalen Organisations her. Dies deckte sich mit dem ITZ, das die Therapeuten nur für die Jüngeren vergaben: „affektive Selbststeuerung“ (116).

Nur bei den Älteren wählten Therapeuten erwartungsgemäß den „Altersprozess“ (132), überraschenderweise aber auch „veränderte familiäre Beziehungen“ (215) (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 47 f.). Damit unterscheiden sie sich von den Vorstellungen der Patienten, denen die „funktionellen Symptome“ (Kategorien: 320-378) wesentlich wichtiger erschienen. Die älteren Patienten bestätigten damit die Theorie der „Organisatoren“ (vgl. Abschn. 1.3, S. 7), welche sich als theoretisches Konstrukt allerdings nicht in den ITZ wiederfinden lässt.

Auffällig ist auch der hohe Stellenwert des ITZ „Selbstsicherheit“ (111), den die Therapeuten vor allem für ihre jüngeren Patienten in Übereinstimmung mit diesen sahen. Positiv formuliert könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass die Therapeuten in die Fähigkeiten ihrer älteren Patienten vertrauten und ihnen aufgrund ihres doch lang erfolgreich bewältigten Lebens mehr zuzutrauen schienen.

5.3.5 Bewertung der Therapieziel-Erreichung (Erfolgseinschätzung)

Die Erfolgseinschätzung aus Patienten- und Therapeutensicht ist mit Ergebnissen anderer Studien vergleichbar (Heuft et al. 1995; 1996a).

Auffallend war, dass die Therapeuten in Gruppe 2 weder „Therapieziel entfallen“ noch „Therapieziel mehr als erreicht“ wählten. Sieht man sich allerdings die Häufigkeiten der einzelnen Bewertungen an (vgl. Tab. 41-44, Anhang A, S. XIII) wird deutlich, dass dies insgesamt selten gewählte Kategorien waren. Damit bestätigt sich erneut, dass weder Patienten noch Therapeuten normative Antworten geben.

Patienten und Therapeuten innerhalb einer Gruppe beurteilten den Erfolg, gemessen an der *Bewertung der Therapieziel-Erreichung*, gleich (vgl. Abschn. 4.3.5, S. 49 ff.).

Es wirkte sich nicht auf die Erfolgseinschätzung aus, dass die Therapeuten ihre Therapieziele altersunabhängiger formulierten als die Patienten (vgl. Hypothese 1 und 2, Abschn. 4.4.2, S. 56 ff. und 5.4.2, S. 78) und z. T. signifikante Unterschiede zu ihren älteren Patienten aufwiesen (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 48 f.). Das mag zunächst nicht sehr erstaunen, erscheint sogar wünschenswert. Offen bleibt jedoch, ob nicht durch eine optimierte „Passung“ eine bessere Erfolgseinschätzung erzielt werden könnte (vgl. Abschn. 5.5, S. 81 ff.).

Betrachtet man die *Korrelationen zwischen der Erfolgseinschätzung durch Patienten und Therapeuten*, traten Unterschiede zwischen der Gruppe der Älteren und Jüngeren auf: es gab einen deutlichen linearen Zusammenhang zwischen der Erfolgseinschätzung von jüngeren Patienten und ihren Therapeuten. Dies galt für die Älteren und ihre Therapeuten hingegen nicht (vgl. Abschn. 4.3.5, Tab. 7 und 8, S. 52).

Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass unterschiedliche ITZ mit dem gleichen Erfolg und Tempo erreicht werden. Das gilt insbesondere, wenn Patient und Therapeut unterschiedliche Ziele verfolgen. Geringe oder fehlende Korrelationen zwischen der Erfolgseinschätzung durch Patienten und ihre Psychotherapeuten

können also auch dadurch zustande kommen, dass Patienten und Therapeuten andere Ansichten haben, welches Ziel zu erreichen ist. Wie die vorangehend dargelegten Ergebnisse zeigen, war dies in der Gruppe der Älteren eher der Fall, weswegen vermutlich der Zusammenhang zwischen der Erfolgseinschätzung durch Patienten und Therapeuten bei den Älteren nicht gegeben war.

Um der Frage nachzugehen, ob andere Faktoren als das Alter bei der Bewertung der Therapieziel-Erreichung eine ausschlaggebende Rolle spielen, wurde eine weiterführende Berechnung durchgeführt (vgl. Abschn. 4.3.5, S. 54 ff.). Dabei wurden die *Zusammenhänge zwischen der zu Beginn eingeschätzten Motivation sowie der Erfolgseinschätzung der Therapieziel-Erreichung* überprüft.

Es gab durchaus eine *signifikante Korrelation* zwischen der Motivation und der Bewertung der Therapieziel-Erreichung bei den Patienten beider Altersgruppen und den Psychotherapeuten der Jüngeren. Die Ergebnisse waren bei vergleichbar großer Stichprobe z. T. deutlicher als in der Untersuchung von Heuft et al. (1996a), die dieselben Zusammenhänge fanden.

Interessant ist wiederum das Ergebnis, dass bei den Therapeuten der Älteren keine Korrelation zwischen Motivations- und Erfolgseinschätzung ihrer Patienten nachgewiesen werden konnte. Scheinbar war für sie der Erfolg einer Behandlung unabhängig von der zu Beginn – schlechter – beurteilten Motivation. Bei den Jüngeren und ihren Therapeuten dagegen war der Zusammenhang zwischen Motivation und Therapieziel-Erreichung hoch bedeutsam.

Vielleicht bewerteten die Therapeuten bei den älteren Patienten bewusst weniger streng den Erfolg der Behandlung? Dafür könnte der – zwar schwache – Zusammenhang zwischen Motivation und Erfolgseinschätzung bei den Älteren sprechen. Bei ihnen schien es also zumindest einen geringen Einfluss der Motivation auf die Erfolgseinschätzung zu geben. Allerdings ist das Ergebnis vorsichtig zu interpretieren, da die Korrelation nicht sehr hoch war (vgl. Tab. 12, S. 55).

Das Ergebnis von Peters et al. (2000), nach dem der Therapieerfolg der älteren Patienten stärker durch die initiale Therapiemotivation vorherbestimmt war, ließ sich somit nicht reproduzieren. Es bestand im Gegenteil in der vorliegenden Untersuchung ein umgekehrtes Verhältnis, denn die Varianzaufklärung war bei Pe-

ters bei den Älteren doppelt so hoch wie bei den Jüngeren. Die Unterschiede der Ergebnisse mögen dadurch zustande kommen, dass bei Peters et al. die Patienten selbst ihre Motivation anhand eines gesonderten Fragebogens einschätzten, während in der vorliegenden Untersuchung die Therapiemotivation zu Beginn der Behandlung durch die Psychotherapeuten anhand einer Skala global eingeschätzt wurde (vgl. Abschn. 3.5, S. 21)

5.4 Hypothesen

5.4.1 Allgemeines

Eine generelle Einschränkung der Ergebnisse ergibt sich wiederum aus der Größe der Stichprobe: in die Berechnung der Hypothesen 1 und 2b konnten nur in Hauptkategorien zusammengefasste Therapieziele, in Hypothese 1 und 2c einzelne ITZ eingehen. Trotzdem ist ein Trend erkennbar, der sich vermutlich auch in größeren Stichproben fortsetzen wird.

5.4.2 Hypothesen

Hypothese 1: *Die Formulierung von Individuellen Therapiezielen (ITZ) der Patienten ist abhängig vom Alter der Patienten*

Vermutlich werden die Signifikanzen der 1.-3. ITZ (Hypothese 1a) bei größeren Stichproben deutlicher ausfallen, wie dies bei der Berechnung der zusammengefassten ITZ (Hypothese 1b) schon der Fall war, da diese Zusammenfassung ja der Vergrößerung der Fallzahlen diene. Es lässt sich aber jetzt schon sagen, dass die Therapieziele der Patienten abhängig von ihrem jeweiligen Alter sind, womit die *Hypothese 1 bestätigt* wurde. Damit bestätigt sich auch eine der Grundannahmen dieser Untersuchung.

Im Zusammenhang mit den übrigen Ergebnissen liegt jedoch die Vermutung nah, dass sich die Formulierung von Therapiezielen zwar innerhalb der Altersgruppen unterscheidet, die Variable Alter jedoch nur bedingt dafür verantwortlich ist. An-

dere Faktoren könnten sich bei weiterer Prüfung als ausschlaggebender herausstellen.

Hypothese 2: *Die Formulierung von Individuellen Therapiezielen (ITZ) der Psychotherapeuten ist abhängig vom Alter der Patienten*

Die *Hypothese 2* ließ sich nur in einem Unterpunkt bestätigen: es gab einen signifikanten Unterschied beim altersabhängigen Vergleich der Formulierung des Hauptziels (1. ITZ). Schon das 2. ITZ war nicht mehr abhängig vom Alter der Patienten. Die Prüfung des 3. ITZ war aufgrund der zu kleinen Zellbesetzung nicht möglich (vgl. Abschn. 4.4.2, S. 57). Die weiteren Ergebnisse, also zusammengefasste und einzelne untersuchte ITZ (2b und c), wurden ebenfalls nicht signifikant.

Scheinbar sahen die Therapeuten bei Patienten verschiedenen Alters keinen Anlass, die Therapieziele unterschiedlich zu gewichten. Dies deckt sich mit dem Ergebnis, dass die Therapeuten und ihre älteren Patienten sich bezüglich der Nennung zehn untersuchter ITZ hoch signifikant unterschieden (vgl. Abschn. 4.3.4, S. 48 f.).

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Psychotherapeuten in dieser Untersuchung gemäß ihrer therapeutischen Schule Therapieziele formulieren und bei diesen Überlegungen das Alter bzw. altersspezifische Besonderheiten eine untergeordnete Rolle spielt. Dabei wäre denkbar, dass verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapeuten aufgrund ihres verhaltens- und beschwerdenahen Schwerpunktes auch bei einer theoriegeleiteten Formulierung von Therapiezielen eine bessere „Passung“ erreichen. Auch liegt die Vermutung nah, dass die Nennung von Therapiezielen von Therapeuten durch andere Faktoren als das Alter, wie z. B. soziodemographischer Status, Geschlecht o. ä., beeinflusst wurde.

Hypothese 3: *Es besteht ein hoher Grad der Verbundenheit (Kontingenz) zwischen der Nennung bestimmter ITZ und dem Alter*

Hinsichtlich der Kontingenz konnten aufgrund z. T. zu kleiner Zellbesetzungen nur sehr begrenzte Aussagen getroffen werden. In einigen Unterpunkten gab es nicht signifikante Ergebnisse (vgl. Abschn. 4.4.3, Tab. 13 und 14, S. 58 und 60). Interessant ist jedoch, dass die berechneten Kontingenzen auch bei signifikanten Altersunterschieden in der Formulierung von ITZ, wie es in der Gruppe der Patienten der Fall war (Hypothese 1), eher geringen Ausmaßes waren, also der Grad der Verbundenheit zwischen der Auswahl der ITZ und dem Alter nicht sehr hoch war. Anders ausgedrückt: die bei signifikanten Altersunterschieden in der Nennung naheliegende Vermutung, dass bestimmte ITZ in einer Gruppe häufiger oder seltener gewählt werden, ließ sich nicht bestätigen. Lediglich bei den häufigsten zwölf untersuchten ITZ ($N \geq 5$, vgl. Hypothese 1c, S. 58, Tab. 13) deutete sich in der Patientengruppe ein geringer Zusammenhang (Cramer's $V = .311$) an. Somit muss *Hypothese 3 verworfen* werden.

Dieses Ergebnis weist erneut darauf hin, dass andere, nicht untersuchte Variablen die Nennung von Therapiezielen maßgeblich beeinflussen. Auch bestätigt sich wiederum die Beobachtung, dass Therapeuten nicht per se altersspezifische ITZ wählten (vgl. Abschn. 5.3.4, S. 74).

Hypothese 4: *Die Übereinstimmung von Patienten und Psychotherapeuten in der Nennung von ITZ ist unabhängig vom Alter*

Zwar waren die absoluten Zahlen hinsichtlich der Übereinstimmung in der Nennung von ITZ in beiden Altersgruppen durchaus verschieden, statistisch signifikant wurden sie jedoch noch nicht (vgl. Abschn. 4.4.2, S. 61 ff.). Insofern kann man anhand der vorliegenden Daten noch davon ausgehen, dass die Passung zwischen Patienten und Therapeuten in beiden Gruppen gleich (gut oder schlecht) war, womit die *Hypothese 4 bestätigt* wurde. Allerdings wäre eine Unterscheidung bei größeren Fallzahlen durchaus denkbar und vor dem Hintergrund der anderen Ergebnisse (Hypothese 1 und 2) auch wahrscheinlich.

Dies wirft weitere Fragen auf. Zunächst, ob eine verbesserte Übereinstimmung in der Nennung von Therapiezielen zwischen Patienten und ihren Therapeuten das Therapieergebnis positiv beeinflusst. Dafür gibt es in der Literatur einige Hinweise (u. a. Sack et al. 1999; Grosse Holtforth 2001;). Wenn man davon ausgeht, dass die Übereinstimmung in der Nennung von Therapiezielen Auswirkungen auf den Therapieerfolg hat, stellt sich die Frage, was notwendig wäre, um sie zu verbessern.

5.5 Fazit und Ausblick

Die Diskussion der Ergebnisse wird durch die geringe Zahl vergleichbarer Studien erschwert. Gleichzeitig wird durch diesen Mangel die Dringlichkeit der Thematik der vorliegenden Untersuchung deutlich. Insofern kann diese Arbeit nur der Beginn einer Auseinandersetzung mit der Behandlungsevaluation durch die Therapieziele älterer Patienten sein.

Überraschend ist vor allem das Ergebnis, dass Therapeuten ihre Therapieziele so gut wie nicht vom Alter abhängig machten (Hypothese 2). Man könnte daraus folgern, dass sie damit konsequent der Idee *Individueller* Therapieziele folgten, also jeden Patienten unabhängig von seinem Alter betrachten. Andererseits lagen sie damit bei den Älteren deutlicher „daneben“ als bei den Jüngeren, wie die deskriptiven Ergebnisse und die statistische Auswertung von ITZ (vgl. Abschn. 4.3.4. S. 48 f.) dieser Studie zeigten.

Zwar ist die Übereinstimmung der genannten Therapieziele zwischen älteren und jüngeren Patienten und ihren Therapeuten noch nicht statistisch signifikant unterschiedlich (Hypothese 4), eine Tendenz ist jedoch zu erkennen. Es liegt daher nahe anzunehmen, dass Therapeuten sich eher an eigene Konzepte in Bezug auf die Formulierung von Therapiezielen halten und dabei aus Gründen, die in dieser Untersuchung nicht weiter erfasst werden, mehr mit Patienten der eigenen Altersgruppe übereinstimmen.

Letztlich ist es auch denkbar, dass die Unterschiede zwischen den formulierten Therapiezielen der älteren Patienten und ihrer Therapeuten dadurch entstanden,

dass „abstrakt und theoriegeleitet formulierte Ziele (...) bei Therapeuten deutlich häufiger vorkommen als bei Patienten“ (Heuft et al. 1996a, S. 191). Dies könnte auf ältere Patienten durch ihre biographisch bedingt unterschiedliche Sozialisation und ihre mit Jüngeren verglichene geringere psychotherapeutische Vorerfahrung und geringeres Laienwissen in besonderem Maße zutreffen. So fanden sich in der Gruppe der Jüngeren durchaus Therapieziel-Formulierungen wie „Ich nehme an einem Angsttraining teil“ oder „Ich lerne ein Entspannungsverfahren“, wobei es sich zumeist um Wiederaufnahmen oder Patienten mit anderer psychotherapeutischer Vorerfahrung handelte.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, wie die Therapieziele älterer Patienten sich mit den nachfolgenden, mit Psychotherapie vertrauteren Generationen verändern werden.

Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen und der Überprüfung der Hypothesen schließen, dass weiterführende Untersuchungen notwendig wären, um herauszufinden, ob sich Variablen finden lassen, die sich deutlicher auf die Formulierung von Therapiezielen auswirken als das Alter. Die zahlreichen soziodemographischen Unterschiede zwischen den Patientengruppen legen dies nah.

Auch die Beobachtung, dass bei den Älteren die somatoformen Störungen (ICD-10: F45) zwar deutlich häufiger diagnostiziert wurden als bei Jüngeren und körperliche Symptome und Probleme damit eine besondere Wichtigkeit erhielten, hatte auf die Therapiezielformulierung der Therapeuten i. S. eines Schwerpunktes auf ebendiese körperlichen Symptome und Probleme, deren Auswirkungen auf die Patienten und deren Umgang damit, wenig Einfluss.

Eine ähnliche Beobachtung ließ sich bei den älteren Patienten machen. Im Gegensatz zu der hohen Bedeutung, die körperliche Therapieziele bei den Älteren hatten, wurden die ITZ „Alternsprozess“ (132) und „Coping“ (501) nur selten angesprochen. Auch wenn Patienten höheren Alters (und geringerer Schulbildung) eine somatische Ursachenvorstellung haben, wie Faller (1997) herausfand, schienen die Patienten dies in der vorliegenden Untersuchung nicht im Zusammenhang mit dem Alternsprozess zu setzen.

Wie aus den Klartexten zu erkennen war, lag der Fokus der Älteren in Zusammenhang mit der körperlichen Symptomatik auf Heilung. Es lässt sich vermuten, dass sie damit die (zu) hoch gesteckten Ziele hatten, auf die Heuft et al. (2000) hinwiesen. Es bliebe zu prüfen, in wie weit dies Ziele sind, die von vorneherein schlechter erreichbar sind und damit auf einen nicht erreichbaren Therapieerfolg hinweisen.

Unterstützt wird diese Überlegung durch eine Untersuchung von Berking et al. (2001). Sie fanden bei Reha-Patienten für die dort untersuchten Therapieziele „Flops“, zu denen u.a. auch „Chronische Schmerzen/Krankheiten/Schlafprobleme/Tinnitus beseitigen/lindern/bewältigen“ gehörten, vergleichbar Kategorie 3 (körperbezogene Probleme und Symptome) in der vorliegenden Untersuchung.

Die unabhängige Therapieziel-Formulierung hätte Einfluss auf die Einschätzung von Motivation und Erfolg haben können. Es ist auch nicht auszuschließen, dass die Motivation höher eingeschätzt würde, wenn ältere Patienten und ihre Therapeuten die Therapieziele gemeinsam aushandeln würden. Therapiemotivation ist jedoch ein komplexes Konstrukt, auf das viele Faktoren wirken, das Alter der Patienten schien in der vorliegenden Untersuchung keinen wesentlichen Zusammenhang mit Motivations- und Erfolgseinschätzung aufzuweisen.

Inwiefern sich die unabhängige Therapieziel-Formulierung sowie die geringere Übereinstimmung zwischen älteren Patienten und ihren Therapeuten die Therapieziele betreffend jedoch auf den Behandlungserfolg, gemessen an der Erfolgseinschätzung, auswirkte, ist schwer zu beurteilen. Es ist durchaus denkbar, dass eine bessere Abstimmung zwischen älteren Patienten und ihren Therapeuten zu einer verbesserten Erfolgseinschätzung führen würde.

Zunächst kann jedoch festgehalten werden, dass die Erfolgseinschätzung aller Stichproben vergleichbar war (vgl. Abschn. 4.3.5, S. 49ff.). Dies mag daran liegen, dass eben auch andere Faktoren an der „Passung zwischen Patient und Therapeut“ beteiligt sind, wie Konkordanz bezüglich Wirkfaktoren und Konzept der Therapie (Strauß & Burgmeier-Lohse 1995; Peters et al. 2002).

Denkbar wäre, dass sich bei den Jüngeren die zu Beginn durch die Psychotherapeuten eingeschätzte Motivation auf die Erfolgseinschätzung stärker auswirkte,

wohingegen bei den Älteren der Therapieprozess eine entscheidendere Rolle spielte und anfangs negative Gegenübertragungen/Eigenübertragungen der Therapeuten sich veränderten.

Wie in der Einleitung beschrieben, handelt es sich beim Alter(n) um ein differenzielles Geschehen, wie auch die Vielfalt der Individuellen Therapieziele (ITZ) der Älteren der vorliegenden Untersuchung gezeigt hat. Auch im Hinblick darauf erscheint in Zukunft die weitere Differenzierung der Gruppe der Älteren wesentlich. Dazu gibt es bei Älteren bisher nur wenig Material, worauf Baltes et al. (1996) in der Berliner Altersstudie (BASE) hinwiesen. Auch verschiedene andere Untersuchungen (u.a. Brockmann et al. 2003; Grosse Holtforth & Grawe 2002; Faller 1997; Finke et al. 1995; Luft 1996; 1997; Pöhlmann et al. 2001; Berking et al. 2001; Lapierre et al. 1992/93) legten durch ihre Ergebnisse die Überlegung nah, weitere Unterteilungen, z. B. nach Diagnosen, Geschlecht, soziodemographische Daten und Alter, vorzunehmen.

In Bezug auf die Therapeuten stellt sich vor allem die Frage, inwiefern die Untersuchung durch deren Alter, Berufserfahrung und Therapieschulen beeinflusst wurde.

Radebold (1992) wies auf die Bedeutung der Position des Therapeuten im Lebenszyklus und die eigenen Ansichten über das Alter hin. Insofern wäre es wünschenswert, die Therapeuten diesbezüglich zu untersuchen, um einen Einfluss dieser Faktoren auf die Auswahl der ITZ beurteilen zu können. Es stellt sich auch die Frage, was die von den Therapeuten gewählten ITZ über deren Werte und Eigenübertragungen aussagen.

Sieht man sich die geringen Übereinstimmungen zwischen älteren Patienten und ihren Therapeuten in der Auswahl der Therapieziele an, wird die Notwendigkeit einer entsprechenden Weiterbildung auf dem Gebiet der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie erneut deutlich. Obwohl davon auszugehen ist, dass die Therapeuten der untersuchten Abteilung auf diesem Gebiet durchaus erfahren sind, setzten auch sie ihr Wissen in Bezug auf die ITZ nur begrenzt um. Es wäre durchaus denkbar, dass sich dies auf den Therapieerfolg auswirkt.

Diskussion

Ob die Verbesserung der Passung der von älteren Patienten und ihren Therapeuten formulierten Therapieziele und die Vermeidung bestimmter eventuell zu hoch gegriffener Therapieziele den Erfolg einer stationären psychotherapeutischen Behandlung Älterer daher noch erhöhen kann, muss zunächst offen bleiben.

Ebenso bleibt es Katamneseerhebungen überlassen, zu zeigen, ob die erzielten Erfolge stabil bleiben.

6 Literaturverzeichnis

1. Ambühl H, Orlinsky D, Cierpka M, Buchheim P, Meyerberg J, Willutzki U (1995) Zur Entwicklung der theoretischen Orientierung von PsychotherapeutInnen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 45: 109-120
2. Ambühl H, Orlinsky D (1999) Therapieziele aus der Sicht der PsychotherapeutInnen. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg) *Therapieziele*. Hogrefe, Verl. für Psychologie Göttingen, Bern, Toronto u. a., S. 319-334
3. Ambühl H, Strauß B (Hrsg) (1999a) *Therapieziele*. Hogrefe, Verl. für Psychologie Göttingen, Bern, Toronto, u. a.
4. Ambühl H, Strauß B (1999b) Therapieziele - Ein „dunkles Kapitel“ der Psychotherapieforschung? In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg) *Therapieziele*. Hogrefe, Verl. für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto u. a., S. 7-14
5. Bäurle P, Radebold H, Hirsch RD, Studer K (Hrsg) *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen*. Huber, Bern
6. Baltes MM, Horgas AL, Klingenspor B, Freund AM, Carstensen LL (1996) Geschlechtsunterschiede in der Berliner Altersstudie. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) *Die Berliner Altersstudie*. Akademie-Verlag, Berlin, S. 573-598
7. Baumann U, Perst A (1999) Der Gerontosektor: Stiefkind der Klinischen Psychologie/Psychotherapie. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie* 12: 129-136
8. Berking M, Jacobi C, Masuhr O (2001) Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 34: 259-272
9. Böcker P, Breuer F (1995) Zur Struktur und Variation therapeutischer Zielsetzungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 40: 245-265
10. Brandstätter J, Renner G (1990) Tenacious Goal Pursuit and Flexible Goal Adjustment: Explication and Age-Related Analysis of Assimilative and Accommodative Strategies of Coping. *Psychology and Aging* 5: 58-67

11. *Der Brockhaus in einem Band.* (2002) Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus, Mannheim, 9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage
12. Brockmann J, Schlüter T, Eckert J (2003) Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. Eine vergleichende Untersuchung aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 53: 163-170
13. Broda M, Dahlbender RW, Schmidt J, Rad M v, Schors R (1993) DKPM-Basisdokumentation. Eine einheitliche Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik und Psychosomatik. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 43: 214-223
14. Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz RD, Geiselhart H, John U, Netzold DW, Schönell H (1995) Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 24: 3-38
15. Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-III-R (1989) Beltz, Weinheim
16. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation. Huber, Bern, 2. Aufl.
17. Dilling H, Weyerer S, Castell R (Hrsg) (1984) Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Forum der Psychiatrie, Enke, Stuttgart
18. Driessen M, Sommer B, Röstel C, Malchow CP, Rumpf HJ, Adam B (2001) Therapieziele in der Psychologischen Medizin - Stand der Forschung und Entwicklung eines standardisierten Instruments. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 51: 239-245
19. Dsubanko-Obermayr K, Baumann U (1999) Informed Consent in der Psychotherapie: Anspruch und Wirklichkeit In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg)

- Therapieziele. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto u. a., S. 33-54
20. Fachausschuss Psychosomatik des Wissenschaftsrates der AHG (Hrsg) (1994) Basisdokumentation Psychosomatik in der Verhaltensmedizin. 10 Jahre Qualitätssicherung in der Rehabilitation auf der Grundlage klinischer Behandlungsdaten. Verhaltensmedizin heute 2: 11-71
 21. Faller H (1997) Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 45: 264-278
 22. Faller H (1998) Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychotherapeut 43: 8-17
 23. Faller H, Goßler S (1998) Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 48: 176-186
 24. Faller H, Wagner RF, Vogel H, Inselmann U, Koepsell K, Weiß H, Lang H (1997) Die Klientel einer psychotherapeutischen Poliklinik im Spiegel der Basisdokumentation. Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie 65: 313-322
 25. Finke J, Teusch L, Gastpar M (1995) Psychotherapie in der psychiatrischen Klinik - eine empirische Untersuchung über die Behandlungserwartungen der Patienten. Psychiatrische Praxis 22: 112-116
 26. Fliege H, Fillip SH (2003) Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität - Ergebnisse explorative Interviews mit 65- bis 74jährigen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33: 307-313
 27. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (1989) In: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-III-R. Beltz, Weinheim, S. 40 ff.
 28. Göllner R (1983) Kategorien psychotherapeutischer Zielsetzung. Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 33: 94-100
 29. Grosse Holtforth M (2001) Was möchten Patienten in ihrer Therapie erreichen? - Die Erfassung von Therapiezielen mit dem Berner Inventar für

- Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 34: 241-258
30. Grosse Holtforth M, Grawe K (2002) Bern Inventory of Treatment Goals: Part 1. Development and First Application of a Taxonomy of Treatment Goal Themes. *Psychotherapy Research* 12(1): 79-99
 31. Häfner H (1983) Ziele psychotherapeutischer Intervention. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 29: 127-145
 32. Hasler G, Schnyder U (2002) Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Nervenarzt* 73: 54-58
 33. Heigl-Evers A, Heigl F (1984) Was ist tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie? *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 29: 234-244
 34. Helmchen H, Baltès MM, Geiselmann B, Kanowski S, Linden M, Reischies FM, Wagner M, Wilms HU (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltès PB (Hrsg) *Die Berliner Altersstudie*. Akademie-Verlag, Berlin, S. 185-220
 35. Hessel H, Geyer M, Gunzelmann T, Schumacher J, Brähler E (2003) Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36: 287-296
 36. Hessel H, Gunzelmann T, Geyer M, Brähler E (2000) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland - gesundheitliche, soziostrukturelle, soziodemographische und subjektive Faktoren. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33: 289-299
 37. Heuft G (1990a) Zukünftige Forschungsperspektiven in einer psychoanalytischen Gerontopsychosomatik - Persönlichkeit und Alternsprozess. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 23: 262-266
 38. Heuft G (1990b) Bedarf es eines Konzeptes der Eigenübertragung? *Forum der Psychoanalyse* 6: 299-315
 39. Heuft G (1993) Psychoanalytische Gerontopsychosomatik - Zur Genese und differentiellen Therapieindikation akuter funktioneller Somatisierung im

Literatur

- Alter. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 43: 46-54
40. Heuft G (1994) Persönlichkeitsentwicklung im Alter - ein psychoanalytisches Entwicklungsparadigma. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 27: 116-124
 41. Heuft G (1998) Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Aktuelle Konzepte und Behandlungsansätze. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 48: 232-242
 42. Heuft G (1999) Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32: 225-230
 43. Heuft G (2001) Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen im Alter. Persönlichkeitsstörungen 5: 49-55
 44. Heuft G, Hoffmann SO, Mans EJ, Mentzos S, Schüßler G (1997a) Das Konzept des Aktualkonflikts und seine Bedeutung für die Therapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 43: 1-14
 45. Heuft G, Hoffmann SO, Mans EJ, Mentzos S, Schüßler G (1997b) Die Bedeutung der Biographie im Konzept des Aktualkonflikts. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 43: 34-38
 46. Heuft G, Kruse A, Lohmann R, Senf W (1995) Psychosomatische Aspekte des Schmerzerlebens im Alter - Ergebnisse aus der ELDERMEN-Studie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28: 349-357
 47. Heuft G, Kruse A, Radebold H (2000) Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. UTB für Wissenschaft, E. Reinhardt Verlag, München.
 48. Heuft G, Lohmann R, Schneider G (1996) Alter und Sexualität. Gynäkologie 29: 375-381
 49. Heuft G, Marschner C (1994) Psychotherapeutische Behandlung im Alter. State of the art. Psychotherapeut 39: 205-219
 50. Heuft G, Rudolf G, Öri C (1992) Ältere Patienten in psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 38: 358-370

51. Heuft G, Senf W (1992) Stationäre fokalthérapeutische Behandlung Älterer - Konzeption und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 25: 380-385
52. Heuft G, Senf W (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Thieme, Stuttgart
53. Heuft G, Senf W, Janssen PL, Lamprecht PL, Meermann R (1995) Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 45: 303-309
54. Heuft G, Senf R, Wagener C, Pintelon C, Lorenzen J (1996a) Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutesicht. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 44: 86-199
55. Heuft G, Nehen HG, Haseke J, Gastpar M, Paulus HJ, Senf W (1997) Früh- und Differentialdiagnose von 1000 in einer Memory-Clinic untersuchten Patienten. Nervenarzt 68: 259-269
56. Hinze E (1987) Übertragung und Gegenübertragung in der psychoanalytischen Behandlung älterer Patienten. Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse 42: 238-253
57. Kersting A, Arolt V (2000) Unterschiedliche Therapieziele von Patient und Therapeut in der stationären Psychotherapie. Psychotherapeut 45: 247-248
58. Kordy H, Senf W (1986) Evaluationsforschung: End- oder Anfangspunkt empirischer Ergebnisforschung? In: Lamprecht F (Hrsg) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin, S. 284-292
59. Kottje-Birnbacher E, Birnbacher D (1999) Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Verl. für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto u. a., S. 15-32
60. Kruse A (1990) Die Bedeutung von seelischen Entwicklungsprozessen für die Psychotherapie im Alter. Zeitschrift für Gerontopsychologie und Gerontopsychiatrie 3: 83-95

61. Kruse A (1990) Potentiale im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 23: 235-245
62. Kruse A, Schmitt E (1998) Die psychische Situation hilfsbedürftiger älterer Menschen - eine ressourcenorientierte Sicht. Zeitschrift für klinische Psychologie 27(2): 118-124
63. Lamprecht F (1990) Plädoyer für eine Geronto-Psychosomatik. Psycho, 16: 900-908
64. Lange C, Peters M, Radebold H, Schneider G, Heuft G (2001) Behandlungsergebnisse stationärer psychosomatischer Rehabilitation Älterer. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: 387-394
65. Lapierre S, Bouffard L, Bastin E (1992-93) Motivational goal objects in later life. International Journal of Aging and Human Development 36(4): 279-292
66. Llewelyn SP (1988) Psychological therapy as viewed by clients and therapists. British Journal of Clinical Psychology 27: 223-237
67. Lohmann R, Heuft G (1997) Biographical Reconstruction of WWII Experience: an Exploration of German Remembrance. International Journal of Aging Human Development 45(1): 67-83
68. Luft H (1997) Syndrome und Konflikte stationär behandelte ältere Menschen. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede? Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse 52: 214-235.
69. Luft H (2003) Psychoanalyse in reiferen Jahren - Fakten und Thesen. Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse 57: 585-611
70. Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) (1996) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin
71. Mayer KU, Baltes PB, Baltes MM, Borchelt M, Delius J, Helmchen H, Linden M, Smith J, Staudinger UM, Steinhagen-Thiessen E, Wagner M (1996) Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin, S. 599-631
72. Meermann R (1993) Verhaltenstherapie in der Klinik. Versorgungssituation, Behandlungsergebnisse, Wirksamkeit. Nervenheilkunde 12: 451-457

73. Peters M, Lange C, Radebold H (2000) Psychotherapiemotivation älterer Menschen in der Rehaklinik - Eine empirische Studie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 46: 259-272
74. Peters M (2000) Psychotherapie mit älteren Menschen in der Psychotherapeutischen/Psychosomatischen Klinik - strukturelle und konzeptionelle Aspekte. In: Bäurle P, Radebold H, Hirsch RD, Studer K (Hrsg) Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen. Huber, Bern, S. 44-50
75. Peters M, Lange C (1994) Katamnestiche Ergebnisse zur stationären psychotherapeutischen Behandlung über 60jähriger Patienten. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 7(1): 47-56
76. Peters M, Radebold H, Hübner S (2002) Stationäre Gerontopsychosomatik. Ergebnisse zu Behandlungsaufwand und Behandlungserleben. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 15(1): 33-45
77. Pöhlmann K, Joraschky P, Petrowski K, Arnold B, Rausch T (2001) Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapieklienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 34: 205-224
78. Radebold H (1990) Alterspsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektive. Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie 3: 100-107
79. Radebold H (1992) Psychotherapeutische Zielsetzungen für Ältere. Zeitschrift für Gerontologie 25: 349-355
80. Radebold H (2002) Psychoanalyse und Altern oder: Von den Schwierigkeiten einer Begegnung. Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse 56: 1031-1060.
81. Reiter L, Steiner E (1978) Werte und Ziele in der Psychotherapie. Psychologie heute 5: 65-70
82. Ruff W, Werner H (1987) Das Therapieziel des Patienten als ein Kriterium für Prognose und Erfolg in der stationären Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 33: 238-251
83. Sack M, Schmid-Ott G, Lempa W, Lamprecht F (1999) Individuell vereinbarte und fortgeschriebene Therapieziele - Ein Instrument zur Verbesse-

- rung der Behandlungsqualität in der stationären Psychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 45: 113-127
84. Sack M, Lempa W, Lamprecht F, Schmid-Ott G (2003) Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 49: 63-73
 85. Schepank H (1995) Der Beeinträchtigungsschwere-Score. Beltz, Weinheim
 86. Schneider G, Heuft G, Senf W, Schepank H (1997) Die Adaptation des Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) für die Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 43: 261-279
 87. Schneider G, Heuft G (1999) Gruppenpsychotherapie mit alten Menschen. In: Tschuschke V (Hrsg) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Thieme, Stuttgart, S. 312-321
 88. Schneider G, Heuft G, Kruse A, Nehen HG (1999) Risikofaktoren psychogener Erkrankungen im Alter. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 45: 218-232
 89. Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie 4: 374-393
 90. Schulte-Bahrenberg T, Schulte D (1993) Change of psychotherapy goals as a process of resignation. Psychotherapy Research 3(3): 153-165
 91. Senst R, Kloß R, Oberbillig R, Schowalter M, Kielmann S, Heuft G (2000) Erfahrung mit der Basis- und Ergebnisdokumentation Psy-BaDo. Einsatz in einer Ein-Jahres-Katamnese. Psychotherapeut 45: 308-314
 92. Smith J, Baltes PB (1996) Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg) Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin, S. 221-248
 93. Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1995) Merkmale der „Passung“ zwischen Therapeut und Patient als Determinante des Behandlungsergebnisses in

Literatur

der stationären Gruppenpsychotherapie Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 41: 127-140

94. Tschuschke V (Hrsg) (1999) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Thieme, Stuttgart
95. Weis J, Potreck-Rose F (1986) Möglichkeiten und Grenzen des Goal Attainment Scaling in der klinischen Forschung. In: Lamprecht F (Hrsg) Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin, S. 343-352
96. Wendisch M (1999) Therapieziele - Unterschiede im stationären und ambulanten Setting. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg) Therapieziele. Hogrefe, Verl. für Psychologie, Göttingen, Bern, Toronto u. a., S. 293-318
97. Zielke M (1993) Basisdokumentation in der stationären Psychosomatik. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 6: 218-226

7 Anhang A – Tabellen

Tabelle 17: Altersverteilung in der Gruppe der älteren Patienten (60-80 J.), in allen folgenden Tabellen als „Gruppe 1“ bezeichnet

Alter (J.)	Häufigkeit N	Prozent (%)	Kumulierte Prozent (%)
60	21	21,6	21,6
61	10	10,3	32,0
62	12	12,4	44,3
63	6	6,2	50,5
64	6	6,2	56,7
65	11	11,3	68,0
66	8	8,2	76,3
67	2	2,1	78,4
68	1	1,0	79,4
69	5	5,2	84,5
70	2	2,1	86,6
71	1	1,0	87,6
72	2	2,1	89,7
73	2	2,1	91,8
74	2	2,1	93,8
75	1	1,0	94,8
78	1	1,0	95,9
79	4	4,1	100,0
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 18: Altersverteilung in der Gruppe der jüngeren Patienten (30-50 J.), in allen folgenden Tabellen als „Gruppe 2“ bezeichnet

Alter (J.)	Häufigkeit N	Prozent (%)	Kumulierte Prozent (%)
30	2	2,2	2,2
31	3	3,2	5,4
32	3	3,2	8,6
33	6	6,5	15,1
34	3	3,2	18,3
35	5	5,4	23,7
36	5	5,4	29,0
37	6	6,5	35,5
38	5	5,4	40,9
39	7	7,5	48,4
40	3	3,2	51,6
41	4	4,3	55,9
42	4	4,3	60,2
43	3	3,2	63,4
44	1	1,1	64,5
45	4	4,3	68,8
46	13	14,0	82,8
47	5	5,4	88,2
48	4	4,3	92,5
49	6	6,5	98,9
50	1	1,1	100,0
Gesamt	93	100,0	

Anhang A

Tabelle 19: Vergleich des Familienstands bei Aufnahme

Familienstand		Gruppe	
		1	2
ledig	N	6	37
	%	6,2	39,8
verheiratet	N	47	31
	%	48,5	33,3
getrennt lebend	N	4	5
	%	4,1	5,4
geschieden	N	20	18
	%	20,6	19,4
verwitwet	N	15	
	%	15,5	
wieder verheiratet	N	4	2
	%	4,1	2,2
unbekannt	N	1	
	%	1,0	
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Legende: N = Häufigkeit, % = Prozent, gilt für alle folgenden Tabellen

Tabelle 20: Vergleich der Paarsituation bei Aufnahme

Paarsituation		Gruppe	
		1	2
kurzfristig kein Partner	N	5	10
	%	5,2	10,8
langfristig kein Partner	N	31	19
	%	32,0	20,4
wechselnder Partner	N		5
	%		5,4
Ehepartner	N	49	33
	%	50,5	35,5
fester Partner	N	12	26
	%	12,4	28,0
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Tabelle 21: Vergleich des zuletzt ausgeübten Berufs

Beruf		Gruppe	
		1	2
un-/angelernt	N	8	2
	%	8,2	2,2
Facharbeiter/ nicht selbst. Handwerker	N	3	4
	%	3,1	4,3
einfacher Angest./Beamter	N	18	20
	%	19,0	22,0
mittlerer Angest./Beamter	N	19	27
	%	20,0	29,0
höher qualifizierter Angest./Beamter	N	12	14
	%	12,0	15,0
hochqualifizierter Angest./Beamter	N	10	9
	%	10,0	9,7
selbstständig (kleiner Betrieb)	N	6	4
	%	6,2	4,3
selbstständig (mittlere Betrieb)	N	1	
	%	1,0	
selbstständiger Akademiker/Freiberufl größerer Unternehmen	N	6	4
	%	6,2	4,3
nie erwerbstätig	N	3	3
	%	3,1	3,2
unbekannt/unklar	N	11	6
	%	11,0	6,5
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Anhang A

Tabelle 22: Vergleich des BSS bei Aufnahme

BSS		Gruppe	
		1	2
3	N		3
	%		3,2
4	N	3	2
	%	3,1	2,2
5	N	5	6
	%	5,2	6,5
6	N	12	16
	%	12,4	17,2
7	N	26	19
	%	26,8	20,4
8	N	32	29
	%	33,0	31,2
9	N	16	17
	%	16,5	18,3
10	N	3	1
	%	3,1	1,1
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Tabelle 23: Vergleich des BSS bei Entlassung

BSS		Gruppe	
		1	2
0	N		1
	%		1,1
1	N	2	2
	%	2,1	2,2
2	N	6	15
	%	6,2	16,1
3	N	16	19
	%	16,5	20,4
4	N	18	16
	%	18,6	17,2
5	N	20	18
	%	20,6	19,4
6	N	20	8
	%	20,6	8,6
7	N	6	9
	%	6,2	9,7
8	N	5	2
	%	5,2	2,2
9	N	4	3
	%	4,1	3,2
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Anhang A

Tabelle 24: Vergleich des GAF bei Aufnahme

GAF		Gruppe	
		1	2
30	N	1	
	%	1,0	
40	N	22	16
	%	22,7	17,2
43	N	1	1
	%	1,0	1,1
45	N	10	13
	%	10,3	14,0
48	N	1	
	%	1,0	
50	N	37	28
	%	38,1	30,1
52	N	2	3
	%	2,1	3,2
53	N		1
	%		1,1
55	N	8	14
	%	8,2	15,1
56	N	1	
	%	1,0	
57	N	3	2
	%	3,1	2,2
58	N	4	2
	%	4,1	2,2
59	N		2
	%		2,2
60	N	5	9
	%	5,2	9,7
65	N	1	1
	%	1,0	1,1
70	N	1	1
	%	1,0	1,1
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Tabelle 25: Vergleich des GAF bei Entlassung

GAF		Gruppe	
		1	2
40	N	4	2
	%	4,1	2,2
43	N		1
	%		1,1
45	N	2	1
	%	2,1	1,1
47	N	1	1
	%	1,0	1,1
48	N		1
	%		1,1
50	N	12	8
	%	12,4	8,6
55	N	11	7
	%	11,3	7,5
57	N	6	3
	%	6,2	3,2
58	N	9	6
	%	9,3	6,5
59	N	1	
	%	1,0	
60	N	21	26
	%	21,6	28,0
63	N		1
	%		1,1
65	N	12	20
	%	12,4	21,5
67	N	2	1
	%	2,1	1,1
68	N	1	1
	%	1,0	1,1
69	N	2	
	%	2,1	
70	N	11	6
	%	11,3	6,5
72	N		1
	%		1,1
75	N	1	1
	%	1,0	1,1
80	N	1	5
	%	1,0	5,4
85	N		1
	%		1,1
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Anhang A

Tabelle 26: Vergleich der Anzahl psychotherapeutisch-psychiatrischer Vorbehandler

Anzahl Vorbehandler		Gruppe	
		1	2
0	N	36	19
	%	37,1	20,4
1	N	42	46
	%	43,3	49,5
2	N	13	21
	%	13,4	22,6
3	N	3	3
	%	3,1	3,2
4	N		3
	%		3,2
8	N	1	
	%	1,0	
9	N	2	1
	%	2,1	1,1
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Tabelle 27: Vergleich der Dauer stationärer psychiatrischer Vorbehandlung (Monate)

Monate		Gruppe	
		1	2
0	N	75	81
	%	77,3	87,0
1	N	9	6
	%	9,2	6,4
2	N	3	4
	%	3,1	4,3
3	N	3	1
	%	3,1	1,1
4	N	1	
	%	1,0	
5	N	1	
	%	1,0	
9	N	5	
	%	5,2	
14	N		1
	%		1,1
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Tabelle 28: Vergleich der Dauer psychosomatisch-psychotherapeutischer Vorbehandlung (Monate)

Monate		Gruppe	
		1	2
0	N	59	73
	%	60,8	78,5
1	N	4	4
	%	4,1	4,3
2	N	8	6
	%	8,3	6,5%
3	N	9	5
	%	9,3	5,4
4	N	5	
	%	5,2	
5	N	3	2
	%	3,1	2,2
6	N	2	1
	%	2,1	1,1
7	N	2	1
	%	2,1	1,1
9	N	2	
	%	2,1	
12	N	2	1
	%	2,1	1,1
15	N	1	
	%	1,0	
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Anhang A

Tabelle 29: Vergleich der psychischen Erstdiagnosegruppen nach ICD-10

Diagnose nach ICD-10		Gruppe	
		1	2
F0	N	2	
	%	2,1	
F1	N		1
	%		1,1
F3	N	55	60
	%	57,0	65,0
F40 + F41	N	9	11
	%	9,3	11,8
F42 - 44	N	5	4
	%	5,2	4,3
F45	N	17	6
	%	17,5	6,5
F50	N	1	1
	%	1,0	1,1
F51	N	1	1
	%	1,0	1,1
F54	N	2	1
	%	2,1	1,1
F60 + F61	N	5	8
	%	5,2	8,6
Gesamt	N	97	93
	%	100,0	100,0

Legende: F0: organische psychische Störungen, F1: psychotrope Substanzen, F3: depressive Störungen, F40+F41: Phobien und Angststörungen, F42-F44: Zwänge/Belastungsreaktion/Dissoziative Störung, F45: somatoforme Störung, F50: Essstörung, F54: Psychosomatose, F60+F61: Persönlichkeitsstörung

Tabelle 30: Vergleich aller psychischen Diagnosegruppen nach ICD-10

Diagnose nach ICD-10		Gruppe	
		1	2
F0	N	5	2
	%	2,3	,9
F1	N	16	14
	%	7,4	6,6
F3	N	75	81
	%	34,7	38,4
F40+F41	N	19	28
	%	8,8	13,3
F42-F44	N	20	19
	%	9,3	9,0
F45	N	39	18
	%	18,1	8,5
F50	N	4	13
	%	1,9	6,2
F51	N	10	3
	%	4,6	1,4
F54	N	8	7
	%	3,7	3,3
F60+F61	N	20	26
	%	9,3	12,3
Gesamt	N	216	211
	%	100,0	100,0

Legende: F0: organische psychische Störungen, F1: psychotrope Substanzen, F3: depressive Störungen, F40+F41: Phobien und Angststörungen, F42-F44: Zwänge/Belastungsreaktion/Dissoziative Störung, F45: somatoforme Störung, F50: Essstörung, F54: Psychosomatose, F60+F61: Persönlichkeitsstörung

Anhang A

Tabelle 31: Vergleich der somatischen Diagnosegruppen nach ICD-10

Diagnose nach ICD-10		Gruppe	
		1	2
D	N	4	2
	QSR	,0	,0
	%	1,5	1,2
E	N	41	26
	QSR	,0	,0
	%	15,4	15,9
G	N	15	18
	QSR	1,4	2,31
	%	5,6	11,0
H	N	25	12
	QSR	,2	,3
	%	9,4	7,3
I	N	69	18
	QSR	4,29*	6,96**
	%	25,9	11,0
J	N	14	23
	QSR	3,5	5,62**
	%	5,3	14,0
K	N	22	9
	QSR	,4	,7
	%	8,3	5,5
M	N	70	44
	QSR	,0	,0
	%	26,3	26,8
N	N	6	12
	QSR	2,3	3,77*
	%	2,3	7,3
Gesamt	N	266	164
	%	100,0	100,0

Legende: D: Blut/Immunsystem, E: Stoffwechsel, G: Nervensystem, H: Hals-Nasen-Ohren, I: Herz-Kreislauf-System, J: Atemsystem, K: Verdauungssystem, L: Haut, M: Bewegungsapparat, N: Urogenital-System, QRS = Quadrierte Standardisierte Residuen, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Tabelle 32: Vergleich der Häufigkeiten (N) und prozentualen Anteile (%) der Medikamenteneinnahme bei Aufnahme

Medikamente		Gruppe	
		1	2
Antidepressiva	N	58	45
	QSR	,7	1,1
	%	18,2	23,7
Beruhigungsmittel	N	31	17
	QSR	,0	,0
	%	9,7	8,9
Nootropika	N	5	0
	QSR	1,2	1,9
	%	1,6	,0
Andere psychische Medikamente	N	5	2
	QSR	,1	,1
	%	1,6	1,1
Analgetika	N	12	5
	QSR	,2	,3
	%	3,8	2,6
Herz-Kreislauf-System	N	101	23
	QSR	7,1**	11,8***
	%	31,8	12,1
Stoffwechsel	N	13	4
	QSR	,5	,9
	%	4,1	2,1
Verdauungssystem	N	14	9
	QSR	,0	,0
	%	4,4	4,7
Atemsystem	N	5	19
	QSR	6,7**	11,1***
	%	1,6	10,0
Andere somatische Medikamente	N	58	45
	QSR	,7	1,1
	%	18,2	23,7
Phytotherapeutika	N	16	21
	QSR	2,2	3,8
	%	5,0	11,1
Gesamt	N	318	190
	%	100,0	100,0

Legende: QRS = Quadrierte Standardisierte Residuen, ** p < 0,01, *** p < 0,001

Anhang A

Tabelle 33: Vergleich der Häufigkeiten des von Patienten genannten 1. ITZ

ITZ		Gruppe	
		1	2
101	N	1	1
102	N	1	
103	N	9	7
104	N	14	9
105	N	1	
106	N		2
108	N		2
110	N	3	5
111	N	7	10
115	N		2
116	N	2	2
118	N	4	3
121	N	1	
123	N	1	
125	N	1	2
126	N		2
127	N	2	
130	N	2	1
143	N		2
150	N	2	1
151	N	1	3
199	N	5	5
201	N	2	6
206	N		1
208	N		5
209	N	1	
214	N	2	3
278	N	1	
302	N		2
322	N	1	
331	N	1	
332	N	3	1
342	N	1	
346	N	1	
348	N	1	
362	N	2	
370	N	1	1
372	N	1	
373	N	1	1
378	N	4	1
382	N		1
391	N	6	3
396	N	1	2
402	N	2	
404	N	1	
501	N	2	1
599	N	1	
Gesamt	N	93	87

Tabelle 34: Vergleich der Häufigkeiten des von Patienten genannten 2. ITZ

ITZ		Gruppe	
		1	2
102	N		1
103	N	6	6
104	N	6	3
106	N	1	
108	N		1
110	N	7	9
111	N	2	8
115	N		3
116	N	4	1
117	N	1	
118	N	6	8
119	N	1	
121	N		2
122	N	1	
125	N	2	2
130	N		1
143	N		2
150	N	1	5
151	N	3	1
201	N	2	4
202	N	1	1
203	N		1
206	N	6	4
208	N	2	3
209	N	1	1
210	N		1
214	N	3	2
215	N		3
299	N	1	
302	N	1	
331	N	1	
332	N		1
341	N	1	
342	N	1	
348	N		1
350	N	1	
351	N	2	
362	N	1	
370	N	1	
371	N	1	
373	N	1	
378	N	2	3
380	N	1	
391	N	2	1
393	N		2
396	N	1	
399	N	3	
402	N	2	
404	N	1	
501	N	1	1
506	N	1	1
512	N		1
Gesamt	N	82	84

Anhang A

Tabelle 35: Vergleich der Häufigkeiten des von Patienten genannten 3. ITZ

ITZ		Gruppe	
		1	2
101	N		3
102	N	2	
103	N	5	4
104	N	7	2
108	N	1	1
110	N	2	9
111	N	3	11
114	N	1	
116	N	5	2
117	N	1	1
118	N	4	7
119	N	1	
120	N		1
121	N		2
122	N		1
125	N	2	1
126	N		1
127	N	5	1
130	N	1	2
132	N	1	
143	N		1
150	N	1	
151	N	1	2
199	N	1	1
201	N	2	1
206	N	2	4
208	N	1	2
210	N	1	
214	N	3	6
215	N		2
216	N		1
302	N		2
330	N	1	
331	N	1	
343	N		1
351	N	1	
362	N		1
370	N	1	
380	N		1
382	N		1
387	N	1	
391	N	3	1
393	N	1	
396	N	3	1
399	N		1
501	N	2	
Gesamt	N	67	78

Tabelle 36: Vergleich der Häufigkeiten des von Therapeuten genannten 1. ITZ

ITZ		Gruppe	
		1	2
101	N	1	2
102	N	1	1
103	N	3	5
104	N	13	7
105	N	2	
106	N	1	1
108	N	1	2
110	N	4	5
111	N	6	12
115	N	3	7
116	N		3
117	N		3
118	N		2
119	N	1	
121	N	1	
122	N	1	
125	N		4
126	N	1	1
127	N	1	
130	N	4	2
132	N	3	
141	N	1	2
142	N	1	
143	N		1
144	N		1
150	N	3	4
151	N	1	
199	N		1
201	N	10	4
206	N	1	6
214	N	1	2
215	N	1	
301	N	4	1
302	N	1	1
322	N	1	
331	N	1	
370	N	1	
371	N	2	
372	N	1	
380	N	1	
382	N		1
390	N	1	
391	N		1
394	N	6	2
411	N		1
501	N	6	1
506	N		1
513	N	1	
Gesamt	N	92	88

Anhang A

Tabelle 37: Vergleich der Häufigkeiten des von Therapeuten genannten 2. ITZ

ITZ		Gruppe	
		1	2
101	N	2	4
102	N	3	1
103	N	3	1
104	N	7	7
106	N	1	
108	N	2	2
110	N	1	4
111	N	4	4
115	N	5	6
116	N		3
117	N	3	3
118	N	2	1
119	N	1	
121	N	1	5
122	N	1	
123	N		1
124	N	1	
125	N	3	2
126	N	1	1
127	N		2
130	N	1	
132	N	3	
141	N		1
143	N		1
150	N	3	3
151	N		1
201	N	4	2
202	N		3
203	N		1
206	N	4	
208	N	2	1
214	N	4	11
215	N	4	
301	N	2	2
302	N	1	
320	N		1
330	N	1	1
331	N	1	
343	N	1	
361	N	1	
371	N	1	
373	N		1
378	N		2
382	N		1
390	N		1
393	N	1	
394	N	1	2
501	N	3	
506	N		1
507	N	1	
511	N		1
Gesamt	N	80	84

Tabelle 38: Vergleich der Häufigkeiten des von Therapeuten genannten 3. ITZ

ITZ		Gruppe	
		1	2
101	N	1	3
103	N		2
104	N	2	
105	N		1
108	N	3	2
110	N	3	4
111	N	2	5
115	N	3	2
116	N		2
117	N	1	
118	N	1	
120	N	1	
121	N		2
125	N	3	5
126	N	1	1
132	N	2	
150	N		1
199	N	2	
201	N	6	2
208	N	1	3
214	N	2	2
299	N		1
302	N		1
330	N		1
332	N	1	
391	N		1
393	N		1
395	N	1	
402	N	1	
501	N	2	1
503	N	1	
507	N	2	
510	N	1	2
514	N	1	
Gesamt	N	45	46

Legende: ITZ-Ziffern s. KITZ (Anhang B, S. XXVI ff.) (gilt für Tab. 33-38)

Anhang A

Tabelle 39: Vergleich der häufigsten ITZ (N ≥ 5) nach Zusammenfassung von Patienten und/oder Therapeuten in Gruppe 1 und 2

Formulierte ITZ	Gruppe 1		Gruppe 2	
	Patient N = 242 (%)	Therapeut N = 217 (%)	Patient N = 249 (%)	Therapeut N = 218 (%)
101			4 (1,6)	9 (4,1)
103* + # §	20 (8,3)	6 (2,8)	17 (6,8)	8 (3,7)
104* # §	27 (11,2)	22 (10,1)	14 (5,6)	14 (6,4)
108	0 (0,0)	6 (2,8)	4 (1,6)	6 (2,8)
110* + # §	12 (5,0)	8 (3,7)	23 (9,2)	13 (6,0)
111 + # §	12 (5,0)	12 (5,5)	29 (11,6)	21 (9,6)
115+ §	0 (0,0)	11 (5,1)	5 (2,0)	15 (6,9)
116+ #	11 (4,5)	0 (0,0)	5 (2,0)	8 (3,7)
117			1 (0,4)	6 (2,8)
118#	14 (5,8)	3 (1,4)	18 (7,2)	3 (1,5)
121			4 (1,6)	7 (3,2)
125** §	5 (2,1)	6 (2,8)	5 (2,0)	11 (5,0)
127	7 (2,9)	1 (0,5)		
130	0 (0,0)	5 (2,3)		
132	1 (0,4)	8 (3,7)		
143			5 (2,0)	2 (0,9)
150+ §	4 (1,7)	6 (2,8)	6 (2,4)	8 (3,7)
151#	5 (2,1)	1 (0,5)	6 (2,4)	1 (0,5)
199	6 (2,5)	2 (0,9)	6 (2,4)	1 (0,5)
201* + # §	6 (2,5)	20 (9,2)	11 (4,4)	8 (3,7)
206* + # §	8 (3,3)	6 (2,8)	9 (3,6)	7 (3,2)
208 +			10 (4,0)	5 (2,3)
214* + # §	8 (3,3)	7 (3,2)	11 (4,4)	15 (6,9)
215	0 (0,0)	5 (2,3)	5 (2,0)	0 (0,0)
301	0 (0,0)	6 (2,8)		
320-378* + # §	33 (13,6)	12 (5,5)	11 (4,4)	6 (2,8)
390-396* + # §	18 (7,4)	10 (4,6)	10 (4,0)	8 (3,7)
501*	5 (2,1)	11 (5,1)		

Legende: Ausgewählte ITZ: # zur Berechnung von Hypothese 1c, § zur Berechnung von Hypothese 2c, zur Berechnung der statistischen Unterschiede * in Gruppe 1, + in Gruppe 2 (Abschn. 5.3.4, S. 48 f.), N = Häufigkeiten der gewählten ITZ, ITZ-Ziffern s. KITZ (Anhang B, S. XXVI ff.)

Anhang A

Tabelle 40: Mittelwerte der Bewertung der Therapieziel-Erreichung eingeschätzt durch Patienten und Therapeuten am Ende der Behandlung

	Gruppe	Mittelwert	S.D.	Min.	Max.	Häufigkeit (N)
Patienten						
1. ITZ	1	2,07	0,712	0	4	83
	2	2,17	0,685	0	4	81
2. ITZ	1	2,10	0,531	1	3	73
	2	2,16	0,669	1	4	79
3. ITZ	1	2,25	0,632	1	4	59
	2	2,04	0,772	0	4	73
Therapeuten						
1. ITZ	1	2,16	0,582	1	4	91
	2	2,30	0,571	1	3	88
2. ITZ	1	2,15	0,571	1	3	79
	2	2,23	0,567	1	3	84
3. ITZ	1	2,13	0,625	0	3	45
	2	2,17	0,570	1	3	46

S.D. = Standardabweichung, Min. = Minimum, Max. = Maximum

Anhang A

Tabelle 41: Häufigkeiten der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung der Patienten in Gruppe 1

Bewertung	Häufigkeit N	Prozent %	Kumulierte Prozent %
0	1	,5	,5
1	18	8,4	8,8
2	144	67,0	75,8
3	51	23,7	99,5
4	1	,5	100,0
Gesamt	215	100,0	

Legende (gilt für Tab. 41-44): 0 = Therapieziel entfallen, 1 = Therapieziel nicht erreicht, 2 = Therapieziel teilweise erreicht, 3 = Therapieziel erreicht, 4 = Therapieziel mehr als erreicht

Tabelle 42: Häufigkeiten der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung der Therapeuten in Gruppe 1

Bewertung	Häufigkeit N	Prozent %	Kumulierte Prozent %
0	1	,5	,5
1	18	8,4	8,8
2	144	67,0	75,8
3	51	23,7	99,5
4	1	,5	100,0
Gesamt	215	100,0	

Tabelle 43: Häufigkeiten der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung der Patienten in Gruppe 2

Bewertung	Häufigkeit N	Prozent %	Kumulierte Prozent %
0	2	,9	,9
1	33	14,2	15,0
2	137	58,8	73,8
3	55	23,6	97,4
4	6	2,6	100,0
Gesamt	233	100,0	

Tabelle 44: Häufigkeiten der durchschnittlichen Bewertung der Therapieziel-Erreichung der Therapeuten in Gruppe 2

Bewertung	Häufigkeit N	Prozent %	Kumulierte Prozent %
1	15	6,9	6,9
2	135	61,9	68,8
3	68	31,2	100,0
Gesamt	218	100,0	

Tabelle 45: Zu Beginn der Behandlung durch Therapeuten eingeschätzte Motivation in Gruppe 1 und 2

Motivation		Gruppe	
		1	2
kaum motiviert	N	3	1
	%	3,1	1,1
etwas motiviert	N	25	10
	%	25,8	10,9
motiviert	N	54	40
	%	55,7	43,5
sehr motiviert	N	13	41
	%	13,4	44,6
nicht geratet	N	2	
	%	2,1	
Gesamt	N	97	92
	%	100,0	100,0

8 Anhang B - Psy-BaDo

Basisdokumentation Rhein-Klinik

P 1/1

Patientenangaben – Behandlungsbeginn

Klebefläche Patientenetikett

1.3. Welcher Nationalität gehören Sie an?

- Deutsch
- Andere Nationalität (Bitte angeben:)

1.4. Wie ist Ihr aktueller Familienstand? (Mehrfachankreuzungen sind möglich)

- 1 ledig
- 2 verheiratet
- 3 getrennt lebend
- 4 geschieden
- 5 verwitwet
- 6 wieder verheiratet

1.5. In welcher Partnersituation leben Sie?

- 1 kurzfristig kein Partner
- 2 langfristig/dauerhaft kein Partner
- 3 wechselnder Partner
- 4 fester Partner (Ehepartner)
- 5 fester Partner (nicht Ehepartner)

1.6. In wessen Haushalt leben Sie?

- 1 versorgt im Haushalt der Eltern
- 2 mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam
- 3 eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie)
- 4 Wohngemeinschaft
- 9 sonstiger Haushalt

1.8. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

- 1 noch in der Schule
- 2 kein Schulabschluss
- 3 Sonderschulabschluss
- 4 Hauptschul-/Volksschulabschluss
- 5 Realschulabschluss/mittlere Reife/polytechnische Oberschule
- 6 Fachabitur/Abitur
- 9 sonstiges

Patientenangaben – Therapieziele

Vorname, Name:

Datum der Therapiezielformulierung: _____ **Datum der Therapiezieleinschätzung*:**

* Am Ende der Therapie ausfüllen

Ihre Therapieziele für **diese** Behandlung

Wir bitten Sie, nach Möglichkeit bis **3 Ihnen wichtige Ziele** für *diese* psychotherapeutische Behandlung zu nennen. Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein und voraussichtlich auch für Sie in der vor Ihnen liegenden Psychotherapie erreichbar sein. Die Therapieziele können alle Problembereiche/Symptome und Schwierigkeiten umfassen. Bitte erläutern Sie zusätzlich mit Beispielen, woran Sie am Behandlungsende feststellen könnten, dass Sie das jeweilige Therapieziel erreicht haben.

Zum Ende der Behandlung werden wir Ihnen diesen Bogen erneut vorlegen mit der Frage, in welchem Ausmaß diese Therapieziele tatsächlich erreicht werden konnten.

1. Therapieziel (Hauptziel)

Nach der Therapie bitte einschätzen

4 mehr erreicht als das Therapieziel

3 Therapieziel erreicht

2 Therapieziel teilweise erreicht

1 Therapieziel nicht erreicht

0 Therapieziel entfallen

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(1) _____

(2) _____

(3) _____

P 3/2

<p>2. Therapieziel</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)</p> <p>(1) _____</p> <p>_____</p> <p>(2) _____</p> <p>_____</p> <p>(3) _____</p> <p>_____</p>	<p>Nach der Therapie bitte einschätzen</p> <p><input type="checkbox"/> mehr erreicht als das Therapieziel</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel teilweise erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel nicht erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel entfallen</p>
<p>3. Therapieziel</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)</p> <p>(1) _____</p> <p>_____</p> <p>(2) _____</p> <p>_____</p> <p>(3) _____</p> <p>_____</p>	<p>Nach der Therapie bitte einschätzen</p> <p><input type="checkbox"/> mehr erreicht als das Therapieziel</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel teilweise erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel nicht erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel entfallen</p>

Therapeutenangaben – Diagnostik - Behandlungsbeginn

Klebefläche Patientenetikett

2.1 Patienten – Wiederaufnahme

ja

nein

2.3 Vermittlung der Behandlung durch

- 1 Allgemeinarzt/Praktischer Arzt
- 2 Psychiater/Nervenarzt
- 3 Arzt für Psychotherapeutische Medizin
- 4 Ärztlicher Psychotherapeut
- 5 Internist
- 6 sonstiger Facharzt
- 7 Kostenträger/Leistungsträger

- 8 geplante Wiederaufnahme (Klinik)
- 9 andere Klinik
- 10 Beratungsstelle
- 11 nicht ärztlicher Psychotherapeut
- 12 Gesundheits-/Ordnungs-/Sozialamt
- 13 Patient selbst
- 14 unbekannt/sonstiges

2.4 Psychotherapeutische/psychiatrische und somato-medizinische Diagnosen

	Zusatz*	Sicherheit**	Hauptdiagnosen ICD-10
1. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
2. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
3. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
4. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
5. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
6. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
7. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
8. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
9. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
10. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0

- *: Zusatz**
 0 = kein Zusatz
 1 = z.Z. erscheinungsfrei
 2 = akuter Schub/Rezidiv
 3 = chronisch progredient
 4 = Zustand nach

- **: Sicherheit**
 0 = gesicherte Diagnose
 1 = Verdachtsdiagnose
 2 = Differentialdiagnose

Dauer: (in Monaten) 000

Zeit seit Erstmanifestation der 1. psychotherapeutischen/psychiatrischen Diagnose

11. Medikation bei Therapiebeginn und Therapieende

11. entfällt, da keine Medikamenteneinnahme **q**

Die Medikation wird mit Hilfe einer vierstelligen Codierung beschrieben: Die ersten zwei Ziffern beschreiben das Medikament, die dritte Ziffer beschreibt die Einnahmedauer und die vierte die Hauptzielsetzung der Medikationsplanung.

Beispiel:

Die hormonelle Kontrazeption besteht seit Jahren und wird beibehalten (=0431); die ursprüngliche Laxantienmedikation besteht seit Monaten und wird während des Aufenthaltes vollständig abgesetzt (=1424); die bisher injizierte Neuroleptika-Medikation besteht seit Wochen und wird auf orale Gabe umgestellt (=2312).

Medikament (Ziffer 1 + 2)

- 01 = Kardiaka, Antiarrhythmika
- 02 = Antihypertensiva
- 03 = Elektrolyte
- 04 = Hormone (außer Insulin)
- 05 = Antidiabetika
- 06 = Insulin
- 07 = Bronchospasmolytika/Sympathikomimetika
- 08 = Antibiotika, Chemotherapeutika
- 09 = Salazosulfapyridine
- 10 = Antikoagulantien, Aggregationshemmer
- 11 = Magen-/Darmpräparate
- 12 = Verdauungsenzyme
- 13 = Lipidsenker
- 15 = Diuretika
- 16 = Gichtmittel
- 17 = Antiallergika
- 18 = Zytostatika u. a. Immunsuppressiva
- 19 = Externa (dermatol. Medikamente usw.)
- 20 = andere aus 01 bis 19
- 21 = Antidepressiva
- 22 = Lithium bzw. Carbamazepin
(Rezidivprophylaxe bei affektiven Störungen)

- 23 = Neuroleptika (nur antipsychotisch)
- 24 = Tranquilizer
- 25 = Neuroleptika mit Tranquilizer-Zielsetzung
- 26 = Hypnotika
- 27 = Antikonvulsiva
- 28 = Hirnstoffwechselaktive Medikamente
- 29 = Parkinsonmittel/Hyperkinetika
- 30 = Analgetika
- 31 = NSAR/Spasmolytika
- 32 = andere aus 21 bis 31
- 33 = Homöopathie, Phytotherapeutika

Einnahmedauer (Ziffer 3)

- 1 = Wochen
- 2 = Monate
- 3 = Jahre

Zielsetzung (Ziffer 4)

- 1 = Aufrechterhaltung
- 2 = Einstellung oder Umstellung
- 3 = Reduktion
- 4 = Absetzen

Die folgenden Medikamente wurden bei Therapiebeginn (noch) eingenommen unter angegebenen Zielsetzungen

Medikament (Handelsname)	Medikament (Ziffer 1 +2)	Dauer (Ziffer 3)	Nach der Therapie einschätzen: Ziel erreicht?	
			ja	nein
(1) -----	oo	oo	p	p
(2) -----	oo	oo	p	p
(3) -----	oo	oo	p	p
(4) -----	oo	oo	p	p

5.10 Kennziffer (vom Ambulanzbogen): _____

Aufnahmedatum: _____

Entlassungsdatum: _____

5.11 Station: _____

5.12 Therapieprogramm

Der/Die Patient/in nimmt als Therapieangebot in Anspruch:

- Kurzzeittherapie (eine Woche) 1
- Kurzzeittherapie (4-8 Wochen) 2
- Langzeittherapie 3
- Sonstiges (z. B. Akutbehandlung) 4

5.13 Therapeutische Maßnahmen (bitte eintragen) (0) = nicht, (1) = regelmäßig, (2) = ergänzend

- Einzeltherapie verbal
- Einzeltherapie Musik
- Einzeltherapie Kunst
- Einzeltherapie KBT
- Paartherapie/-gespräch
- Familientherapie/-gespräch
- Gruppentherapie verbal
- Gruppentherapie Musik
- Gruppentherapie Kunst
- Gruppentherapie KBT
- Andere therapeutische Maßnahmen (z. B. Akupunktur, Schröpfen usw.)
- Sozialberatung
- Autogenes Training
- Großgruppe
- Zusatzangebote (z. B. Angstexpositionstraining, Atemtherapie)
- Pflege-Angebote (PMR/Aroma/Freizeitangebote)
- Sonstiges

5.14 Physiotherapie-Maßnahmen:

- Keine
- Massage
- Gymnastik (Einzel oder Gruppe)
- Balneotherapie
- Intentionales Bewegen
- Aktive Regeneration (Kurzzeitprogramm)
- Wärme-/Kältebehandlung
- Ganzheitliche Bewegungsübungen
- Elektro-Therapie

Individuelle Therapieziele – Therapiebeginn und -ende

Motivation des Patienten bei Therapiebeginn

0q nicht motiviert 1q kaum motiviert 2q etwas motiviert 3q motiviert
 4q sehr motiviert

Therapieziele bezogen auf diese Behandlung und diesen Patienten

Welche Ziele soll der Patient mit Hilfe *dieser* Psychotherapie erreichen?
 Nennen Sie bitte bis zu **3 therapierelevante Ziele**, die den Behandlungsauftrag Ihres Patienten und Ihre therapeutischen Möglichkeiten für *diese* Behandlung reflektieren. Die verschiedenen Therapieziele sollen möglichst differente Bereiche (wie z. B. körperliche, psychische, psychosoziale Probleme, Beziehungsprobleme im privaten und beruflichen Bereich) erfassen und möglichst *konkret* formuliert sein. Bitte erläutern Sie jeweils durch 1-3 Kriterien, woran Sie am Behandlungsende feststellen können, in welchem Ausmaß das jeweilige Ziel erreicht wurde. Die Therapieziele sollten spätestens innerhalb einer Woche nach Behandlungsbeginn formuliert sein. Die Einschätzung über das Erreichen des Therapieziels treffen Sie bitte nach dem Abschlussgespräch am Ende der Behandlung.

1. Therapieziel (Hauptziel) **Ziffer**

Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)

(4) _____

(5) _____

(6) _____

Nach der Therapie bitte einschätzen

- 4q mehr erreicht als das Therapieziel
- 3q Therapieziel erreicht
- 2q Therapieziel teilweise erreicht
- 1q Therapieziel nicht erreicht
- 0q Therapieziel entfallen

<p>2. Therapieziel</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)</p> <p>(4) _____</p> <hr/> <p>(5) _____</p> <hr/> <p>(6) _____</p> <hr/> <hr/>	<p>Nach der Therapie bitte einschätzen</p> <p><input type="checkbox"/> mehr erreicht als das Therapieziel</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel teilweise erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel nicht erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel entfallen</p>
<p>3. Therapieziel</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Woran werden Sie das Erreichen des Therapiezieles feststellen? (1 - 3 Beispiele)</p> <p>(4) _____</p> <hr/> <p>(5) _____</p> <hr/> <p>(6) _____</p> <hr/> <hr/>	<p>Nach der Therapie bitte einschätzen</p> <p><input type="checkbox"/> mehr erreicht als das Therapieziel</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel teilweise erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel nicht erreicht</p> <p><input type="checkbox"/> Therapieziel entfallen</p>

Therapeutenangaben – Diagnostik - Behandlungsende

Klebefläche Patientenetikett

5.1 Psychotherapeutische, psychiatrische und somato-medizinische Diagnosen bei Behandlungsende

	Zusatz*	Sicherheit**	Behandlungs- Ergebnis*** (CGI, Teil2)	Haupt- diagnose ICD-10
1. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
2. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
3. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
4. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
5. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
6. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
7. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
8. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
9. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0
10. -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	000.0

*: Zusatz	** : Sicherheit	***: Clinical Global Impressions (CGI), Teil 2 Gesamt- beurteilung der Zustandsänderung seit Behandlungsbeginn	
0 = kein Zusatz	0 = gesicherte Diagnose	1 = nicht beurteilbar	5 = unverändert
1 = z. Z. erscheinungsfrei	1 = Verdachtsdiagnose	2 = sehr viel besser	6 = etwas schlechter
2 = akuter Schub/Rezidiv	2 = Differentialdiagnose	3 = viel besser	7 = viel schlechter
3 = chronisch progredient		4 = nur wenig besser	8 = sehr viel schlechter
4 = Zustand nach			

5.3 Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)

Beurteilung für die letzten sieben Tage

körperlich psychisch sozialkommunikativ

Skalierung:

0 = gar nicht 1 = geringfügig 2 = deutlich 3 = stark 4 = extrem

5.4 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Skalierung (Zwischenstufen sind möglich)
 90 = Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
 80 = Höchstens leichte Beeinträchtigung
 70 = Leicht Beeinträchtigung
 60 = Mäßig ausgeprägte Störung
 50 = Ernsthafte Beeinträchtigung
 40 = Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
 30 = Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
 20 = Selbst- oder Fremdgefährdung
 10 = Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit

I. Die letzten sieben Tage

5.5 Art der Beendigung

- 1q regulär
- 2q vorzeitig durch Patienten
- 3q vorzeitig durch Therapeut/Klinik
- 4q vorzeitig mit beiderseitigem Einverständnis
- 5q Verlegung/Entlassung mit geplanter Wiederaufnahme
- 6q Verlegung
- 7q sonstiges

5.9 Empfohlene weitere Maßnahmen nach Behandlungsende (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| 1q hausärztliche Behandlung | 9q andere berufsfördernde Maßnahme |
| 2q stationäre Behandlung | 10q Rentenantrag |
| 3q ambulante Psychotherapie (Arzt/Psychologe) | 11q gestufte Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess |
| 4q Selbsthilfegruppe | 12q Intervallbehandlung |
| 5q Psychosozialer Dienst | 13q ambulante Psychotherapie/Nachsorge durch die Klinik |
| 6q Beratungsstelle | 14q Teilstationäre Psychotherapie/Nachsorge die Klinik |
| 7q Arbeitsplatzwechsel die Klinik | 15q unbekannt/unklar |
| 8q Umschulung/Berufswechsel | |

11. Medikation bei Therapieende

11. entfällt, da keine Medikamenteneinnahme q

Bei Medikamenteneinnahme: bitte in Bogen T1 Therapiezielerreichung eintragen

12 Arbeitsfähigkeit bei Therapieende

Ist der/die Patient/in am Ende dieser Behandlung nach ärztlich-sozialmedizinischen Kriterien arbeitsfähig?

- Trifft nicht zu da:** 1q Rentner 2q Sonstiges (Hausfrau, Kind)
- Ja q** und zwar im folgenden zeitlichen Umfang:
- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1q vollschichtig leistungsfähig | 2q halb- bis untervollschichtig |
| 3q 2 Stunden bis unterhalbschichtig | |

Nein q

- 1q vorübergehend, voraussichtliche Dauer in Wochen: ____ 001 = 1 Woche/... /999 = unbekannt
- 2q dauerhaft

13 Hat sich diese Behandlung für den/die Patient/in gelohnt?

- | | | |
|-----------------|------------------|-------------------|
| 4q sehr gelohnt | 2q unentschieden | |
| 3q gelohnt | 1q nicht gelohnt | 0q eher geschadet |
-

Kategoriensystem Individueller Therapieziele (KITZ)

Hauptkategorie 1: Intrapsychische Probleme und Konflikte

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| 101 | Abhängigkeit und Loslösung | 121 | Inneres Erleben der Eltern, Stiefeltern, Adoptiveltern, Großeltern (Herkunftsfamilie) |
| 102 | Versorgung, Geborgenheit und Autonomie | 122 | Inneres Erleben der Kinder, Stiefkinder, Adoptivkinder (nachfolgende Generation) |
| 103 | Ängste | 123 | Inneres Erleben von Sexualität |
| 104 | Depressive Symptome | 124 | Rivalität und Konkurrenz |
| 105 | Zwänge | 125 | Zukunftsperspektive |
| 106 | Schuldgefühle | 126 | Trauer und Verlustbewältigung |
| 107 | Reale Schuld | 127 | Fehlende Lebenslust und Lebenszufriedenheit |
| 108 | Aggressionsgefühle | 128 | Scham |
| 109 | Unterwerfung, selbstquälerischer Umgang | 130 | Traumatische Erfahrungen in der Biographie |
| 110 | Selbstwerterleben und Kränkung | 131 | Aktualkonflikt |
| 111 | Selbstsicherheit, Selbstwirksamkeit | 132 | Alternsprozess |
| 112 | Identität (auch Migrationsproblematik) | 140 | Umgang mit religiösen Überzeugungen bzw. Spiritualität und religiöse Praxis |
| 113 | Suizidale Tendenzen | 141 | Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung |
| 114 | Autodestruktive Tendenzen | 142 | Restrukturierung nach psychotischer Erkrankung |
| 115 | Wahrnehmung eigener Gefühle und Wünsche (Selbstepathie) | 143 | Ich-strukturelle Belastbarkeit |
| 116 | Allgemeine Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen und Stimmungsschwankungen (affektive Selbststeuerung) | 144 | Psychotischer Erleben |
| 117 | Schwierigkeit, Anderen Gefühle und Wünsche mitzuteilen | 150 | Allgemeine Schwierigkeiten mit Selbstreflexion und Introspektion (Therapiemotivation) |
| 118 | Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden (auch Leistungsorientierung) | 151 | Suche nach „Selbsteilungskräften“, eigener Kompetenz |
| 119 | Übermäßige Passivität und Apathie (Antrieb) | 199 | Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 1 |
| 120 | Schwierigkeit, Entspannung und Erholung zu finden | | |

Hauptkategorie 2: Interaktionelle, psychosoziale Probleme und Konflikte

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

- | | |
|--|--|
| 201 Partnerschaft – ohne sexuelle Probleme | 209 Schwierigkeiten im Umgang mit Belastungen im sozialen Raum |
| 201 Partnerschaft – mit sexuellen Problemen | 210 Allgemein empathischer Umgang mit anderen Menschen (Geduld gegenüber Aggression) |
| 203 Kinderwunsch, Schwangerschaft | 213 Auseinandersetzung mit Sekten im sozialen Raum |
| 204 Mit gegengeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen | 214 Soziale Kompetenz |
| 205 Mit gleichgeschlechtlichen Bezugspersonen im allgemeinen | 215 Veränderter Umgang mit familiären Beziehungen |
| 206 Einsamkeit und Kontaktstörung | 216 Hinwendung zu einer partnerschaftlichen Beziehung |
| 207 Integration in Gruppen überhaupt | 299 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld der Hauptkategorie 2 |
| 208 Arbeitsstörung, berufliche Probleme, Schwierigkeiten in der Ausbildung | |

Hauptkategorie 3: Körperbezogene Probleme und Symptome

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

- | | |
|--|---|
| 301 Klärung des organischen Befunds (Differentialdiagnose) | 332 Funktionelle Kreislaufbeschwerden (Hypertonie, Hypotonie) |
| 302 Körperbezogene Ängste | 340 Funktionelle Schluckstörung |
| 303 Artefaktsymptomatik | 341 Funktionelle Symptome im Zahn-Mund-Bereich |
| 303 Selbstverletzung | 342 Funktionelle Magenfunktionsstörungen |
| 310 Funktionelle Symptome der Haut | 343 Funktionelle Darmstörungen (einschließlich funktioneller Inkontinenz) |
| 320 Funktionelle Symptome der Atmungsorgane | 344 Funktionelle Harnwegsbeschwerden (einschließlich funktioneller Inkontinenz) |
| 321 Hyperventilationstetanische Anfälle | 345 Funktionelle Unterleibsbeschwerden beim Mann („Prostatitis“) |
| 322 Funktionelle Stimmstörung | |
| 330 Funktionelle Herzsymptome | |
| 331 Herzangstneurotische Symptome | |

Anhang B

- | | |
|---|--|
| 346 Funktionelle Unterleibsbeschwerden bei der Frau | 378 Funktionelle Schlafstörungen |
| 347 Fertilitätsproblematik | 380 Allgemein: Essstörung |
| 348 Funktionelle sexuelle Störungen | 381 Anorektische Symptomatik |
| 350 Funktionelle Störungen der Sinneswahrnehmungen | 382 Bulimische Symptomatik |
| 351 Funktionelle neurologische Symptome | 383 Bulimarektische Symptomatik |
| 352 Funktioneller Kopfschmerz | 384 Depressive Essstörung |
| 353 Migräne | 385 Binge eating disorder |
| 360 Funktionelle Symptome des endokrinen Systems | 386 Adipositas |
| 361 Psychovegetative Symptome (Schweißausbrüche, Schwindel, Zittern) | 387 Gewichtsprobleme |
| 362 Multiple Somatisierungen | 390 Allgemein: Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz |
| 370 Allgemein: (funktionelles) Schmerzsymptom | 391 körperliche, psychophysische Stabilität |
| 371 Funktionelle Schmerzsymptome mit Bewegungseinschränkung | 392 Trainingsbefund des Körpers (Aktivierung) |
| 372 Funktionelle Schmerzsymptome mit Medikamentenabusus | 393 Körperbeherrschung |
| 373 Funktionelle Schmerzsymptome in Verbindung mit weiteren psychischen Problemen | 394 Wahrnehmung des Mitteilungscharakters von Symptomen („Psychogenese“) |
| 374 Funktionelle Beschwerden der Skelettmuskulatur und des Bewegungsapparats | 395 Körperliche „Verwöhnung/Pflege/Berührung“ (Massage/Fango) |
| | 396 Vertrauen in den Körper (wieder-) finden („fit werden bzw. fühlen) |
| | 399 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld aus Hauptkategorie 3 |

Hauptkategorie 4: Medikamente/stoffgebundene und nichtstoffgebunden

Sucht

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

- | | |
|--|---|
| 401 Coping notwendiger Medikamente (z.B. Diabetesschulung) | 404 Reduktion/Absetzen von „Nichtpharmaka“ |
| 402 Reduktion/Absetzen von Psychopharmaka | 410 Allgemein: Suchtverhalten bzw. polyvalenter Suchtmittelabusus |
| 302 Medikamentenabusus | 411 Alkoholabusus |

Anhang B

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 412 Nikotinabusus | 420 Spielsucht |
| 413 Konsum „weicher“ illegaler Drogen | 430 Kaufsucht |
| 414 Konsum „harter“ illegaler Drogen | 499 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld aus Hauptkategorie 4 |

Hauptkategorie 5: Sozialmedizinische und Rehabilitationsziele

Ziel der Therapie ist die Arbeit an den folgenden Problemen und Konflikten:

- | | |
|---|---|
| 501 Krankheitsbewältigung, Leben mit der Krankheit | 508 Sicherung und Wiedergewinnung der Leistungsfähigkeit |
| 502 Förderung des Gesundheitsverhaltens | 509 Befähigung zur selbstständigen Organisation sozialer Hilfen |
| 503 Veränderung des Risikoverhaltens (Bewegungsmangel, Nikotin, usw.) | 510 Motivierung zur Freizeitgestaltung |
| 504 Klärung der sozialmedizinischen Situation mit dem Patienten | 511 Förderung der Kreativität |
| 505 Motivierung zur Planung und Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen | 512 Klärung bzw. Organisation der Wohnsituation |
| 506 Stärkung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung | 513 Delinquenz (Kleptomanie usw.) |
| 507 Sicherung und Wiedergewinnung der sozialen Integration | 514 Überschuldung, finanzielle Probleme |
| | 599 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld aus Hauptkategorie 5 |
| | 999 Nicht näher bezeichnetes Problemfeld, keiner der 5 Hauptkategorien zuzuordnen |

9 Lebenslauf

Susanne Kappes
Zur alten Gesenkschmiede 8
42781 Haan
s.kappes@gmx.net

Geboren am 11. April 1968 in Köln
Ledig, keine Kinder
Eltern:
Vater Herbert Kappes, Unternehmer
Mutter Annelies Kappes, geb. Röllig,
Lohnbuchhalterin i. R.

Schulbildung:

1974-1978	Grundschule in Köln-Porz
1978-1984	Kaiserin-Augusta-Gymnasium, Köln
1984-1985	Penn Hills High School, Pittsburg, Pennsylvania, USA
1985-1988	Kaiserin-Augusta-Gymnasium, Köln
1988	Abitur

Freiwilliges Soziales Jahr:

1988	Häusliche Krankenpflege bei der Johanniter-Unfall-Hilfe
------	--

Hochschulbildung:

1989	Studienbeginn Humanmedizin, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn
1992	Physikum
1993	1. Staatsexamen
1994	Auslandssemester in Wien
1995	2. Staatsexamen
1996	3. Staatsexamen mit Erteilung der ärztli- chen Approbation

Beruflicher Werdegang:

01/1997 – 06/1998	Ärztin im Praktikum: Gelderland-Klinik, Psychosomatische Reha-Klinik, Geldern Rhein-Klinik, Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Bad Honnef
06/1998 – 09/1998	Cura-Krankenhaus, Intensivmedizinische Abteilung, Königswinter
10/1998 – 09/2003	Stationsärztin und Hygienebeauftragte Ärztin, Rhein-Klinik, Bad Honnef
07/2003	Anerkennung als FÄ für Psychotherapeu- tische Medizin
04/2004 – 07/2004	Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Herten
8/2004	Oberärztin und Hygienebeauftragte Ärztin, Rhein-Klinik, Bad Honnef

Haan, den 6.7.2005

10 Danksagung

Viele Menschen haben mich auf dem Weg dieser Arbeit begleitet und ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bei ihnen bedanken.

Zunächst möchte ich Herrn Professor Dr. med. Gereon Heuft dafür danken, dass er mir spontan die Möglichkeit gab, bei ihm zu promovieren und mir mit seinem Engagement, konstruktiver Kritik und Ermutigungen zur Seite stand.

Zum Gelingen dieser Arbeit hat außerdem Herr Dipl. Psych. Guido Hertel durch viele anregenden Diskussionen maßgeblich beigetragen.

Der Rhein-Klinik danke ich für die Unterstützung durch den Zugang zu den Psy-BaDos, der mir ohne die praktische Hilfe von Frau Dr. Karin Schreiber-Willnow allerdings verschlossen geblieben wäre, und allen Kolleginnen und Kollegen für ihren Zuspruch und ihre Anteilnahme.

Frau Ulrike Lubecki hat meine zahlreichen Fragen beantwortet und mir dadurch bei der statistischen Auswertung sehr geholfen.

Meinen Freunden und Bekannten danke ich für ihr geduldiges Korrektur lesen und einem engagierten Helfer für die zahlreichen Ausdrucke, die der vorliegenden Fassung vorangingen.

Last but not least danke ich meinem Vater sowie meiner „Patchwork-Familie“, insbesondere meinem Partner, ohne deren finanzielle wie motivierende Unterstützung und die vielen Tage, an denen sie mich entbehrt haben, diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.